

ISSN 2658-6312



НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКОГО
ПРАВА

МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

Том 11

№ 3-4

МОСКВА
2025

УДК 340.1+614
ББК 67.3-51.1.51.1(0)
М42

Медицинское право: теория и практика
[Электронный ресурс]. М.: Национальный
институт медицинского права, 2025. Том 11.
№3-4 [29-30]. 96 с. URL: [https://elibrary.ru/title_](https://elibrary.ru/title_about.asp?id=58307)
[about.asp?id=58307](https://elibrary.ru/title_about.asp?id=58307)

ISSN 2658-6312

Редакционная коллегия

Главный редактор

Павлова Юлия Владимировна

кандидат юридических наук, доцент

Члены коллегии:

Ерофеев Сергей Владимирович

заведующий кафедрой судебной медицины
и правоведения Ивановской
государственной медицинской академии,
Заслуженный работник здравоохранения РФ,
доктор медицинских наук, профессор

Каменская Наталья Андреевна

кандидат юридических наук

Куранов Владимир Григорьевич

кандидат юридических наук

Поспелова Светлана Игоревна

кандидат юридических наук

Рашишвили Автандил Демурович

кандидат медицинских наук, доцент

Техническая редакция:

Довнар Алексей Николаевич

юрисконсульт юридического отдела
Московского центра развития
профессионального образования

Гавриленко Дарья Вадимовна

юрисконсульт ООО «Факультет
медицинского права»,
аспирант юридического факультета
Московского государственного
университета им. М. В. Ломоносова

Адрес редакции:

Национальный институт медицинского права,
109444, Москва, Сормовский проезд, 7а, корп. 2,
www.med-law.ru, nimp@med-law.ru

Журнал включен в систему

Российского индекса научного цитирования

Материалы журнала представляются
в информационно-правовых системах
«ГАРАНТ» и «КонсультантПлюс»

Издается с 2015 года

Полнотекстовый доступ к публикуемым
материалам: www.med-law.ru, www.elibrary.ru

© Национальный институт
медицинского права, 2025

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ МЕДИЦИНСКОГО ПРАВА

МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

№ 3 - 4 [29 - 30]

Том 11

ИЮЛЬ - ДЕКАБРЬ 2025

МОСКВА
2025

NATIONAL INSTITUTE OF MEDICAL LAW

MEDICAL LAW: THEORY AND PRACTICE

№3-4 [29-30]

VOLUME 11

JULY - DECEMBER 2025

MOSCOW
2025

Medical law: theory and practice [Electronic resource]. M.: National Institute of medical law, 2025. Vol 11. №3-4 [29-30]. 96 p. URL: https://elibrary.ru/title_about.asp?id=58307

ISSN 2658-6312

Editorial board

Editor-in-Chief

Yulia Vladimirovna Pavlova
candidate of legal Sciences,
associate Professor

Board member:

Sergey Vladimirovich Erofeev
head of the Department of forensic medicine
and law of the Ivanovo state medical Academy,
Honored worker of health of the Russian
Federation, doctor of medical Sciences,
Professor

Natalia Andreevna Kamenskaya
candidate of legal Sciences

Vladimir Grigorievich Kuranov
candidate of legal Sciences

Svetlana Igorevna Pospelova
candidate of legal Sciences

Avtandil Demurovich Ramishvili
candidate of medical Sciences, associate
Professor

Technical editorial board:

Alexey Nikolaevich Dovnar
Legal Adviser of the Legal Department
of the Moscow Center
for Professional Education Development

Darya Vadimovna Gavrilenko
Lawyer of LLC Faculty of Medical Law,
postgraduate student at the Faculty of Law
of Lomonosov Moscow State University

Address of edition:

National Institute of medical law,
Sormovskij proezd, 7a, housing 2, Moscow,
109444, www.med-law.ru, nimp@med-law.ru

The journal is included in the
Russian science citation index

The journal's materials are presented
in the «GARANT» and «ConsultantPlus»
information and legal systems

Published in 2015

Full-text access to published materials:
www.elibrary.ru, www.med-law.ru

ОТ РЕДАКЦИОННОЙ КОЛЛЕГИИ

Очередной номер журнала продолжает знакомить наших читателей с материалами, посвящёнными различным правовым аспектам, возникающим в разнообразных взаимоотношениях, так или иначе связанных с оказанием медицинской помощи.

Не может не радовать то, что авторы представляемых статей проявляют творческую инициативу, обращая своё внимание не только на общеизвестные проблемы, но и на те, что не имеют широкого освещения, но актуальность которых ничуть не менее остра в контексте конкретных клинических и организационных ситуаций.

При различном авторском уровне публикуемые работы объединяет стремление исследователей к раскрытию как сложных, неоднозначных коллизий, так и стандартных моментов, присутствующих в медико-правовых отношениях, которые можно наблюдать при достаточно основательном погружении в практическую деятельность, наблюдая её непосредственно.

Уже давно очевидно, что информационная среда стала неотделимой частью жизни общества, что информация, попадая в цифровые сети, становится мощным драйвером формирования как частных представлений отдельных людей, так и общественного мнения в целом. В связи с этим особый интерес представляет статья, посвящённая анализу сложной ситуации, сложившейся на пересечении медицинской деятельности, информации о ней, влияющей на репутацию отдельных врачей и медицинских организаций, а также гражданско-правовых отношений, связанных с компенсацией ущерба, причиняемого недостоверной и недобросовестной информацией.

Аспекты болезненной проблемы проявлений недееспособности представлены в материалах, освещающих важность и многозначность вопросов, связанных с её установлением, а также при недобросовестности опекунов, незаконно оставляющих своих недееспособных подопечных в лечебных учреждениях. Авторы соответствующей работы рассматривают правовые возможности, имеющиеся у лечебных учреждений, которые позволяли бы решать возникающие при этом юридические и экономические проблемы, с соблюдением принципов гуманности.

Агрессивное потребительское поведение, выходящее за рамки нравственности в общественных отношениях, всё активнее проявляется в таком явлении как потребительский экстремизм, который присутствует и в медицине. В одной из работ номера рассмотрены меры профилактики и противодействия, которые необходимы медицинским организациям для эффективной защиты от этой потребительской агрессии.

В противовес потребительскому экстремизму, этому проявлению злонамеренности, существует проблема возмещения действительно имеющегося ущерба пациентам, здоровью которых был причинён вред или родственникам, столкнувшимся со смертью своих родных при оказании им медицинской помощи. Автор рассматривает возможность применения страхования ответственности субъектов медицинской деятельности в рамках действия модельного закона, принятого в СНГ.

Значительный интерес представляет наблюдение за развитием зарубежного медицинского права, в частности, в странах Западной Европы. В номере представлен детальный анализ возможности посмертного оплодотворения в Германии и Франции. Автор, демонстрируя глубокую компетентность в исследуемом вопросе, раскрывает нам не только правовые принципы и нормы, которым следует правосудие в этих государствах, но и механизмы его работы, основанные на сложнейшем переплетении процедур.

Одной из всеобщих, глобальных проблем является проблема демографии. Процессы развития общественных отношений в мире привели к таким изменениям в сознании населения всех без исключения стран, которые вызвали практически повсеместное стремительное сокращение рождаемости. В выпуске представлен обзор предварительных чтений в Общественной палате России проекта закона, посвящённого проблеме абортов. Представлены доводы многочисленных спикеров, обосновывающих принятие законодательных мер, разграничивающих медицинские и иные основания прерывания беременности с учётом интересов людей, семей и общества в целом.

В номере представлены работы, посвящённые медико-правовым вопросам, возникающим в отдельных направлениях деятельности, таких как офтальмология и анестезиология и реаниматология, а также вопросу отношения медицинских работников к врачебной тайне.

Наша редакция традиционно приглашает к сотрудничеству авторов, которым интересны вопросы права в медицине в любых их проявлениях, которые неравнодушны к существующим проблемам развития здравоохранения. Журнал считает важным предоставление читателям видения и понимания авторов, их предложений, направленных на совершенствование отношений. Анализ ситуаций, авторские обзоры, позволяющие читателям формировать детальное представление о взаимопроникновении медицины и права всегда будут востребованы нашим изданием.

СОДЕРЖАНИЕ

<i>Бескаравайный Е. Б.</i>	<i>Egor Beskaravayniy</i>
НЕСОРАЗМЕРНОСТЬ КОМПЕНСАЦИИ МОРАЛЬНОГО ВРЕДА КАК СПОСОБА ЗАЩИТЫ ДЕЛОВОЙ РЕПУТАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В ЦИФРОВОЙ СРЕДЕ: ТЕОРЕТИКО-ПРИКЛАДНОЙ АНАЛИЗ	THE DISPROPORTIONALITY OF MORAL DAMAGE COMPENSATION AS A MEANS OF PROTECTING THE BUSINESS REPUTATION OF MEDICAL WORKERS IN THE DIGITAL ENVIRONMENT: A THEORETICAL AND APPLIED ANALYSIS
<i>Бурьгина С. В., Кайль Я. Я.</i>	<i>Svetlana Burygina, Yanina Kayl</i>
ПРАВОВЫЕ ОСНОВАНИЯ И ПОСЛЕДСТВИЯ УСТАНОВЛЕНИЯ НЕДЕЕСПОСОБНОСТИ ГРАЖДАНИНА В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ	LEGAL GROUNDS AND CONSEQUENCES OF ESTABLISHING THE INCAPACITY OF A CITIZEN IN THE RUSSIAN FEDERATION
<i>Довнар А. Н.</i>	<i>Aleksey Dovnar</i>
ГОЛОС В ЗАЩИТУ НЕРОЖДЁННЫХ МЛАДЕНЦЕВ: ОБЗОР НУЛЕВЫХ ЧТЕНИЙ ПРОЕКТА ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНА «О ЗАЩИТЕ ЖЕНЩИН ОТ СКЛОНЕНИЯ К ПРЕРЫВАНИЮ БЕРЕМЕННОСТИ» В ОБЩЕСТВЕННОЙ ПАЛАТЕ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ	A VOICE FOR UNBORN BABIES: A REVIEW OF THE ZERO READINGS OF THE DRAFT FEDERAL LAW «ON THE PROTECTION OF WOMEN FROM PRESSURE TO TERMINATE PREGNANCY» AT THE PUBLIC CHAMBER OF THE RUSSIAN FEDERATION
<i>Зиновьев Д. Ю., Юскаева Г. И., Купрюшин А. С., Богатырёва А. В., Герасимов А. В.</i>	<i>Dmitry Zinoviev, Gulsem Yuskayeva, Alexey Kupryushin, Anastasia Bogatyreva, Alexander Gerasimov</i>
ПРАВО ГРАЖДАН НА БЕСПЛАТНОЕ ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, СВЯЗАННОЙ С ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИЕЙ ЗРЕНИЯ ПРИ БЛИЗОРУКОСТИ	THE RIGHT OF CITIZENS TO FREE MEDICAL CARE RELATED TO SURGICAL CORRECTION OF MYOPIA
<i>Кувшинов И. А., Погодина Т. Г.</i>	<i>Ivan Kuvshinov, Tatiana Pogodina</i>
ЮРИДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА — АНЕСТЕЗИОЛОГА-РЕАНИМАТОЛОГА В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ	LEGAL ASPECTS OF THE ACTIVITY OF AN ANESTHESIOLOGIST-RESUSCITATOR IN THE HEALTHCARE SYSTEM OF THE RUSSIAN FEDERATION
<i>Малахов А. Б.</i>	<i>Leonid Malakhov</i>
ЗАПРЕТ ПОСМЕРТНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ В НЕМЕЦКОМ И ФРАНЦУЗСКОМ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВАХ: ОПЫТЫ СУДЕБНОГО ПРЕОДОЛЕНИЯ	PROHIBITION OF POST-MORTEM FERTILIZATION IN GERMAN AND FRENCH LEGISLATION: EXPERIENCES OF JUDICIAL OVERCOMING
<i>Марченко М. Н.</i>	<i>Maria Marchenko</i>
ПОТРЕБИТЕЛЬСКИЙ ЭКСТРЕМИЗМ В СФЕРЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: ПРАВОВЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО СНИЖЕНИЮ РИСКОВ ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ	CONSUMER EXTREMISM IN THE FIELD OF MEDICAL CARE: LEGAL RECOMMENDATIONS OF RISK REDUCTION FOR MEDICAL ORGANIZATIONS

<i>Никонова А. Е., Абдрахманова Т. С.</i>		<i>Anastasia Nikonova, Tatiana Abdrakhmanova</i>
ЮРИДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЫ	79	LEGAL ASPECTS OF MEDICAL SECRECY
<i>Орлов Д. В., Страдомская Е. С., Орлов В. Д., Русина В. С.</i>		<i>Dmitry Orlov, Ekaterina Stradomskaya, Valery Orlov, Victoria Rusina</i>
ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ИСПОЛНЕНИЯ ОБЯЗАННОСТЕЙ ОПЕКУНА НЕДЕЕСПОСОБНОГО ПАЦИЕНТА МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ	83	ABOUT THE SPECIFICS OF PERFORMING THE DUTIES OF A GUARDIAN OF AN INCAPACITATED PATIENT BY A MEDICAL ORGANIZATION
<i>Салоян Г. В.</i>		<i>Gulia Saloyan</i>
ВОЗМЕЩЕНИЕ ИМУЩЕСТВЕННОГО ВРЕДА КАК МЕРА ГРАЖДАНСКО-ПРАВОВОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ЗА ПРИЧИНЕНИЕ ВРЕДА ЖИЗНИ ИЛИ ЗДОРОВЬЮ ПАЦИЕНТА	88	COMPENSATION FOR PROPERTY DAMAGE AS A MEASURE OF CIVIL LIABILITY FOR CAUSING HARM TO A PATIENT'S LIFE OR HEALTH

Бескаравайный Е. Б.

НЕСОРАЗМЕРНОСТЬ КОМПЕНСАЦИИ МОРАЛЬНОГО ВРЕДА КАК СПОСОБА ЗАЩИТЫ ДЕЛОВОЙ РЕПУТАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В ЦИФРОВОЙ СРЕДЕ: ТЕОРЕТИКО-ПРИКЛАДНОЙ АНАЛИЗ

Статья посвящена критическому анализу эффективности института компенсации морального вреда как основного способа защиты чести, достоинства и деловой репутации медицинских работников в сети Интернет. Автор выявляет системный дисбаланс между традиционными гражданско-правовыми механизмами и спецификой цифрового пространства, характеризующегося скоростью, глобальным масштабом и перманентностью распространения информации. На основе анализа ключевых проблем (отсутствие критериев оценки страданий, субъективизм суда, символический размер присуждаемых сумм, длительность процессов) доказывается тезис о несоразмерности данного способа защиты. Отдельно исследуется феномен «невозможности цифровой реституции» — сохранения информации вне зависимости от выигрышного дела в суде. Делается вывод о необходимости разработки специализированных инструментов защиты, ориентированных на физическое удаление контента и повышенную ответственность платформ.

Ключевые слова: компенсация морального вреда, деловая репутация, медицинские работники, цифровая среда, соразмерность защиты, репутационный вред, цифровой след, удаление информации, информационный посредник, судебная практика

Egor Beskaravayniy

THE DISPROPORTIONALITY OF MORAL DAMAGE COMPENSATION AS A MEANS OF PROTECTING THE BUSINESS REPUTATION OF MEDICAL WORKERS IN THE DIGITAL ENVIRONMENT: A THEORETICAL AND APPLIED ANALYSIS

The article is devoted to a critical analysis of the effectiveness of the institution of moral damage compensation as the main means of protecting the honor, dignity and business reputation of medical workers on the Internet. The author identifies a systemic imbalance between traditional civil law mechanisms and the specifics of the digital space, characterized by the speed, global scale and permanence of information dissemination. Based on the analysis of key problems (lack of criteria for assessing suffering, subjectivity of the court, symbolic amount of awarded sums, duration of processes), the thesis of the disproportionality of this method of protection is proved. The phenomenon of «the impossibility of digital restitution» — the preservation of information despite a won court case — is separately investigated. The conclusion is made about the need to develop specialized protection tools focused on the physical removal of content and increased liability of platforms.

Keywords: moral damage compensation, business reputation, medical workers, digital environment, proportionality of protection, reputational damage, digital footprint, information removal, information intermediary, judicial practice

Переход социальных взаимодействий в онлайн-пространство кардинально изменил природу репутационных рисков для профессионалов, чья деятельность связана с высочайшей степенью доверия и ответственности. Медицинские работники оказались в особой уязвимой позиции: анонимные отзывы, виральное распространение ложной информации и перманентность цифрового следа способны в кратчайшие сроки нанести непоправимый ущерб профессиональному имени, карьере и психическому здоровью [10].

В связи с этим классический гражданско-правовой инструмент — компенсация морального вреда — основанный на положениях Конституции Российской Федерации и международного права [11, 14], подвергается стресс-тесту на адекватность вызовам цифровой эпохи [4; 9].

Цель данной статьи — доказать, что в его текущем виде он несоизмерен и неэффективен для защиты репутации в интернете.

Теоретические основы и нормативные противоречия

Институт компенсации морального вреда, закреплённый в ст. 151, 1101 ГК РФ [2; 7], исходит из концепции справедливого денежного возмещения перенесённых страданий.

Законодатель определяет его размер, руководствуясь критериями разумности и справедливости, степени вины нарушителя и характера физических и нравственных страданий [1].

Однако данная конструкция была сформирована в докибернетическую эпоху и не учитывает фундаментальных отличий цифрового правонарушения:

- вред причиняется не конкретному кругу лиц, а потенциально бесконечной аудитории сети (неограниченность аудитории);
- информация продолжает причинять вред неограниченно долгое время, даже после выигранного суда (перманентность);
- требование ст. 152 ГК РФ об опровержении тем же способом, часто технически неисполнимо в условиях кэширования, зеркалирования и архивирования (невозможность полной реституции).

Практические проблемы применения (анализ четырёх ключевых дисбалансов)

Эмпирический анализ судебной практики по делам о защите чести, достоинства и деловой репутации медиков позволяет выявить четыре системные проблемы, ведущие к несоизмерности:

1. Отсутствие законодательно закреплённой методики расчёта размера компенсации приводит к тому, что суд вынужден оперировать абстрактными категориями (методологический вакуум). Как оценить «глубину нравственных страданий» от испорченной репутации? Суды часто присуждают суммы в диапазоне от 5 до 50 тыс. рублей, которые несопоставимы с реальными финансовыми и профессиональными потерями (увольнение, потеря клиентов, необходимость смены работы) [4; 13].
2. В условиях методологического вакуума размер компенсации становится производным от личного восприятия судьбы (субъективизм судебного усмотрения), региональной практики и консервативного подхода, направленного на недопущение «необоснованного обогащения» истца, что порождает правовую неопределённость и делает результат непредсказуемым [15].
3. Истцы, пытаясь компенсировать колоссальный репутационный ущерб, заявляют значительные суммы (сотни тысяч и миллионы рублей). Суды зачастую значительно их снижают, что де-факто означает символическое наказание нарушителя и отсутствие полноценной компенсации для потерпевшего (диссонанс между требованием и решением).
4. Сам судебный процесс, длящийся месяцами и годами, становится продолжением репутационной пытки (процессуальная длительность), поскольку на протяжении всего этого времени порочащая информация остаётся в открытом доступе, продолжая причинять вред.

Феномен «невозможности цифровой реституции»

Победа в суде и взыскание даже максимальной для данной категории дел суммы

компенсации не решает исходную проблему — существование порочащей информации в сети.

Статистика показывает, что полное удаление информации достигается лишь в 15-20% случаев, а кэшированные данные в поисковых системах (Google, Yandex) сохраняются в 60% случаев, продолжая формировать негативный цифровой портрет врача при поиске его имени. Риск репутации составляет 25%, что превращает защиту репутации в «сизифов труд» [9]. Это доказывает, что денежная компенсация не является адекватным эквивалентом причиняемого репутационного вреда в цифровой среде, где ключевая ценность — не денежная сумма, а «цифровая невиновность» и чистота онлайн-имиджа.

Таким образом, проведённый анализ позволяет утверждать, что классический институт компенсации морального вреда в его текущем виде является несоразмерным и архаичным инструментом для защиты нематериальных благ в цифровой среде.

Он не обеспечивает ни восстановительной, ни компенсационной, ни превентивной функции в полной мере [3], отсутствует адекватная синхронизация с требованиями, направленными на защиту персональных данных [12]. Его применение без учёта цифровой

специфики приводит к символизации ответственности и фактической безнаказанности нарушителей [5, 13].

В качестве основного вывода формулируется необходимость смещения акцента в правовом регулировании:

1. С материальной компенсации на физическое удаление, где приоритетом должно стать создание эффективных внесудебных и судебных механизмов быстрого и тотального удаления противоправного контента.
2. С индивидуального нарушителя на информационного посредника, когда ключевым субъектом ответственности должны стать владельцы платформ и поисковых систем, которые технически способны обеспечить эффективное удаление и блокировку информации.
3. К разработке специализированных законодательных конструкций с принятием специальных норм, учитывающих виртуальную природу репутационного вреда, например, введение понятия «репутационный ущерб» и разработка примерных методик его расчёта для судов [14; 8].

Только такой парадигмальный сдвиг сможет обеспечить соразмерную и эффективную защиту прав медицинских работников в цифровую эпоху.

Список литературы:

1. Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 15.11.2022 №33 «О практике применения судами норм о компенсации морального вреда» // URL: <https://rg.ru/documents/2022/11/25/document-plenum-verkhovnogo-suda.html> (дата обращения: 21.08.2025)
2. Гражданский кодекс Российской Федерации (часть вторая) от 26.01.1996 №14-ФЗ. Ст. 151, 1101 // URL: <http://pravo.gov.ru/proxy/ips/?docbody=&nd=102039276> (дата обращения: 21.08.2025)
3. Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». С. 37 // URL: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/000120111220007> (дата обращения: 21.08.2025)
4. Гурина Анастасия Личность и доказательства: особенности дел о компенсации морального вреда // URL: <https://legalacademy.ru/sphere/post/lichnost-i-dokazatelstva-osobennosti-del-o-kompensacii-moralnogo-vreda> (дата обращения: 21.08.2025)

5. Обзор судебной практики Верховного Суда РФ №2 (2023) (утв. Президиумом Верховного Суда РФ 19.07.2023) // URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_452382/ (дата обращения: 21.08.2025)
6. Определение Судебной коллегии по гражданским делам Верховного Суда Российской Федерации от 14.03.2022 N 18-КГ21-165-К4 (УИД 23RS0052-01-2018-001786-75) // URL: <https://legalacts.ru/sud/opredelenie-sudebnoi-kollegii-po-grazhdanskim-delam-verkhovnogo-suda-rossiiskoi-federatsii-ot-14032022-n-18-kg21-165-k4/> (дата обращения: 21.08.2025)
7. Методические рекомендации по определению размера компенсации морального вреда при посягательствах на жизнь, здоровье и физическую неприкосновенность человека [Электронное издание]. Москва: М-Логос, 2023. 82 с. // URL: https://alrf.ru/upload/Методика_расчета_морального_вреда.pdf (дата обращения: 21.08.2025)
8. Журавлёва Т. Е. Защита прав участников правоотношений в сфере здравоохранения: магистерская диссертация // Тюменский государственный университет. 2020. URL: <https://elib.utmn.ru/jsru/handle/ru-tsu/6162> (дата обращения: 21.08.2025)
9. Клопова Ирина Проблемы взыскания компенсации морального вреда по «медицинским» спорам. Новые вызовы в работе адвокатов и юристов // URL: <https://www.advgazeta.ru/mneniya/problemy-vzyskaniya-kompensatsii-moralnogo-vreda-po-meditinskim-sporam/> (дата обращения: 21.08.2025)
10. Казацкер Д. А., Бахметьев В. И. Правовые аспекты защиты интересов врачей и пациентов в рамках судебных исков в связи с некачественным оказанием медицинской помощи // URL: <https://nacmedpalata.ru/?action=show&id=31090> (дата обращения: 21.08.2025)
11. Конституция Российской Федерации. Принята всенародным голосованием 12.12.1993 с изменениями, одобренными в ходе общероссийского голосования 01.07.2020. Ст. 21, 23, 41 // URL: <http://pravo.gov.ru/proxy/ips/?docbody=&nd=102027595> (дата обращения: 21.08.2025)
12. Федеральный закон от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» (ред. от 24.02.2025). Ст. 17. // URL: <https://rg.ru/documents/2006/07/29/personaljnue-dannye-dok.html> (дата обращения: 21.08.2025)
13. Федеральный закон от 27.07.2006 №149-ФЗ «Об информации, информационных технологиях и о защите информации» (ред. от 24.02.2025). Ст. 17 // URL: <https://rg.ru/documents/2006/07/29/informacia-dok.html> (дата обращения: 21.08.2025)
14. Европейская конвенция о защите прав человека и основных свобод (Заключена в г. Риме 04.11.1950) // URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_29160/ дата обращения: 21.08.2025)
15. Михеева И. В. Компенсация морального вреда: теоретические и практические аспекты: монография. М.: Проспект, 2021. 256 с.

Об авторе:

Бескаравайный Егор Борисович — начальник филиала №1 федерального государственного казенного учреждения «1469 Военно-морской клинический госпиталь» Министерства обороны Российской Федерации, кандидат медицинских наук, Архангельск, ThM-VE@yandex.ru

Egor Borisovich Beskaravayniy — Head of branch 1, 1469 Naval Clinical Hospital of the Ministry of Defense of the Russian Federation, candidate of medical sciences, Arkhangelsk

© Beskaravayniy E. B., 2025

Для цитирования:

Бескаравайный Е. Б. Несоразмерность компенсации морального вреда как способа защиты деловой репутации медицинских работников в цифровой среде: теоретико-прикладной анализ // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2025. №3-4 (29-30). С. 9-13.

For citation:

Beskaravayniy E. B. The disproportionality of moral damage compensation as a means of protecting the business reputation of medical workers in the digital environment: a theoretical and applied analysis // M.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2025. №3-4 (29-30). P. 9-13.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов

The author declares that there is no conflict of interest

Статья поступила в редакцию 27.08.2025 г.

Бурыгина С. В., Кайль Я. Я.

ПРАВОВЫЕ ОСНОВАНИЯ И ПОСЛЕДСТВИЯ УСТАНОВЛЕНИЯ НЕДЕЕСПОСОБНОСТИ ГРАЖДАНИНА В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

В статье рассматриваются правовые основания признания гражданина недееспособным и юридические последствия этого статуса. Анализируется содержание медицинского и юридического критериев недееспособности, а также их нормативное оформление в гражданском законодательстве. Раскрываются ограничения прав недееспособных лиц в гражданском обороте, вопрос деликтной ответственности и процессуальный статус. Обоснована необходимость уточнения понятийного аппарата и согласованного регулирования правового положения недееспособных лиц с учётом гражданской, деликтной и процессуальной составляющих.

Ключевые слова: недееспособность, гражданская дееспособность, психическое расстройство, деликтоспособность, гражданский кодекс, судебно-психиатрическая экспертиза

Svetlana Burygina, Yanina Kayl

LEGAL GROUNDS AND CONSEQUENCES OF ESTABLISHING THE INCAPACITY OF A CITIZEN IN THE RUSSIAN FEDERATION

The article examines the legal grounds for recognizing a citizen as legally incompetent and the legal consequences of this status. The article analyzes the content of medical and legal criteria of disability, as well as their normative formalization in civil legislation. The limitations of the rights of legally incompetent persons in civil circulation, the issue of tort liability and procedural status are disclosed. The necessity of clarifying the conceptual framework and coordinated regulation of the legal status of legally incompetent persons, taking into account civil, tort and procedural components, is substantiated.

Keywords: incapacity, civil capacity, mental disorder, delictual capacity, civil code, forensic psychiatric examination

Введение

Развитие правового общества подразумевает оценку дееспособности окружающих нас людей при реализации ими прав и обязанностей. Современное законодательство требует от участников гражданских правоотношений осознанного волеизъявления, и потому наличие у лица расстройства, нарушающего способность понимать значение своих действий или руководить ими, становится основанием для ограничения или лишения его дееспособности. При этом точная правовая квалификация таких состояний остаётся затруднительной, что обостряет проблему обеспечения баланса между интересами индивида и интересами общества. Настоящее исследование направлено на выявление оснований признания

гражданина недееспособным и анализ правовых последствий получения такого статуса. Внимание сосредоточено на положениях Гражданского кодекса Российской Федерации¹ (ГК РФ) и практико-ориентированных подходах, отражающих нормативную и доктринальную трактовку ключевых аспектов дееспособности.

Основания признания гражданина недееспособным

Признание гражданина недееспособным в гражданском праве основывается на положениях статьи 29 ГК РФ, согласно которым требуется установление двух обя-

¹ Гражданский кодекс Российской Федерации от 30 ноября 1994 года №51-ФЗ. URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_5142/ (дата обращения 11.10.2025)

зательных условий: наличия психического расстройства (медицинский критерий) и невозможности лица понимать значение своих действий и/или руководить ими (юридический критерий). Эти признаки должны быть неразрывно связаны: психическое расстройство как таковое ещё не свидетельствует об утрате дееспособности, если оно не сопровождается нарушением интеллектуальной или волевой сферы. Придворова М. Н. подчёркивает, что юридический критерий включает в себя два компонента — способность к осознанию и способность к саморегуляции поведения [3]. Первый означает возможность понимать характер и последствия собственных действий, второй — управлять ими в реальных условиях. Только при наличии обоих элементов и их нарушения возможно правомерное вмешательство государства в гражданский статус лица. При этом медицинское основание не может быть трактовано исключительно как наличие диагноза — требуется подтверждение, что именно это расстройство нарушает правосубъектность. Подчёркивается, что каждый случай требует индивидуальной правовой оценки, а не шаблонного применения медицинских заключений. К тому же, в исследовании М. Н. Придворовой дана ссылка на практику Совета Европы, где указывается на недопустимость изоляции медицинского подхода от правовых последствий [3]. Согласно рекомендациям 1999 года, любая правовая процедура, ограничивающая дееспособность, должна учитывать не только заключения врачей, но и обеспечивать соблюдение базовых прав личности. Это означает, что в международной практике приоритет отдаётся правовому балансу между защитой интересов лица и сохранением его автономии, что актуально и для применения статьи 29 ГК РФ в России [1].

В продолжение темы следует отметить, что в контексте рассмотрения понятия «недееспособности», действующее законодательство, включая статью 29 ГК РФ и иные нормы гражданского права, не содержит чёткого определения понятия того, в чём именно заключается неспособность пони-

мать значение своих действий и руководить ими. Это создаёт неопределённость и в правоприменении, поскольку формулировка остаётся слишком общей и допускает произвольную интерпретацию. Диагноз сам по себе не является безусловным основанием для признания недееспособности, и именно поэтому ключевую роль играет судебно-психиатрическая экспертиза. Лозовская С. О. уточняет, что экспертиза не просто констатирует наличие расстройства, но оценивает, нарушены ли у лица волевые и интеллектуальные функции в такой степени, что оно утратило возможность участвовать в гражданском обороте [2]. Более того, по мнению автора, решение суда опирается не только на медицинское заключение, но и на анализ поведенческих проявлений: насколько человек в конкретной жизненной ситуации может осознанно действовать или нет. В этом контексте важно учитывать и различие между видами психических расстройств. Татьяна Л. Г. предлагает разграничивать психотические и непсихотические формы: только первые, по её мнению, могут служить основанием для признания лица недееспособным, тогда как непсихотические, несмотря на выраженность симптомов, не всегда исключают способность гражданина самостоятельно защищать свои интересы [4]. Это различие важно в силу того, что непсихотические состояния, включая тревожные и адаптационные расстройства, могут маскироваться под личностные особенности и нередко не поддаются формальной юридической квалификации. Таким образом, отсутствие точного определения неспособности понимать значение своих действий и руководить ими в законе, зависимость оценки от экспертизы и сложность в разграничении клинических состояний затрудняют однозначное применение правовой нормы.

Правовые последствия признания гражданина недееспособным

Важно рассмотреть последствия признания гражданина недееспособным, поскольку данный правовой статус влечёт полную утрату гражданско-правовой дееспособности.

Согласно статье 29 ГК РФ², такой гражданин не вправе самостоятельно совершать сделки, а любые действия от его имени осуществляет опекун. Это означает, что лицо теряет возможность вступать в договорные отношения, распоряжаться имуществом, выражать волю в правовых значимых формах. Все сделки, совершённые им без участия опекуна, будут ничтожны. Причём правовой режим опеки предусматривает не только представительство в имущественных вопросах, но и фактически исключает участие недееспособного в большинстве сфер гражданского оборота, включая сферу личных прав. Однако даже опекун не уполномочен действовать от имени подопечного в вопросах, касающихся строго индивидуального волеизъявления. Например, смена имени, принятие решений, затрагивающих личную идентичность, не может быть произведена даже с согласия опекуна. Такие действия исключаются из его компетенции, поскольку предполагается, что они требуют внутренней автономии личности, которую законодатель считает недопустимо передавать третьим лицам.

При этом последствия признания недееспособным выходят за рамки только гражданского оборота. Присвоение этого статуса означает, что лицо утрачивает способность быть субъектом в ряде иных сфер права. Так, гражданин, признанный недееспособным, не может быть индивидуальным предпринимателем, поскольку деятельность ИП предполагает полную самостоятельность и ответственность за принимаемые решения. Он также не вправе представлять интересы своих несовершеннолетних детей, выступать усыновителем, поскольку закон связывает возможность представления и усыновления с наличием устойчивых волевых и интеллектуальных способностей к воспитанию ребёнка. Кроме того, данный статус исключает реализацию избирательных прав: лицо не может участвовать в голосовании, так как не отвечает критериям правоспособного участника избирательного процесса. Эти ограничения закреплены в соответствующих

2 См. Гражданский кодекс Российской Федерации от 30 ноября 1994 года №51-ФЗ...

отраслях законодательства — в частности, в Семейном кодексе РФ³ и федеральном законодательстве о выборах⁴. Таким образом, признание гражданина недееспособным трансформирует его правовой статус не только в области гражданского права, но и в ряде смежных отраслей, блокируя реализацию базовых правовых возможностей в силу невозможности выражения юридически значимой воли [1; 2].

В логическом продолжении анализа необходимо выделить специфику гражданской ответственности лиц, признанных недееспособными, через призму их деликтоспособности. Деликтоспособность — это способность нести ответственность за причинение вреда, и она не отождествляется с общей дееспособностью. Законодатель и правоприменительная практика позволяют провести чёткую классификацию лиц с психическими расстройствами на три группы:

- полностью недееспособные;
- ограниченно дееспособные;
- дееспособные — граждане, которые обладают общей дееспособностью, но в момент причинения вреда или совершения сделки могли не осознавать свои действия или руководить ими.

Для первой группы — признанных судом недееспособными — деликтоспособность отсутствует полностью: такие лица исключены из числа субъектов гражданско-правовой ответственности, поскольку их действия изначально не осмыслены, а правонарушение предполагает именно сознательное поведение. Однако это не исключает наступления имущественных последствий. В соответствии с пунктом 3 статьи 1076 ГК РФ⁵, если у недееспособного есть собственные средства и отсутствует возможность взыскания вреда

3 Семейный кодекс Российской Федерации от 29.12.1995 №223-ФЗ. URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_8982/ (дата обращения 11.10.2025)

4 Федеральный закон «Об основных гарантиях избирательных прав и права на участие в референдуме граждан Российской Федерации» от 12.06.2002 №67-ФЗ. URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_37119/ (дата обращения 11.10.2025)

5 См. Гражданский кодекс Российской Федерации от 30 ноября 1994 года №51-ФЗ...

с опекуна, возмещение может быть произведено за счёт самого подопечного. Такое решение принимается судом с учётом как степени вреда, так и имущественного положения.

Сложнее обстоит с ограниченно дееспособными лицами, в том числе признанными таковыми вследствие психического расстройства. Эти граждане, согласно действующему законодательству, считаются полностью деликтоспособными, и объём их ответственности не снижается даже при учёте психического состояния. В этом заключается принципиальное различие между общегражданской дееспособностью и деликтоспособностью: последняя не всегда зависит от возможности самостоятельно совершать сделки, но базируется на способности понимать характер причинённого вреда.

Адееспособные, напротив, в момент причинения вреда могут утратить волевой или интеллектуальный контроль, что допускает освобождение от ответственности по статье 1078 ГК РФ⁶. Тем не менее, даже такие лица, при определённых условиях, обязаны возместить вред, если он причинён жизни или здоровью, а у причинителя имеются соответствующие средства.

Отдельного внимания заслуживает вывод о том, что даже при отсутствии деликтоспособности у лица может сохраняться способность формировать гражданские обязанности — не через сделки, а через противоправные действия. Это подтверждает, что деликтоспособность — лишь один из элементов дееспособности, и её отсутствие не отменяет наступления правовых последствий в форме имущественных обязательств [4].

Процессуальные аспекты правового статуса недееспособных лиц

Процессуальные последствия признания гражданина недееспособным проявляются в его утрате не только материальной, но и процессуальной дееспособности. Гражданская процессуальная правоспособность означает

абстрактную возможность быть участником процесса, тогда как дееспособность — это способность реализовывать эти права лично. Признание гражданина недееспособным лишает его последней: он не может сам подать иск, давать объяснения, подписывать процессуальные документы. Все действия от его имени в суде осуществляет законный представитель. При этом даже если такой гражданин способен адекватно воспринимать ситуацию, но, в силу неопределённости, существующей в отношении определения «лицо не может понимать значения своих действий или руководить ими», суд не наделяет его процессуальными полномочиями, оставляя ему статус недееспособного. Это жёсткое разделение защищает интересы самого лица, но одновременно ограничивает его доступ к правосудию, особенно если действия представителя вступают в противоречие с волей подопечного, что требует дополнительного рассмотрения в соответствии с положениями ГК РФ [5].

На уровне иных отраслей также прослеживаются правовые последствия признания недееспособности, особенно в уголовном судопроизводстве. Здесь действует презумпция психического здоровья, но в случае сомнений относительно способности обвиняемого или потерпевшего воспринимать события и давать показания назначается судебно-психиатрическая экспертиза. Согласно части 2 статьи 45 УПК РФ⁷, участие представителя становится обязательным, если обвиняемый или потерпевший по психическому состоянию не может самостоятельно защищать свои права. При этом закон не уточняет, какие именно признаки психического состояния являются достаточными для применения этой нормы, что порождает неопределённость. Тем самым статус недееспособного в уголовном процессе ограничивает возможности потерпевшего влиять на ход дела, а назначение представителя становится не правом, а необходимой гарантией [4].

⁶ См. Гражданский кодекс Российской Федерации от 30 ноября 1994 года №51-ФЗ...

⁷ «Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации» от 18.12.2001 №174-ФЗ // URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_34481/ (дата обращения 11.10.2025)

Заключение

Подводя итог, следует подчеркнуть, что чёткость критериев признания гражданина недееспособным имеет ключевое значение для правоприменения. Отсутствие в законе конкретного определения и размытые формулировки создают риски субъективной оценки, влекущей тяжёлые правовые последствия. Важно, чтобы регулирование данного института охватывало не только гражданско-правовые, но и деликтные, а также процессуальные аспекты, поскольку

статус недееспособного затрагивает не только имущественные права, но и доступ к правосудию, ответственность за вред, участие в иных правоотношениях. Совершенствование законодательства может идти по пути уточнения состава и границ деликтоспособности, а также усиления гарантий прав лиц, признанных недееспособными, с учётом их возможного участия в судебных и иных процедурах при наличии остаточной способности к осознанию и волеизъявлению.

Список литературы:

1. Ионова Д. Ю. Развитие учения о гражданской процессуальной правоспособности и дееспособности (памяти профессора М. С. Шакарян) // Актуальные проблемы российского права. 2024. Т. 19. №2 (159). С. 36-45.
2. Лозовская С. О. Правосубъектность лиц, признанных недееспособными и ограниченно дееспособными вследствие психического расстройства // Вестник Университета имени О. Е. Кутафина. 2023. №5 (105). С. 139-146.
3. Придворова М. Н., Пчелинцев А. В. Правовой статус недееспособных граждан в Российской Федерации // Право и государство: теория и практика. 2022. №12 (216). С. 226-229.
4. Татьяна Л. Г. Участие в уголовном судопроизводстве потерпевшего, имеющего психические расстройства (нерешённые вопросы) // Вестник Удмуртского университета. Серия «Экономика и право». 2024. Т. 34. №4. С. 729-733.
5. Шепель Т. В. Понятие и виды гражданской деликтоспособности лиц с психическими расстройствами // Вестник Омского университета. Серия «Право». 2023. Т. 20. №4. С. 50-56.

Об авторах:

Бурьгина Светлана Владимировна — студент магистратуры 2 курса кафедры гражданско-правовых дисциплин Волгоградского института управления — филиала Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации (РАНХиГС), Волгоград, svet-b@list.ru

Кайль Янина Яковлевна — доцент кафедры гражданско-правовых дисциплин Волгоградского института управления — филиала Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации (РАНХиГС), кандидат юридических наук, доцент, Волгоград

Svetlana Vladimirovna Burygina — 2nd year Master's student of the Department of Civil Law Disciplines of the Volgograd Institute of Management, a branch of the Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration, Volgograd

Yanina Yakovlevna Kayl — Associate Professor of the Department of Civil Law Disciplines at the Volgograd Institute of Management, a branch of the Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration, Candidate of Law, Associate Professor, Volgograd

© Бурьгина С. В., Кайль Я. Я., 2025

Для цитирования:

Бурыгина С. В., Кайль Я. Я. Правовые основания и последствия установления недееспособности гражданина в Российской Федерации // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2025. №3-4 (29-30). С. 14-19.

For citation:

Burygina S. V., Kayl Ya. Ya. Legal grounds and consequences of declaring a citizen legally incapacitated (incompetent) in the Russian Federation // M.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2025. №3-4 (29-30). P. 14-19.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

The authors declare that there is no conflict of interest

Статья поступила в редакцию 27.10.2025 г.

Довнар А. Н.

ГОЛОС В ЗАЩИТУ НЕРОЖДЁННЫХ МЛАДЕНЦЕВ:
ОБЗОР НУЛЕВЫХ ЧТЕНИЙ ПРОЕКТА ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНА
«О ЗАЩИТЕ ЖЕНЩИН ОТ СКЛОНЕНИЯ
К ПРЕРЫВАНИЮ БЕРЕМЕННОСТИ»
В ОБЩЕСТВЕННОЙ ПАЛАТЕ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

В Российской Федерации проводится последовательная семейно-демографическая политика, направленная на поддержку семей с детьми, в особенности имеющих статус многодетных. Ключевое целеполагание такой политики — народосбережение Российского государства, где до сих пор высоки показатели депопуляции населения, в том числе за счёт повсеместного проведения медицинских манипуляций по искусственному прерыванию беременности (аборту). Несмотря на расширение государственных и региональных мер поддержки семей, отцовства, материнства и детства, поступательное развитие отраслевого законодательства, вместо желаемого прогресса обнаруживается комплекс проблем, требующих внимания всех заинтересованных сторон и взвешенного реагирования на вызовы современности.

Основная проблема — разнонаправленное склонение женщин, которые находятся в состоянии репродуктивного выбора, к искусственному прерыванию беременности. Вместо внимания и поддержки беременные женщины зачастую сталкиваются с угрозами или даже угрозами, которые побуждают её отказаться от рождения ребёнка. Для исключения давления на беременную женщину во многих субъектах Федерации приняты региональные законы о запрете склонения женщин к искусственному прерыванию беременности. Вместе с тем практика показывает, что в тех регионах, где законодательные ограничения на склонение к аборту отсутствуют, потенциальных мам склоняют к отказу от деторождения, нередко им приходится отстаивать своё право на материнство.

Проблематика противодействия искусственному прерыванию беременности как реальной угрозе демографической безопасности страны находилась в фокусе внимания Общественной Палаты России, где прошли «нулевые чтения» проекта закона о защите женщин от склонения к искусственному прерыванию беременности. О том, как прошли общественные слушания законодательной инициативы, — настоящий обзор.

Ключевые слова: семейное право, демографическая безопасность, традиционные ценности, аборт, склонение к аборту, материнство, медицинское право, гражданское право, статус эмбриона, защита материнства, вспомогательные репродуктивные технологии, демография, здравоохранение, панельная дискуссия, обсуждение, законопроект

Alexey Dvornar

A VOICE FOR UNBORN BABIES:
A REVIEW OF THE ZERO READINGS OF THE DRAFT FEDERAL LAW
«ON THE PROTECTION OF WOMEN FROM
PRESSURE TO TERMINATE PREGNANCY»
AT THE PUBLIC CHAMBER OF THE RUSSIAN FEDERATION

The Russian Federation has implemented a consistent family and demographic policy aimed at supporting families with children, especially those with large families. A key goal of this policy is preserving the nation's population, which continues to suffer from high rates of depopulation, including due to the widespread use of abortion. Despite the expansion of state and regional support measures for families, fatherhood, motherhood, and childhood, and the progressive development of sectoral legislation, instead of the desired progress, a complex set of problems is emerging that require the attention of all stakeholders and a balanced response to modern challenges.

The main problem is the multifaceted pressure on women making reproductive choices to seek abortion. Instead of attention and support, pregnant women often face persuasion or even threats to abandon the concept of childbearing. To prevent pressure on pregnant women, many regions of the Russian Federation have adopted regional laws prohibiting the coercion of women to seek abortion. However, experience shows that in regions where there are no legal restrictions on coercion to have an abortion, expectant mothers are pressured to abstain from childbearing, often having to defend their right to motherhood.

The issue of combating abortion as a real threat to the country's demographic security was the focus of the Civic Chamber of Russia, which held a preliminary reading of a draft law to protect women from coercion to have abortions. This review examines the public hearings of the legislative initiative.

Keywords: family law, demographic security, traditional values, abortion, inducement to abortion, motherhood, medical law, civil law, embryo status, protection of motherhood, assisted reproductive technologies, demography, healthcare, panel discussion, debate, bill

В Общественной палате Российской Федерации 15 октября 2025 года прошли общественные слушания проекта федерального закона «О защите женщин от склонения к прерыванию беременности» [6]. Организаторами обсуждения выступили Комиссия Общественной Палаты Российской Федерации (далее — Общественная Палата России, ОП РФ) по демографии, защите семьи, детей и традиционных семейных ценностей совместно с рабочей группой по охране репродуктивного здоровья и профилактике абортотворения комиссии Государственного Совета России по направлению «Семья» [3]. Модератором нулевых чтений выступила заместитель председателя Комиссии по демографии, защите семьи, детей и традиционных семейных ценностей, учредитель и президент Благотворительного фонда поддержки семьи, материнства и детства «Женщины за жизнь» Н. И. Москвитина.

Открывая общественные обсуждения, Наталья Москвитина сообщила, что заявленная проблематика имеет массовый характер. В подтверждение своих слов модератор привела статистику опроса Международной общественной организации «Всемирный Русский Народный Собор» (далее — ВРНС), проведённого в Республике Хакасии, где указано, что 85% многодетных семей сталкиваются со склонением к аборту, и чем старше женщина, тем наиболее вероятно ей предложат прервать беременность. Как правило, когда речь заходит об аборте, его сторонники

представляют своё дело как благо и своевременность, сразу отстраняясь от мамы после совершения ею аборта.

Для учредителя фонда «Женщины за жизнь» проблематика абортотворения — не просто объект приложения усилий по изменению демографической ситуации в стране, но и глубоко личная история. Так Наталья Москвитина рассказала участникам слушаний, что сама столкнулась со склонением к аборту, причём неоднократно, каждую беременность ей предлагали прервать под разными аргументами: в 2006 году не должна была родиться старшая дочь Полина, потому что на сроке шести недель у ребёнка не билось сердце, оно забилось на восьмую неделю беременности; в 2008 году не должен был родиться сын Пётр, потому что врачи диагностировали у него синдром Дауна; в 2009 году не должна была родиться дочь Лиза, потому что у беременной был обнаружен полип. И во всех случаях врачи предлагали прервать беременность, сделать чистку. Совершения абортотворения удавалось избежать только благодаря вмешательству матери Натальи Москвитиной, которая работала акушером-гинекологом. Все дети родились абсолютно здоровыми. Как отметила спикер, далеко не каждая женщина может рассчитывать на поддержку опытного высокопрофессионального врача.

В дополнение к личной истории Наталья Москвитина рассказала о том, что борьба за жизнь присутствует не только в медицинских кабинетах, но и в межличностном взаимо-

действии родных и близких людей, которые вместо поддержки беременных иногда предлагают, а иногда и прямо уговаривают под моральным давлением прервать беременность. Следует признать, считает модератор, что сегодня мы сталкиваемся с абортивной проблематикой буднично, воспринимая её как норму — опросы фонда «Женщины за жизнь» и телеканала «Спас», многочисленные звонки в программу «Прямая линия жизни» показали, что практически каждая женщина в нашей стране сталкивается с предложением сделать аборт, когда, по мнению окружения этой женщины, не время рожать. Всякий раз женщинам приходится доказывать через борьбу, что зачатые дети достойны жизни.

Не только достоинство жизни некогда зачатых детей, но и радость от их рождения впоследствии признают и ощущают те, кто ещё некоторое время назад предлагал или уговаривал прервать беременность. Но встает вопрос: где требуемая поддержка в момент, когда необходимо сохранить беременность и родить ребёнка, а не убить его, апеллируя к праву на аборт в конфликте с правом на материнство? Этот вопрос приобретает особую актуальность, если признать очевидное: аборт, сделанный под принуждением, есть особо травмирующая процедура, несущая необратимые последствия, не только для репродуктивного, но и психологического здоровья, а также социального поведения женщины. После первого аборта она приходит за вторым и за третьим, считая это нормой.

С целью пресечения негативного влияния ближайшего окружения на женщину в состоянии репродуктивного выбора в Республике Мордовия более двух лет назад было инициировано принятие закона, защищающего женщин от склонения к прерыванию беременности¹, единогласно поддержанного Государственным Собранием Республики. На момент проведения нулевых чтений инициативу Мордовии поддержали 25 субъектов Российской Федерации, где уже приняты и

действуют аналогичные ограничения. Своевременность принятия подобных законов можно оценить, опираясь на результаты опроса Минздрава Псковской области: 62% женщин отметили, что им стало комфортнее планировать и вынашивать беременность².

Перед непосредственным обсуждением подготовленного проекта федерального закона «О защите женщин от склонения к прерыванию беременности» модератор Наталья Москвитина зачитала приветствие главы Республики Мордовия, председателя Комиссии Государственного Совета Российской Федерации по направлению «Семья», кандидата экономических наук А. А. Здунова.

Затем участники мероприятия заслушали обращение Уполномоченной при Президенте Российской Федерации по правам ребёнка М. А. Львовой-Беловой. Своё приветствие участникам общественных слушаний направила сенатор, заместитель председателя Совета Федерации Федерального Собрания Российской Федерации (далее — Совфед России, Совет Федерации), полковник Вооружённых Сил Российской Федерации, доктор технических наук И. Ю. Святенко.

Первому слову для выступления было предоставлено *депутату Государственной Думы Федерального Собрания Российской Федерации (далее — Госдума России, Государственная Дума), заместителю председателя Комитета Госдумы России по вопросам собственности, земельным и имущественным отношениям, профессору департамента публичного права факультета права НИУ «Высшая школа экономики», кандидату политических наук Н. П. Николаеву*, обратившему внимание собравшихся на эффективность принятых в регионах и планируемого к принятию на федеральном уровне законодательных актов, которые не должны оставаться лишь декларацией. По мнению спикера, самое важное в каждом законе — предупредительная функция, когда удастся не начать массовое привлечение к ответственности за склонение к аборту, а предотвратить сокращение насе-

1 Закон Республики Мордовия от 07.08.2023 №58-З «О запрещении склонения к искусственному прерыванию беременности на территории Республики Мордовия» // URL: <http://publication.pravo.gov.ru/document/1300202308080010> (дата обращения 11.11.2025)

2 Приведенные данные позднее в ходе своего выступления на общественных слушаниях подтвердит начальник отдела организации медицинской помощи детям и службы родовспоможения Минздрава Псковской области М. А. Савдонс

ления за счёт прерывания беременности, и очень жаль, что предупреждение пока распространяется только на 25 регионов, а не на всю страну.

Как отметил Николай Николаев, обсуждаемый в Общественной Палате России проект закона позволяет придать нравственную оценку абортam. До его принятия, с точки зрения действующего российского законодательства³, аборт — не более, чем медицинская услуга, предусмотренная программой обязательного медицинского страхования, что позволяет воспринимать её как безусловное право женщины. Такое восприятие абортивной практики приводит к тому, что в государстве превалирует приоритет формального права на жизнь в его законодательном истолковании над самой жизнью, непризнание жизни до рождения: жизнь есть, но право на неё никто не даёт.

Принимая во внимание Указ Президента России о традиционных ценностях⁴, отныне любые разговоры о ценностных приоритетах нашей страны на будущее должны приобретать больше конкретики. При всём разнообразии конфессиональных и культурных традиций сегодня настало время договориться, что в дискуссиях по принятию обсуждаемого проекта закона речь идёт прежде всего о выработке той единой этики, которая устраивала бы всех, вне зависимости от вероисповедания, с учётом очевидного приоритета Православного вероучения как многовекового базиса для формирования национального законодательства и культуры. Исходя из отношения к человеку, представленному в соответствующей православной антологии, становится понятным, что он не есть животное, но сложное существо, состоящее из тела, души и духа, это позволяет говорить о наделённости человека высшим достоинством, которое в отличие от

права не требует его признания со стороны государства в силу объективного наличия по факту рождения. В завершение своего выступления Н. П. Николаев резюмировал, что планируемый к принятию закон направлен на признание жизни человека до рождения.

Далее *первый заместитель председателя Комитета Госдумы по контролю Д. Г. Гусев* заявил, что законопроект обсуждается крайне своевременно, поскольку страна вымирает: каждый год, согласно статистике, население сокращается на 600 тысяч человек, тогда как принятие закона позволит обеспечить выживаемость граждан. В качестве предложения к пояснительной записке, которая уже приложена к проекту, была высказана инициатива: дополнить, опираясь на опыт регионов, где уже действуют законы о запрете склонения женщин к абортam, статистическими сведениями о том, сколько жизней будет сохранено в первый, второй и последующие годы после принятия законопроекта на федеральном уровне. После дополнения, по мнению спикера, закон будет поддержан к принятию всеми фракциями в Государственной Думе.

С обращением к собравшимся в Общественной Палате России выступил *председатель Законодательного Собрания города Санкт-Петербурга А. Н. Бельский*. Он отметил, что сегодня принимается решение о фундаментальной ценности для будущего страны — праве на жизнь и защите материнства, которые в Северной столице обеспечены благодаря принятию 11 июня 2025 года соответствующего закона о запрете склонения женщин к абортam⁵. По мнению спикера, настала пора после обсуждения принять закон на федеральном уровне, поскольку он создаёт правовой барьер для тех, кто корысти ради или по иным причинам оказывает давление на беременную женщину в самый уязвимый период её жизни. Закон должен защитить право женщины на самостоятельное и ответственное материнство, ограждая от чужого и

3 Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ (ред. от 23.07.2025) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2026) // Собрание законодательства Российской Федерации, 28.11.2011, №48, ст. 6724.

4 Указ Президента Российской Федерации от 09.11.2022 №809 «Об утверждении Основ государственной политики по сохранению и укреплению традиционных российских духовно-нравственных ценностей» // Собрание законодательства Российской Федерации, 14.11.2022, №46, ст. 7977.

5 Закон Санкт-Петербурга от 11.06.2025 №349-58 «О запрете склонения к искусственному прерыванию беременности в Санкт-Петербурге и о внесении изменений в Закон Санкт-Петербурга «Об административных правонарушениях в Санкт-Петербурге» // URL: <http://publication.pravo.gov.ru/document/7800202506110005> (дата обращения 11.11.2025)

зачастую пагубного влияния. Важно отметить, что закон работает на опережение: правонарушение считается совершённым в момент склонения, вне зависимости от того, был ли в итоге сделан аборт. При этом норма закона объективна: информирование врача о медицинских показаниях к аборту не признаётся склонением. В целом, как считает Александр Бельский, принятие закона на федеральном уровне служит укреплению института семьи, повышению рождаемости и сохранению духовно-нравственных традиций, сигнализирует всему обществу: право на жизнь и материнство = наши безусловные приоритеты.

Поддерживая выступление петербургского парламентария, заместитель председателя Комитета Госдумы по защите семьи, вопросам отцовства, материнства и детства В. В. Милонов посетовал на наличие двойных стандартов в определении момента начала человеческой жизни: тогда как подавляющее большинство специалистов медицинского сообщества определяет начало жизни моментом зачатия, противники запрета абортів апеллируют к тому, что жизнь начинается с момента рождения, при этом, когда им нужно обосновать свои права в наследственных спорах⁶, они тут же вспоминают про момент зачатия.

Наряду с поддержкой концепции предлагаемого к принятию законопроекта Виталий Милонов отметил, что сегодня необходимо отдельное внимание уделять вопросам пропаганды, чтобы публичные персоны активно включались в работу по изменению негативного фона информационного поля, в котором считается нормальной бесконтрольная продажа контрацептивных препаратов, где немалая роль принадлежит мужчинам, посылающим женщину на аборт, по его убеждению, если люди узнают всю изнанку искусственного прерывания беременности, они перестанут быть сторонниками абортів.

Сосредоточиться на информационной составляющей демографического развития нашей страны предложил заместитель председателя Комитета Госдумы по информационной политике, информационным тех-

нологиям и связи, кандидат философских наук О. А. Матвейчев, который посетовал, что органы власти опоздали с принятием очень многих решений, поэтому гибель значительного числа населения в мирное время через абортів воспринимается как нечто нормальное. Поскольку страна сталкивается с чисто экономическими проблемами, пришлось принять пенсионную реформу, в силу которой трудоспособное население обеспечивает выплату пенсий нынешним пенсионерам, при этом если пенсионеров становится больше, а трудоспособное население не увеличивается, пенсионный возраст поднимается. У пенсионной реформы есть альтернатива — привлечение мигрантов, но и этот подход населению России не нравится.

В ходе своего выступления парламентарий Олег Матвейчев отметил, что демографические проблемы решаются вопросами культуры и через принятие законов, при этом «нужно раз и навсегда забыть догму о том, что демографические проблемы нам помогут решить какие-то улучшения материальных условий. Весь мировой опыт говорит прямо противоположное: чем лучше люди живут, тем меньше они рожают, самая большая рождаемость в тех странах, которые бедные, а самая плохая рождаемость там, где они богатые». Да, как считает выступающий, есть страны, где хорошее экономическое положение не сказывается негативно на демографической ситуации, но это объясняется пропагандой рождаемости и многодетности. Отсюда вывод: крайне важна просветительская работа.

Государство постепенно выстраивает эту работу, однако, несмотря на принятый закон о запрете пропаганды чайлдфри⁷ и установление ответственности за нарушение запрета⁸, в ближайшем окружении беременной произ-

7 Федеральный закон от 23.11.2024 №411-ФЗ «О внесении изменений в статьи 10.6 и 15.1 Федерального закона "Об информации, информационных технологиях и о защите информации" и отдельные законодательные акты Российской Федерации» // Собрание законодательства Российской Федерации, 25.11.2024, №48, ст. 7218.

8 Федеральный закон от 23.11.2024 №401-ФЗ «О внесении изменений в статью 6.21 Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях» // Собрание законодательства Российской Федерации, 25.11.2024, №48, ст. 7208.

6 Гражданский кодекс Российской Федерации (часть третья) от 26.11.2001 №146-ФЗ (ред. от 08.08.2024) // Собрание законодательства Российской Федерации, 03.12.2001, №49, ст. 4552.

ходит скрытая пропаганда аборта: девушка приходит к матери, потом к мужу, и каждый находит оправдание к искусственному прерыванию беременности, сюда же добавляется пропаганда приоритета карьеры перед материнством. Ссылаясь на опыт израильского здравоохранения, спикер обозначил разницу в отношении к возрастным беременным: если в Израиле беременной в 40 и 45 лет предлагают рожать и создают благоприятные эмоционально-психологические условия, то в России отговаривают от рождения детей, ссылаясь на грядущие проблемы со здоровьем как у женщины, так и у её ребёнка. Однако зачастую все отсылки к неблагоприятным последствиям не увенчивались успехом, и рождались совершенно здоровые дети.

В завершение своего выступления депутат Олег Матвейчев, поддерживая принятие обсуждаемого законопроекта, обозначил ключевой положительный аспект проекта закона: нередко нормативные правовые акты отклоняются, поскольку в финансово-экономическом обосновании предлагается увеличение затрат на реализацию инициативы. Однако принятие закона о запрете склонения к аборту на федеральном уровне не повлечёт дополнительных расходов соответствующих бюджетов бюджетной системы Российской Федерации, что благоприятно скажется не только на демографической, но и экономической ситуации в стране.

Слово для выступления было предоставлено *первому заместителю председателя Комитета Госдумы России по защите семьи, вопросам отцовства, материнства и детства Т. В. Буцкой*, которая отметила, что существенным подспорьем в помощи по продвижению антиабортной повестки и изменению демографической ситуации к лучшему является внедрение суммарного коэффициента рождаемости как показателя для оценки эффективности деятельности высших должностных лиц субъектов Российской Федерации⁹,

9 Указ Президента Российской Федерации от 28.11.2024 №1014 «Об оценке эффективности деятельности высших должностных лиц субъектов Российской Федерации и деятельности исполнительных органов субъектов Российской Федерации» // Собрание законодательства Российской Федерации, 02.12.2024, №49 (Часть V), ст. 7576.

потому что когда есть конкретный человек, который отвечает за количество рождённых детей, то всё получается.

Вместе с тем парламентарий посетовала, что пока идёт работа по улучшению демографического климата в стране, рядом изданий выпускаются антидемографические публикации, в частности, в газете «Коммерсант» в день проведения слушаний вышла статья о семьях с детьми, которые наиболее уязвимы к бедности [9], где, по мнению Татьяны Буцкой, умалчивается о том, что при достижении семьёй показателей доходов ниже прожиточного минимума, государство начинает выплачивать пособия, в некоторых регионах достигающие 20 тысяч рублей на ребёнка. Такие статьи влияют на восприятие действительности беременных и тех, кто готовится к родительству.

Выражая поддержку принятия обсуждаемого законопроекта, спикер предложила внедрить пакетное принятие законов по демографической тематике. Так, по её мнению, сейчас в парламенте идёт работа по оформлению законодательной инициативы, разработанной по поручению Святейшего Патриарха Кирилла, о медико-социальном сопровождении женщин в состоянии репродуктивного выбора на основе понятного правового механизма, когда они по каким-либо причинам не могут воспитывать своих детей и не хотят делать аборт, такое сопровождение будет выстраиваться по примеру кризисных домов для мамы, созданных в 89-ти епархиях Русской Православной Церкви. Татьяна Буцкая выразила надежду, что предложенные инициативы существенно улучшат демографическую ситуацию в стране.

Для участия в «нулевых чтениях» в Общественную Палату России были приглашены матери, которых склоняли к прерыванию беременности. Своими историями поделились Юлия Вячеславовна Ежова, мама четырёх детей из города Оренбурга Оренбургской области, Анастасия Васильевна Биктеева, мама пяти детей из города Саранска Республики Мордовия, Регина Николаевна Мирюгина, на момент проведения слушаний беременна первенцем (три предыдущие беременности не завершились рождением детей), из города

Тюмени Тюменской области, Маргарита Евгеньевна Коваленко, мама четырёх детей из города Мытищи Московской области, Ярослава Игоревна Макарова, мама 12-ти детей из города Ульяновска Ульяновской области, Светлана Владимировна Фролова, мама трёх детей, в том числе ребенка-инвалида, из города Петропавловска-Камчатского Камчатского края.

С докладом «Материнство как конституционная ценность» выступил профессор кафедры уголовного права и процесса факультета высшего образования Средне-Волжского института (филиала) Всероссийского государственного университета юстиции (РПА Минюста России), доктор юридических наук, профессор Г. Б. Романовский. В своём выступлении докладчик обратил внимание, что на уровне конституционных ценностей есть право на жизнь и материнство, тогда как право на аборт среди высших ценностей отсутствует. Заслуживает внимание отражение норм Конституции России в отраслевом законодательстве. Так в Федеральном законе от 21.11.2011 года №223-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в статье 56¹⁰, сказано, что каждая женщина самостоятельно решает вопрос о материнстве, при этом возникает когнитивный диссонанс: почему, если женщина самостоятельно принимает решение о материнстве, статья заведомо именуется как «искусственное прерывание беременности»? Вопрос риторический.

Нельзя обойти стороной зарубежный опыт. К примеру, в Германии (параграф 218 Уголовного кодекса), в Нидерландах (статья 296 Уголовного кодекса) совершение аборта признаётся уголовно наказуемым деянием, за исключением искусственного прерывания беременности в соответствии с законодательством о здравоохранении. Даже если внимательно проанализировать опыт Франции, в которой право на аборт закреплено в Конституции, то станет понятно, что оно детализируется в Кодексе общественно-

го здравоохранения, где сначала подробно рассматриваются ситуации с сохранением беременности, а только потом — с её прерыванием.

Данные примеры показывают, что в России материнство воспринимается через призму прерывания беременности, тогда как за рубежом, наоборот, аборт является наказуемым деянием, из которого на основе реалий делаются исключения. В дополнение к неправильному восприятию материнства добавляется и иной казус законодательства: закрепляя термин «медицинская услуга», российский законодатель заложил в него привязку к лечению заболеваний, тогда как искусственное прерывание беременности не является лечением заболеваний, поскольку беременность — не болезнь. Примечательно, что Основы законодательства России об охране здоровья 1993 года закрепляли право самостоятельно решать вопрос о материнстве, что во взаимосвязи с наименованием 36 статьи «искусственное прерывание беременности»¹¹ воспринималось как право на аборт.

Очевидный перекоп в неверном восприятии материнства через абортивную практику, по мнению профессора Георгия Романовского, основан на итогах работы Международной конференции, которая прошла в 1994 году и была посвящена проблемам народонаселения, позднее озаглавленная как Каирская Программа действий. Историческими предпосылками провозглашения Каирской Программы действий были (приводится как обозначено в докладе):

1. отсутствие у значительного числа женщин элементарного доступа к медицинской помощи;
2. распространённость сексуализированного насилия в отношении женщин (особенно девочек);
3. калечащие практики;
4. активность феминистских организаций;
5. смена мировоззрения;
6. первое появление вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ).

10 Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ (ред. от 23.07.2025) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2026) // Собрание законодательства Российской Федерации, 28.11.2011, №48, ст. 6724.

11 Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (утв. ВС РФ 22.07.1993 №5487-1) (утратили силу) // Ведомости Съезда НД РФ и ВС РФ, №33, 19.08.93, ст. 1318, 1319, 1320.

Спустя 30 лет, докладчик озвучил некоторые её итоги (приводится как обозначено в докладе):

1. признание, что Каирская Платформа основана на неомальтузианстве;
2. консенсус между «контролёрами рождаемости» и феминистскими движениями;
3. Глобальный Север — основной донор (и контролёр) программ. Глобальный Юг — потребитель помощи;
4. маргинализация мнения местного общества;
5. критерии эффективности — демографические показатели (уточнение — в сторону снижения рождаемости);
6. неявные и тонкие формы принуждения, предвзятое консультирование;
7. планирование семьи — синоним контрацепции;
8. медицинализация планирования семьи;
9. женщина — клиент контрацептивов.

Наряду с крайне неблагоприятными результатами применения Каирской Программы действий аналогичные показатели распространились и на применение вспомогательных репродуктивных технологий, что выражается в возможности говорить о «расщеплении» материнства (далее приводится как обозначено в докладе):

1. биологическое материнство;
2. генетическое материнство;
3. социальное материнство;
4. суррогатное материнство;
5. искусственное материнство: (эктогенез — процесс, при котором зачатие, эмбриональное развитие и вынашивание происходит вне организма человека. Сюда же относится создание половых клеток из плюрипотентных стволовых клеток человека с помощью процесса, называемого гаметогенезом).

По видеосвязи в Общественной Палате России выступила *председатель Комитета Государственного Совета Республики Крым по здравоохранению А. Д. Рубель*, которая поделилась информацией о том, что за девять месяцев 2025 года специалистам некоммерческой организации «Материнское счастье» удалось с помощью оказания психологической помощи женщинам отговорить 60 из них от

искусственного прерывания беременности, сохранить своих детей. Немалых результатов удаётся добиваться в республиканских учреждениях здравоохранения, где функционирует система медико-психологической помощи, женщины проходят доабортное консультирование: на начало 2024 года только каждая пятая женщина отказывалась от аборта, а уже за девять месяцев 2025 года каждая третья принимала решение сохранить беременность, таким образом, около 450 женщин после доабортного консультирования стали мамами.

В своём выступлении спикер отдельно рассказала о том, как принимался региональный закон о запрете склонения к аборт. Если во многих субъектах Федерации закон носит название «о запрете склонения к искусственному прерыванию беременности», то в Республике Крым — «О профилактике и запрете склонения женщин к искусственному прерыванию беременности на территории Республики Крым»¹². Название было сформулировано неслучайно, поскольку основной посыл его действия — создание безопасной информационной среды для женщины в состоянии репродуктивного выбора, препятствие распространению деструктивных идеологий и насаждению чуждой российскому народу и разрушительной для российского общества системы идей и ценностей. Вместе с тем если некоторые регионы просто обозначали запрет без санкции, крымский парламент пошёл дальше и одним из первых ввёл штрафы, отказавшись тем самым от декларирования запрета и обеспечения его действия через ответственность.

С целью подтверждения ранее озвученных данных опроса, проведённого Минздравом Псковской области, об изменении отношения к искусственному прерыванию беременности (62% женщин отметили, что им стало комфортнее планировать и вынашивать беременность) по видеосвязи к обсужде-

¹² Закон Республики Крым от 26.12.2024 №27-ЗРК/2024 «О запрете и профилактике склонения беременных женщин к искусственному прерыванию беременности на территории Республики Крым» // URL: <http://publication.pravo.gov.ru/document/9100202412270010> (дата обращения 11.11.2025)

нию законопроекта присоединилась *начальник отдела организации медицинской помощи детям и службы родовспоможения Минздрава Псковской области М. А. Савдонс*, которая сообщила, что с 2024 года на территории региона актуализировалась вся маршрутизация по акушерству и гинекологии; вместе с законом о запрете склонения к аборт¹³ было принято и соответствующее постановление Правительства Псковской области¹⁴, которым предусматривались меры по реализации принятого закона, в частности, порядок обращения с сообщениями о фактах склонения к аборт¹³.

Комментируя результаты проведённого региональным Минздравом опроса, выступающая отметила, что его результаты получены всего через шесть месяцев после принятия закона на территории Псковской области, о котором многие знали. Так, действительно, 62% опрошенных (208 женщин) отмечали положительные изменения после принятия закона, 24% затруднились с ответом. Оглашая статистику по региону, Мария Савдонс озвучила такие цифры: в 2023 году число прерываний беременности составило 1344 случая, в 2024 году — 742 случая, а на октябрь 2025 года — около 500 случаев. Это свидетельствует о заметной тенденции к снижению числа абортов.

Своё обращение к участникам нулевых чтений проекта закона о запрете склонения женщин к аборт¹³ направил *председатель Синодального отдела по взаимоотношениям Церкви с обществом и СМИ, врио руководителя Пресс-службы Патриарха Московского и всея Руси, заведующий кафедрой медиакоммуникаций Московского государственного института международных отношений (университета) МИД России, кандидат политических наук*

13 Закон Псковской области от 28.12.2023 №2442-ОЗ «О запрещении склонения к искусственному прерыванию беременности в Псковской области» // <http://publication.pravo.gov.ru/document/6000202312290005> (дата обращения 11.11.2025)

14 Постановление Правительства Псковской области от 09.01.2024 №1 «О мерах по реализации Закона Псковской области от 28 декабря 2023 г. №2442-ОЗ «О запрещении склонения к искусственному прерыванию беременности в Псковской области»» // <http://publication.pravo.gov.ru/document/600020240100001> (дата обращения 11.11.2025)

В. Р. Легойда, который выступил по видеосвязи. В своём обращении Владимир Легойда отметил, что сегодня важно обобщить имеющийся опыт в вопросах сохранения человеческой жизни и выработать подходы, которые позволят ещё эффективнее делать всё для достижения главной цели — сохранение жизни нерожденных младенцев.

Позицию Русской Православной Церкви Московского Патриархата представил *председатель Патриаршей комиссии по вопросам семьи, защиты материнства и детства, настоятель храмов Благовещения Пресвятой Богородицы в Петровском парке и святителя Митрофана Воронежского на Хуторской горада Москвы, иерей Фёдор Лукьянов (Фёдор Анатольевич Лукьянов)*, который передал слова приветствия и Первосвятительского благословения Святейшего Патриарха Московского и всея Руси Кирилла.

В продолжении своего выступления священнослужитель отметил, что сегодня имеет место конфликт позиций по проблематике абортов: с одной стороны, одобрение к сохранению искусственного прерывания беременности высказывает врач-акушер-гинеколог А. В. Ерофеева (по убеждению отца Фёдора Лукьянова, она монополизировала мнение медицинского сообщества в СМИ), с другой — медицинское сообщество настроено на поддержку всех мер по ограничению абортов. В такой ситуации, как считает спикер, необходимо убирать из публичного пространства экспертизу Любви Ерофеевой как противоречащую традиционным духовно-нравственным ценностям России и отдавать предпочтение нормальным врачам, которые не поддерживают аборты. Вместе с тем для того, чтобы добиться эффективности в работе многочисленных мер поддержки и стимулирования рождаемости (неделя тишины, пособия для матерей, клинические рекомендации с констатацией пагубности абортов для здоровья женщины), надлежит устранить повсеместную доступность абортов, в том числе потому, что число клиник, имеющих лицензию на искусственное прерывание беременности, сегодня превышает количество учреждений, занимающихся родовспоможением.

Как отметил представитель Московского Патриархата, регулярное внедрение новых мер поддержки и стимулирования рождаемости не может обходиться без предусматривания серьёзных ограничительных мер по расширению искусственного прерывания беременности, которые уже доказали свою эффективность: после введения с 1 сентября 2024 года предметно-количественного учёта препаратов для медикаментозного аборта¹⁵ на 300 тысяч упаковок в год упал сбыт препаратов «Мифепристон» и «Мизопростол», таким образом, на треть сократился спрос указанных медикаментов среди частных клиник. По мнению спикера, причиной этому является также повсеместный отказ медицинских организаций частной системы здравоохранения от лицензии на искусственное прерывание беременности: по состоянию на октябрь 2025 года количество учреждений, отозвавших соответствующую лицензию, насчитывает 725 учреждений.

Далее иерей Фёдор Лукьянов обращает внимание, что современная пропаганда абортотворения обнаруживает тревожное сходство с планом Гиммлера по сокращению населения восточных территорий через популяризацию контрацепции и расширению сети абортотворения, а далее приводит сравнение плана Третьего Рейха «OST» 1942 года и современную позицию Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) по проблематике искусственного прерывания беременности (сравнение приводится, как обозначено в презентации докладчика, см. таблицу 1).

В своём выступлении священнослужитель выделяет целый ряд негативных последствий, которые наступают от реализации планомерной программы ВОЗ по сокращению народонаселения, в том числе за счёт внедрения в национальных юрисдикциях и пересмотра Международного классификатора болезней [5]. Таблица негативных последствий приводится так, как отражена в презентации докладчика, см. таблицу 2).

15 Приказ Минздрава России от 01.09.2023 №459н «Об утверждении перечня лекарственных средств для медицинского применения, подлежащих предметно-количественному учёту» (Зарегистрировано в Минюсте России 02.10.2023 №75422) // URL: <http://publication.pravo.gov.ru/document/0001202310030013> (дата обращения 11.11.2025)

Поддерживая принятие обсуждаемого проекта закона о запрете склонения женщин к абарту на федеральном уровне, иерей Фёдор Лукьянов сообщил, что при планомерной работе по ограничению искусственного прерывания беременности с одновременным расширением мер поддержки и стимулирования рождаемости удастся ежегодно увеличивать население страны на 300 тысяч человек.

«Воспитание подрастающего поколения — главная цель принятия законопроекта», — такое мнение выразила член Комиссии Общественной Палаты России по вопросам социального партнёрства, попечения и развитию инклюзивных практик, сопредседатель правления Международной общественной организации «Союз православных женщин» Н. В. Дмитриевская, которая отметила, что сегодня ввиду эрозии традиционных семейных ценностей в ряде регионов страны наблюдается сопротивление принятию ограничительных мер по недопущению распространению абортотворения: в Тюменской области дважды (законопроект №2437-07 [7] и законопроект №2515-07 [8]) вносился законопроект, который до сих пор не принят. В Иркутской области, несмотря на обещание губернатора, закон также не принят.

У предлагаемого к принятию законопроекта есть ещё одно направленное действие — защита от давления со стороны медицинских работников для беременных женщин с инвалидностью: «Мы недавно в Общественной Палате проводили слушания с участием женщин с инвалидностью [4], которые имеют от одного до трёх детей, и ни разу, приходя на приём в женскую консультацию, они не столкнулись с поддержкой со стороны врача, это их вынуждало уходить в частную клинику, чтобы вести беременность». Принимая во внимание воспитательно-ценностный характер, обсуждаемый закон, по мнению спикера, должен быть обязательно принят на федеральном уровне.

Заявление о том, что мамы с инвалидностью не находят поддержки у медицинских работников учреждений здравоохранения, подтвердила член Комиссии ОП РФ по демографии, защите семьи, детей и традиционных семейных ценностей, член Общественной палаты Алтайского края, директор Реабилитационного центра «Семья» Е. В. Сидорова.

Таблица 1.

**Сравнение плана Третьего Рейха «OST» 1942 года
и современной позиции Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ)
по проблематике искусственного прерывания беременности**

№	План Третьего Рейха «OST» 1942 года	Позиция ВОЗ
1	Политика сокращения населения	Аборт является заботой о здоровье и спасает жизни
2	Внушение мысли о том, что вредно иметь много детей	Борьба за снижение смертности младенцев — нарушение прав женщин
3	Демонстрация, каких больших средств стоит воспитание детей, и что можно было бы приобрести на эти средства	Производство аборта до последнего дня беременности
4	Широкая пропаганда и производство противозачаточных средств	Аборт — неотъемлемая часть современного общества
5	Всяческое способствование расширению сети абортариев	Право на инфантицид — детоубийство
6	Пропаганда добровольной стерилизации	
7	Не допускать борьбы за снижение смертности младенцев	
8	Отсутствие препятствий для разводов	
9	Запрет каких-либо налоговых преференций для многодетных	
10	Запрет на оказание денежной помощи многодетным в виде надбавок к заработной плате	

тационного центра для детей и подростков с ограниченными возможностями «Журавлики» И. В. Яковенко, которая передвигается на инвалидной коляске, являясь мамой троих детей. Ведение беременности при рождении её детей сопровождалось напряжёнными диалогами с медиками: «Нет доступных женских консультаций. Когда поняла, что беременна, начала искать консультацию, которая могла бы меня принять и согласилась бы поставить меня на учёт, ни одна женская консультация не пошла на это, зато пришлось выслушивать, что беременная на коляске — нонсенс».

По убеждению спикера, беременность — не наказание, не болезнь, но стимул и рост для каждой женщины, в чём могли убедиться участники круглого стола в Общественной Палате России 27 февраля 2025 года, среди которых было немало женщин с различными нозологиями.

Принятие закона о запрете склонения женщин к аборту на федеральном уровне, как считает Ирина Яковенко, пресечёт регулярную практику, когда от рождения детей отговаривают не только женщин с инвалидностью, но и здоровых мам, которые замужем за инвалидами, что, по мнению некоторых врачей, является «проблемой», мол, зачем вам ещё один инвалид, когда вы замужем за инвалидом.

«Отрадно, что на слушания закона о запрете склонения к аборту пригласили лиц, отвечающих и за мужское здоровье, поскольку репродукция, репродуктивное здоровье, репродуктивный выбор — всегда вопрос пары», — начал своё выступление ведущий научный сотрудник отдела андрологии и репродукции человека Научно-исследовательского института урологии и интервенционной радиологии им. Н. А. Лопаткина — филиала Нацио-

Таблица 2.

**Последствия реализации программы ВОЗ по сокращению народонаселения,
включающей внедрение в национальной юрисдикции
Международного классификатора болезней и пересмотра**

<i>Медико-биологические факторы</i>	<i>Социальные факторы</i>	<i>Экономические факторы</i>	<i>Демографические факторы стратегической угрозы</i>	<i>Правовые и биоэтические факторы</i>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Бесплодие. 2. Смертность. 3. Хронические заболевания ЭПП. 4. ЭКО и суррогатное материнство. 5. Онкология (рак молочной железы, рак шейки матки). 6. Заболевания детей. 7. Депрессия. 8. Суициды, наркомания, алкоголизм среди женщин, совершивших аборт, и врачей, выполняющих процедуру. 9. Распространение нервно-психических заболеваний среди женщин, совершивших внутриутробное убийство. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Распад семей (разводы после абортотв). 2. Формирование абортотвно-эвтаназийного общественно-го сознания. 3. Профессиональная деформация медперсонала (имманентная гуманность). 4. Высокая смертность женщин после абортотв. 5. Социальное сиротство. 6. Криминализация частных клиник при совершении абортотв. 7. Уклонение от уплаты налогов. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Затраты на абортотв. 2. Затраты на лечение последствий абортотв, бесплодия. 3. Затраты на ВРТ. Затраты на лечение детей. 4. Совокупные потери государства от процедуры абортотв. 5. Отсутствующая достоверная статистика по количеству проведённых абортотв ведёт к некачественному планированию государственных программ. 6. Снижение оборонного потенциала страны. 7. Падение инвестиционного рейтинга. 8. Утрата статуса «мировой державы». 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Снижение рождаемости. 2. Снижение численности населения. 3. Миграция, смена исторического, этнического состава. 4. Снижение репродуктивного потенциала нации. 5. Системное ухудшение здоровья населения. 6. Разрушение генофонда страны. 7. При неблагоприятном развитии событий — утрата суверенитета и потеря исконных территорий. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Отсутствие права ребёнка на пренатальной стадии развития — основа для формирования евгенических и фашистских идеологий 2. Негативное влияние международного опыта регулирования абортотв и мер, направленных на их увеличение, путем внедрения идеологий западных НКО неолиберального типа 3. Нарушение права женщины как пациента на охрану материнства

нального медицинского исследовательского центра радиологии Минздрава России, кандидат медицинских наук С. С. Красняк, который считает, что роль мужчины должна проявляться, в том числе и в поддержке, поскольку принятие решения об абортотв зачастую эмоциональное, неосознанное, приводящее после его совершения к сокрушению о содеянном и будущий отец может содействовать сохранению беременности.

«Склонение к абортотв — ничто иное, как склонение к убийству», — считает руководитель Юридической службы Московской митрополии, секретарь Епархиального совета Одинцовской епархии (Московская митрополия), руководитель Секретариата ВРНС, настоятель Никольского собора города Красногорска Московской области, иерей Василий Лосев (Василий Егорович Лосев), который отметил, что председатель ВРНС Святейший Патриарх

Московский и вся Русь Кирилл уделяет особое внимание вопросам защиты жизни до рождения: «Жизнь каждого ребёнка с момента зачатия драгоценна и заслуживает защиты и заботы» [2].

Ориентируясь на указы Предстоятеля Русской Православной Церкви, иерей Василий Лосев обратил внимание аудитории, что оппоненты в дискуссии по принятию закона о запрете склонения женщин к абортупеллируют к конституционному регулированию, которое защищает жизнь человека с момента рождения (пункт 2 статьи 17, часть 1 статьи 20 Конституции России — примеч. автора). Вместе с тем, по мысли спикера, Основной Закон не отрицает защиту жизни до рождения: в преамбуле Конституции России¹⁶ закреплена ответственность за Родину перед нынешним и будущими поколениями. «О каких будущих поколениях может идти речь, если мы не обеспечим самому первому, самому уязвимому его представителю — нерождённому ребёнку право на жизнь?», — задаётся вопросом священнослужитель. И отвечает: «Защита жизни до рождения — та самая ответственность перед будущим, о котором говорит преамбула нашей Конституции».

Считая себя частью мирового сообщества, наша страна должна ориентироваться на чёткий этический ориентир в вопросах абортивной практики, выработанный преамбулой Декларации прав ребёнка, где сказано: «ребёнок, ввиду его физической и умственной незрелости, нуждается в специальной охране и заботе, включая надлежащую правовую защиту, как до, так и после рождения»¹⁷. Об этом обстоятельно говорила игумения Ксения (Чернега), руководитель Правового управления Московской Патриархии, на минувшем Петербургском Международном юридическом форуме 2025 года [1].

¹⁶ Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993 с изменениями, одобренными в ходе общероссийского голосования 01.07.2020) // URL: <http://pravo.gov.ru/proxy/ips/?docbody=&nd=102027595> (дата обращения 11.11.2025)

¹⁷ Декларация прав ребенка: принята резолюцией 1386 (XIV) Генеральной Ассамблеи ООН от 20 ноября 1959 года // Сборник международных договоров СССР, выпуск XLVI, 1993.

Наряду с формально-юридической аргументацией представитель ВРНС предложил рассмотреть доводы «ученого-биолога В. А. Голиченкова, профессора факультета биологии МГУ имени Ломоносова, который считает, что, с точки зрения современной биологии, жизнь человека как биологического индивидуума начинается с момента слияния ядер мужской и женской половых клеток» [11]. На этом основании, как считает спикер, право не может противоречить научной истине, оно должно следовать за теми общественными отношениями, которые складываются в обществе, где сегодня всё яснее осознаётся ценность человеческой жизни.

«Когда женщина узнаёт о беременности, то слышит от мужа или партнёра, работодателя или начальника, родственников или врачей упреки и многие другие аргументы не в пользу рождения детей, при этом в качестве противодействия упрекам кроме слёз у такой женщины не остаётся ничего. Обсуждаемый законопроект поможет беременным иметь инструмент защиты», — убеждена адвокат, руководитель юридической службы благотворительного фонда «Женщины за жизнь» Е. С. Деренская, которая представила на нулевых чтениях законопроекта примеры из правоприменительной практики реализации принятых в регионах России законов о запрете склонения женщин к абортуподавляющем большинстве регионов, где действуют соответствующие нормативные акты, склонения к искусственному прерыванию беременности удаётся предотвратить, в том числе за счёт привлечения виновных к ответственности, там, где законов о запрете склонения к абортуподдержки и в одиночку отстаивают право на материнство.

«О роли мужчины в профилактике абортов: от наблюдателя к ответственному партнёру» рассказал в своём докладе директор научно-исследовательского института урологии и интервенционной радиологии имени Н. А. Лопаткина — филиала Национального медицинского исследовательского центра радиологии Минздрава России, Главный внештатный специалист по репродуктивному здоровью мужчин, член-корреспондент РАН, доктор

медицинских наук, профессор О. И. Аполихин, выразивший убежденность, что беременность — не только женская забота, но и мужская ответственность, беря на себя которую, партнёр становится не безучастным наблюдателем, но со-творцом в зарождении и развитии новой жизни человека.

«У нас законопослушное на самом деле общество, закон имеет очень большой авторитет», — считает ассистент кафедры конституционного и муниципального права юридического факультета МГУ имени М. В. Ломоносова, эксперт Комиссии ОП РФ по демографии, защите семьи, детей и традиционных семейных ценностей, эксперт Патриаршей комиссии по вопросам семьи, защиты материнства и детства, кандидат юридических наук С. Р. Дробязко, которая выступила автором и основным разработчиком обсуждаемого законопроекта о запрете склонения женщин к аборт. В своём выступлении Софья Дробязко отметила, что проект закона появился ввиду запроса общества, где до сих пор отсутствует правовой механизм защиты от склонения к прерыванию беременности.

Если обратиться к регламентирующим оказание медицинской помощи документам, то окажется, что ни в одном из них не содержится норм, которые можно было бы трактовать через превалирование мнения врача над решением женщины, за исключением жизнеугрожающих состояний матери, к каковым беременность при нормальном её развитии не относится. Оппонируя критикам принятия закона, спикер отметила, что конституционная норма права на жизнь раскрывается в отраслевом законодательстве посредством наделения женщин возможностью самостоятельного принятия решения о материнстве, где медицинские работники информируют обо всех особенностях развития беременности (включая состояния, угрозы здоровью, последствия), но решение остаётся за женщиной. Как раз для защиты беременных от посягательств на их свободу в состоянии репродуктивного выбора и направлен обсуждаемый проект закона.

Как отметила разработчик, предлагаемый к принятию законопроект не предусматривает кардинально нового в действующей

правовой системе страны, а встраивается в существующие рамки законодательства об административных правонарушениях: наличие вины, установление всех обстоятельств произошедшего, принципы и механизмы доказывания, гарантии для участников правоотношений — все перечисленные аспекты сохраняются. Вместе с тем проект закона закладывает чёткие границы между «склонением» (под которым понимается побуждение к совершению действий, не обусловленных медицинскими показаниями к абарту, вызванными жизнеугрожающими состояниями здоровья матери) и «информированием» (под которым понимается сообщение о состоянии здоровья, в том числе его жизнеугрожающего состояния, являющегося медицинским показанием к абарту). Таким образом, законопроект устраняет обозначаемые в дискуссии по его принятию опасения.

«Любое прерывание беременности имеет пролонгированный эффект», — утверждает основатель и директор по развитию Центра традиционного акушерства Т. Г. Садовая, — «Поскольку после женщина приобретает мировоззрение, на основе которого становится приверженницей идеологии чайлдфри¹⁸, что влечёт не одномоментное прерывание беременности, а осознанный отказ от материнства». Немалое значение в формировании обозначенного взгляда на жизнь имеет, как считает спикер, взаимосвязь беременности с условиями, в которых она проходит: «У нас огромное количество женщин, которые прерывают беременность после того, как они получили травму в родах, очень много женщин говорят: так родила, что больше вообще не хочу», — делится кейсами из практики Татьяна Садовая. Обозначенные факторы нужно учитывать при принятии обсуждаемого законопроекта.

«Если бы нормативные предписания Минздрава России исполнялись должным образом, ситуация с родовспоможением в стране была бы куда лучше», — говорит руководитель автономной некоммерческой организации по-

¹⁸ Федеральный закон от 23.11.2024 №401-ФЗ «О внесении изменений в статью 6.21 Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях» // Собрание законодательства Российской Федерации, 25.11.2024, №48, ст. 7208.

мощи женщинам с осложнённой беременностью «Жизни Луч», врач-педиатр, кандидат медицинских наук М. Б. Добрянская, которая сообщает, что возглавляемая ею организация создавалась на основе анализа множества случаев из практики, в которых при наличии возможности оказать необходимую помощь с привлечением специалистов федеральных медицинских центров в регионах беременным предлагалось сделать аборт. Для исключения подобных склонений женщин к аборту и необходимо принять предлагаемый законопроект.

В своём выступлении спикером, в частности, цитируется выдержка из приложения к письму Минздрава России от 4 декабря 2018 г. №15-4/10/2-7839 «Клинические рекомендации (протокол лечения) “Искусственное прерывание беременности на поздних сроках по медицинским показаниям при наличии аномалий развития плода”»¹⁹: «При установлении консилиумом наличия врождённых аномалий развития плода, требующих оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи плоду или новорождённому в перинатальном периоде, беременной женщине предоставляется информация о медицинской организации, имеющей лицензию данного вида медицинской помощи, как в субъекте, так и на всей территории Российской Федерации». Иначе говоря, вместо перенаправления рожениц с патологиями в другие учреждения им предлагали прервать беременность, тем самым прямо нарушая указания Клинических рекомендаций.

В дополнение к Клиническим рекомендациям 2018 года Марина Добрянская приводит выдержку из актуального письма Минздрава России от 10 ноября 2021 г. №15-1/И/1-18597, где содержатся Рекомендации по сообщению диагноза при подозрении или обнаружении

у плода/ребёнка инвалидизирующей патологии или риска её развития. В пункте 10 Рекомендаций содержится указание на запрет рекомендовать женщине прервать беременность, отказаться от ребёнка или излагать субъективное видение перспектив жизни ребёнка и семьи [10]. Несмотря на предписания Минздрава России специалисты АНО «Жизни Луч» и их подопечные сталкиваются с прямо противоположным поведением медицинских работников, когда игнорируются ведомственные установления и женщинам предлагается прервать беременность.

Законопроект о запрете склонения женщин к аборту будет работать и в защиту медицинских работников, считает врач-акушер-гинеколог клинического госпиталя «Латино» группы компаний «Мать и дитя» Р. В. Зябликова, к которой нередко приходят пациенты для получения альтернативного мнения в ситуации, когда медицинские работники на предыдущих консультациях рекомендовали прервать беременность, в частности, ввиду наличия рубца на матке после предыдущего кесарева сечения, потому что кому-то из врачей, в том числе в составе консилиума, он показался тонким и несостоятельным, несмотря на отсутствие в ведомственном приказе Минздрава России такого показания к аборту²⁰. Как отметила спикер, абсолютно все женщины с наличием рубца на матке за её многолетнюю практику выносили беременность и благополучно родоразрешились без последствий для здоровья.

Весомым аргументом в пользу принятия законов о запрете склонения женщин к абортам выступают статистические данные, которые помогают увидеть масштаб проблемы. Так было и в Республике Хакасия, которая стала 20 регионом, где соответствующий закон принят²¹. Результаты социологического

19 Документ не применяется в связи с истечением срока действия, установленного Федеральным законом от 25.12.2018 №489-ФЗ «О внесении изменений в статью 40 Федерального закона “Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации” и Федеральный закон “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” по вопросам клинических рекомендаций». Вместо него действуют Клинические рекомендации “Искусственный аборт (медицинский аборт)”, одобренные Минздравом России в 2024 году, в которых приведенный спикером абзац отсутствует.

20 Приказ Минздравсоцразвития России от 03.12.2007 №736 (ред. от 27.12.2011) «Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности» (Зарегистрировано в Минюсте России 25.12.2007 №10807) // Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти, №9, 03.03.2008.

21 Закон Республики Хакасия от 09.04.2025 №28-ЗРХ «О запрете склонения к искусственному прерыванию беременности на территории Республики Хакасия» // URL: <http://publication.pravo.gov.ru/document/1900202504090014> (дата обращения 11.11.2025)

исследования об информированности населения о фактах склонения к искусственному прерыванию беременности в Республике Хакасия озвучила *руководитель Секретариата Регионального отделения ВРНС в Республике Хакасия Т. В. Глушкова*. С её слов, результаты исследования, проведённого красноярским ООО «Маркетинг ЛАБ», были следующими: 68% женщин сталкивались с фактами склонения к аборту в своём окружении, из них 4% — девушки в возрасте от 18 до 24 лет, 50% — женщины в возрасте 45 лет. Несмотря на то, что более старшие женщины слышат чаще о том, что им не нужно рожать, они являются менее восприимчивыми к уговорам, в отличие от первой возрастной группы — молодых девушек. В завершение своего выступления спикер посоветовала коллегам из регионов проводить такие исследования, чтобы понять актуальность и своевременность поддержки инициатив по ограничению склонения к прерыванию беременности.

«Как духовное должно превалировать над материальным?», — такой вопрос ставит *директор АНО «Центр кризисной психологии и социальной реабилитации» М. И. Хасьминский*, который считает, что в мире комфорта и потребления настала пора не только обозначать подобные вопросы, но изменять идеологическую основу информационного общества, где должно отсутствовать социальное давление на репродуктивные установки человека.

С докладом «Закон и медицинская практика: как преодолеть конфликт интересов?» выступил *профессор кафедры акушерства и гинекологии Волгоградского государственного медицинского университета, президент Волгоградской областной ассоциации акушеров-гинекологов, доктор медицинских наук Н. А. Жаркин*, который сообщил, что с 1990-х годов в России принята парадигма перинатального акушерства, при котором приоритет спасения отдаётся ребёнку, вместо распространённой ранее парадигмы классического акушерства, когда спасают мать, а не ребёнка. Такое изменение приоритетов в акушерстве и гинекологии привело к применению скринингов на более ранних сроках беременности (ранее его делали только на 20 неделе, сейчас — на 12 неделе), расширению сочетанных показаний

к кесареву сечению и индукции преждевременных родов. Вместе с тем многие врачи, включая автора доклада, убеждены, что настало время менять подходы, вместо этого предлагается медицинские манипуляции производить с учётом интересов матери и ребёнка, а не только одного из них, где счастье женщины в родах (благоприятные эмоциональные условия протекания беременности и родоразрешения) определяет последующий репродуктивный выбор, при котором беременная никогда не сделает аборта: женщины, рожавшие счастливо, у которых дети улыбаются после родов, а не кричат истошно, они становятся многодетными.

Поддерживая концепцию предлагаемого законопроекта, Николай Жаркин посетовал, что расположенные по периметру зала, где проходят «нулевые чтения» законодательной инициативы, фотографии проекта «Рождённые вопреки» в 95% говорят «врачи виноваты, врачи иницируют аборт». Не соглашаясь с такой оценкой, спикер задался вопросом: а к кому женщина приходит и сообщает о беременности? И ответил: муж далеко не всегда стоит на первом месте, в практике были даже матушки, которые скрывали от священников факт аборта, отсюда вывод: именно врач стоит в авангарде с проблемой репродуктивного выбора. Сюда же добавляется дилемма, при которой в ходе перинатального скрининга врачи выявляют ранние патологии у будущего ребёнка, в том числе не совместимые с жизнью, применяется аборт по медицинским показаниям, а позднее врачи вынуждены нести юридическую ответственность.

По мнению спикера, имеют место опасения применения санкции по предлагаемому законопроекту в отношении врачей-акушеров-гинекологов, ведь каждая неблагоприятная беременность заканчивается привлечением внимания следователей и нередко наказаниями для медицинских работников: не раскрывая медицинской тайны, врач сообщил, что в одном из клинических случаев удалось спасти ребёнка при одновременной гибели матери ввиду её собственного репродуктивного поведения, которое исключало нарушение протоколов лечения со стороны медицинского персонала. В условиях устра-

нения патерналистской модели медицины, когда врач заботился о пациенте как о своём ребёнке, настало время информационной модели медицины, при которой врачи обо всём информируют пациента, что приводит к конфликту мнения врача и «хотений» пациента.

В завершение своего выступления докладчик констатировал: есть заинтересованные структуры, которые будут бороться за сохранение существующего положения, поскольку разница затрат на проведение аборта и сопровождение диспансеризации здоровой женщины (а той, что имеет какие-то нарушения здоровья — тем более) по системе ОМС говорит сама за себя: стоимость процедуры прерывания беременности со всеми обследованиями и лекарственными назначениями — примерно 10 тысяч рублей, стоимость обследования здоровой женщины до родов, ведение беременности и послеродовой период обходится (а позднее компенсируется ОМС) медицинской организации в 100 тысяч рублей, при наличии патологий — примерно 200 тысяч рублей. Сюда же добавляется система штрафования медицинских организаций за нарушения при оформлении медицинской документации: в 2024 году сумма штрафов по медицинским учреждениям Волгоградской области составила 1 млрд. 300 млн. рублей, при этом взысканная сумма не возвращается в систему здравоохранения. Предложение по изменению порочной практики, в том числе, когда искусственное прерывание беременности финансируется из налогов, — выведение абортотворения из системы ОМС.

Если соблюдать Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан»²², Порядок оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология»²³, то принятие обсуждаемой инициативы о за-

прете склонения женщин к аборту будет не страшно, — считает *заведующая женской консультацией №4 Калужской городской клинической больницы №4, Заслуженный работник здравоохранения Калужской области Г. М. Медведева*, которая отметила, что у врачей женских консультаций как первичного звена здравоохранения сегодня всё есть для применения обозначенных нормативных актов и недопущения прерываний беременности. По мнению спикера, демографическая ситуация в стране изменится в лучшую сторону, если все: женщины, доктора, общество поймут, что жизнь человека начинается не с момента рождения ребенка, но с момента его зачатия.

«Было бы правильным принятие закона о запрете склонения женщин к аборту на федеральном уровне, чтобы исключить возможность размышлять о нужности принятия закона на региональном уровне, механизме его исполнения», — утверждает *уполномоченная по правам ребёнка в Тульской области Н. А. Зыкова*, которая сообщила, что на уровне Правительства Тульской области рассматривается аналогичный закон, ведётся работа по его внесению в Тульскую областную Думу, спикер выразила надежду, что в ближайшее время закон будет принят и регион присоединится к тем, где подобные инициативы реализованы на законодательном уровне.

За два года участия Новгородской области в федеральном проекте «Здравствуй, мама!» и действия закона о запрете склонения женщин к аборту²⁴ уменьшилось количество обращений и число процедур по искусственному прерыванию беременности, — поделился *главный врач Новгородского областного клинического перинатального центра имени В. Ю. Мишекурина*, *главный внештатный специалист по гинекологии — руководитель группы ведомственного контроля качества и безопасности медицинской*

22 Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ (ред. от 23.07.2025) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2026) // Собрание законодательства Российской Федерации, 28.11.2011, №48, ст. 6724.

23 Приказ Минздрава России от 20.10.2020 №130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю “акушерство и гинекология”» (Зарегистрировано в Минюсте России 12.11.2020 №60869) // URL: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/view/000120201130037> (дата обращения 11.11.2025)

24 Областной закон Новгородской области от 18.12.2023 №450-ОЗ «О запрете склонения к искусственному прерыванию беременности на территории Новгородской области и о внесении изменений в областной закон “Об административных правонарушениях”» // URL: <http://publication.pravo.gov.ru/document/5300202312190013> (дата обращения 11.11.2025)

деятельности при оказании медицинской помощи в службе родовспоможения и гинекологии А. В. Андриенко, после чего обозначил ряд проблем, которые выявил региональный мониторинг причин проявления репродуктивного поведения женщин: кадровый дефицит в акушерстве и гинекологии, неудовлетворительное состояние женских консультаций, материальная заинтересованность медицинских организаций частной системы здравоохранения в проведении аборт. Для решения проблем искусственного прерывания беременности, по мнению спикера, необходимо внести изменения в пункт 90 Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», утверждённый приказом Минздрава России²⁵, исключив из перечня условий, в которых оказывается медицинская помощь при искусственном прерывании беременности, амбулаторные.

«Важность законопроекта, который мы с вами сегодня обсуждаем, невозможно переоценить», — заверила *председатель совета Межрегионального общественного движения «Национальный родительский комитет по поддержке семьи и развитию социальных инициатив» И. В. Вольнец*, которая считает, что конституционное право на жизнь неотъемлемо от права быть рождённым. В ходе своего выступления спикер выразила уверенность, что законопроект о запрете склонения женщин к аборту будет принят на федеральном уровне, при этом было бы лучше, чтоб это произошло прежде, чем каждый регион примет аналогичные нормативные акты у себя.

²⁵ См. Приказ Минздрава России от 20.10.2020 №1130н...

«Законопроект работает на защиту женщин, права женщины на здоровую, счастливую семью и рождение ребёнка», — считает *президент Фонда целевого капитала Ассоциации некоммерческих организаций «Союз волонтерских организаций и движений» В. В. Хромов*, который отметил, что предлагаемая инициатива в случае принятия полностью будет соответствовать семейно-демографической политике России и защите семьи и детства. Для принятия закона, как констатировал спикер, сегодня сложился общественный консенсус, однако и далее необходимо информировать общество об инициативах, направленных на изменение ситуации с противодействием аборт, в этом деле могли бы помочь некоммерческие организации.

В завершение общественных слушаний законопроекта о запрете склонения женщин к аборту его итоги подвела модератор Наталья Москвитина, которая отметила, что к «нулевым чтениям» были привлечены все заинтересованные лица: и депутаты, и врачи, и юристы, и мужчины, и женщины. По её словам, «закон показывает новую норму, он показывает то, от чего мы отошли, и за последние 100 лет это изменило ментальность наших женщин. Но пришло время возвратиться к первоисточкам: мы всегда были за семью». <...> Мне хочется, говорит модератор, как маме многодетной, «чтобы решение о рождении ребёнка принималось в семье, где есть двое детей, снова и снова, чтобы были третий и четвёртый [ребёнок], и никакого склонения [к аборту] не было и в помине». Завершились общественные слушания призывом: «Пускай в России рождаются дети!»

Список литературы:

1. «В начале было Слово»: в опросы толкования традиционных ценностей и их интеграции в право // Официальный сайт Петербургского Международного юридического форума. URL: <https://legalforum.info/programme/business-programme/7776/> (дата обращения: 16.11.2025)
2. Выступление Святейшего Патриарха Кирилла на пленарном заседании XXXI Международных Рождественских образовательных чтений // Официальный портал Русской Право-

- славной Церкви Московского Патриархата. URL: <https://www.patriarchia.ru/article/104161> (дата обращения: 16.11.2025)
3. Как отстоять право женщины на материнство? // URL: <https://www.oprf.ru/news/kak-otstoyat-pravo-zhenshchiny-na-materinstvo> (дата обращения: 25.10.2025)
 4. Круглый стол на тему «Проблемы и перспективы поддержки семей с родителями, имеющими инвалидность» // URL: https://www.oprf.ru/live_stream/3146 (дата обращения: 16.11.2025)
 5. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, одиннадцатого пересмотра (МКБ-11) // URL: <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru> (дата обращения: 13.11.2025)
 6. Общественные слушания по вопросу изменения ФЗ в части защиты женщин от склонения к искусственному прерыванию беременности // URL: https://www.oprf.ru/live_stream/3553 (дата обращения: 24.10.2025)
 7. Проект закона Тюменской области №2437-07 «О запрете склонения к искусственному прерыванию беременности на территории Тюменской области» // URL: <https://sapp.duma72.ru/zakonotvorchestvo/zakonoproekty-vnesennye-v-tyumenskuyu-oblastnyuyu-dumu/3498> (дата обращения: 14.11.2025)
 8. Проект закона Тюменской области №2515-07 «О защите беременных женщин от склонения к искусственному прерыванию беременности в Тюменской области» // URL: <https://sapp.duma72.ru/zakonotvorchestvo/zakonoproekty-vnesennye-v-tyumenskuyu-oblastnyuyu-dumu/3576> (дата обращения: 14.11.2025)
 9. РАНХиГС: семьи с детьми-школьниками наиболее уязвимы к бедности // URL: <https://www.kommersant.ru/doc/8120319> (дата обращения: 11.11.2025)
 10. Рекомендации по сообщению диагноза при подозрении или обнаружении у плода/ребёнка инвалидизирующей патологии или риска её развития (направлены Письмом Минздрав России от 10.11.2021 №15-1/И/1-18597) // Документ опубликован не был. URL: https://static0.minzdrav.gov.ru/system/attachments/attaches/000/067/306/original/Исх_письмо_направление_особенностей_%28файл_отображения%29.pdf?1722264053 (дата обращения: 17.11.2025)
 11. Эмбриолог Владимир Голиченков — о праве на рождение // Аргументы недели. 2025. №21(969). URL: <https://argumenti.ru/interview/2025/05/952299> (дата обращения: 17.11.2025)

Об авторе:

Довнар Алексей Николаевич — юриконсульт юридического отдела Государственного автономного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования города Москвы «Московский центр развития профессионального образования», Москва, DovnarAN@edu.mos.ru

Aleksey Nikolaevich Dovnar — counsel of the Legal Department of the State Autonomous Educational Institution of Continuing Professional Education of the City of Moscow «Moscow Center for the Development of Professional Education», Moscow

© Довнар А. Н., 2025

Для цитирования:

Довнар А. Н. Голос в защиту нерождённых младенцев: обзор нулевых чтений проекта федерального закона «О защите женщин от склонения к прерыванию беременности» в Общественной палате Российской Федерации // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2025. №3-4 (29-30). С. 20-39.

For citation:

Dovnar A. N. A voice for unborn babies: a review of the zero readings of the draft federal law «On the protection of women from pressure to terminate pregnancy» at the Public Chamber of the Russian Federation // M.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2025. №3-4 (29-30). P. 20-39.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов

The author declares that there is no conflict of interest

Статья поступила в редакцию 23.11.2025 г.

Зиновьев Д. Ю., Юскаева Г. И., Купрюшин А. С., Богатырёва А. В., Герасимов А. В.

ПРАВО ГРАЖДАН НА БЕСПЛАТНОЕ ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, СВЯЗАННОЙ С ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИЕЙ ЗРЕНИЯ ПРИ БЛИЗОРУКОСТИ

Актуальность бесплатного оказания медицинской помощи на хирургическую коррекцию зрения при близорукости обусловлена значительным её распространением среди населения Российской Федерации, что превращает проблему доступности современных методов её лечения, в частности, хирургической коррекции, из сугубо медицинской в важнейшую социально-правовую задачу. В условиях действующей системы обязательного медицинского страхования (ОМС) реализация конституционного права граждан на бесплатную медицинскую помощь, особенно в части высокотехнологичных хирургических вмешательств, сопряжена с правовой неопределённостью и практическими сложностями.

Целью исследования является анализ законодательных основ и правоприменительной практики, регулирующих право граждан на бесплатную хирургическую коррекцию близорукости в рамках программы государственных гарантий.

В работе исследуются важные проблемы, препятствующие полной и эффективной реализации данного права. Среди них: отсутствие единого подхода к трактовке понятия «хирургическое лечение близорукости» в базовой программе ОМС и территориальных программах государственных гарантий; противоречивая судебная практика по вопросам включения конкретных видов операций (например, ФРК, LASIK) в перечень бесплатно предоставляемых услуг; несовершенство механизмов финансирования и квотирования высокотехнологичной хирургической помощи при миопии.

Внимание уделяется анализу социальных, медицинских и юридических критериев, позволяющих отнести хирургическую коррекцию зрения к видам медицинской помощи, предоставляемой за счёт средств ОМС.

Ключевые слова: право на охрану здоровья, бесплатная медицинская помощь, обязательное медицинское страхование (ОМС), близорукость (миопия), хирургическая коррекция зрения, лазерные рефракционные операции

*Dmitry Zinoviev, Gulsem Yuskayeva, Alexey Kupryushin,
Anastasia Bogatyreva, Alexander Gerasimov*

THE RIGHT OF CITIZENS TO FREE MEDICAL CARE RELATED TO SURGICAL CORRECTION OF MYOPIA

The relevance of the study is driven by the high prevalence of myopia among the population of the Russian Federation, which transforms the issue of access to its modern treatment methods, particularly surgical correction, from a purely medical concern into a critical socio-legal challenge. Within the framework of the current Mandatory Health Insurance (MHI) system, the realization of citizens' constitutional right to free medical care, especially concerning high-tech surgical interventions, is associated with legal uncertainty and practical difficulties.

The aim of the research is to analyze the legislative framework and law enforcement practices governing citizens' right to free surgical correction of myopia under the state-guaranteed healthcare program. The study examines significant problems hindering the full and effective realization of this right. These include: the lack of a uniform approach to interpreting the concept of «surgical treatment of myopia» in the basic MHI program and territorial state-guarantee programs; contradictory judicial practice regarding the inclusion of specific types of surgeries (e. g., PRK, LASIK) in the list of services provided free of charge; and imperfections in the funding and quota allocation mechanisms for high-tech surgical care for myopia.

Attention is given to analyzing the medical and legal criteria that allow surgical vision correction to be classified as a type of medical care funded through the MHI system.

Keywords: right to health protection, free medical care, compulsory medical insurance (CMI), myopia (nearsightedness), vision correction, program of state guarantees, protection of patients' rights

Актуальность проблемы доступности хирургической коррекции близорукости в системе обязательного медицинского страхования (ОМС) определяется масштабным распространением миопии и вызываемым ей значительным социально-экономическим ущербом. По данным ВОЗ, к 2050 году до 50% населения Земли будет страдать этим заболеванием, при этом в России, по разным исследованиям, распространённость отмеченной патологии среди молодёжи и лиц трудоспособного возраста достигает 30-40%. Эта тенденция трансформирует медицинскую проблему в острую социально-экономическую задачу государственного уровня с прямой связью между отсутствием возможности бесплатного радикального хирургического лечения миопии и снижением производительности труда, а также профессиональными ограничениями для ряда специальностей [1, 2].

Экономические потери обусловлены не только прямым снижением эффективности работы граждан, но и косвенными факторами: повышенным риском производственного травматизма, профессиональными ограничениями (например, для лётчиков, водителей, операторов сложных систем), а также прогрессированием патологии до сложных степеней, требующих ещё более дорогостоящего хирургического вмешательства, либо ведущих к инвалидизации [3]. Исследования, в том числе работа Рабаданова М. Г. и соавт., демонстрируют, что расходы системы здравоохранения на лечение осложнённой миопии в 3-5 раз превышают затраты на её раннюю хирургическую коррекцию [3]. При этом в системе ОМС сохраняется парадоксальная ситуация: высокотехнологичная помощь при возрастной патологии (катаракта) оказывается в полном объёме, тогда как высокотехнологичные рефракционные операции (например, ФРК, LASIK) у экономически активного населения системно исключены из гарантий, создавая дисбаланс в распределении ресурсов и ставя под сомнение принцип социальной справедливости [4]. Данный правовой вакуум в отношении хирургических методов лечения миопии не только подрывает конституционные пра-

ва граждан, но и негативно сказывается на человеческом капитале страны, требуя безотлагательного системного решения на законодательном уровне [5, 7].

Правовое регулирование вопросов хирургической коррекции миопии в системе ОМС характеризуется значительной фрагментарностью и наличием системных противоречий, что создаёт почву для нарушений прав граждан. Основу гарантий составляет статья 41 Конституции РФ и Федеральный закон №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан», декларирующие право на бесплатную медицинскую помощь. Однако конкретизация этого права осуществляется через ежегодно утверждаемую Программу государственных гарантий (ПГГ) и соответствующие территориальные программы. Именно на этом уровне возникает ключевая проблема: Базовая программа в рамках ОМС включает лечение болезней глаза и его придаточного аппарата, но не содержит чёткой расшифровки, входят ли в это понятие лазерные рефракционные операции при аномалиях рефракции [6].

Данный концептуальный пробел приводит к резкой дифференциации прав граждан в зависимости от региона проживания. Как показывает анализ территориальных программ, лишь в незначительном числе субъектов РФ положения о высокотехнологичной хирургической коррекции зрения прописаны явно и включены в систему тарифов ОМС, часто в рамках квот, как например в Московской, Новосибирской, Тюменской областях. В остальных регионах эта услуга либо отсутствует, либо её предоставление носит исключительный характер, требующий от пациента доказательства медицинской необходимости в ходе длительных судебных разбирательств [8].

Судебная практика по вопросам оказания медицинской помощи при миопии также не отличается единообразием. В ряде случаев суды встают на сторону граждан, квалифицируя отсутствие необходимой коррекции как нарушение конституционного права на доступную медицинскую помощь. В то же время существуют противоположные прецеденты, где отказ в предоставле-

нии услуг по коррекции зрения признаётся правомерным, поскольку данная помощь не включена в действующую территориальную программу и не имеет утверждённого тарифа в системе ОМС [9, 10]. Особенная правовая неопределённость сложилась вокруг хирургической коррекции миопии, которая, будучи высокотехнологичным методом лечения, часто оказывается в правовом вакууме между базовой программой ОМС и специализированной высокотехнологичной медицинской помощью (ВМП).

Этот правовой дуализм порождает «лотерейную» систему, где реализация фундаментального права зависит не от медицинских показаний, а от места жительства и настойчивости пациента. Отсутствие единых клиничко-статистических групп (КСГ) и прозрачных финансовых механизмов как для оптической, так и для хирургической коррекции миопии де-факто исключает эту помощь из системы ОМС, переводя её в разряд платных услуг. Это создаёт несправедливую дискриминацию миллионов граждан, для которых лазерная рефракционная операция могла бы стать единственным эффективным решением [8, 9].

Для интеграции всех методов коррекции миопии, включая хирургическое лечение, в систему ОМС и преодоления сложившейся правовой неопределённости необходим комплекс системных мер. Первоочередной задачей является внесение целевых изменений в Базовую программу государственных гарантий [10, 11]. Конкретизация должна заключаться в чётком определении понятия «медицинская помощь при аномалиях рефракции» с включением в перечень видов помощи, оказываемых в рамках ОМС не только очковой и контактной коррекции, но и рефракционной хирургии в случаях, когда консервативные методы неприменимы или неэффективны. Это создаст единый правовой стандарт для всех субъектов РФ [13].

Следующим критически важным шагом является разработка и утверждение унифицированных клиничко-статистических групп (КСГ), отдельно для оптической коррекции и для различных видов хирургического вмешательства при миопии (например, ФРК,

LASIK, имплантация факичных линз). Это обеспечит прозрачность тарификации и финансирования этих услуг через систему ОМС. Создание КСГ позволит страховым медицинским организациям эффективно осуществлять контроль объёмов и качества оказываемой помощи, а медицинским учреждениям — планировать свою деятельность [14, 15]. Параллельно требуется разработка и утверждение Минздравом России детальных клинических рекомендаций, которые установят чёткие медицинские показания и противопоказания для каждого метода, включая хирургические методы лечения миопии, минимизируя субъективизм при их назначении [14].

Для оптимизации финансовой нагрузки на систему ОМС при внедрении хирургической коррекции целесообразно рассмотреть модель этапности оказания помощи, при которой хирургические методы показаны после исчерпания возможностей консервативного лечения, либо изначально — по строгим медицинским показаниям [12]. Реализация этих мер должна сопровождаться разъяснительной работой как с медицинским сообществом, так и с населением, а также созданием упрощённых механизмов досудебного обжалования отказов. Такой комплексный подход позволит не только обеспечить конституционные права граждан на получение современной и эффективной медицинской помощи, включая радикальное хирургическое лечение миопии, но и будет способствовать долгосрочному сохранению трудового потенциала и улучшению качества жизни населения [11].

Проведённый анализ позволяет констатировать, что существующий механизм реализации права граждан на бесплатную хирургическую коррекцию близорукости в системе ОМС является несовершенным и фрагментарным. Ключевой проблемой выступает системная правовая неопределённость, порождённая отсутствием чёткого законодательного закрепления понятия «хирургическое лечение миопии» в Базовой программе государственных гарантий. Это приводит к резкой региональной дифференциации, когда доступ к высокотехноло-

гичным рефракционным операциям зависит не от медицинских показаний, а от места жительства пациента, что противоречит принципам социальной справедливости и равенства прав.

Для преодоления сложившегося правового вакуума необходим комплекс системных мер. Первоочередными из них являются внесение целевых изменений в программу госгарантий для прямого включения хирургической коррекции аномалий рефракции в перечень видов помощи по ОМС, а также разработка унифицированных клинико-статистических групп и детальных клиниче-

ских рекомендаций. Это создаст прозрачные финансовые и правовые основания для оказания данной помощи.

Устранение существующих барьеров не только обеспечит реализацию конституционных прав граждан на охрану здоровья и доступную медицинскую помощь, но и будет иметь значительный социально-экономический эффект. Интеграция хирургической коррекции миопии в систему ОМС является инвестицией в человеческий капитал, способствующей сохранению трудового потенциала и улучшению качества жизни населения страны.

Список литературы:

1. Яхьяева М. М., Корсакова Е. И., Светличная С. В. Оценка состояния хрусталика у пациентов с осложнённой миопией. В кн.: сб. тезисов XVIII Международной (XXVII Всероссийской) Пироговской научной медицинской конференции студентов и молодых учёных (Москва, 16 марта 2023 г.). М.: РНИМУ им. Н. И. Пирогова, 2023. С. 32.
2. Мунц И. В., Диреев А. О., Гусаревич О. Г., Щербакова Л. В., Маздорова Е. В., Малюткина С. К. Распространённость офтальмологических заболеваний в популяционной выборке старше 50 лет. Вестник офтальмологии. 2020. Т. 136. №3. С. 106-115.
3. Рабаданова М. Г., Оганезова Ж. Г., Кремкова Е. В., Яхьяева М. М. Изменения хрусталика при осложнённой миопии. Возможности лечения. Клиническая офтальмология. 2023. Т. 23. №4. С. 207-212. DOI: 10.32364/2311-7729-2023-23-4-6.
4. Аливердиева Э. В., Кокунева М. В. Контактная коррекция в контроле миопии // Вестник Совета молодых учёных и специалистов Челябинской области. 2024. Т. 1, №3 (46). С. 4-9. EDN PLBWJT.
5. Ботабекова Т. К., Бейсенбаева З. А. Ортокератология в замедлении прогрессирования близорукости (предварительные исследования) // Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины. 2022. №4. С. 62-67.
6. Хусаинова Д. К., Зигангареева Г. Г. «Нормативно правовое регулирование организации оказания медицинской помощи в офтальмологии» // Медицина и организация здравоохранения. 2021. Т. 6. №3. С. 29-41.
7. Shah R., Vlasak N., Evans B. High myopia: Reviews of myopia control strategies and myopia complications // Ophthalmic & physiological optics: the journal of the British College of Ophthalmic Opticians (Optometrists). 2024. Vol. 44. №6. P. 1248-1260.
8. Клинические рекомендации Миопия // URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/109_2 (дата обращения 20.11.2025)
9. Приказ Минздрава России от 12.11.2012 №902н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при заболеваниях глаза, его придаточного аппарата и орбиты» // URL: <https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=417471> (дата обращения 20.11.2025)

10. Приказ Минздрава России от 10.05.2017 №203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» // URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71575880/> (дата обращения 20.11.2025)
11. Орёл В. И., Ким А. В., Катаева И. С. с соавт. Актуальные проблемы нормативно-правового регулирования первичной медико-социальной помощи // Медицина и организация здравоохранения. 2022. Т. 7. №4. С. 4–17. DOI: <https://doi.org/10.56871/МНСО.2022.82.36.001>
12. Демьянков К. Б., Якушев Д. Ю. «Нормативно-правовое регулирование оказания медицинской помощи в дневных стационарах» // Менеджер здравоохранения. 2023. №6. С. 43-49.
13. Кадилова А. М., Бабаев С. А., Юсупов А. А. Интраокулярная коррекция миопии высокой степени // Самарканд: Tibbiyot ko'z'gusi, 2021. 100 с.
14. Макаров И. С. Проблема близорукости или миопии // Инновационные технологии, экономика и менеджмент в промышленности: Сборник научных статей по итогам IV международной научной конференции, Волгоград, 22–23 апреля 2021 года. Волгоград: Общество с ограниченной ответственностью «КОНВЕРТ», 2021. С. 15-17. EDN PSAKGE.
15. Řeháková T, Veliká V, Jirásková N. Correction of myopia and myopic astigmatism by femtosecond laser in situ keratomileusis // Cesk Slov Oftalmol. 2019. Summer. Vol. 75/ № 2. P. 65-71. English. doi: 10.31348/2019/2/2. PMID: 31537074.

Об авторах:

Зиновьев Дмитрий Юрьевич — главный врач учебно-научного центра «Клинический медицинский центр» ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет», кандидат медицинский наук, доцент, Пенза, zina63@mail.ru

Юскаева Гульсем Искандяровна — доцент кафедры гигиены, общественного здоровья и здравоохранения медицинского института ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет», кандидат биологических наук, Пенза, ipkfh58@mail.ru

Купрюшин Алексей Степанович — врач — судебно-медицинский эксперт ФГБУЗ «Медико-санитарная часть №59» ФМБА России, Пенза, kasagm@yandex.ru

Богатырёва Анастасия Владимировна — студентка 6-го курса медицинского института ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет», Пенза, anastasiabogatyreva323@yandex.ru

Герасимов Александр Викторович — профессор кафедры «Хирургия» медицинского института ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет», доктор медицинских наук, доцент, Пенза, gerasimov-av30@yandex.ru

Dmitry Yurievich Zinoviev — Chief Physician of the Educational and Scientific center «Clinical Medical Center» Penza State University, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Penza

Gulsem Iskandiyarovna Yuskayeva — Associate Professor of the Department of Hygiene, Public Health and Public Health of the Penza State University Medical Institute, Candidate of Biological Sciences, Penza

Alexey Stepanovich Kupryushin — doctor — forensic medical expert of the Federal State Budgetary Institution «Medical and Sanitary Unit No. 59» of the FMBA of Russia, Penza

Anastasia Vladimirovna Bogatyreva — 6th year student of the Penza State University Medical Institute, Penza

Alexander Viktorovich Gerasimov — Professor of the Department of Surgery at the Penza State University Medical Institute, MD, Associate Professor, Penza

© Зиновьев Д. Ю., Юскаева Г. И., Купрюшин А. С., Богатырева А. В., Герасимов А. В., 2025

Для цитирования:

Зиновьев Д. Ю., Юскаева Г. И., Купрюшин А. С. с соавт. Право граждан на бесплатное оказание медицинской помощи, связанной с хирургической коррекцией зрения при близорукости // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2025. №3-4 (29-30). С. 40-45.

For citation:

Zinoviev D. Yu., Yuskayeva G. I., Kupryushin A. S. et al. The right of citizens to free medical care related to surgical correction of myopia // M.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2025. №3-4 (29-30). P. 40-45.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

The authors declare that there is no conflict of interest

Статья поступила в редакцию 25.11.2025 г.

Кувшинов И. А., Погодина Т. Г.

ЮРИДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА — АНЕСТЕЗИОЛОГА–РЕАНИМАТОЛОГА В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

В статье рассматриваются вопросы становления и современного состояния нормативно-правового регулирования деятельности врача анестезиолога–реаниматолога в медицинских учреждениях Российской Федерации. Целью исследования является анализ основных проблем правоприменительной практики в данной сфере и разработка рекомендаций по их разрешению. В результате установлено, что, начиная с середины XX века, происходило постоянное развитие и историческое совершенствование нормативно-правовой базы в соответствии с развитием медицинской науки и общества в целом. В настоящее время актуальными являются проблемы, связанные с введением обязательного применения клинических рекомендаций, формирующих новую реальность регулирования медицинской деятельности и выполняющих социально-правовую функцию. Сложности правоприменения и правовой оценки возникают из-за их многообразия и неоднородности. В заключении предлагаются меры по совершенствованию правового сопровождения процесса создания таких документов для повышения качества и безопасности медицинской помощи в виде разработки стандартных требований к их оформлению и содержанию, утверждения организаций, имеющих право на их разработку, а также усиления контроля со стороны Министерства здравоохранения за их созданием и содержанием.

Ключевые слова: правовое регулирование, врач анестезиолог–реаниматолог, клинические рекомендации, стандарты медицинской помощи, медицинское право

Ivan Kuvshinov, Tatiana Pogodina

LEGAL ASPECTS OF THE ACTIVITY OF AN ANESTHESIOLOGIST–RESUSCITATOR IN THE HEALTHCARE SYSTEM OF THE RUSSIAN FEDERATION

The article examines the issues of the formation and current state of the legal and regulatory framework governing the activities of anesthesiologists-resuscitators in medical institutions of the Russian Federation. The aim of the research is to analyze the main problems in law enforcement practice in this area and to develop recommendations for their resolution. The study found that, since the mid-20th century, there has been continuous development and historical refinement of the regulatory framework in line with the progress of medical science and society as a whole. Currently, the pressing issues are related to the mandatory implementation of clinical guidelines, which shape a new reality in regulating medical practice and fulfill a socio-legal function. Difficulties in law enforcement and legal assessment arise due to their diversity and heterogeneity. In conclusion, measures are proposed to improve the legal support for the process of creating such documents to enhance the quality and safety of medical care. These measures include developing standard requirements for their format and content, accrediting organizations authorized to develop them, and strengthening oversight by the Ministry of Health over their creation and content.

Keywords: legal regulation, anesthesiologist-resuscitator, clinical recommendations, standards of medical care, medical law

Анестезиология и реаниматология являются одними из наиболее ответственных, критичных и высокотехнологичных областей медицины, где любые, даже незначительные ошибки могут иметь необратимые и фаталь-

ные последствия для жизни и здоровья пациентов. В современной медицинской практике врач анестезиолог–реаниматолог не только обеспечивает обезболивание и поддержание жизненно важных функций во время хирургии-

ческих вмешательств и пребывания больных в тяжёлых состояниях, требующих постоянного контроля и коррекции, но и несёт значительную юридическую ответственность за свои действия. Юридические аспекты деятельности этих специалистов приобретают особую значимость в условиях повышенного внимания общества к качеству медицинской помощи и необходимости чёткого правового регулирования их профессиональной деятельности.

Развитие нормативно-правовой базы, регулирующей деятельность врачей анестезиологов-реаниматологов в Российской Федерации, прошло длительный исторический путь. Однако, несмотря на наличие значительного числа различных нормативно-правовых актов, как законодательного, так и подзаконного уровня, существует ряд регуляторных проблем, в том числе, связанных с применением клинических рекомендаций, стандартизацией медицинской помощи и защитой прав как пациентов, так и медицинских работников.

Целью данной статьи является комплексный анализ юридических аспектов деятельности врача анестезиолога-реаниматолога в частных и государственных медицинских учреждениях Российской Федерации для выявления основных проблем в практике применения правовых норм, и разработки рекомендаций по совершенствованию нормативно-правовой базы в сфере анестезиологии и реаниматологии.

В ходе исследования были использованы историко-правовой метод, формально-юридический метод (анализ нормативно-правовых актов; обзор профессиональных стандартов и клинических рекомендаций), метод обобщения и систематизации данных.

Развитие анестезиологии и реаниматологии в России началось в XIX веке с работ Н. И. Пирогова и Ф. И. Иноземцева, ознаменовавших становление этой специализации в отечественной медицине. С середины XX века эти области были выведены в самостоятельные специальности, что сопровождалось последовательным появлением нормативно-правового обеспечения их деятельности. Основные этапы развития её правового регулирования отражены в приказах

Министерства здравоохранения. Так, Приказ Минздрава СССР от 09.07.1956 №139-м подготовил почву для создания отделений анестезиологии и реанимации, хотя не был напрямую связан с этими специальностями. В конце пятидесятых годов прошлого века в силу вступил Приказ Минздрава СССР от 19.12.1959 №537, в соответствии с которым анестезиология была объявлена в качестве самостоятельной дисциплины. В документе акцентировалось внимание на анестезии и поддержании критических жизненных процессов во время и после хирургических вмешательств. В следующем году после принятия вышеуказанного приказа был издан Приказ Минздрава СССР от 9.04.1960 №169, установивший нормы для распределения нагрузки анестезиологического персонала. Приказ Минздрава СССР от 14.04.1966 №287 дал дополнительный импульс для развития отделений анестезиологии и реанимации, подчёркивая необходимость повышения уровня образования и технической оснащённости в этой области [11; 33]. Таким образом в середине XX века начала формироваться правовая база организации данного вида деятельности.

Приказом от 14.04.1966 №287 утверждались новые штатные нормы для анестезиологических отделений различных медицинских учреждений, была установлена зависимость количества должностей анестезиологов от количества коек и профиля отделения. Например, на каждые 25 коек грудной хирургии или 100 хирургических коек других профилей предусматривалась одна должность врача-анестезиолога.

Также были установлены кадровые стандарты для руководителей анестезиологических отделений и для среднего медицинского персонала, в том числе для медсестёр-анестезистов. Согласно этим стандартам, на каждого врача-анестезиолога должно приходиться две должности медсестёр-анестезистов, а позиция старшей медсестры-анестезиста предусмотрена в случаях, когда имеется заведующий анестезиологическим отделением.

В приказе также содержались положения о функциях анестезиологических отделений, включая подготовку пациентов к анестезии, обезболивание, реанимационные мероприя-

тия и организацию специального наблюдения за больными. Особое внимание уделялось руководству и обязанностям заведующих, а также подготовке медицинской сестры-анестезиста к самостоятельному проведению наркоза под контролем врача.

Директивы, появившиеся в период между 1969 и 1974 годами были направлены на преобразование действующих анестезиологических отделений медицинских учреждений в отделения анестезиологии и реанимации. В случаях, когда такие отделения отсутствовали, их необходимо было создать согласно текущим на тот момент регламентам и штатным расписаниям. Такие отделения предписывалось оборудовать по последнему слову техники для проведения реанимационных и интенсивных терапевтических процедур, а также полностью снабжать требуемыми медикаментами [10; 6].

Регламент работы отделения анестезиологии-реанимации содержал 11 пунктов, которые детализировали структуру и функции отделения. Основные функции включали организацию анестезии, выполнение реанимационных действий и интенсивной терапии для поддержания жизненных функций органов, а также содействие в повышении уровня профессиональной подготовки медицинских работников.

Предписывалось оснащать в отделениях помещения со специализированными наркозными кабинетами, современными устройствами для проведения реанимационных и интенсивных терапевтических процедур, а также обеспечивать наличие комнат для персонала и хранения медицинского оборудования и лекарственных препаратов. Значительное внимание уделялось необходимости наличия запаса крови и медикаментов для чрезвычайных ситуаций. Отделение также могло служить базой для обучения студентов медицинских вузов и проведения научных исследований. В каждом республиканском, краевом или областном медицинском учреждении отделение анестезиологии-реанимации служило в качестве методологического и консультационного центра для данной территории по вопросам анестезиологии и реанимации.

Штатные нормативы медицинского персонала включали должности врачей-анестезиологов, заведующих отделением, медицинских сестёр и лаборантов, рассчитанные исходя из числа коек и объёма работы отделения.

Приказ Минздрава СССР от 11 июня 1986 г. №841 внёс значительный вклад в совершенствование и дальнейшее развитие анестезиолого-реанимационной помощи, расширяя требования к обустройству соответствующих отделений в медицинских учреждениях. Определялись критерии для создания палат реанимации и интенсивной терапии в различных типах больниц, независимо от их мощности, в том числе в детских и городских больницах с определённым минимальным количеством коек хирургического профиля. Основные задачи отделения включали подготовку и проведение анестезии, восстановление нарушенных функций жизненно важных органов, а также обучение медицинского персонала. Важной частью работы отделения было оказание реанимационной помощи пациентам других отделений и обеспечение сотрудничества с ними для облегчения перехода больных из реанимации в обычные отделения после стабилизации их состояния. Нормы численности медработников устанавливались с учётом особенностей и рабочей нагрузки каждого отделения. На деле из этого следовало, что количество должностей врачей анестезиологов-реаниматологов устанавливалось исходя из числа коек, обслуживаемых отделением, с различными нормативами для разных специализаций, включая кардиохирургию, нейрохирургию, онкологию, а также отоларингологию и офтальмологию для взрослых и детей. Кроме того, были предусмотрены позиции для заведующего отделением и медицинских сестёр, включая младший медицинский персонал и лаборантов, необходимых для обеспечения непрерывной работы отделения [9].

Приказ оказал значительное влияние на развитие медицинской службы, обеспечивая высокий уровень специализированной помощи пациентам в критическом состоянии и улучшая результаты лечения за счёт современных методов анестезии и реанимации.

На сегодняшний день нормативно-правовая база сформирована и основными нормативными правовыми актами, регулирующими деятельность врача анестезиолога-реаниматолога в частном и государственном учреждении, выступают:

- Конституция РФ [1];
- Гражданский кодекс РФ [2];
- Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях [3];
- Федеральный закон от 21 ноября 2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [5] (далее — ФЗ №323);
- Приказ Минздрава России от 15 ноября 2012 года №919н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю “анестезиология и реаниматология”» [6] (далее — Приказ №919н);
- Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 27 августа 2018 года №554н «Об утверждении профессионального стандарта “Врач — анестезиолог-реаниматолог”» [7] и др.

Однако несмотря на достаточно подробное нормативно-правовое регулирование на сегодняшний день можно выделить отдельные проблемы юридических аспектов деятельности врача анестезиолога-реаниматолога в частном и государственном учреждении.

Основная проблема заключается в том, что ФЗ №323 устанавливает, что оказание медицинской помощи должно строго соответствовать утверждённым порядкам и стандартам, которые обязательны для исполнения всеми медицинскими организациями страны. Такие документы разрабатываются и утверждаются Министерством здравоохранения России и служат основой для единообразного и качественного предоставления медицинских услуг. Однако в 2018 году в законодательство были внесены значительные изменения, затрагивающие использование клинических рекомендаций в медицинской практике. Так, например, в ФЗ №323 и Приказе №919н, которые регламентировали предоставление медицинской помощи по профилю «анестезиология и реаниматология» для взрослых, были

внесены поправки, обязывающие использовать клинические рекомендации наряду с существующими стандартами и порядками. С позиции права все эти документы следует рассматривать как технико-юридические, направленные на регулирование процесса оказания медицинской помощи и сопровождающиеся механизмами юридической ответственности.

Введение обязательного применения клинических рекомендаций вызвало ряд практических и юридических вопросов.

Во-первых, клинические рекомендации, в отличие от стандартов, не имеют статуса нормативно-правовых актов, что создаёт неопределённость в их обязательности для врачей. Во-вторых, процесс разработки этих рекомендаций остаётся недостаточно регламентированным. Согласно статье 76 ФЗ №323 право разрабатывать и утверждать клинические рекомендации предоставлено также медицинским профессиональным некоммерческим организациям. Однако отсутствие официального перечня таких организаций создало риски неоднородности рекомендаций и возможного влияния коммерческих интересов, например, со стороны фармацевтических компаний и производителей медицинского оборудования и инструментария.

Вышесказанное особенно актуально в сфере анестезиологии и реаниматологии. Так, на сайте Федерации анестезиологов и реаниматологов представлено более 60 клинических рекомендаций, однако без чёткой правовой основы их статус остаётся неопределённым, что затрудняет их повсеместное и обязательное применение в медицинской практике.

Федеральный закон №489-ФЗ от 25 декабря 2018 года, внёсший поправки в статью 40 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» по вопросам клинических рекомендаций» (далее — ФЗ №489), был принят для решения возникших проблем. Закон уточнил определение и использование клинических рекомендаций, которые теперь представля-

ют собой документы, основанные на научных данных, включающие методы профилактики, диагностики, лечения и реабилитации заболеваний. Эти рекомендации содержат детальные протоколы для врачей, указывая на последовательность шагов в зависимости от специфических клинических обстоятельств. Дополнительно, изменения в статье 64 ФЗ №323 отменили использование стандартов медицинской помощи в качестве основы для критериев оценки качества. Вместо этого, клинические рекомендации и порядки оказания медицинской помощи становятся ключевыми инструментами для оценки качества предоставляемых услуг. Указанное означает, что медицинские организации должны оказывать помощь в соответствии с протоколами лечения, разработанными на основе клинических рекомендаций, при этом учитывая материально-технические возможности конкретного учреждения.

Данные изменения приводят к ряду последствий. С одной стороны, они направлены на повышение качества медицинской помощи и её соответствие современным научным данным. С другой стороны, отсутствие утверждённого перечня организаций, уполномоченных разрабатывать клинические рекомендации, может привести к разнородности подходов и затруднениям в стандартизации медицинской практики. Кроме того, переход от стандартов к клиническим рекомендациям как основному инструменту оценки качества требует перестройки системы контроля качества медицинской помощи.

Для предотвращения возможного влияния коммерческих интересов необходимо установить чёткие критерии и порядок разработки рекомендаций, включающие участие независимых экспертов.

В сфере анестезиологии и реаниматологии, учитывая сложность и критичность этой области медицины, внедрение эффективных клинических рекомендаций является особо важным, так как позволит обеспечить единые подходы к лечению пациентов, повысить безопасность медицинских вмешательств и улучшить исходы лечения. Однако для этого необходимо решить организационные вопросы, связанные с утверждением рекомендаций

на федеральном уровне и обеспечением их доступности для всех медицинских работников.

В целом, изменения в законодательстве Российской Федерации, связанные с обязательным применением клинических рекомендаций, представляют собой значительный шаг вперёд в совершенствовании системы здравоохранения. Они направлены на повышение качества и эффективности медицинской помощи, её соответствие международным стандартам и научным достижениям. Однако успешная реализация этих изменений требует комплексного подхода, в связи с чем предлагаем следующее:

- разработать и утвердить официальный перечень профессиональных некоммерческих организаций, уполномоченных разрабатывать клинические рекомендации;
- необходимо модернизировать системы контроля и оценки эффективности медицинского обслуживания, с акцентом на соответствие клиническим рекомендациям и исходам лечения пациентов;
- обеспечить методическое руководство со стороны Министерства здравоохранения при формировании клинических рекомендаций, устанавливая общие стандарты к оформлению и содержанию этих документов.

Исходя из вышеизложенного можно сделать вывод о том, что юридические аспекты деятельности врача анестезиолога-реаниматолога, единые для частных и государственных учреждений, являются критически важными для обеспечения качественной и безопасной медицинской помощи. Историческое развитие данной медицинской специальности в России показывает постепенное формирование и совершенствование нормативно-правовой базы, начиная с середины XX века, однако современные реалии выявляют ряд проблем, требующих решения. Введение обязательного применения клинических рекомендаций наряду с существующими стандартами и порядками оказания медицинской помощи создало правовую неопределённость, что особенно актуально для анестезиологии и реаниматологии, где единые подходы критичны для безопасно-

сти пациентов. Совершенствование нормативно-правового регулирования деятельности врачей анестезиологов-реаниматологов, внедрение эффективных клинических рекомендаций и создание чётких механизмов их

создания и применения являются необходимыми шагами для повышения качества медицинской помощи, минимизации правовых рисков и защиты интересов как пациентов, так и медицинских работников.

Список литературы:

1. «Конституция Российской Федерации» (принята всенародным голосованием 12.12.1993 с изменениями, одобренными в ходе общероссийского голосования 01.07.2020) // URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_28399/ (дата обращения 11.10.2025)
2. Гражданский кодекс Российской Федерации от 30 ноября 1994 г. №51-ФЗ // URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_5142/ (дата обращения 11.10.2025)
3. Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях от 30 декабря 2001 г. №195-ФЗ // URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_34661/ (дата обращения 11.10.2025)
4. Уголовный кодекс Российской Федерации от 13 июня 1996 г. №63-ФЗ // https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_10699/ (дата обращения 11.10.2025)
5. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // <https://base.garant.ru/12191967/> (дата обращения 11.10.2025)
6. Приказ Минздрава России от 15 ноября 2012 г. №919н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю “анестезиология и реаниматология”» // <https://base.garant.ru/70301502/> (дата обращения 11.10.2025)
7. Приказ Минтруда России от 27 августа 2018 г. №554н «Об утверждении профессионального стандарта “Врач — анестезиолог-реаниматолог”» // https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_306918/ (дата обращения 11.10.2025)
8. Приговор Поворинского районного суда Воронежской области от 12 апреля 2019 г. по делу №1-7/2019 // <https://sudact.ru/regular/doc/qzdmNXlAxHQC/> (дата обращения 11.10.2025)
9. Горбачёв В. И., Нетесин Е. С., Горбачёва С. М. Анализ персональной ответственности врачей хирургических специальностей за ненадлежащее оказание медицинской помощи // Клиническая медицина. 2020. Т. 98. № 11-12. С. 788-793. DOI: 10.30629/0023-2149-2020-98-11-12-788-793
10. Сумин С. А. Юридические последствия неблагоприятного исхода лечения // Анестезиология и реаниматология. 2018. №1. С. 4-8. DOI: 10.18821/0201-7563-2018-63-1-4-8
11. Шавела Я. В. История анестезиологии. Международный студенческий научный вестник. 2023. №2. С. 33. DOI: 10.17513/msnv.21264

Об авторах:

Кувшинов Иван Александрович — заочный студент магистратуры юридического института по направлению «Юрист в здравоохранении» Национального исследовательского Нижегородского государственного университета им. Н. И. Лобачевского, врач — анестезиолог-реаниматолог ГБУЗ Владимирской области «Областная клиническая больница», Владимир, wiking972009@yandex.ru

Погодина Татьяна Григорьевна — профессор кафедры уголовного права и процесса Национального исследовательского Нижегородского государственного университета имени Н. И. Лобачевского, доктор медицинских наук, доцент, Нижний Новгород

Ivan Alexandrovich Kuvshinov — correspondence student of the Master's degree in Law at the Law Institute in the field of «Lawyer in Healthcare» at the National Research Nizhny Novgorod State University named after N. I. Lobachevsky, anesthesiologist and intensive care physician at the Regional Clinical Hospital of the Vladimir Region, Vladimir

Tatiana Grigorievna Pogodina — Professor of the Department of Criminal Law and Procedure of the N. I. Lobachevsky National Research Nizhny Novgorod State University, MD, Associate Professor, Nizhny Novgorod

© Кувшинов И. А., Погодина Т. Г., 2025

Для цитирования:

Кувшинов И. А., Погодина Т. Г. Юридические аспекты деятельности врача — анестезиолога–реаниматолога в системе здравоохранения Российской Федерации // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2025. №3-4 (29-30). С. 46-52.

For citation:

Kuvshinov I. A., Pogodina T. G. Legal aspects of the activity of an anesthesiologist–resuscitator in the healthcare system of the Russian Federation // M.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2025. №3-4 (29-30). P. 46-52.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

The authors declare that there is no conflict of interest

Статья поступила в редакцию 18.10.2025 г.

Малахов А. Б.

ЗАПРЕТ ПОСМЕРТНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ В НЕМЕЦКОМ И ФРАНЦУЗСКОМ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВАХ: ОПЫТЫ СУДЕБНОГО ПРЕОДОЛЕНИЯ

Посмертное оплодотворение — практика, позволяющая зачатие *in vitro* с помощью полученных от умершего мужчины гамет — представляет собой, пожалуй, одну из самых старых, а равно и деликатных проблем в сфере биоэтики. Допускаемое в российском праве, давно и детально урегулированное в праве ряда зарубежных стран, посмертное оплодотворение — а равно и экспорт гамет за границу с этой целью — остаётся, тем не менее, под запретом в ряде юрисдикций, и в частности — во Франции и в ФРГ.

Запрет этот, однако, не останавливает оказавшихся в трагической ситуации женщин от попытки преодолеть его в судебном порядке — как в Германии, так и во Франции обнаруживаются прецеденты, когда такие попытки завершались успехом.

Цель исследования — сопоставить и осветить как актуальные законодательства, так и методы, задействованные судами обеих стран, удовлетворивших требования истиц вопреки действующим по обе стороны Рейна правилам. Нормативному и функциональному сравнению относительно благоприятствует не только фактическое единство требований, но и известная степень близости правовых систем, в рамках которых они реализовывались.

Во Франции, искомый заявительницей результат был достигнут благодаря контролю конвенциональности «*in concreto*», впервые применённому в национальной практике административного судопроизводства. В Германии, удовлетворивший иск суд прибегнул к методу «телеологической редукции», хорошо известному в процессуальном праве ФРГ. В обеих странах, решения судов создают исключения из правила, не предусмотренные законодателем и несовместимые с преследуемой им целью — не допустить появления на свет зачатого посмертно ребёнка ради его же блага. Облегчая участь истиц *in casu*, они, тем не менее, не устанавливают ясного и воспроизводимого прецедента, усугубляя правовую неопределённость в болезненной и неизменно привлекающей внимание общества и доктрины сфере.

Ключевые слова: биоэтика, посмертное оплодотворение, немецкое право, французское право, контроль конвенциональности, телеологическая редукция

Leonid Malakhov

PROHIBITION OF POST-MORTEM FERTILIZATION IN GERMAN AND FRENCH LEGISLATION: EXPERIENCES OF JUDICIAL OVERRIDING

Posthumous reproduction is perhaps one of the oldest and most sensitive issues in the field of bioethics. Although permitted under Russian law, and long allowed and often comprehensively regulated in a number of other countries, post-mortem fertilization — as well as the export of gametes for this purpose — remains prohibited in several jurisdictions, particularly in France and Germany. This prohibition, however, does not prevent women who find themselves in tragic circumstances from bringing their cases before the courts. In both Germany and France, precedents exist in which such claims have been successful.

The purpose of this study is to compare and highlight both the current legislation and the methods used on either side of the Rhine to overcome these legal restrictions. A normative and functional comparative approach is particularly appropriate, not only because of the factual similarity of the claims, but also due to the relative closeness of the German and French legal systems.

In France, a new form of conventional review was introduced before the administrative courts, leading to the claimant's success. In Germany, the court that granted the claim relied on the method of «teleological reduction», a well-established and longstanding law handling technique in German law. Both decisions created

exceptions to a rule that the legislator did not intend to relax and that reflects the objective of preventing the birth of a posthumously conceived child as such. Although they improve the situation for claimants in individual cases, they fail to establish a clear and consistent precedent, thereby exacerbating legal uncertainty in a particularly sensitive area that continues to attract the attention of both legal scholarship and society.

Keywords: bioethics, posthumous fertilization, German law, French law, conventionality control, teleological reduction

«Каждый родившийся на свет пережил ужасное приключение — он мог не родиться» — эта мысль Честертона¹ невольно вспоминается при чтении судебных дел в области посмертного оплодотворения — медицинской практики, позволяющей искусственно зачать ребёнка с использованием полученного от умершего отца биоматериала — и вспоминается тем более явственно, что речь идёт о делах, рассмотренных в запрещающих посмертное зачатие юрисдикциях.

В настоящее время запрет этот все ещё предусмотрен, в частности, в двух ведущих странах Европейского Союза — Германии и Франции; и если последняя обладает современным и регулярно обновляющимся корпусом норм в сфере биоэтики, то в Федеративной Республике Германии интересующий нас запрет действует в общем контексте устаревшего и лакунарного законодательства, плохо совместимого с современным состоянием науки о репродукции человека².

На примере этих двух стран мы и хотели бы рассмотреть опыт юрисдикций, продолжающих отрицать искусственное зачатие *post mortem*, но при этом обнаруживающих резонансные прецеденты, позволяющие заявителям прибегнуть к этой технологии.

Тем более, что решение, вынесенное в сентябре 2023 года Европейским судом по правам человека в деле Барэ и Кабалеро про-

тив Франции³ вновь⁴ напоминает о сложности и неоднозначности интересующего нас вопроса: с одной стороны, суд единогласно приходит к выводу, что тотальный запрет посмертного оплодотворения не нарушает ст. 8 Конвенции; с другой же, последний абзац текста содержит⁵ *obiter dictum*, противоречащий самой сути решения и ослабляющий позицию суда в целом⁶.

Безусловно, речь идёт о редких, единичных случаях, вызывающих, тем не менее, сильный и живой отклик в доктрине и общественном мнении. «Право, — утверждал Никлас Луман⁷ — не только разрешает конфликты, но и способствует им и даже порождает их. Оно даёт опору тому, кто иначе не решился бы пойти на конфликт, потому что является более слабой стороной, или представляет мнение меньшинства, или находится в морально уязвимой позиции.»

3 Постановление ЕСПЧ от 14.09.2023, *Varet et Caballero c. France*, №22296/20, №37138/20: абсолютный запрет не только посмертного оплодотворения, но и постмортальной репродукции в целом, действующий во Франции, не нарушает ст.8 Конвенции // URL: <https://hudoc.echr.coe.int/?i=001-226475> (дата обращения 21.11.2025)

4 Постановление ЕСПЧ от 08.12.2022, *Rejřilová c. République tchèque*, №14889/19: запрет посмертного оплодотворения в Чехии (однако без запрета на экспорт гамет) не нарушает ст.8 Конвенции // URL: <https://hudoc.echr.coe.int/?i=002-13930> (дата обращения 21.11.2025)

5 Пункт 90 постановления от 14.09.2023, где утверждается, что закон 2021 года, допускающий к ВРП одиноких женщин, вновь ставит вопрос о конвенциональности запрета во французском праве — государства-члены Конвенции должны быть последовательны в регулировании // URL: <https://hudoc.echr.coe.int/?i=001-226475> (дата обращения 21.11.2025)

6 См. особые мнения судей Жоржа Раварани и Марии Элогези. Там же.

7 Luhmann N. *Ausdifferenzierung des Rechts* // Suhrkamp Verlag, 1999. P. 104. *Здесь и далее перевод с немецкого и французского языков наш, если не указано другое* — Л. М.

1 Честертон Г. К. Ортодоксия / пер. с англ. Н. Л. Трауберг, комментарии Л. Б. Сумм / М.: Политиздат, 1991, стр. 403.

2 См. воззвание Академии наук ФРГ «Закон о репродуктивной медицине для Германии», призывающей к немедленной реформе устаревшего и лакунарного регулирования: Beier H.M., Bujard M. et al. Ein Fortpflanzungsmedizingesetz für Deutschland // *Der Gynäkologe*, 8/2018, стр. 613.

Таким образом, опыт этот будет интересен нам не столько сравнением двух действующих законодательств — впрочем, в известной мере необходимым для полноты восприятия — сколько сравнением попыток судебного преодоления установленного ими запрета, при драматичности обстоятельств, побудивших заявительниц к такой попытке; а равно и при известной трудности в восприятии этих обстоятельств судами, обусловленной самим характером дел в сфере биоэтики.

Вышеупомянутое состояние права ожидаемо порождает феномен т. н. «репродуктивного туризма»⁸; однако в случае, если бездетная пара планировала прибегнуть к вспомогательным репродуктивным технологиям в Германии или Франции, а смерть мужчины наступила до завершения процесса оплодотворения *in vitro*, попытка получить замороженные гаметы с целью завершения родительского проекта в другой стране столкнется с категорическим отказом медучреждения выдать их.

Во французском случае речь⁹ шла¹⁰ о молодой паре — мужчине итальянце и девушке испанке — проживавшей во Франции. В 2013 году у мужчины обнаружили лимфому. Перед курсом лечения, могущим привести к бесплодию, были взяты образцы гамет, чтобы иметь возможность в будущем — если больного удастся спасти и пара решит завести детей — прибегнуть к вспомогательным репродуктивным технологиям. После периода ремиссии, продлившегося около двух лет, в начале 2015 года была диагностирована лейкемия, которая привела к летальному исходу в июле того же года. За месяц до этого — уже последнего — диагноза, молодые люди, заключив брак, решили прибегнуть к искусственному зачатию во французском медучреждении. Первая попытка, предпринятая во Франции за

несколько недель до кончины мужа, не увенчалась успехом. Мужчина выразил желание осуществить посмертное оплодотворение в Испании, где оно законно. Сделать последние распоряжения на этот счёт он не успел, скончавшись в день, когда должна была состояться встреча с нотариусом.

Национальное биомедицинское агентство ожидаемо не позволило экспорт гамет за границу; законность отказа регулятора оспаривалась, соответственно — и в отличие от немецкого дела — в административном суде.

Печальные обстоятельства «гамбургского» дела¹¹, как и некоторые процессуальные его аспекты, в целом созвучны рассмотренному в Париже делу *Гонсалес*. Образцы гамет были взяты у мужчины в Германии перед началом химиотерапии — также, как и во французском случае. Суд первой инстанции ФРГ, а затем и апелляционный суд, рассматривали дело в сжатые сроки обеспечительного производства (что имело место и во Франции)¹². Наконец, истица требовала выдать замороженный биоматериал для его последующего использования в Испании, соответственно закону этой страны, разрешающего посмертное оплодотворение и детально регулирующего его. В обоих случаях речь шла о ст. 9 испанского закона¹³ о вспомогательных репродуктивных технологиях (*Ley sobre Técnicas de Reproducción Humana Asistida*), допускающей посмертное оплодотворение в течение 12 месяцев со дня смерти. Суд учёл установленный в испанском законе срок в качестве обстоятельства, обосновывающего необходимость срочного принятия решения в рамках обеспечительных мер. Стоит отметить, что судьи Высшего земельного суда Гамбурга

8 Hoffmeister K. E. *Reproduktives Reisen und Elternschaft* // *Nomos*, 2022. P. 22.

9 Дело Гонсалес Гомез Турри, решение Судебным пленумом Государственного совета Франции 31.05.2016, Conseil d'Etat, Ass., 31.05.2016, N°396848, Lebon p. 208, concl. A. Bretonneau.

10 Обстоятельства дела, представленные в заключениях публичного докладчика (стр. 2), легкодоступны на сайте Госсовета Франции. Здесь и далее указана нумерация страниц по электронной версии: <http://www.conseil-etat.fr/fr/agianeweb/CRP/conclusion/2016-05-31/396848> (дата обращения 21.11.2025)

11 Высший земельный суд Гамбурга от 11.11.2021, OLG Hamburg, Beschluss v. 11.11.2021 — 6 W 28/11 // *medstra* 2022, 149 (Heft 03).

12 В немецком случае требование обеспечительных мер основывалось на ст. 935 ГПУ ФРГ (обеспечительные меры относительно основного предмета спора), а оспаривание решения суда первой инстанции имело место на основании ст. 567 ГПУ, позволяющей прибегнуть к т. н. «незамедлительному обжалованию» (*Sofortige Beschwerde*), ускоряющему процедуру. Во французском — на основании ст. L 521-2 КАС Франции.

13 Ley 35/1988, de 22 de noviembre, sobre técnicas de reproducción asistida // URL: https://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/l35-1988.html#a9 (дата обращения 21.11.2025)

дословно, на французском языке процитировали аналогичный пассаж, содержащийся на сайте Государственного Совета Франции в посвящённом делу *Гонсалес* пресс-релизе, как будто хотели прочнее утвердить таким образом свою позицию.

Как и во Франции, дело было ожидаемо проиграно в первой инстанции и неожиданно выиграно при обжаловании во второй.

Дела схожи в своей трагичности, когда один удар судьбы буквально следует за другим; но возможно ли удовлетворить иск заявительницы, если закон, категорично и однозначно запрещающий сделать это, не был формально признан несоответствующим вышестоящим нормам?

В своём «Введении в правовую мысль» Карл Энгисх писал¹⁴, что «верное понимание закона предполагает, что мы верно понимаем самих себя. Только когда мы уже предварительно замыслили наше решение и его материальные основания, в действительности предвосхитив его, можем мы приступить к закону с вопросом: насколько это наше решение «присуще» букве закона в качестве её возможного смысла?»

Приведенные нами решения представляют собой два способа воплотить задуманное, от относительно радикального до вполне традиционного, и оба создают исключения, не предусмотренные законодателем и идущие вразрез с преследуемой им целью. Рассмотрев правило и метод создания исключения из него (I), уместно перейти к проблеме практической реализации метода и ее последствий в обоих правопорядках (II).

I. Действующее законодательство и выбранный судами метод исключить его применение

Как по одну, так и по другую сторону Рейна, закон запрещает искусственное оплодотворение *post mortem*, а равно и экспорт гамет в иные юрисдикции с этой целью (А). Прецеденты неприменения судами этого запрета в обеих странах стали возможны благодаря технически различным, однако приводящим к схожим результатам методам (В).

¹⁴ Engisch K. Einführung in das juristische Denken // Zwölfte, aktualisierte Auflage, 2018. P. 247.

A. Применяемые нормы национального законодательства

В Германии посмертное оплодотворение запрещено действующим с 1991 года «Законом о защите эмбрионов»; во Франции, аналогичный запрет содержится в положениях Кодекса здравоохранения, регулирующих вспомогательные репродуктивные технологии.

Статья 4-я «Закона о защите эмбрионов» (ФРГ)

Немецкое федеральное законодательство является нам в виде — на первый взгляд¹⁵ — ясной и лаконичной формулировки: «*Кто умышленно оплодотворит яйцеклетку спермой мужчины после его смерти, наказывается лишением свободы сроком до трёх лет либо денежным штрафом*¹⁶».

Речь идёт о статье 4-й¹⁷, части 1, пункте 3 «Закона о защите эмбрионов»¹⁸, принятого в ФРГ 13 декабря 1990 года и вступившего в силу 1 января 1991 года.

При этом собственно сам запрет экспорта в страны, разрешающие постримортальную репродукцию, будет основываться на другой норме — а именно, на ст. 9 Уголовного уложения ФРГ, регулирующей пространственное применение немецкого уголовного права и требующей применять последнее к лицам, участвующим в совершаемом вне пределов ФРГ деянии даже в том случае, если это деяние

¹⁵ Но только лишь на первый. «Крайне проблемная норма» — так характеризует ее проф. Коестер-Вальтjen, см. Coester-Waltjen, D. Probleme der postmortalen Befruchtung — Überlegungen zu OLG Hamburg v. 11.11.2021 — VI W 28/21 // medstra 2022, 149 (Heft 03).

¹⁶ В оригинале: «Mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe wird bestraft, (...) wer wissentlich eine Eizelle mit dem Samen eines Mannes nach dessen Tode künstlich befruchtet».

¹⁷ Преследующей самовольное (Eigenmächtig), т.е. совершаемое без надлежащим образом выраженного согласия мужчины или женщины, искусственное оплодотворение либо пересадку женщине уже созданного *in vitro* эмбриона, а также оплодотворение после смерти (Befruchtung nach dem Tode).

¹⁸ «Gesetz zum Schutz von Embryonen», или, как принято сокращенно указывать названия законов в Германии, «Embryonenschutzgesetz — ESchG» // URL: <https://www.gesetze-im-internet.de/eschg/BjNR027460990.html> (дата обращения 21.11.2025)

не является уголовно наказуемым в другом государстве¹⁹.

Вкратце упомянем историю генезиса данной нормы в немецком праве. Изначальный законопроект от 25.10.1989, внесённый федеральным правительством в Бундестаг, не содержал запрета посмертного оплодотворения в какой-либо форме вообще, как не содержал его и т. н. «брифинг федерального правительства об «Искусственном оплодотворении человека» от 23.02.1988, к которому восходит проект закона; идея внести в него запрещающую посмертное оплодотворение поправку возникла позже, в ходе дебатов правового комитета Бундестага, в докладе которого от 08.10.1990 и была впервые оформлена²⁰. Доклад не содержал какого-либо обстоятельного обоснования этому нововведению²¹; основной мотив законодателя — защита благополучия ребёнка (*Kindeswohl*), якобы подвергаемого опасности вследствие искусственного зачатия *post mortem* — выводится скорее косвенно, хотя и вполне достоверно, из общего контекста как процедуры принятия закона, так предшествовавших консультаций и дебатов в период подготовки к ней²². С точки зрения систематики нормы в целом, подобное положение вообще не должно было быть включённым в закон о защите эмбриона, как не соотносящееся с основным интересом, на защиту которого (*Schutzrichtung*) направлен закон²³, и оказалось в нём лишь по воле случая²⁴. Это обстоятельство, — как и в целом фрагментарный характер закона, — обусловлено ещё и тем, что на

19 Это, в частности, неизбежно ставит вопрос о мере уголовной ответственности немецких врачей, в той или иной форме содействующих больным, желающим прибегнуть к запрещённым в Германии методам лечения бесплодия за границей. См. Pikal A. Die rechtliche Zulässigkeit ärztliche Mitwirkung an verbotenen Kinderwunschbehandlungen im Ausland // Springer, 2020. P. 291 и посл.

20 Prehn A. Die Strafbarkeit der post-mortem-Befruchtung nach dem Embryonenschutzgesetz // MedR 2011. P. 567.

21 Там же.

22 Velte G. Die postmortale Befruchtung im deutschen und spanischen Recht // Springer, 2015. P. 27.

23 Там же, стр. 30.

24 Krüger K. Das Verbot der post-mortem-Befruchtung, § 4 Abs. 1 Nr. 3 Embryonenschutzgesetz — Tatbestandliche Fragen, Rechtsgut und verfassungsrechtliche Rechtfertigung // in: Lilie, Hans (Hrsg.), Schriftenreihe Medizin-Ethik-Recht, Band 12, 2010. P. 11.

момент разработки и вступления в силу нормы парламент не обладал всей полнотой компетенции, необходимой для принятия полноценного регулирования в сфере репродуктивной медицины на федеральном уровне, и приобрёл эту компетенцию лишь после реформы конституции ФРГ в 1994 году (ст. 74 Основного закона ФРГ, устанавливающая предметы т. н. «конкурирующего законодательства»)²⁵.

Статья L. 2141-2 Кодекса здравоохранения Франции

Во Франции, ст. L. 2141-2 Кодекса здравоохранения²⁶, регулирующая вспомогательные репродуктивные технологии, гласит, что «образующие пару мужчина и женщина *должны быть живы*»²⁷. Законодатель уточняет обстоятельства, не дающие права воспользоваться ВРТ, и первым среди них указывает кончину одного из партнёров²⁸. Она не позволяет²⁹ ни оплодотворения, ни имплантацию уже созданных эмбрионов — что равно запрету не только посмертного оплодотворения, но и постмортальной репродукции в целом.

Причём часть II-ая той же статьи запрещает³⁰ экспорт половых клеток в другие страны для использования, не отвечающего

25 Beier H. M., Bujard M. et al. Ein Fortpflanzungsmedizingesetz für Deutschland // Der Gynäkologe, 8/2018. P. 615.

26 Art. L-2141-2 du Code de la santé publique // URL: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043895365?_cf_chl_r_t_tk=9Gos7V73nTatonO3OE3Eucwr4dzA.ArcColaPpA5Q8c-1774738768-1.0.1.1-jQ_s6mpBxk_KCENtSlnBw4lJDknmzbCYtJexSzWKbPo (дата обращения 21.11.2025)

27 В оригинале: «L'homme et la femme formant le couple doivent être vivants»

28 «Font obstacle à l'insémination ... le décès d'un des membres du couple»

29 Ст. 511-24 Уголовного кодекса Франции предусматривает наказание в виде 5 лет лишения свободы за использование ВРТ в «иных целях, нежели тех, что предусмотрены ст. 241-2 Кодекса здравоохранения» // URL: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI00006418939 (дата обращения 21.11.2025)

30 Ст. 511-25-1 УК предусматривает 2 года лишения свободы за нарушение положений ст. 241-11 Кодекса здравоохранения, инкриминируя как экспорт без разрешения регулятора, так и действия самого регулятора в случае, если последний разрешает экспорт в обход закона // URL: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043896374/2026-03-31 (дата обращения 21.11.2025)

утверждённым в законодательстве Франции биоэтическим принципам, и в частности, содержащемуся в ст. 2141-2 запрету.

Впервые законодательно сформулированный запрет постмортальной репродукции появился во Франции в 1994 году, в первом т. н. законе о биоэтике³¹ от 29 июля 1994 года. Все последующие обновления корпуса национального законодательства в сфере биоэтики — а именно, от 2004³², 2011³³ и 2021³⁴ гг. соответственно — только воспроизводили запрет, несмотря на отсутствие каких-либо формальных препятствий³⁵ для его снятия.

Здесь, безусловно, видится важное отличие от устаревшего закона ФРГ о «Защите эмбрионов» — норма вполне «на своём месте» в смысле объекта регулирования, и воля законодателя неуклонно воспроизводит³⁶ её несмотря на существенную либерализацию иных положений законодательства о биоэтике не подлежит сомнению. Так, последняя версия закона разрешила доступ к ВРП женским парам, а также одиноким женщинам, не требуя более наличия подтверждённого диагноза о стерильности; в исследовательской сфере, она либерализовала режим изучения стволовых клеток (не требующий отныне специально разрешения властей), дозволила (при условии выдачи на то

специального разрешения) исследования эмбрионов вне конкретных врачебных целей, но ради научного прогресса в биологии человека, — в частности, исследования в области генной инженерии на эмбриональном материале, — и т. д. Последние нововведения — по сути снимающие запрет на создание трансгенных эмбрионов человека в научных целях — оспаривались в Конституционном совете³⁷, но были признаны соответствующими конституции, т. е. не нарушающими конституционный принцип защиты человеческого достоинства, впервые сформулированный Советом в 1994 году как раз в рамках дела о проверке конституционности первого пакета законов о биоэтике. Также стоит упомянуть, что французское законодательство запрещает так же и посмертную пересадку эмбриона — что в ФРГ не запрещено³⁸. Как и в Германии, основным — хотя и не единственным — мотивом законодателя является защита интересов ребёнка³⁹.

В. Выбранные судами методы исключения применения национальной нормы

Высший орган административной юстиции Франции прибегнул к т. н. контролю конвенциональности *in concreto*, впервые утвердив и применив его в национальном административном судопроизводстве; немецкие судьи, в свою очередь, воспользовались традиционным для ФРГ методом телеологической редукции.

Контроль конвенциональности *in concreto* (дело Гонсалес-Гомес)

В докладе рабочей группы Кассационного суда Франции⁴⁰, посвящённом вопросам контроля конвенциональности, даётся ясное и

31 Закон №94-654 от 29.07.1994 «О донорстве и использовании элементов и продуктов человеческого тела, о репродуктивной медицине и пренатальной диагностике» // URL: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT00000549618> (дата обращения 21.11.2025)

32 Закон №2004-800 от 06.08.2004, начиная с которого выражение «биоэтика» становится легальным термином во Франции // URL: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT00000441469> (дата обращения 21.11.2025)

33 Закон №2011-814 от 7.07.2011 // URL: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000024323102> (дата обращения 21.11.2025)

34 Закон №2021-1017 от 2.08.2021, <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043884384> (дата обращения 21.11.2025)

35 Пункт 15 мнения Государственного Совета Франции от 18 июля 2019 года, где Совет высказывается за снятие запрета постмортальной репродукции в будущем (на тот момент) законе в сфере биоэтики от 2021 года. См. CE, avis, 18 juillet 2019 // URL: <https://www.conseil-etat.fr/avis-consultatifs/derniers-avis-rendus/au-gouvernement/avis-sur-un-projet-de-loi-relatif-a-la-bioethique> (дата обращения 21.11.2025)

36 Более 50 поправок, предполагавших снятие запрета, было отклонено парламентом в рамках обсуждения последней реформы законодательства в сфере биоэтики — см. ЕСПЧ от 14.09.2023, пункт 27 // URL: <https://hudoc.echr.coe.int/?i=001-226475> (дата обращения 21.11.2025)

37 №2021-821 DC, от 29.07.2021 // URL: <https://www.conseil-constitutionnel.fr/decision/2021/2021821DC.htm> (дата обращения 21.11.2025)

38 Velte G. Die postmortale Befruchtung im deutschen und spanischen Recht // Springer, 2015. P. 42.

39 См. уже упоминавшееся дело Барэ против Франции, стр. 32, где председательствующий Раварани этот мотив законодателя акцентирует // URL: <https://hudoc.echr.coe.int/?i=001-226475> (дата обращения 21.11.2025)

40 Именно Кассационный суд впервые применил данный метод контроля конвенциональности во Франции в 2013 году, вызвав бурную полемику в литературе — см. Civ. 1re, 4 déc. 2013, n°12-26.066, D. 2014. 179, note F.Chénéde, 153, point de vue H.Fulchiron, et 2017. 123, chron. V. Vigneau; AJ fam. 2014. 124, obs. S. Thouret, et 2013. 663, point de vue F. Chénéde; RTD civ. 2014. 88, obs. J. Hauser, et 307, obs. J.-P. Marguénaud.

дидактическое разъяснение отличий двух основных ситуаций, возникающих при проверке соответствия национального права требованиям конвенции: с одной стороны, контроль конвенциональности нормы, как таковой; с другой же — контроль конвенциональности применения нормы в конкретном деле⁴¹.

И если в первом случае речь идёт об абстрактном нормоконтроле, «не требующим анализа фактических, относящихся к компетенции нижестоящих судов обстоятельств дела», то во втором случае предметом контроля становится не сама норма — «но её применение к конкретной ситуации, порождающее конфликт в отношении содержащихся в конвенции прав и принципов»⁴².

Иными словами, суду требуется выяснить, в какой степени применение национальной нормы в конкретных обстоятельствах рассматриваемого дела влечёт недопустимое ущемление гарантированных конвенцией прав и свобод заявителя — и это, повторимся, в ситуации, когда норма как таковая признаётся соответствующей требованиям конвенции. В связи с этим Луи Дютэйе Де Ламот и Гийом Одинэ говорят об исключительном случае, как о случае, когда последствия конкретного применения соответствующего конвенции закона «настолько чрезмерны и необычны, что приводят к нарушению требований конвенции»⁴³.

Вопрос конвенциональности запрета посмертного оплодотворения артикулировался уже в первой инстанции, куда истица обратилась на основании ст. L 521-2 Кодекса административного судопроизводства, в соответствии с которой суд может безотлагательно принимать любые необходимые меры в случаях, когда фундаментальные права заявителя были нарушены органом государ-

ственной власти (либо частным лицом, на которого властью были возложены функции публично-правового характера). Решение выносится в течение 48 часов⁴⁴.

На этом уровне истица ожидаемо натолкнулась на отказ в удовлетворении иска: установленная на тот момент правоприменительная практика не позволяла административному суду первой инстанции оценивать законы на соответствие требованиям ЕКПЧ в жёстких временных рамках производства по обеспечительным мерам.

Следуя заключениям своего публичного докладчика Орели Бретонно, и отменяя оспоренное решение, Пленум Государственного Совета вернул судьям первой инстанции полномочия по контролю конвенциональности в рамках обеспечительного производства, но главное — впервые⁴⁵ применил метод контроля *in concreto*, удовлетворив требование заявительницы.

По мнению Высокой юрисдикции, содержащиеся в положениях ст. L.2141-2 и ст. L.2141-11-1 Кодекса здравоохранения Франции запреты по своему содержанию не составляют несоразмерного ущемления гаран-

44 Статья L 251-2 КАС Франции полностью сформулирована так: «В случае, обусловленном обстоятельствами безотлагательного характера, действующий в порядке обеспечительного производства судья может назначать любые меры, необходимые для охраны фундаментальных свобод граждан, грубо и явно незаконно нарушенных государственным органом, либо частным лицом, уполномоченным оказывать публичные услуги, при осуществлении каких-либо их служебных полномочий. Принимающий обеспечительные меры судья выносит решение в 48 часов.» Курсивы наш — Л. М.

45 Строго говоря, прецеденты подобного рода ранее встречались в практике административных судов Франции (CE, ass. 19 avril 1991, Mme Babas et Belgacem, Lebon, p. 152, conc. R. Abraham, D. 1991. 399, note X. Prétot), в частности, в случаях контроля законности мер по выдворению иностранцев. Однако в таких случаях, как отмечает профессор Пьер Дельвольвэ, суды не занимались проверкой соответствия национального законодательства требованиям Конвенции в качестве первого, «абстрактного» этапа контроля, а сразу же осуществляли контроль конвенциональности конкретных мер, принятых префектурами в рамках предоставленных им законом дискреционных полномочий. Именно характер таких полномочий, осуществляемых органом власти, действия которого оспариваются в суде, предопределял конкретный характер контроля конвенциональности в таких делах. См. Delvolvé P. Note sous CE, Ass., 31.05.2016 // RFD A 2016. P. 146.

41 См. материалы рабочей группы по контролю конвенциональности Кассационного суда Франции: Groupe de travail sur le contrôle de conventionnalité // 2020, стр. 5 // URL: <https://www.courdecassation.fr/files/files/R%C3%A9forme/Rapport%20du%20groupe%20de%20travail%20sur%20le%20cont%C3%B4le%20de%20conventionnalit%C3%A9.pdf> (дата обращения 21.11.2025)

42 Там же.

43 Dutheillet de Lamothe L., Odinet G. // Contrôle de conventionnalité : in concreto veritas, AJDA, chronique de jurisprudence, 2016. P. 1398.

тированного ст. 8 ЕКПЧ права на частную и семейную жизнь; особенно учитывая тот факт, что ЕСПЧ предоставляет довольно широкую свободу усмотрения государствам-членам, редко приходящим к согласию друг с другом в вопросах биоэтики. Тем не менее судьи сочли, что «соответствие закона положениям европейской конвенции о правах человека и основных свободах не препятствует тому, что в некоторых исключительных обстоятельствах применение закона может привести к несоразмерному вмешательству в сферу гарантированных конвенцией прав»⁴⁶.

Исключительные обстоятельства, позволяющие не применять закон, были, по мнению суда, характеризованы тем, что требование испанской заявительницы⁴⁷ выдать биоматериал умершего супруга за границу не содержало «мошеннического умысла», т. к. её возвращение в Испанию не имело целью обойти французское законодательство, а было нужно лишь для завершения «родительского проекта» (*projet parental*) на родине, где проживала семья заявительницы и куда сама заявительница вернулась после кончины её супруга во Франции.

Докладчик предложила⁴⁸ Пленуму не замыкаться в логике «всё или ничего» и допустить контроль *in concreto* в тех редких, по определению не могущих быть предусмотренными законодателем случаях, когда применение закона, соответствующего Конвенции в целом, приводит к несоразмерным и недопустимым последствиям в частности — и, таким образом, все же нарушает гарантированные Конвенцией права. Невозможность заранее ясно очертить

46 Пункт 9-ый мотивировочной части решения (курсив наш — Л. М.). Как водится в таких случаях, устанавливающая прецедент формулировка дословно воспроизводилась в последующих, подпадающих под действие нового правила делах.

47 Вопрос применения в деле коллизионного механизма международного частного права, заложенного, в частности, в ст. 3 ГК Франции вполне закономерно поднимался публичным докладчиком. Такая возможность была отвергнута, т.к. применимые в деле нормы Кодекса здравоохранения относятся к нормам императивного характера. См. заключения, стр. 11 // URL: <http://www.conseil-etat.fr/fr/arianeweb/CRP/conclusion/2016-05-31/396848> (дата обращения 21.11.2025)

48 Там же.

периметр⁴⁹ таких случаев не должна служить предлогом отказаться от контроля — иначе такой контроль в итоге осуществит сам Страсбург, чего не стоит дожидаться хотя бы уже в силу известного принципа субсидиарности. К тому же, такой подход, — казалось бы, провоцирующий «короткое замыкание» в процессе нормального применения закона, — позволяет уберечь национальную норму от более радикальных последствий⁵⁰, наступающих в случае признания её несоответствующей Конвенции целиком.

Государственный Совет последовал заключениям своего докладчика — заявительница выиграла дело и получила возможность экспортировать гаметы умершего мужа в Испанию, несмотря на жёсткий и недвусмысленный законодательный запрет санитарным властям Франции разрешать такой экспорт.

Телеологическая редукция (Высший земельный суд Гамбурга от 11.11.2021)

Под методом «телеологической редукции» немецкая доктрина понимает метод, предполагающий неприменение закона в ситуациях, в которых он должен был бы быть применён исходя из его буквального смысла⁵¹. Суд может прибегнуть к нему, если сочтёт, что применение закона, хотя формально и требуемое фактическими об-

49 Жером Прево-Гелла обрисовывает в этой связи две возможных модели: т.н. «предопределенный» и «неопределенный» варианты конкретного контроля конвенциональности. В первом случае, правило решения конфликта — пусть даже и не всегда концептуально четко очерченное — уже выработано и существует в правоприменительной практике; во втором же, правила не существует и суд «взвешивает» конфликтующие интересы в конкретном случае, не прибегая к субсумации. Вынесенное же решение не может быть обобщено на будущее и ставит под удар принцип правовой определенности. Случай Гонзалес-Гомес представляется именно таким случаем. См. Prévost-Gella J. «Contrôle abstrait et contrôle concret : les juges confrontés à l'application de la jurisprudence Gonzalez-Gomez» // RFDÄ 2017. P. 855.

50 Sériaux A. Quand la proportionnalité rime avec équité // Cahiers de méthodologie juridique, N 32, RRJ 2018-5, стр. 2073; так же Fulchiron, H. // D. 2014. стр. 153.

51 Beaucamp G., Treder L. Methoden und Technik der Rechtsanwendung // 2 auflage, 2011, стр. 78, №290 и посл., (с перечнем стандартных примеров из немецкой практики).

стоятельствами дела, привело бы к противоречащему воле законодателя, а потому недопустимому результату — как если бы законодатель, сформулировав правило, «забыл» предусмотреть логически необходимое исключение из него⁵². При этом речь уже не идёт о варианте рестриктивного толкования — телеологическая редукция выходит за его рамки, в область дальнейшего развития права (*Rechtsfortbildung*) судами, где текст «корректируется» вопреки его буквальному содержанию⁵³.

Одним из простых и наглядных примеров такой методологии судебного контроля может служить «редукция» законодательства, запрещающего загоразивать транспортом ворота домовладений, но не оговаривающего, что запрет не касается их собственников; исключив из сферы действия нормы автомобили домовладельцев, суд избегает возникновения абсурдной и противоречащей цели законодателя ситуации⁵⁴.

В отличие от дела *Гонсалес*, вынесенное в Гамбурге решение исторически не было первым случаем, разрешившим вдове вывоз замороженных гамет из ФРГ с целью прибегнуть к посмертному оплодотворению в другой стране: первый такой прецедент был создан в 2011 году Высшим земельным судом города Росток⁵⁵. Отменяя решение земельного суда Бранденбурга, отказавшего заявительнице, судьи Росток предельно узко истолковали содержащееся в Законе о защите эмбрионов понятие «оплодотворения» (*Befruchtung*), сводя его к импрегнации, производимой на начальном этапе процедуры искусственного оплодотворения — до заморозки материала в стадии пронуклеусов. Поскольку муж заявительницы, погибший в мотоциклетной аварии, был на момент импрегнации ещё жив, суд решил, что разморозка и дальнейшее культивирование зиготы с целью появления на

свет ребёнка состава преступления образовывать не могут⁵⁶.

Вместе с тем, многословная и местами противоречивая мотивация суда⁵⁷ Росток содержала также и мысль о том, что защищаемое законом благополучие ребёнка якобы подвергнется опасности лишь в случае, если умерший родитель не желал осуществить искусственное зачатие после своей смерти. Именно этот аспект и получил развитие в дальнейшей практике.

В двух последовавших решениях (Высший земельный суд Мюнхена⁵⁸ и земельный суд Дармштадта⁵⁹, в 2017 и в 2019 годах, соответственно), отказавших в удовлетворении требований заявительниц, содержалось⁶⁰ дополняющее⁶¹ основные мотивы утверждение о том, что выдача замороженного биоматериала без ясно выраженной воли покойного продолжить родительский проект нарушала бы посмертное право личности (*Postmortale Persönlichkeitsrecht*) на самоопределение (*Selbstbestimmung*) в сфере продолжения рода.

В связи с этим можно было бы задать вопрос: а что бы произошло в случае, если бы суд признал-таки волю умершего родителя осуществить зачатие после ухода из жизни как однозначно и достоверно выраженную — например, в завещании? При-

56 Это весьма спорное толкование легального понятия оплодотворения — законодателем, впрочем, не раскрываемого — было, позднее, задействовано судом г. Аугсбурга, дабы обойти очередное архаичное положение Закона о защите эмбрионов — а именно, содержащийся в ст. 1, части 1, п. 2 закона запрет искусственно оплодотворять яйцеклетку с целью вызвать беременность не той женщины, от которой она была взята. См. текст решения с комментарием проф. Карстена Гаэде, Gaede K. Anmerkung zu LG Augsburg, Urteil — 16 Ns 202 Js 143548/14, // Medstra 2019. P. 254.

57 Krüger M. The Prohibition of Post-mortem fertilization, legal Situation in Germany and European Convention on Human Rights // *Revue internationale de droit pénal*, 2011. P. 45.

58 OLG München, Endurteil vom 22.02.2017 — 3 U 4080/16 // URL: <https://openjur.de/u/962089.html> (дата обращения 21.11.2025)

59 LG Darmstadt, Urteil vom 28.08.2019 — 8 O 166/18 // URL: <https://openjur.de/u/2260285.html> (дата обращения 21.11.2025)

60 Дармштадт, пункт 62 и Мюнхен, пункты 55, 56 и 57 мотивов, соответственно.

61 Так называемое «вспомогательное обоснование» (*Hilfsbegründung*), используемое помимо основных мотивов (*Hauptbegründung*).

52 Kohler-Gehrig, E. Einführung in das Recht. Technik und Methoden der Rechtsfindung // 2 auflage, Kohlhammer, 2017. P. 100.

53 Там же.

54 Там же.

55 OLG Rostock Urt. v. 7. 5. 2010 — 7 U 67/09 (LG Neubrandenburg) // MedR, 2010. P. 878.

вело бы это к удовлетворению требования заявительницы⁶²?

Такой случай представился Высшему земельному суду Гамбурга, вынесшему решение⁶³ в пользу истицы. Применяя метод телеологической редукции, суд сместил акцент с охраны интереса неродившегося ребёнка на защиту посмертного права его биологического отца, и поставил первый в зависимость от второго.

На этот раз, в материалах дела содержалось ясно выраженное и доказанное согласие мужчины⁶⁴ на посмертное использование его гамет. Это обстоятельство позволило⁶⁵ Высшему земельному суду Гамбурга постулировать первый, необходимо предваряющий собственно телеологическую редукцию довод — переместить «центр тяжести» нормы в пользу иного субъекта права, т.е. скончавшегося родителя.

В договоре, подписанном с немецкой клиникой, содержалось стандартное⁶⁶ положение о немедленном уничтожении гамет в случае смерти контрагента⁶⁷, при условии,

что действующее на момент заключения договора законодательство, предусматривающее запрет посмертного оплодотворения, не изменится. Данное положение ожидаемо интерпретируется судом⁶⁸ как препятствующее выдаче гамет лишь в случае невозможности это сделать в силу закона — но так как приоритетная, по мнению суда, цель законодателя состоит в защите прав лица, от которого был взят биоматериал, то и посмертное оплодотворение не будет образовывать состава преступления при условии, что покойный выразил прижизненное желание осуществить его⁶⁹.

Что же касается защиты благополучия ребёнка, то суд — говоря об этой цели законодателя в *сослагательном* наклонении и упоминая её, как «впрочем не бесспорную»⁷⁰ — не усмотрел угрозы вышеупомянутому благополучию в данном конкретном случае — ведь посмертное зачатие выражает волю обоих родителей, а равно должно убереечь ребёнка от нежелательных для его психики последствий в будущем. Заявительница дело выиграла.

II. Практическая реализация метода и её перспективы в обеих странах

Во Франции, дебаты вызвала обоснованность метода, как такового, тогда как обстоятельства дела послужили лишь поводом для его введения в практику; в Германии же, критикуется не столько сам метод, — давно выработанный и ассимилированный судами — сколько сомнительность его применения *in casu* (А). Стабильная и предсказуемая правоприменительная практика, основанная на понятном и воспроизводимом правиле преторского происхождения, отсутствует в обеих странах: вопрос о том, стоит ли и дальше сохранять запрет посмертного оплодотворения продолжает быть актуальным, не получая разрешения (В).

62 Inthorn J., Pisani C. Anmerkung zu OLG München Urt. vom 22. 2. 2017 – 3 U 4080/16 (LG Traunstein) // MedR (2018) 36: 419–421. P. 419.

63 OLG Hamburg, Beschluss v. 11.11.2021 — 6 W 28/11; текст решения суда в публикации Neue Zeitschrift für Familienrecht (OLG Hamburg: Herausgabeanspruch der Lebensgefährtin von kryokonserviertem Keimmateriale des verstorbenen Lebensgefährten (NZFam 2022, 20)).

64 Так, в начале декабря 2021 года, вероятно предчувствуя скорый фатальный исход, молодой человек потребовал от немецкого медучреждения передать его биоматериал в одну из мадридских клиник, с которой до этого заключил договор, предполагавший посмертное зачатие в случае его смерти, но уже 16 декабря того же года скончался.

65 Löhnig M. Anmerkung zu OLG Hamburg // Neue Zeitschrift für Familienrecht, 2022. P. 25.

66 Такие договоры — в сущности, однотипные — фигурировали и в случаях, рассмотренных судами Мюнхена и Дармштадта, отказавшими заявительницам. Станным образом, договор не рассматривался в деле, решенным судом Росток — как не фигурировал он и во французском деле.

67 Первое требование выдать замороженный биоматериал было направлено немецкой клинике еще мужчиной; акт передачи права требования (Abtretung) от умершего его девушке не содержался в материалах дела, но имплицитно выводился судом из его обстоятельств (т.н. «konkludente Abtretung») — Coester-Waltjen D. Probleme der postmortalen Befruchtung — Überlegungen zu OLG Hamburg v. 11.11.2021 — VI W 28/21 // Medstra 2022, 149 (Heft 03). P. 151.

68 OLG Hamburg: Herausgabeanspruch der Lebensgefährtin von kryokonserviertem Keimmateriale des verstorbenen Lebensgefährten // NZFam 2022/20. P. 22.

69 Там же, стр. 23.

70 Буквально: «Allerdings dürfte der Schutzzweck des § 4 I Nr. 3 ESchG grundsätzlich auch das Wohl des (...) Kindes sein. (...) Das ist allerdings umstritten».

А. Неопределённость критериев, позволивших исключить применение национальной нормы

В Германии, таким критерием гипотетически могло бы стать ясно выраженное и доказанное намерение умершего родителя прибегнуть к посмертному зачатию. Как мы уже видели, именно оно является первым, предварительным этапом осуществления «редукции» закона «О защите эмбрионов».

Однако ни первый, ни второй из вышеупомянутых взаимосвязанных этапов в размышлении судей Гамбурга не представились немецкой доктрине убедительными.

Первый этап приводит к произвольной подмене одного защищаемого законом интереса (*Schutzrichtung* или *Shutzzweck der Norm*) на другой⁷¹.

Так, Высший земельный суд Гамбурга, — как и Высший земельный суд Мюнхена до него — упоминает два других пункта части первой, статьи 4-й закона: первый пункт предполагает ответственность того, кто «попытается искусственно оплодотворить яйцеклетку без согласия на то как женщины, чья яйцеклетка оплодотворяется, так и мужчины, чьи сперматозоиды используются для оплодотворения»; второй же инкриминирует пересадку эмбриона женщине без её согласия.

Однако это не даёт оснований приписать законодателю намерение запретить посмертное зачатие ради защиты интересов умершего мужчины⁷²: упомянутые положения закона направлены на защиту *разных* интересов, иначе они просто не «состыковываются» друг с другом в рамках одного целого. Так, часть вторая статьи 4 гласит, что «женщина, искусственное оплодотворение которой совершается в предусмотренном частью 1, пунктом 3 случае, (т.е. в случае посмертного оплодотворения — Л. М.) не подлежит наказанию⁷³».

71 Если «телеологическая редукция» и позволяет, в некоторых случаях, избежать противоположного воли законодателя результата, то лишь ориентируясь на действительно защищаемые законом права и интересы или, как минимум, хорошо согласовываясь с ними — см., в частности, Krüger M. Überlegungen zur postmortalen Befruchtung de lege lata et ferenda // GesR 10/2022. P. 614.

72 См. Krüger, «Überlegungen...», стр. 617.

73 В оригинале: «Nicht bestraft wird im Fall des Absatzes 1 Nr. 3 die Frau, bei der die künstliche Befruchtung vorgenommen wird».

Профессор Матиас Крюгер в связи с этим указывает, что оговорённый законодателем вариант исключения ответственности неизбежно подразумевает не только наличие у женщины *намерения* осуществить запрещённое пунктом 3 деяние, но и *согласие умершего* мужчины на него⁷⁴. Таким образом, если допустить, что посмертное оплодотворение не нарушает закона, когда реализует волю умершего родителя, то часть вторая статьи 4 утрачивает какой-либо смысл вообще.

При этом сам пункт 3, собственно запрещающий посмертное оплодотворение, запрещает его тотально, без изъятий, вне зависимости от воли родителей. По мнению Джанни Фельте, если и можно говорить о защите волеизъявления умершего, то лишь в случае, когда посмертное зачатие осуществлялось бы помимо воли — что можно представить, как *отражённо* защищаемый интерес и не более того⁷⁵.

Второй этап оказывается не более убедительным, чем собственно первый.

В обоснование выбранного метода, судьи Гамбурга ссылаются⁷⁶ на хорошо известный немецким исследователям прецедент: в нём Верховный суд ФРГ прибегает⁷⁷ к «телеологической редукции» состава преступления, предусмотренного ст. 86а Уголовного уложения ФРГ, инкриминирующей демонстрацию символики враждебной конституционному строю организации. Суд оправдал обвиняемых, так как установил, что символика использовалась для борьбы с запрещённой законом идеологией, а не для апологии последней — и именно с таким намерением демонстрировалась.

74 С одной стороны, отсутствие умысла — если женщина не знала о смерти мужчины — само по себе исключало бы применение пункта 3 — «кто умышленно оплодотворит...»; с другой же, в случае, когда согласие на искусственное оплодотворение было бы отозвано мужчиной при жизни, применялся бы пункт 1, первой части закона, инкриминирующий искусственное оплодотворение без согласия на него — см. Krüger, стр. 117 и 118.

75 Velte G. Die postmortale Befruchtung im deutschen und spanischen Recht // Springer, 2015, стр. 29.

76 OLG Hamburg: Herausgabeanspruch der Lebensgefährtin von kryokonserviertem Keimmaterial des verstorbenen Lebensgefährten // NZFam 2022, 20, стр. 22.

77 BGH, Urt. v. 15.3.2007–3 StR 486/06, BGHSt 51, 244.

И действительно, запрещающая по- смертное зачатие норма — как и ст. 86-а из указанного судом примера — являет собой так называемый *Abstrakte Gefährungsdelikt*, или, в русском переводе, «деликт абстрактной опасности»⁷⁸. Он не предполагает ни действительного нарушения защищаемого законом интереса, ни наступления конкретной опасности, как такового; лишь могущие привести к ним действия будут образовывать состав преступления⁷⁹. Классическим примером здесь служит наказание за вождение автомобиля в нетрезвом виде — оно угрожает жизни и собственности других лиц, но не всегда и не обязательно приводит к гибели людей и разрушению их имущества.

Однако устоявшаяся правоприменительная практика Верховного суда ФРГ допускает телеологическую редукцию в применении подобных норм лишь тогда, когда обстоятельства дела позволяют уверенно утверждать, что «абстрактная» опасность не реализуется, т.е. не перейдёт в конкретное нарушение защищаемых законом интересов⁸⁰.

В случае же посмертного зачатия такой уверенности не может быть⁸¹ — конкретные обстоятельства будущей жизни непредсказуемы; рано или поздно, ребёнок столкнётся с правдой о «способе» своего появления на свет и никто не гарантирует, что такое событие не приведёт к нарушениям в его личностном и психическом развитии — а именно этого и хотел избежать законодатель, запрещающая посмертное оплодотворение под страхом уголовной ответственности.

В этом же ключе высказывается и другой немецкий исследователь, указывая, что закон не позволяет оценки судом наличия или отсутствия угрозы благополучию бу-

дущего ребёнка в каждом конкретном случае⁸² — угроза понимается, как имманентная посмертному зачатию, как таковому; и суд не должен отрицать наличие предусмотренного законом состава преступления лишь на том основании, что считает мотив законодателя неубедительным⁸³.

Во Франции, «некоторые исключительные обстоятельства», позволяющие судьям не применять признанный соответствующим ЕКПЧ закон, являются ещё более неопределёнными. В отличие от Германии, спор не ведётся о том или ином толковании запрещающих постмортальную репродукцию положений, чётких и недвусмысленных по сравнению со своими немецкими аналогами. Реакцию доктрины вызвал лишь применённый Высокой юрисдикцией метод, преторскому установлению которого обстоятельства дела послужили предлогом. Новация вряд ли удивила бы знакомых с практикой Страсбурга исследователей — контроль *in casu* является традиционным методом⁸⁴ работы суда. Он, однако, не был исторически свойственен работе французских высших юрисдикций и является частью общего их движения в сторону более конкретного, углублённого в обстоятельства дела нормоконтроля⁸⁵.

В связи с этим, отклик французской доктрины на дело *Гонзалес* есть прежде всего вновь оживившийся спор о роли судьбы в защите фундаментальных прав и свобод заявителя. Для одних исследователей, вынесенное Государственным советом решение есть антипод традиционного юридического силлогизма, отказ от мышления дедуктивного, выливающийся в открытое противодействие ясно и чётко выраженной воли

78 Перевод термина по изданию «Уголовного уложения ФРГ», Головенков П.В. // Издательство университета Потсдама, стр. 443.

79 О различии между деликтами «конкретной» и «абстрактной опасности» см., в частности (немецкая литература на эту тему предсказуемо обширна) Rotsch T. Einheitstäterschaft statt Tatherrschaft // 2009, Mohr Siebeck, Tübingen. P. 440-442.

80 Krüger M. Überlegungen zur postmortalen Befruchtung de lege lata et ferenda // GesR 10/2022, стр. 615, с избранными примерами из практики Верховного суда ФРГ.

81 Там же, стр. 616.

82 Coester-Waltjen D. Probleme der postmortalen Befruchtung — Überlegungen zu OLG Hamburg v. 11.11.2021 — VI W 28/21 // Medstr 2022, 149 (Heft 03), стр. 152.

83 Там же, стр. 152.

84 Тем не менее, в литературе обращают внимание на обратную тенденцию, с ростом случаев абстрактного и объективного контроля в практике ЕСПЧ, см. Afroukh M. Le contrôle de conventionnalité in concreto est-il vraiment «dicté» par la convention européenne des droits de l'homme? // RDLEF 2019, chron. №4.

85 Bonnet J., Roblot-Troizier A. La concrétisation des contrôles de la loi // RFDA 2017, стр. 821.

законодателя; для других, речь идёт об отдельном и обоснованном методе правового мышления, позволяющим обобщать и формулировать на будущее вполне рабочие правила⁸⁶.

Несмотря на широкий общественный и доктринальный резонанс дела *Гонзалес*, последовавшие с 2016 года попытки⁸⁷ заявителей воспользоваться прецедентом не имели успеха. При обжаловании отказов выдать истицам биоматериал умершего мужчины в Испанию, административные суды не обнаруживали в деле «наличия особых обстоятельств, образующих несоразмерное вмешательство в гарантированные заявителю ЕКПЧ права»: истицы, гражданки Франции постоянно проживающие на родине, не имели какой-либо особой связи с Испанией — либо иной, позволяющей посмертное оплодотворение, страной — и, по мнению судов, требовали выдачи биоматериала в иностранные медучреждения лишь с целью обойти действующий у себя в стране запрет⁸⁸. Последнее (ноябрь 2024 года) решение — к тому же, опубликованное в бюллетене административной юстиции «Лебон», что говорит о принципиальности выраженной позиции — вновь отказало заявительнице на тех же основаниях, напомнив при этом, что запрет постмортальной репродукции не нарушает требований ст. 8 ЕКПЧ сам по себе⁸⁹.

86 Forment V. La doctrine face au contrôle de proportionnalité in concreto comme illustration d'une controverse sur les méthodes du droit // RRJ 2018/5, стр. 2056.

87 Как и в деле *Гонзалес*, во всех этих случаях речь идет об обеспечительных мерах в рамках административного судопроизводства на основании ст. 521-2 КАС Франции; решение первой инстанции обжалуется не в административном апелляционном суде, но в Государственном совете напрямую, выступающим в роли либо апелляционного, либо (реже) кассационного судьи, в зависимости от некоторых процессуальных нюансов.

88 Conseil d'État, 28/02/2020, №438852, Inédit au recueil Lebon (таже мотивировка, но без уточнения названия страны-члена ЕС, в которой заятельница желала произвести посмертное зачатие); Conseil d'État, Juge des référés, 24/01/2020, №437328, Inédit au rec.

89 Conseil d'État, 1ère — 4ème chambres réunies, 28/11/2024, 497323, Publié au recueil Lebon (отсутствие какой-либо связи заятельница, гражданки Франции, с Испанией, в которую она требовала выдачи замороженных эмбрионов).

В. Непредсказуемость и нестабильность состояния права в области репродукции человека post mortem

В докладе, сделанном для германо-французского союза юристов, проф. Костер-Вальтjen обратила внимание⁹⁰ на сомнительность способа защиты интересов ребёнка, приводящего к запрету его появления на свет⁹¹ — подчёркивая, в особенности, что известный принцип защиты человеческого достоинства не служит оправданием такой меры. Ни в одном из рассмотренных нами случаев⁹², эта мысль прямо, открыто и развёрнуто не основывала аргументацию в пользу неприменения национальной нормы, однако не напомнить о ней нельзя: все три решения создают исключения из правила, не предусмотренные законодателем и несовместимые с преследуемой им целью — не допустить появления на свет зачатого посмертно ребёнка ради его же блага.

Ни одно из них не способствует правовой определённости в сфере постмортальной репродукции человека, хотя и облегчает трагическую участь истиц *in casu*. В Германии это обусловлено не только сутью решений, но также и отсутствием позиции Верховных юрисдикций, не задействованных ещё в интересующей нас области. Во Франции, решение вынесено на самом высоком уровне, однако точно предсказать, в чём именно выразятся «явно несоразмерные последствия» применения национального законодательства в иных случаях, невозможно.

Наконец, во всех трёх документах, утверждающих жизнь несмотря на однозначный запрет законодателя появиться ей, прочитывается как будто неуверенность их авторов: в многословных и местами противоречивых мотивах суда Ростока; в призы-

90 Coester-Waltjen D. Gesetzgebung in der Fortpflanzungsmedizin — die Lage in der Bundesrepublik Deutschland // Vortrag vor der deutsch-französischen Juristenvereinigung vom 21.09.2002.

91 В том же ключе высказывается и Джианна Фельте, с подробным анализом с точки зрения общей теории фундаментальных прав в ФРГ: Velte G. Die postmortale Befruchtung...», стр. 80 и посл.

92 Высший земельный суд Гамбурга упоминает ее лишь вскользь, говоря о том, что «альтернативой было бы не родиться вовсе» (стр. 24).

ве — совсем не частом в заключениях прокуроров и публичных докладчиков — к истице «не питать ложных надежд» и быть готовой к тому, что Пленум не последует доводам своей докладчицы и отклонит иск, несмотря на всю «жестокость» обстоятельств, изменить которые никакой суд не смог бы⁹³; в сделанном судом Гамбурга допущении, что другой суд мог бы признать выдачу гамет клиникой незаконной, что, в свою очередь, могло бы породить угрозу уголовного преследования для ответчицы⁹⁴. При этом ни один из немецких судов не передал дело в Карлсруэ — не только потому, что намерение удовлетворить иск требовало не тянуть с решением, но также в силу хорошо известной им позиции конституционного суда в «деле об инцесте»⁹⁵, допускающей возможность воспрепятствовать зачатию ребёнка ради его же блага⁹⁶.

Может ли состояние права, запрещающего посмертное оплодотворение, измениться как по одну, так и по другую сторону Рейна?

Противоречивый характер регулирования, допускающего к искусственному зачатию от анонимного донора одиноких женщин и одновременно запрещающего постмортальную репродукцию, озвученный ЕСПЧ в деле Барэ и Кабалеро как возможный мотив пересмотра позиции суда, обнаруживается и в немецком праве: зачатие *in vitro* доступно в ФРГ одиноким женщинам — с той лишь оговоркой, что немецкое регулирование в настоящий момент фрагментарно и законодательно не определяет круг лиц, имеющих доступ к вспомогательным репродуктивным

технологиям⁹⁷. Его несогласованность проявляется даже более отчётливо в связи с тем, что, в отличие от Франции, посмертная пересадка эмбриона не запрещена законом в Германии. Аргумент был отвергнут Государственным советом⁹⁸ на том основании, что одинокие женщины, прибегающие к ВРП, якобы находятся в иной ситуации, нежели вдовы, потерявшие супруга — и эта разница, должным образом учтённая и оценённая законодателем, не позволяет охарактеризовать противоречивость регулирования, оставаясь в рамках усмотрения, предоставляемых ЕСПЧ государствам-членам в сфере биоэтики. В Германии, вопрос конвенциональности запрета не поднимался в упомянутых делах, как таковой; немецкая доктрина годами — и безуспешно — апеллирует к парламенту, игнорирующему запрос на модернизацию устаревшего и лакунарного законодательства.

И тем не менее, движение в сторону расширения автономии субъектов права в сфере биоэтики⁹⁹ происходит в обеих странах, и лишь усиливается с годами; оно создаёт культурный и нормативный контекст, в рамках которого падение запрета постмортальной репродукции представляется всё более вероятным. Приведённые нами примеры проявляют это движение в его наиболее заметном, конфликтном измерении; они в очередной раз свидетельствуют, что изменения в праве обеих стран, — если они произойдут — станут возможны благодаря *борьбе за право*¹⁰⁰, упорной борьбе заявительниц несмотря на трагичность и жестокость обстоятельств, побудивших их предпринять её.

93 Заключение Орели Бретонно, стр. 21 // URL: <http://www.conseil-etat.fr/fr/arianeweb/CRP/conclusion/2016-05-31/396848> (дата обращения 21.11.2025)

94 OLG Hamburg: Herausgabeanspruch der Lebensgefährtin von kryokonserviertem Keimmaterial des verstorbenen Lebensgefährten // NZFam 2022, 20, стр. 24.

95 BVerfGE 120, 224 // URL: <https://www.servat.unibe.ch/dfi/bv120224.html> (дата обращения 21.11.2025)

96 Krüger M. Überlegungen zur postmortalen Befruchtung de lege lata et ferenda // GesR 10/2022, стр. 621.

97 Taupitz J. Donogene Insemination. Verwendung von Spender-Samen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft bei homosexuellen (Ehe-)Paaren und alleinstehenden Frauen // Hessisches Ärzteblatt 9/2021. P. 509.

98 См. вышеупомянутое нами решение от 28 ноября 2024 года — Conseil d'État, 1ère — 4ème chambres réunies, 28/11/2024, 497323, Publié au recueil Lebon.

99 Parizer-Krief K. Réflexions autour de la révision de la loi bioéthique dans le domaine de l'assistance médicale à la procréation. Une rupture du cadre conceptuel? // Médecine/sciences 2019/35. P. 362.

100 Ihering R. v. Der Kampf ums Recht // 8. Aufl. Wien 1886, S. 1 // URL: https://archive.org/details/bub_gb_XDcPAAAAYAAJ/page/n19/mode/2up (дата обращения 21.11.2025)

Об авторе:

Малахов Леонид Борисович — юрисконсульт автономной некоммерческой организации юридической и экспертной деятельности «Право и медицина», Оренбург, Москва, leonid.malakhov@gmail.com

Leonid Borisovich Malakhov — Legal adviser of the autonomous non-profit organization of legal and expert activity «Law and Medicine», Orenburg, Moscow

© Малахов Л. Б., 2025

Для цитирования:

Малахов Л. Б. Запрет посмертного оплодотворения в немецком и французском законодательствах: опыты судебного преодоления // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2025. №3-4 (29-30). С. 53-67.

For citation:

Malakhov L. B. Prohibition of post-mortem fertilization in German and French legislation: experiences of judicial overcoming // M.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2025. №3-4 (29-30). P. 53-67.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов

The author declares that there is no conflict of interest

Статья поступила в редакцию 27.11.2025 г.

Марченко М. Н.

ПОТРЕБИТЕЛЬСКИЙ ЭКСТРЕМИЗМ В СФЕРЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: ПРАВОВЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО СНИЖЕНИЮ РИСКОВ ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

В данной статье поднимается актуальная проблема столкновения медицинских организаций со злоупотреблением правами со стороны пациентов, такое явление получило название «потребительский экстремизм». Оно заключается в недобросовестных действиях пациентов, направленных на причинение вреда исполнителю медицинской услуги, получение материальной выгоды за счёт медицинской организации, даже при отсутствии реальных нарушений с её стороны. Проведён анализ российского законодательства и судебной практики, отражающий проблемы очевидного дисбаланса, во-первых, прав и обязанностей потребителя медицинской услуги, во-вторых, возможностей защиты своих прав потребителем и исполнителем медицинской услуги. Предложены практические рекомендации для руководителей и врачей медицинских организаций, которые будут способствовать противодействию «потребительскому экстремизму».

Ключевые слова: потребительский экстремизм, способы противодействия, злоупотребление правом, недобросовестное поведение, практические рекомендации, конфликт, некачественное оказание медицинской помощи

Maria Marchenko

CONSUMER EXTREMISM IN THE FIELD OF MEDICAL CARE: LEGAL RECOMMENDATIONS OF RISK REDUCTION FOR MEDICAL ORGANIZATIONS

In this article the author raises a topical issue for medical organizations of confronting abuse of rights by patients, this phenomenon known as «consumer extremism». It involves unfair actions by patients aimed at causing damages to the provider of a medical service and obtaining financial gain at the expense of the medical organization, even in the absence of actual violations on its part. The analysis of Russian legislation and judicial practice revealed problems of obvious imbalance, firstly, between the rights and obligations of the consumer of medical services, and secondly, between the abilities of protection rights by the consumer and the provider of medical services. Practical recommendations are given for managers and doctors of medical organizations that will help countering «consumer extremism».

Keywords: consumer extremism, methods of counteraction, abuse of law, unfair behavior, practical recommendations, conflict, poor-quality medical care

В настоящее время распространённым стало явление, получившее название «потребительский экстремизм». Ярким примером, иллюстрирующим его проявление, является «Дело о чашке кофе»: 79-летняя жительница США Стелла Либек получила ожоги третьей степени от пролитого на неё кофе, купленного в закусочной «McDonald's» (она выхо-

дила из закусочной, дверь оказалась тяжёлой и выбила стакан с кофе у неё из рук). Женщина обратилась в суд, сумма компенсации составила 2,9 миллиона долларов, а позже была уменьшена до 640 000 тысяч долларов. После этого эпизода на стаканах в ресторанной сети появилась надпись «осторожно, горячее!» [4, с. 176].

Термин «потребительский экстремизм» не имеет легального толкования, но в доктрине были предприняты попытки описать его. Так, например, некоторые исследователи данное явление понимают как «манипулирование нормами закона со стороны клиента, основная цель которого — не защита своих прав, а получение материальной выгоды» [6, с. 61]. Сторонники иного подхода объединяют в анализируемое понятие не только формы недобросовестного поведения, закреплённые в ст. 10 ГК РФ, но и «умышленные противоправные деяния потребителей, совершаемые с целью обращения в свою пользу имущества предпринимателей путём обмана или злоупотребления особым отношением к потребителям» [5, с. 23]. Приведённые выше варианты толкования понятия «потребительский экстремизм» позволяют использовать его в узком и широком значениях. В узком значении оно совпадает с понятием злоупотребление правом, а в широком значении к злоупотреблению правом присоединяются различные правонарушения и преступления.

Тема столкновения предпринимателей с такими потребителями в последнее время становится все более актуальной. В сентябре 2024 года Глава Торгово-промышленной палаты Сергей Катыйрин направил руководителю Роспотребнадзора письмо и материалы, свидетельствующие о многомиллиардных убытках бизнеса от «потребительского экстремизма» [3]. ТПП предложила внести изменения в Закон РФ от 07.02.1992 №2300-1 «О защите прав потребителей», а также в Постановление Правительства РФ от 31 декабря 2020 г. №2463 «Об утверждении Правил продажи товаров», направленные против причин и условий злоупотреблений в сфере защиты прав потребителей. Однако члены Общественного совета при Роспотребнадзоре не поддержали предлагаемые бизнесом поправки, направленные на ослабление прав потребителей для уменьшения рисков деятельности предпринимателей¹.

¹ Позиция Общественного совета при Роспотребнадзоре: Приложение к протоколу заочного голосования Общественного совета при Федеральной службе по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека от 04.09.2024 // URL: <https://clck.ru/3LkZd8> (дата обращения: 14.11.2025)

Специфика «потребительского экстремизма», проявляющегося в сфере возмездного оказания медицинских услуг, отражена в следующем определении: «это стремление недобросовестного пациента обогатиться за счёт медицинской организации, получить материальную или иную выгоду, манипулируя нормативно-правовыми актами и иными документами, чтобы любым способом заставить медицинскую организацию и её сотрудников признать вину в оказании неадекватной, некачественной медицинской помощи» [10, с. 77]. Суть этого явления выражается в стремлении пациентов, их родственников получить материальную выгоду за счёт предпринимателей даже при отсутствии признаков некачественного оказания медицинской помощи или посредством явного преувеличения обнаружившихся в ней дефектов [1, с. 490].

Определяя формы проявления потребительского экстремизма со стороны пациентов, предлагаем выделить следующие:

- несоблюдение пациентом рекомендаций врача с последующим указанием на некачественное оказание медицинской услуги;
- агрессивное, неэтичное поведение пациента с целью провокации негативного, такого же агрессивного поведения со стороны врача;
- предъявление необоснованных претензий (поводами могут послужить, например, причинение вреда здоровью, некачественное оказание медицинской услуги, предоставление недостоверной или неполной информации пациенту об исполнителе и оказываемых им услугах);
- подача необоснованных жалоб в различные государственные органы;
- обращение с иском в суд в адрес медицинской организации;
- распространение недостоверной информации о медицинской организации и медицинских работниках в сети «Интернет».

Однако заметим, что, например, предъявление претензии в адрес медицинской организации или подача иска в суд — это право пациента. А в злоупотребление его реализация переходит в случае использования пациентом

внешне правомерного средства, т. е., самого права, с незаконной целью. Существует множество примеров того, как истец обращается с требованиями о возмещении вреда здоровью, компенсации морального вреда, обвиняя врача в якобы неправильном лечении. При этом нередко в исковых требованиях указывается на многомиллионную сумму морального вреда, а также на наличие дефектов медицинской помощи. Однако истцы умалчивают о фактах отклонения от назначенного лечения и несоблюдения рекомендаций врача.

Рассмотрим определение Верховного Суда РФ от 02.09.2019 года №48-КГ19-9²:

Паршиков В. А. обратился в травмпункт ГБУЗ «Областная клиническая больница №3» с жалобами на боль в грудной клетке и одышку после травмы, врач-травматолог диагностировал ушиб грудной клетки на основании рентгена и назначил лечение, однако спустя два дня Паршиков В. А. скончался от острой пневмонии. Супруга и дочь умершего подали иск к больнице о компенсации морального вреда в размере 3 000 000 руб., причинённого ненадлежащим оказанием медицинской помощи. Их доводы были основаны на том, что «медицинская помощь Паршикову В. А. была оказана ненадлежащим образом, не в полном объёме, неквалифицированно, поскольку врач-травматолог не провёл необходимого обследования Паршикова В. А., не изучил рентгеновский снимок его грудной клетки с новообразованием, характерным при заболевании пневмонией, не собрал необходимые анализы, не поставил ему диагноз «пневмония» и не назначил соответствующего лечения, отказал в госпитализации, что привело к смерти Паршикова В. А. спустя непродолжительное время».

Кроме того, было проведено заседание лечебно-контрольной комиссии Больницы и составлено заключение, согласно которому врач-травматолог обоснованно выставил диагноз «ушиб грудной клетки» и назначил соответствующее данной патологии лечение. Особо обратим внимание на следующее положение заключения комиссии: «врач-трав-

матолог рекомендовал Паршикову В. А. продолжить лечение, а, следовательно, и обследование в поликлинике по месту жительства, но пациент не выполнил рекомендации врача; Паршиков В. А. либо его родственники при ухудшении состояния могли вызвать на дом бригаду скорой медицинской помощи, неотложной помощи или участкового врача, но не сделали этого; пневмония, развившаяся на фоне множественной тяжёлой соматической патологии, протекала малосимптомно, что не позволило диагностировать её при обращении в травматологический пункт». К тем же выводам пришла и комиссия судебно-медицинская экспертиза: «в целом медицинская помощь Паршикову В. А. травматологом была оказана правильно, но неполно; ... допущенные недостатки в оказании медицинской помощи не явились сами по себе причиной возникновения у Паршикова В. А. пневмонии, но наряду с необращением Паршикова В. А. в последующем в связи с ухудшением его состояния за медицинской помощью способствовали прогрессированию пневмонии и неблагоприятному исходу заболевания для жизни Паршикова В. А.».

Данная ситуация наглядно иллюстрирует факт пренебрежительного отношения пациента к рекомендациям врача, что в дальнейшем приводит к негативным последствиям.

Однако не всегда пациент обращается к медицинской организации с иском, связанным с некачественным оказанием медицинской помощи³:

ФИО1 обратился в суд с иском к ООО «КВТ «Бионика» о возмещении компенсации морального вреда в размере 50 000 руб. Требования мотивированы тем, что ФИО1 при посещении Клиники застрял в лифте, но кнопка вызова диспетчера не работала, после звонка на телефон горячей линии с просьбой принять меры по эвакуации из кабины лифта, никаких мер предпринято не было. Истец считает, что ему были причинены физические и нравственные страдания, поскольку «лифт находится на солнечной стороне фасада здания, одна стена лифта выполнена из стекла, на

2 Определение Судебной коллегии по гражданским делам Верховного Суда РФ от 02.09.2019 г. №48-КГ19-9 // URL: <https://base.garant.ru/72718090/> (дата обращения: 14.11.2025)

3 Решение Железнодорожного районного суда г. Красноярск от 20 декабря 2023 №2-3798/2023 // URL: <https://sudact.ru/regular/doc/N4pHPyBVHVb2/> (дата обращения: 15.11.2025)

улице в тот день была ясная, жаркая и солнечная погода. Вследствие долгого нахождения в душном, жарком, не вентилируемом лифте, получил тепловой удар, который характеризуется следующими признаками: повышение температуры тела, покраснение кожных покровов, усиленное потоотделение, учащение пульса и дыхания, головная боль, слабость, шум в ушах, тошнота». Кроме того, истец отметил, что провёл в лифте более 30 минут, что не соответствует Положению о порядке организации эксплуатации лифтов в РФ, и что «на фоне происходящего у него поднялось артериальное давление, ухудшилось общее состояние здоровья, пришла в негодность одежда, так как он сильно вспотел, в результате чего, пришлось отменить намеченные далее рабочие встречи». Клиника, в свою очередь, пояснила, что: во-первых, работа лифта была восстановлена через 20 минут, то есть время его остановки не превышало 30 минут; во-вторых, истец после выхода из лифта не обращался к сотрудникам клиники по вопросу плохого самочувствия; в-третьих, «запись телефонных разговоров не сохранилась, поэтому установить, звонил ли истец администраторам Клиники, не представляется возможным, а из опроса работающих в тот день сотрудников следует, что никто не вспомнил обращения истца».

Суд поддержал истца, указав, что ответчиком надлежащим образом не была исполнена обязанность по содержанию своего имущества, что повлекло за собой ситуацию, при которой истец находился в запертом лифте на солнечной стороне. «На ответчике лежит обязанность предоставлять потребителям своих услуг и гражданам, находящимся в помещении надлежащую и достоверную, полную информацию о поведении, в том числе, в кабине лифта. Именно на ответчике лежит обязанность проинформировать потребителя, в том числе, и о том, что при пользовании лифтом могут возникнуть ситуации остановок кабин лифта и как следует действовать в такой ситуации. Доказательств размещения такой информации суду не было представлено». Таким образом, хотя истцу в полной мере и своевременно не была предоставлена информация о правилах проезда в

кабине лифта и о правилах поведения в случае аварийной ситуации, согласимся с выводом суда о завышенной сумме компенсации морального вреда.

Приведённые примеры судебной практики показывают, что проблема взаимодействия медицинских организаций с недобросовестными пациентами и разрешения конфликтов с ними стоит очень остро. И актуальные на настоящий момент нормы, регулирующие правовой статус исполнителя и потребителя медицинской услуги, данную проблему не решают: в сфере оказания медицинских услуг стороны обязательства находятся в неравном положении (пациент является более слабым субъектом по сравнению с предпринимателем). Поэтому для обеспечения равных возможностей слабая сторона законодателем целенаправленно наделяется большим объёмом прав и гарантий их реализации [11, с. 103], что, в свою очередь, создаёт почву для злоупотреблений со стороны потребителя.

Так, права и обязанности исполнителя медицинской услуги закреплены в ст. 78, 79 Федерального закона от 21.11.2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»⁴ соответственно, а также в Постановлении Правительства РФ от 11 мая 2023 года №736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 года №1006⁵ (далее — Правила предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг) и в Законе РФ

4 Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ (ред. от 28.12.2024) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.07.2025) // Собрание законодательства Российской Федерации, 28.11.2011, №48, ст. 6724.

5 Постановление Правительства РФ от 11.05.2023 №736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. №1006» // Собрание законодательства Российской Федерации, 15.05.2023, №20, ст. 3565.

от 07.02.1992 №2300-1 «О защите прав потребителей»⁶. Из анализа указанных актов можно заключить, что обязанностей у медицинской организации намного больше, чем прав: в отношении предпринимателя в тексте закона в основном наблюдается формулировка «обязан». Считаем такое решение законодателя оправданным, поскольку медицинская организация как исполнитель является более сильным субъектом в правоотношении по оказанию медицинской услуги. Кроме того, объект, относительно которого происходит медицинское вмешательство — это жизнь и здоровье человека, они являются высшей ценностью, и ими нельзя пренебрегать.

Что касается правового статуса пациента, как потребителя медицинской услуги, права и обязанности граждан в правоотношениях по охране здоровья закреплены в гл. 4 Федерального закона от 21.11.2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»⁷. Перечислим некоторые из них:

- каждый имеет право на медицинскую помощь, в том числе на получение платных медицинских услуг (ст. 19);
- каждый имеет право получить в доступной для него форме имеющуюся в медицинской организации информацию о состоянии своего здоровья (ст. 22);
- граждане, находящиеся на лечении, обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определённый на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях (ст. 27); данная информация должна содержаться в договоре.

Также, анализируя Правила предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утверждёнными Постановлением Правительства РФ от 11 мая 2023 года №736⁸, можно сказать, что, во-первых, очевидно, что каждой обязанности исполнителя корреспондирует соответствующее право пациента требовать исполнения такой

обязанности. Во-вторых, одним из основных прав пациента является право направить обращение (жалобу) в органы государственной власти и организации, которым многие потребители злоупотребляют, например, путём подачи жалоб в различные государственные органы, к компетенции которых рассмотрение вопросов, поднятых в обращении, не относится.

Итак, в правовом статусе потребителя также возникает дисбаланс между значительным числом его прав и совсем небольшим количеством обязанностей. Так, у потребителя есть единственная обязанность оплатить оказанную исполнителем медицинскую услугу в порядке и сроки, установленные договором (п. 30 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг), или, в случае его отказа после заключения договора от получения медицинской услуги, оплатить фактически понесённые исполнителем расходы (п. 29 тех же Правил). И, конечно, обязанность действовать добросовестно в гражданских правоотношениях. Именно здесь зарождается возможность злоупотребления своими гражданскими правами со стороны потребителей. Законодатель закрепил презумпцию слабости стороны потребителя, о чём свидетельствуют нормы Закона РФ от 07.02.1992 №2300-1 «О защите прав потребителей»⁹. Справедлива следующая мысль: «...максимальный уровень защиты, который закон обеспечил потребителю, не только гарантирует справедливое разрешение конфликтных ситуаций, но в равной степени создаёт почву для злоупотреблений. Ведь чем больше прав предоставляет закон, тем шире возможности для манипулирования им со стороны недобросовестных граждан» [6, с. 61].

О специфических обязанностях пациента, характерных только для правоотношений по оказанию медицинских услуг, в рамках существования патерналистской модели отношений между врачом и пациентом долгое время вообще не говорилось: считалось, что у пациента как таковых обязанностей нет [7, с. 178]. Но в Федеральном законе от 21.11.2011 года

6 О защите прав потребителей: закон РФ от 07.02.1992 №2300-1 (ред. от 04.08.2023) // Собрание законодательства РФ. 1996. №3. ст. 140.

7 См. Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ...

8 См. Постановление Правительства РФ от 11.05.2023 №736...

9 См. О защите прав потребителей: закон РФ от 07.02.1992 №2300-1...

№323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» появилась ст. 27, закрепляющая обязанности граждан в сфере здоровья, к которым относятся: забота о сохранении своего здоровья; прохождение медицинских осмотров, обследования, лечения в случаях, предусмотренных в законе; соблюдение режима лечения и правил поведения пациента в медицинской организации¹⁰. Из этого следует логичный вывод: если пациент, например, отказывается от сдачи анализов, прохождения какого-либо обследования или приёма лекарственных препаратов, употребляет в пищу запрещённые ему продукты, он не выполняет возложенные на него законом обязанности.

Однако мы вынуждены констатировать, что указанные нормы имеют декларативный характер, поскольку за неисполнение вышеперечисленных обязанностей санкций для пациента не предусмотрено. Таким образом, пациент вряд ли обязан выполнять рекомендации врача, принимать прописанные ему лекарства, представлять всю необходимую (по мнению врача и медицинской организации) информацию [2, с. 20].

Подведём итог: ключевым фактором, провоцирующим злоупотребление правами со стороны потребителя, выступает актуальная модель правового регулирования потребительских отношений, которая базируется на презумпции экономической и правовой уязвимости потребителя по сравнению с медицинской организацией, являющейся профессиональной фигурой на рынке. Стремясь уравновесить интересы участников отношений, возникающих при оказании медицинской помощи и нивелировать риски злоупотреблений со стороны более сильных субъектов, законодатель закрепляет преимущества для потребителя. Однако подобный дисбаланс порождает обратный эффект: расширение гарантий для одной стороны договора создаёт почву для недобросовестного использования ею этих преимуществ, формируя порочную практику «потребительского экстремизма».

Возникает вопрос: как обеспечить интересы медицинской организации в случае

столкновения со злоупотреблениями со стороны пациентов, поведение которых можно определять как «потребительский экстремизм», в условиях очевидного дисбаланса в возможности защиты прав?

К сожалению, универсального решения проблемы «потребительского экстремизма» не существует. Однако можно выработать некоторые практические рекомендации для медицинских организаций, следуя которым можно будет свести количество столкновений с пациентами, злоупотребляющими своими правами, к минимуму. Эти рекомендации также возможно адаптировать и для субъектов других сфер предпринимательской деятельности. Кратко отражая суть советов и правил, которые будут рассмотрены далее, укажем, что для профилактики «потребительского экстремизма» и противодействия ему со стороны медицинской организации, необходимо обеспечение идеальной юридической «чистоты» в отношениях с потребителем.

Одним из способов предупреждения рисков столкновения с «потребительскими экстремистами» и возникновения «медицинских споров» в целом является знание и соблюдение требований законодательства, то есть комплаенс. В связи с отсутствием легального определения данного понятия обратимся к доктрине. Согласимся с мнением о том, что «комплаенс в юриспруденции — это система управления рисками несоответствия осуществляемой хозяйствующим субъектом деятельности [9, с. 106]:

1. требованиям нормативных правовых актов, обычаев, обязательных стандартов саморегулируемых организаций;
2. предписаниям контролирующих органов;
3. складывающейся правоприменительной практике;
4. макроэкономическим параметрам;
5. иным значимым для осуществления деятельности факторам».

Следует отметить, что термин «комплаенс-риск» был закреплён в Приложении к письму Банка России от 02.11.2007 года №173-Т «О рекомендациях Базельского комитета по банковскому надзору» под названием «Ком-

¹⁰ См. Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ...

плаенс и комплаенс-функция в банках»¹¹. И хотя указанные рекомендации касаются деятельности банковских организаций, считаем, что данный термин можно применять и в медицинской деятельности, адаптировав его. Так, «комплаенс-риск» — это «риск применения юридических санкций или санкций регулирующих органов, существенного финансового убытка или потери репутации банком в результате несоблюдения им законов, инструкций, правил, стандартов саморегулирующих организаций или кодексов поведения, касающихся банковской деятельности».

Для любой организации, в том числе занимающейся медицинской деятельностью, перечисленные риски необходимо минимизировать. Для этого существуют определённые инструменты, одним из которых выступает регулярное проведение внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (является одним из лицензионных требований). Федеральный закон от 21.11.2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в ст. 90 закрепляет, что органы, организации и государственной, муниципальной, и частной систем здравоохранения обязаны осуществлять внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности¹². Такой контроль должен проводиться в соответствии с Требованиями к его организации, утверждёнными Приказом Министерства здравоохранения РФ от 31.07.2020 года №785н¹³, согласно которым лицом, ответственным за организацию и проведение внутреннего контроля, является

руководитель медицинской организации (уполномоченный им заместитель руководителя). В разделе II указанных Требований подробно описана организация проведения мероприятий, которые проводятся в рамках внутреннего контроля, в том числе отражены случаи проведения плановых и целевых (внеплановых) проверок и анализируемые в процессе их проведения показатели.

В рамках организации системы комплаенса руководству медицинской организации также нельзя забывать о важности фигуры врача как последнего звена в системе здравоохранения, непосредственно контактирующего с пациентом. Взаимодействуя с врачом как работником, представителем конкретной организации, пациент формирует своё представление об этой организации в целом и о качестве предоставляемых ею услуг. Поэтому врачи должны соблюдать обязательные для них требования, чтобы не только не допускать злоупотреблений со стороны пациентов, но и поддерживать деловую репутацию (и личную, и репутацию клиники) в их глазах. Врачам обязательные требования известны под различными наименованиями: порядки медицинской помощи по различным профилям, стандарты медицинской помощи (первичной медико-санитарной, специализированной, скорой, паллиативной), клинические рекомендации по различным болезням, состояниям. Необходимость организации и осуществления медицинской деятельности, обеспечения оказания медицинскими работниками медицинской помощи на основе перечисленных документов подтверждается законодательно закреплёнными обязанностями медицинских организаций (ст. 79 Федерального закона от 21.11.2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)¹⁴. Тем не менее в практике всё ещё возникает вопрос об обязательности использования клинических рекомендаций, распространено мнение об их рекомендательном характере (что логично вытекает из самого названия). Однако Верховный Суд Российской Федерации в одном из своих Обзоров напомнил, что клинические рекомендации являются одной из основ

11 Комплаенс и комплаенс-функция в банках (Базельский комитет по банковскому надзору, апрель 2005 года): Приложение к письму Банка России от 02.11.2007 года №173-Т «О рекомендациях Базельского комитета по банковскому надзору» // URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_72313/ca_b767ccde5f8184e09131c465f3fb591cd7411/ (дата обращения: 15.11.2025)

12 См. Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ...

13 Приказ Министерства здравоохранения РФ от 31.07.2020 года №785н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности» (Зарегистрировано в Минюсте России 02.10.2020 №60192) // URL: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202010020017> (дата обращения: 15.11.2025)

14 См. Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ...

формирования критериев оценки качества медицинской помощи»¹⁵. Этот факт судебные инстанции оставили без внимания, ссылаясь на вывод, содержащийся в заключении судебно-медицинской экспертизы о рекомендательном (не обязательном к исполнению в 100% случаев) характере клинических рекомендаций «Острый аппендицит у взрослых». Таким образом, утверждение о необязательности клинических рекомендаций противоречит закону (п. 14 Обзора).

Далее логично упомянуть о следующем способе противодействия «потребительскому экстремизму» — руководству медицинской организации рекомендуется заниматься постоянным обучением персонала, которое может выражаться в проведении лекций, семинаров, курсов повышения квалификации, связанных с претензионной работой, взаимодействием с «потребительскими экстремистами», с повышением уровня юридической грамотности в целом. В частности, планомерное информирование медицинского персонала организации об основах законодательства, регулирующих сферу оказания возмездных медицинских услуг, будет способствовать развитию и совершенствованию профессиональных навыков специалистов, что позволит пресекать конфликтные ситуации с недобросовестными пациентами на начальном этапе. Работа по соответствующему обучению должна распространяться на весь персонал медицинской организации (не только врачебный состав) — от работников регистратуры, которых пациент видит первыми, приходя в клинику, до руководства организации. Администраторы и (или) регистраторы медицинских организации должны быть:

- вежливы в любых ситуациях;
- обучены бесконфликтному общению с пациентом;
- компетентны в той области медицины, в которой оказывает помощь их медицинская организация;
- знать основы законодательства в области здравоохранения (например, ответствен-

ность за разглашение врачебной тайны, распространение персональных данных и пр.).

Руководитель, главный врач должен быть компетентен во всех вопросах, касающихся медицинской организации, а также важно, чтобы он лично мог присутствовать на месте и вести переговоры с пациентом при зарождении конфликта, должен понимать, что изоляция от пациента лишь усугубляет ситуацию, должен знать, что только досудебное решение конфликта выгодно организации [10, с. 83].

Поскольку таких конфликтов не всегда удаётся избежать, сводя их к уровню подачи пациентом письменной претензии в адрес организации, ещё одной практической рекомендацией выступает создание эффективной системы работы с претензиями, в том числе недобросовестных пациентов. Клинике следует разработать типовые инструкции по работе с претензиями и назначить лицо, ответственное за составление и направление ответов на них.

«Вопрос «логистики», как ни парадоксально, является одним из важнейших этапов рассмотрения обращений пациентов. К сожалению, именно формальное несоблюдение сроков ответа по причине перекалывания ответственности медицинскими работниками друг на друга зачастую приводит к нарушению сроков и, как следствие, к присуждению штрафа в рамках гражданского судопроизводства. Во многих случаях такие нарушения связаны с неорганизованностью внутри медицинской организации, которая является недопустимой. Оптимальным вариантом является разработка локального нормативного акта, который должен определять порядок рассмотрения обращений пациентов, а также возлагать обязанность по составлению ответов и взаимодействию с пациентом на конкретных сотрудников медицинской организации» [8, с. 85]. Подчеркнём, что никакие претензии пациентов нельзя игнорировать, даже если они не связаны непосредственно с качеством оказанной медицинской помощи.

Досудебное урегулирование конфликта, в том числе, посредством претензионного по-

15 Обзор судебной практики Верховного Суда Российской Федерации №1 (2025) (утв. Президиумом Верховного Суда РФ от 25.04.2025) // URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_504065/ (дата обращения: 16.11.2025)

рядка, является наиболее предпочтительным исходом, как для исполнителя медицинской услуги, так и для пациента:

- во-первых, сроки разрешения спора в такой форме по сравнению со временем разрешения дела в суде существенно короче;
- во-вторых, медицинская организация сможет избежать огласки конфликта с пациентом и потери деловой репутации;
- в-третьих, такой порядок урегулирования спора будет являться наименее материально затратным способом ликвидации возникшего конфликта.

Однако и здесь есть свои недостатки: медицинские организации оказываются вынужденными удовлетворять требования своих пациентов, даже в случае их недобросовестного поведения. Приходится «выбирать меньшее из двух зол» — ведь если не отступить на начальном этапе, во время досудебного урегулирования спора, в будущем при взаимодействии с «потребительскими экстремистами» высока вероятность несения ещё больших потерь, в том числе и репутационных.

Следующую меру нельзя назвать рекомендацией, поскольку её обязательность закреплена ст. 48 Федерального закона от 21.11.2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Речь идёт о врачебной комиссии медицинской организации, которая создаётся «в целях совершенствования организации оказания медицинской помощи, принятия решений в наиболее сложных и конфликтных случаях по вопросам профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации, определения трудоспособности граждан и профессиональной пригодности некоторых категорий работников, осуществления оценки качества, обоснованности и эффективности лечебно-диагностических мероприятий, в том числе назначения лекарственных препаратов, обеспечения назначения и коррекции лечения в целях учёта данных пациентов при обеспечении лекарственными препаратами, трансплантации (пересадки) органов и тканей человека, медицинской реабилитации, а также принятия решения по иным медицинским

вопросам»¹⁶. С недавнего времени действует новый Порядок создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации, утверждённый Приказом Минздрава России от 10.04.2025 №180н¹⁷, согласно которому заседания врачебной комиссии должны проводиться не реже одного раза в месяц на основании планов-графиков, утверждаемых руководителем медицинской организации (могут проводиться и внеплановые заседания по необходимости).

Помимо указанной обязанности законодательство возлагает на медицинскую организацию множество других не менее важных обязанностей, например, довести до сведения потребителя полную и достоверную информацию об исполнителе и предоставляемых им платных медицинских услугах¹⁸. За неисполнение данной обязанности законодательством о защите прав потребителей предусмотрена ответственность перед потребителем в виде возмещения убытков, безвозмездного устранения недостатков оказанной услуги, соответствующего уменьшения покупной цены оказанной услуги и др. (в зависимости от выбора потребителя)¹⁹.

Последняя, но не менее важная, рекомендация для медицинских организаций — тщательная подготовка самого договора возмездного оказания медицинских услуг, грамотное его оформление. В частности необходимо уделить внимание положениям об условиях предоставления гарантии и, соответственно, об исключении гарантийных обязательств медицинской организации в случае нарушения пациентом плана лечения, рекомендаций лечащего врача. Ранее уже были выдвинуты предположения, что нельзя обязать пациента соблюдать требования врача, не игнорировать запланированные приёмы и назначен-

16 См. Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ...

17 Приказ Министерства здравоохранения РФ от 10.04.2025 №180н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии в медицинской организации» (Зарегистрировано в Минюсте 15.05.2025 №82196) // URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_505416/ (дата обращения: 16.11.2025)

18 См. Постановление Правительства РФ от 11.05.2023 №736...

19 См. О защите прав потребителей: закон РФ от 07.02.1992 №2300-1...

ное лечение. Однако подобное поведение со стороны пациента не способствует достижению запланированного результата оказания медицинской услуги, скорее наоборот, отсутствует гарантия того, что будет соблюдено условие о качестве предоставляемой возмездной медицинской услуги. В этой связи пациент может обратиться с претензией к медицинской организации или напрямую в суд с иском о некачественном оказании медицинской услуги её исполнителем; такие действия могут быть расценены как «потребительский экстремизм».

Очевидно, такой случай гарантийным считаться не может, поэтому следует прямо закрепить положение об этом в договоре возмездного оказания медицинских услуг. Правилами предоставления платных медицинских услуг, утверждёнными Постановлением Правительства РФ от 11 мая 2023 года №736²⁰, установлено, что исполнитель медицинской услуги до заключения договора должен в письменной форме уведомить пациента о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима ле-

чения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя. Однако всё же рекомендуется продублировать данную информацию в тексте договора.

Таким образом, выполнение вышеуказанных рекомендаций призвано способствовать снижению как рисков проявления фактов самого «потребительского экстремизма» и тяжести неблагоприятных последствий для медицинских организаций, так и шансов у недобросовестных пациентов на то, что суд вынесет решение в их пользу. Предусмотреть все возможные проявления «потребительского экстремизма» и способы противодействия ему, конечно, невозможно. Однако считаем необходимым для каждой медицинской организации принять меры по выработке на локальном уровне перечня своих инструментов, которые могли бы способствовать противодействию данному явлению. Кроме того, список таких практических рекомендаций должен постоянно обновляться с учётом новых проблем и вызовов, возникающих с течением времени.

20 См. Постановление Правительства РФ от 11.05.2023 №736...

Список литературы:

1. Ахмадеев Ю. В. Актуальные проблемы защиты прав предпринимателей // Вопросы устойчивого развития общества. 2022. №7. С. 489-492.
2. Болоняева Н. А., Денисова Е. В. Обязанности пациента в отношениях с медицинской организацией: правовой аспект // Здравоохранение Дальнего Востока. 2017. №4. С. 18-22.
3. Болотов С. Глава ТПП заявил в Роспотребнадзор об убытках от потребительского экстремизма // URL: https://rg.ru/2024/09/03/glava-tpi-zaiavil-v-rosпотреbnadzor-ob-ubytkah-ot-potrebitelskogo-ekstremizma.html?utm_referrer=https%3A%2F%2Fwww.google.com%2F (дата обращения: 14.11.2025)
4. Голанова Ю. А. Потребительский экстремизм как угроза для предпринимателей // Вопросы российской юстиции. 2021. №16. С. 175-183.
5. Закупень Т. В. Потребительский экстремизм как форма злоупотребления правом при заключении банками кредитного договора с гражданами-заемщиками // Банковское право. 2015. №1. С. 23-30.

6. Ожегова Г. А. Определение понятия потребительского экстремизма // *Jus strictum*. 2014. №1. С. 60-63.
7. Мусабинова Д. А., Миннуллина Ф. Ф. Особенности защиты прав медицинских работников и медицинских организаций // *Инновационная наука*. 2015. №11-3. С. 175-180.
8. Мустафина-Бредихина Д. М. Профилактика претензий и жалоб пациентов к медицинским организациям: практические советы юриста // *Неонатология: Новости. Мнения. Обучение*. 2022. №4 (38). С. 83-85.
9. Попондопуло В. Ф., Петров Д. А. Комплаенс как правовой инструмент минимизации рисков и профилактики правонарушений // *Вестник Санкт-Петербургского университета. Право*. 2020. №1. С. 102-114.
10. Попрушко С. А. Правовые средства ограничения злоупотребления пациентами своими правами // *Право в условиях ограничений: сборник научных статей*. 2024. С. 75-86.
11. Усольцев Е. Ю. Злоупотребление правом со стороны потребителя: дис. ... канд. юрид. наук. Новосибирск, 2023. 204 с.

Об авторе:

Марченко Мария Николаевна — студентка 1 курса магистратуры Юридического института Российского университета дружбы народов имени Патриса Лумумбы, Москва, mariiamarch@mail.ru

Maria Nikolaevna Marchenko — 1st year graduate student at the Patrice Lumumba Peoples' Friendship University of Russia Law Institute, Moscow

© Марченко М. Н., 2025

Для цитирования:

Марченко М. Н. Потребительский экстремизм в сфере оказания медицинской помощи: правовые рекомендации по снижению рисков для медицинских организаций // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2025. №3-4 (29-30). С. 68-78.

For citation:

Marchenko M. N. Consumer extremism in the sphere of Medical care: legal recommendations on risk reduction for medical organizations // M.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2025. №3-4 (29-30). P. 68-78.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов

The author declares that there is no conflict of interest

Статья поступила в редакцию 27.11.2025 г.

Никонова А. Е., Абдрахманова Т. С.

ЮРИДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЫ

Врачебная тайна — медицинское, правовое и социально — этическое понятие, которое предполагает запрет на разглашение третьим лицам информации о состоянии здоровья пациента, диагнозе, результатах обследования и других сведениях, полученных при обследовании и лечении.

Юридические основы защиты врачебной тайны заложены в статьях 23 и 24 Конституции РФ, где закреплено право на личную тайну и запрет на распространение информации о частной жизни без согласия человека. В результате проведённого исследования было установлено, что медицинские работники не в полной мере владеют информацией по данной тематике, что может приводить как к дефектам в медицинской деятельности, так и к нарушению доверительных отношений между медиками и пациентами.

Ключевые слова: *врачебная тайна, юридическая ответственность, медицинские работники, законодательное регулирование*

Anastasia Nikonova, Tatiana Abdrakhmanova

LEGAL ASPECTS OF MEDICAL SECRECY

Medical secrecy is a medical, legal, and socio-ethical concept that prohibits the disclosure to third parties of information about a patient's health status, diagnosis, examination results, and other information obtained during examination and treatment.

The legal basis for the protection of medical secrecy is laid down in articles 23 and 24 of the Constitution of the Russian Federation, which enshrines the right to personal privacy and prohibits the dissemination of information about private life without a person's consent. As a result of the conducted research, it was found that medical professionals do not fully know information on this topic, which can lead to both defects in medical activities and a violation of trusting relationships between doctors and patients.

Keywords: *medical secrecy, legal responsibility, medical professionals, legislative regulation*

Врачебная тайна — это не просто юридический термин, это одно из ключевых оснований, на котором строятся доверительные, эмпатичные отношения между врачом и пациентом. Она подразумевает обязанность медицинского работника сохранять конфиденциальность информации о пациенте, с которой он ознакамливается в процессе оказания ему медицинской помощи. Согласно статистическим данным на март 2025 года, 54% судебных дел против медиков связаны с нарушением врачебной тайны¹. За первые шесть месяцев 2025 года, по сравнению со второй половиной 2024 года, число «утечек» конфиденциальных данных из медицинских организаций в России

выросло на 16,7%². Данные показатели подчёркивают всю важность и актуальность вопроса о защите врачебной тайны.

Наше исследование посвящено практической оценке осведомлённости медицинских работников о содержании понятия «врачебная тайна» и мерах ответственности за её разглашение.

В процессе его выполнения нам было необходимо решить следующие задачи:

- подготовить материалы для медицинского персонала о правовой природе понятия врачебной тайны и о санкциях, предусмотренных российским законодательством;

¹ Медработникам запретят использовать иностранные мессенджеры в работе для сохранения врачебной тайны // URL: <https://www.noav.ru/?p=40948> (дата обращения: 16.11.2025)

² Россия на втором месте в мире по утечкам из медицинских организаций // URL: <https://www.infowatch.ru/company/presscenter/news/rossiya-na-втором-meste-v-mire-po-utechkam-iz-meditsinskikh-organizatsiy> (дата обращения: 16.11.2025)

- провести анализ осведомлённости медицинских работников о правовых аспектах врачебной тайны.

Основными законами, регулирующими отношения, связанные с врачебной тайной, являются следующие:

- Конституция Российской Федерации от 12 декабря 1993 г.
- Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. №323 «Об основах здоровья граждан в Российской Федерации»
- Федеральный Закон от 27.07.2006 №152 «О персональных данных»

При проведении исследования нами было выполнено анкетирование медицинских работников по теме «Врачебная тайна» с последующим анализом полученных результатов.

На основании данных, полученных в результате исследования, нами была выявлена необходимость доработки образовательных программ для медицинского персонала в отношении работы с персональными данными пациентов медицинских учреждений. В условиях ужесточения санкций за нарушения, связанные с персональными данными, увеличения числа случаев в судебной практике, медицинские работники по-прежнему остаются не достаточно осведомлёнными в вопросах её защиты, сохранения врачебной тайны, что представляет проблему как для них самих, ввиду предусмотренных законом санкций, так и для пациентов.

Врачебная тайна предполагает конфиденциальность любой информации, связанной с фактом обращения пациента за медицинской помощью, состоянием его здоровья, диагнозом и иными сведениями, полученными при его медицинском обследовании и лечении. Эта информация является личной и охраняется законом [4].

Обязанность сохранять врачебную тайну лежит как на медицинских работниках (врачи, медицинские сёстры и другие), так и на иных лицах, работающих в медицинских организациях, которым стали известны сведения, составляющие врачебную тайну, при исполнении ими профессиональных обязанностей (например, сотрудники медицинских регистратур, лаборанты, технический персонал).

Закон предусматривает несколько исключений из правила о неразглашении врачебной тайны:

- С письменного согласия пациента или его законного представителя.
- В целях проведения медицинского обследования и лечения гражданина, который в результате своего состояния не способен выразить свою волю.
- При угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений, в целях защиты общественного здоровья врач обязан сообщить информацию о пациенте, страдающем инфекционным заболеванием, в органы санитарно-эпидемиологического надзора.
- По запросу органов дознания и следствия, суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством.
- В случаях оказания помощи несовершеннолетнему для информирования его родителей или законных представителей.
- В целях осуществления контроля качества и безопасности медицинской деятельности, врач имеет право передать информацию о пациенте в органы контроля качества и безопасности медицинской деятельности [5, 6].

Нарушение врачебной тайны влечёт за собой различные виды ответственности:

- Дисциплинарную: Работодатель может применить к медицинскому работнику, нарушившему врачебную тайну, дисциплинарное взыскание (замечание, выговор, увольнение).
- Административную: Статья 13.14 Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях предусматривает административный штраф за разглашение информации с ограниченным доступом.
- Гражданско-правовую: Пациент имеет право требовать возмещения убытков, причинённых разглашением врачебной тайны.
- Уголовную: Статья 137 Уголовного кодекса Российской Федерации предусматривает уголовную ответственность за нарушение неприкосновенности частной жизни, в том числе разглашение сведений,

составляющих врачебную тайну, если это деяние совершено с использованием служебного положения [1, 2].

Для выявления осведомлённости медицинских работников о содержании правовых аспектов понятия врачебной тайны и существующих мерах ответственности за её разглашение нами было проведено анонимное анкетирование в котором приняли участие медицинские работники одной из городских больниц города Челябинска, преподаватели, совмещающие работу в медицинском учреждении и преподавательскую деятельность в Уральском медицинском колледже, а также студенты, работающие в качестве среднего медицинского персонала. Всего в опросе участвовало 50 человек.

По результатам анкетирования были определены вопросы, ответы на которые вызывали затруднения у респондентов:

- Размещение сведений о пациенте в медицинских информационных системах допускается без его согласия? 8% ответили неверно.
- Допускается ли разглашение сведений о пациенте если он без сознания? 30% ответили неверно, 15% опрошенных затрудняются с ответом.
- К врачебной тайне относится только диагноз пациента и назначенное лечение или же и семейное положение, адрес проживания и другие личные данные? 24% ответили неверно, 4% затрудняются с ответом.

На представленные вопросы неправильный ответ чаще всего давали сотрудники со стажем 1-5 лет и более 20 лет. Именно эти медицинские работники не имели предварительной подготовки по тематикам защиты персональных данных и сохранения врачебной тайны в рамках прохождения курсов повышения квалификации и непрерывного медицинского образования.

Также можно полагать, что в первом случае ошибки в ответах связаны с неопытностью персонала, а во втором — с длительной работой медицинских сотрудников и профессиональной деформацией, когда медицинский работник либо отрицает всё новое, либо редко сталкивается с подобными ситуациями на своём рабочем месте.

На основании вышеизложенного можно сделать вывод, что перед руководством медицинской организации существует необходимость доработки программы повышения квалификации медицинского персонала в отношении работы с персональными данными пациента.

Соблюдение врачебной тайны — это не только юридическая обязанность медицинских работников, но и моральный долг перед пациентами. Повышение осведомлённости и мер ответственности за нарушение врачебной тайны среди медицинских работников является важным критерием, отражающим квалификацию сотрудников и качество медицинских услуг [7].

Информированность медицинских работников в правовых вопросах и уверенность в своих действиях позволит медицинскому работнику не только избежать ошибок на рабочем месте, но и сформировать доверительные отношения между врачом и пациентом.

Для соблюдения правил обращения с врачебной тайной медицинским работникам необходимо следовать предусмотренным законодательством требованиям. В частности, получать предварительное согласие на её оговорённое законодательством разглашение, предоставлять конфиденциальную информацию только по соответствующим запросам, хранить её всю жизнь, так как срок давности в отношении врачебной тайны не предусмотрен.

Список литературы:

1. Басова А. В. Медицинское право: учебник для вузов; под редакцией Г. Н. Комковой // М.: Издательство Юрайт, 2025. 306 с.
2. Васильева Е. В. Правовые проблемы соблюдения врачебной тайны при использовании информационных технологий в здравоохранении // Медицинское право. 2020. №4. С. 3-8.

3. Лавров А. С., Шадрина В. В. Правовое регулирование врачебной тайны в условиях цифровизации здравоохранения // Актуальные проблемы российского права. 2021. Т. 16, №2. С. 138-147.
4. Петрова Н. Г. Медицинское право: учебник // М.: ИНФРА-М, 2024. 193 с.
5. Сергеев Ю. Д., Мохов А. А. Медицинское право: учебник для вузов // М.: Норма: ИНФРА-М, 2020. 416 с.
6. Сенцов А. А. Врачебная тайна: правовые основания и порядок предоставления сведений без согласия пациента // Право и экономика. 2022. №3. С. 55-60.
7. Шевчук С. С. Врачебная тайна в современном медицинском праве России: вопросы теории и практики // М.: Норма, 2021. 256 с.

Об авторах:

Никонова Анастасия Евгеньевна — преподаватель специальных дисциплин кафедры «Лечебное дело» АНПОО «Уральский медицинский колледж», Челябинск, anastasiya.nikonova.87@mail.ru

Абдрахманова Татьяна Сергеевна — студентка 4 курса АНПОО «Уральский медицинский колледж», Челябинск

Anastasia Evgenievna Nikonova — lecturer of special disciplines of the Department of «Medical Science» of ANPOO «Ural Medical College», Chelyabinsk

Tatiana Sergeevna Abdrakhmanova — 4th year student of ANPOO «Ural Medical College», Chelyabinsk

© Никонова А. Е., Абдрахманова Т. С., 2025

Для цитирования:

Никонова А. Е., Абдрахманова Т. С. Юридические аспекты врачебной тайны // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2025. №3-4 (29-30). С. 79-82.

For citation:

Nikonova A. E., Abdrakhmanova T. S. Legal aspects of medical secrecy // M.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2025. №3-4 (29-30). P. 79-82.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

The authors declare that there is no conflict of interest

Статья поступила в редакцию 21.11.2025 г.

Орлов Д. В., Страдомская Е. С., Орлов В. Д., Русина В. С.

ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ИСПОЛНЕНИЯ ОБЯЗАННОСТЕЙ ОПЕКУНА НЕДЕЕСПОСОБНОГО ПАЦИЕНТА МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ

Статья посвящена проблеме незаконного переложения опекунских обязанностей по уходу за недееспособными пациентами на медицинскую организацию, связанного с неисполнением опекунами требований законодательства. В работе отражены и рассмотрены соответствующие правовые нормы, регламентирующие правовой институт опеки и попечительства. Авторы приводят типичный случай из судебной практики, отражающий суть рассматриваемой проблемы и правовые пути её решения. Представленный анализ и следующие из него выводы, предусматривающие определённый алгоритм принятия медико-социальных и правовых решений, позволяют медицинским организациям сохранять приверженность принципам гуманности в отношении больных, фактически лишённых опекунского попечительства с одновременным юридическим воздействием на недобросовестных опекунов, предусматривающим возмещение всех понесённых при этом расходов.

Ключевые слова: опека и попечительство, обязанности опекуна, медицинская организация, оплата медицинской помощи, компенсация расходов, освобождение от обязанностей опекуна

Dmitry Orlov, Ekaterina Stradomskaya, Valery Orlov, Victoria Rusina

ABOUT THE SPECIFICS OF PERFORMING THE DUTIES OF A GUARDIAN OF AN INCAPACITATED PATIENT BY A MEDICAL ORGANIZATION

The article is devoted to the problem of the illegal transfer of guardianship duties for the care of incapacitated patients to a medical organization associated with the failure of guardians to comply with legal requirements. The work reflects and examines the relevant legal norms governing the legal institution of guardianship and guardianship. The authors cite a typical case from judicial practice, reflecting the essence of the problem under consideration and the legal ways to solve it. The presented analysis and the following conclusions, which provide for a specific algorithm for making medical, social and legal decisions, allow medical organizations to remain committed to the principles of humanity in relation to patients who are effectively deprived of guardianship, while simultaneously exerting legal influence on unscrupulous guardians, providing for reimbursement of all costs incurred.

Keywords: guardianship and trusteeship, duties of a guardian, medical organization, payment for medical care, compensation for expenses, release from the duties of a guardian

Невозможно не согласиться с тем фактом, что институт опеки и попечительства играет крайне важную роль в вопросах обеспечения прав недееспособных или ограниченно дееспособных лиц.

Действительно, граждане, которые вследствие психического расстройства или иных состояний не могут понимать значения своих действий или руководить ими особенно остро нуждаются в дополнительной защите и помощи со стороны государства.

В данной связи, в целях недопущения нарушений прав недееспособных или ограниченно дееспособных лиц, Гражданский кодекс Российской Федерации, а также отдельные федеральные законы устанавливают круг прав и обязанностей, которым должен следовать опекун. Так, согласно статье 35 Гражданского кодекса, при назначении опекуна или попечителя должны учитываться нравственные и личные качества «потенциального» опекуна, его способность к вы-

полнению обязанностей, межличностные отношения между лицом, нуждающимся в помощи и его опекуном [1].

Отечественное законодательство статьёй 36 Гражданского кодекса прямо устанавливает тот факт, что опекуны и попечители обязаны заботиться о содержании своих подопечных, об обеспечении их уходом и лечением, защищать их права и интересы [1].

Согласно п. 6 статьи 15 Федерального закона «Об опеке и попечительстве», при временном отсутствии подопечного в месте жительства, в частности в связи с обучением или пребыванием в медицинской организации, в местах отбывания наказания, не прекращается осуществление прав и исполнение обязанностей опекуна или попечителя в отношении подопечного [2].

Однако, анализ судебной практики показывает, что многие опекуны ненадлежаще исполняют свои обязанности, а порой попросту «перекладывают» возложенные на них обязанности на иных лиц или на иные учреждения, в которых могут содержаться недееспособные или ограниченно дееспособные граждане.

Так, определением судебной коллегии по гражданским делам Четвёртого кассационного суда общей юрисдикции от 11.06.2025 г. по делу №88-14666/2025 оставлено без изменения решение Центрального районного суда города Волгограда и апелляционное определение судебной коллегии по гражданским делам Волгоградского областного суда от 13.03.2025 г. которым государственное учреждение здравоохранения взыскало с опекуна недееспособного пациента стоимость пребывания в государственном учреждении здравоохранения по социальным показаниям, находившегося там при отсутствии клинических показаний для стационарного лечения [4].

Из материалов судебного решения известно, что государственным учреждением здравоохранения было проведено стационарное лечение недееспособного пациента, по итогам которого была запланирована выписка для продолжения лечения на амбулаторно-поликлиническом этапе, поскольку в дальнейшем лечении в условиях круглосуточного стационара пациент не нуждался. Однако опекун,

уклоняясь от исполнения возложенных на него обязанностей, целенаправленно не забирал недееспособного пациента из медицинского учреждения, тем самым возложив обязанности ухода за больным, предусмотренные опекуном, на государственное учреждение здравоохранения. Так недееспособный пациент пробыл под «опекой» медицинского учреждения 112 дней.

В соответствии с частью 4 статьи 11 Федерального закона «Об опеке и попечительстве» временное пребывание подопечного медицинской организации, когда опекун или попечитель по уважительным причинам не может исполнять свои обязанности в отношении подопечного, не прекращает права и обязанности опекуна или попечителя в отношении подопечного [2].

В рассматриваемом нами случае, нормы законодательства не остановили опекуна перед нарушением своих обязанностей перед подопечным, тем самым поставив медицинское учреждение в «безвыходное положение».

Право граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь гарантируется системой закрепляемых законом мер, включающих в себя как определение принципов охраны здоровья, качества медицинской помощи, порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи, так и установление ответственности медицинских организаций и медицинских работников за причинение вреда жизни и здоровью при оказании гражданам медицинской помощи.

При этом, законодательством Российской Федерации гарантировано, что медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно.

Наряду с этим Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [3] закреплено право граждан на получение платных медицинских услуг, предоставляемых по их желанию, при оказании медицинской помощи.

Отдельно стоит обратить внимание на тот факт, что к отношениям по предоставлению гражданам платных медицинских услуг применяется законодательство о защите прав потребителей.

Содержание пациентов в круглосуточном стационаре государственного учреждения здравоохранения регламентируется Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [3], приказами Минздрава России.

Так, в соответствии с Приказом Минздрава России «Об утверждении Порядка проведения контроля объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также её финансового обеспечения» госпитализация застрахованного лица без медицинских показаний (необоснованная госпитализация), медицинская помощь которому могла быть предоставлена в установленном объёме амбулаторно, является основанием для отказа в оплате медицинской помощи и наложении на медицинскую организацию штрафа [5].

Исходя из анализа вышеуказанных норм, у государственного учреждения здравоохранения отсутствовали правовые основания для покрытия расходов на содержание недееспособного пациента за счёт средств обязательного медицинского страхования.

В соответствии с частью 5 статьи 11 Федерального закона «Об опеке и попечительстве» предусмотрена возможность возложения обязанностей опекуна или попечителя на образовательные, медицинские организации, организации, оказывающие социальные услуги, или иные организации, в которые помещены недееспособные или не полностью дееспособные лица под надзор [2]. В таком случае орган опеки и попечительства освобождает ранее назначенного опекуна или попечителя от исполнения им своих обязанно-

стей, при условии, что это не противоречит интересам подопечного.

В рассматриваемом нами случае, недееспособная пациентка находилась в государственном учреждении здравоохранения с целью прохождения терапевтического лечения, а не для помещения под надзор медицинской организации. Соответственно, юридических оснований для возложения обязанностей опекуна на государственное учреждение здравоохранения не было, как и не было решения органа опеки и попечительства об освобождении опекуна от исполнения его обязанностей в отношении недееспособного лица.

Ситуация «оставления» недееспособного гражданина на попечение медицинского учреждения без наличия на то правовых оснований является достаточно распространённой проблемой для бюджетных учреждений здравоохранения Российской Федерации. В данном случае нарушаются не только права недееспособного или ограниченно дееспособного гражданина на защиту прав и законных интересов, но и наносится материальный ущерб бюджетному учреждению, которое покрывает расходы на содержание недееспособного пациента за счёт средств медицинского учреждения.

Решение Четвёртого кассационного суда общей юрисдикции от 11.06.2025 г. по делу №8Г-12498/2025 является судебной практикой, которая отражает реальную возможность государственных учреждений здравоохранения защитить себя от «недобросовестных» опекунов и попечителей и компенсировать расходы медицинской организации за выполнение функций опекуна без наличия на то правовых оснований.

Список литературы:

1. Российская Федерация. Законы. Гражданский кодекс Российской Федерации: Федеральный закон от 30 ноября 1994 г. №51-ФЗ // Собрание законодательства РФ. 1994. №32. Ст. 3301.
2. Российская Федерация. Законы. Об опеке и попечительстве: Федеральный закон от 24 апреля 2008 г. №48-ФЗ // Собрание законодательства РФ. 2008. №17. Ст. 1755.

3. Российская Федерация. Законы. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ // Собрание законодательства РФ. 2011. №48. Ст. 6724.
4. Определение Четвёртого кассационного суда общей юрисдикции от 11 июня 2025 г. №8Г-12498/2025 // URL: <https://base.garant.ru/346383678/> (дата обращения: 02.11.2025)
5. Приказ Минздрава России от 19.03.2021 №231н (ред. от 04.09.2024) «Об утверждении Порядка проведения контроля объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также её финансового обеспечения» // URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_384140/ (дата обращения: 02.11.2025)

Об авторах:

Орлов Дмитрий Валерьевич — главный врач ГУЗ «Клиническая больница №5» г. Волгоград, ассистент кафедры общественного здоровья и здравоохранения института непрерывного медицинского и фармацевтического образования Волгоградского государственного медицинского университета, Волгоград, plamed@yandex.ru

Страдомская Екатерина Сергеевна — студент 1-го курса магистратуры по направлению подготовки предпринимательское право, коммерческое право Волгоградского института управления — филиала Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации, Волгоград, estradoskaya@mail.ru

Орлов Валерий Дмитриевич — студент 5 курса по направлению подготовки экономика-правовое обеспечение экономической безопасности Волгоградского института управления — филиала Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации, Волгоград, orloff.val3ry@yandex.ru

Русина Виктория Сергеевна — начальник правового отдела ГУЗ «Клиническая больница №5» г. Волгоград, Волгоград, guz5pravoi@mail.ru

Dmitry Valerievich Orlov — Chief Physician of Clinical Hospital No. 5, Volgograd, Assistant Professor of the Department of Public Health and Public Health at the Institute of Continuing Medical and Pharmaceutical Education of Volgograd State Medical University, Volgograd

Ekaterina Sergeevna Stradomskaya — 1st year Master's degree student in Business Law, Commercial Law at the Volgograd Institute of Management, a branch of the Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration, Volgograd

Valery Dmitrievich Orlov — 5th year student in the field of economic and legal support of economic security at the Volgograd Institute of Management, a branch of the Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration, Volgograd

Victoria Sergeevna Rusina — Head of the Legal Department of Clinical Hospital No. 5, Volgograd

© Орлов Д. В., Страдомская Е. С., Орлов В. Д., Русина В. С., 2025

Для цитирования:

Орлов Д. В., Страдомская Е. С., Орлов В. Д., Русина В. С. Об особенностях исполнения обязанностей опекуна недееспособного пациента медицинской организацией // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2025. №3-4 (29-30). С. 83-87.

For citation:

Orlov D. V., Stradomskaya E. S., Orlov V. D., Rusina V. S. About the specifics of performing the duties of a guardian of an incapacitated patient by a medical organization // М.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2025. №3-4 (29-30). P. 83-87.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

The authors declare that there is no conflict of interest

Статья поступила в редакцию 8.11.2025 г.

Салоян Г. В.

ВОЗМЕЩЕНИЕ ИМУЩЕСТВЕННОГО ВРЕДА КАК МЕРА ГРАЖДАНСКО-ПРАВОВОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ЗА ПРИЧИНЕНИЕ ВРЕДА ЖИЗНИ ИЛИ ЗДОРОВЬЮ ПАЦИЕНТА

Статья посвящена вопросу возмещения потерпевшим пациентам имущественного вреда, возникшего вследствие ненадлежащего оказания медицинской помощи. Проведён объёмный анализ судебной практики. В целях решения проблемы предложено на основе модельного закона разработать законопроект «О страховании ответственности субъектов медицинской деятельности за причинение вреда пациенту».

Ключевые слова: возмещение имущественного вреда, здоровье, жизнь, пациент, страхование ответственности, медицинские организации

Gulia Saloyan

COMPENSATION FOR PROPERTY DAMAGE AS A MEASURE OF CIVIL LIABILITY FOR CAUSING HARM TO A PATIENT'S LIFE OR HEALTH

The article is devoted to the issue of compensating patients for property damage caused by improper medical care. A comprehensive analysis of judicial practice has been conducted. In order to solve this problem, it is proposed to develop a draft law «On Insurance of Medical Activities Entities' Liability for Causing Harm to Patients» based on the model law.

Keywords: compensation for property damage, health, life, patient, liability insurance, medical organizations

Вред, причинённый повреждением здоровья пациента, возмещается путём взыскания причинённых пациенту убытков — реального ущерба и упущенной выгоды.

Под реальным ущербом следует понимать затраты пациента, произведённые им на восстановление своего здоровья: расходы на лечение, дополнительное питание, приобретение лекарств, протезирование, посторонний уход, санаторно-курортное лечение, приобретение специальных транспортных средств, подготовку к другой профессии, но только если будет установлено, что потерпевший нуждался в этих видах помощи и ухода и не имеет права на их бесплатное получение (п. 1 ст. 1085 ГК РФ)¹.

В 2010 году между К. и медицинским учреждением был заключён договор о пре-

доставлении платной медицинской услуги. Вследствие некачественно оказанного стоматологического лечения пломбирочный материал из нижней челюсти К. пришлось удалять хирургическим путём, в связи с чем пациент понесла дополнительные расходы по оплате операции в размере 11 тысяч рублей. Решением суда иски о взыскании суммы дополнительного лечения, вызванного некачественным оказанием медицинской услуги, были удовлетворены, с медицинского учреждения взыскана стоимость платной операции².

Встречаются ситуации, когда некачественно оказанная платная медицинская услуга в сфере косметологии может привести к неже-

¹ Гражданский кодекс Российской Федерации: Федеральный закон от 30 ноября 1994 г. №51-ФЗ // Собрание законодательства РФ. 1994. №32. Ст. 3301.

² Апелляционное определение Верховного Суда Удмуртской Республики от 12.05.2012 по делу №33-1343/2012 // URL: https://vs-udm.sudrf.ru/modules.php?name=sud_delo&name_op=doc&number=499286&dello_id=5&new=5&text_number=1 (дата обращения: 24.07.2025)

лательному изменению внешности пациента, не достигнув, например, эстетического результата пластической операции. При рассмотрении таких споров суды руководствуются как положениями гражданского законодательства, так и ЗоЗПП³, Правилами предоставления платных медицинских услуг⁴.

Так, в 2023 году суд рассмотрел иск Ч. к клинике с требованием о взыскании расходов за платное оперативное вмешательство, за некачественное повторное оперативное вмешательство, и компенсации за проведение операции, направленной на устранение причиненного вреда. В суде было установлено, что истец с диагнозом «искривление наружного носа» перенесла в клинике операцию по ринопластике, но поскольку она оказалась безрезультатной, ей была проведена повторная операция, которая также не принесла надлежащего результата. После этого истец обратилась в другую клинику, где ей исправили врачебную ошибку. В ходе разбирательства по делу был доказан факт некачественного проведения пластических операций сотрудниками ответчика, а между проведенной ринопластикой носа и наступившей деформацией наружного носа установлена прямая причинно-следственная связь. Со ссылками на нормы ЗоЗПП (ст. ст. 28, 29, 31)⁵ суд частично удовлетворил заявленные требования, взыскав в пользу пациентки расходы за проведенные ответчиком платные операции и неустойку (пени) в общей сумме 676 тысяч рублей⁶.

3 О защите прав потребителей: закон РФ от 07.02.1992 №2300-1 (ред. от 04.08.2023) // Собрание законодательства РФ. 1996. №3, ст. 140.

4 Постановление Правительства РФ от 11.05.2023 №736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. №1006» // Собрание законодательства Российской Федерации, 15.05.2023, №20, ст. 3565.

5 См. О защите прав потребителей: закон РФ от 07.02.1992 №2300-1...

6 Решение Ессентукского городского суда Ставропольского края от 13.04.2023 по делу №2-38/2023 // URL: https://essentuksky-stv.sudrf.ru/modules.php?name=sud_delo&sr_num=1&name_op=doc&number=308911475&delo_id=1540005&new=0&text_number=1 (дата обращения: 24.07.2025)

Упущенная выгода выражается в виде утраченного пациентом заработка и иных доходов, получаемых им до повреждения здоровья. При этом в счёт возмещения вреда не засчитываются пенсии и иные социальные выплаты, назначенные потерпевшему, а также доходы, получаемые им после повреждения здоровья (п. 2 ст. 1085 ГК РФ)⁷. Вместе с тем для возложения имущественной ответственности необходимо как установить сам факт несения убытков, так и их размер, противоправность и виновность лица, причинно-следственную связь между действиями виновного лица и наступившими неблагоприятными последствиями.

Как показывает судебная практика, отсутствие одного из названных условий повлечёт отказ в удовлетворении требования о возмещении материального ущерба. Так, Октябрьским районным судом г. Иваново в 2019 году было отказано в удовлетворении иска Т. о взыскании со станции скорой медицинской помощи недополученного заработка за время отсутствия на рабочем месте. В ходе разбирательства по делу было установлено, что действия сотрудников ответчика по оказанию медицинской помощи Т. соответствовали требованиям законодательства, нарушений прав заявительницы при оказании ей помощи не установлено, в связи с чем у суда отсутствовали правовые основания для удовлетворения заявленного иска^{8,9}.

В случае смерти пациента вследствие ненадлежащего оказания медицинской помощи или услуги члены его семьи или близкие родственники имеют право возместить расходы на погребение (ст. 1094 ГК РФ), а при признании их лицами, утратившими

7 См. Гражданский кодекс Российской Федерации: Федеральный закон от 30 ноября 1994 г. №54-ФЗ...

8 Решение Октябрьского районного суда г. Иваново от 21.11.2019 г. по делу №2-1845/2019 // URL: https://oktyabrsky-iwn.sudrf.ru/modules.php?name=sud_delo&name_op=doc&number=110675250&delo_id=1540005&new=&text_number=1 (дата обращения: 24.07.2025)

9 Решение Октябрьского районного суда г. Иваново от 07.08.2019 г. по делу №2-1182/2019 // URL: https://oktyabrsky-iwn.sudrf.ru/modules.php?name=sud_delo&sr_num=1&name_op=case&case_id=131974135&case_uid=78ec339f-f176-424f-bebb-2ba8540de03f&delo_id=1540005&new= (дата обращения: 24.07.2025)

кормильца, вправе получить долю среднемесячного дохода умершего пациента (ст. 1088 ГК РФ)¹⁰.

В 2021 году К. обратился в суд с требованием о взыскании расходов на погребение. Как следует из материалов гражданского дела, отец истца в связи с падением на лёд и ощущением острой боли вызвал службу скорой помощи. По прибытию сотрудниками СМП необходимые диагностические и первоочередные мероприятия проведены не были, предложений о госпитализации не поступало, в связи с чем через непродолжительное время наступила смерть пострадавшего. Судом было установлено наличие всех условий наступления гражданской ответственности за ненадлежащее оказание медицинской помощи, в связи с чем иск был удовлетворён¹¹.

При рассмотрении требования о взыскании денежных средств в счёт возмещения вреда в связи со смертью кормильца суды исходят из обстоятельств наличия у умершего пациента иждивенцев, размера доли дохода пациента, причитающейся лицам, находившимся на его иждивении. Рассмотрев подобный иск И. в интересах несовершеннолетних детей, суд установил, что смерть пациента наступила вследствие неправильной постановки диагноза и тактики лечения работниками учреждения здравоохранения. Взыскивая с медицинской организации сумму возмещения вреда в связи со смертью кормильца, суд, в том числе, исходил из того обстоятельства, что у пациента на иждивении имелись несовершеннолетние дети, на которых приходилось по 27 тысяч руб. от доли дохода умершего отца. Решением суда в пользу каждого из истцов взыскана сумма в счёт возмещения вреда в размере 598 тысяч руб. за период со дня смерти пациента до дня вынесения решения по делу, а также денежные средства в размере 27 тысяч ежемесячно до окончания

заявителями обучения в образовательном учреждении¹².

В целях обеспечения исполнения решения судьбы обязывают собственников имущества медицинского бюджетного учреждения нести бремя ответственности за причинение вреда пациенту в случае «недостаточной платёжеспособности» ответчика. По смыслу положений абз. 2 п. 5 ст. 123, 22 ГК РФ¹³ по обязательствам бюджетного учреждения здравоохранения, связанным с причинением вреда пациенту, при недостаточности имущества учреждения, на которое может быть обращено взыскание, субсидиарную ответственность несёт собственник имущества бюджетного учреждения. Как правило, собственником имущества учреждения здравоохранения является орган государственной власти, который осуществляет регулирование имущественных отношений в городе или регионе. Так, в 2021 году районный суд взыскал с городской больницы в пользу истицы единовременные платежи в счёт возмещения вреда в результате смерти кормильца, возложив при этом на Министерство здравоохранения региона субсидиарную ответственность по выплате взысканных денежных средств при недостаточности денежных средств у городской больницы¹⁴.

С ростом количества предоставляемых платных медицинских услуг растёт и количество споров, связанных с их оказанием. Как уже ранее отмечалось, в отличие от договора, связанного с передачей заказчику какого-либо результата (как, например, по договору подряда), на исполнителя медицинской услуги, как правило, не возлагается обязанность достичь определённого положительного эф-

10 См. Гражданский кодекс Российской Федерации: Федеральный закон от 30 ноября 1994 г. №51-ФЗ...

11 Решение Октябрьского районного суда г. Иваново от 01.04.2021 г. по делу №2-18/2021 // URL: https://oktyabrsky-iwn.sudrf.ru/modules.php?name=sud_delo&name_op=doc&number=110674621&delo_id=1540005&new=&text_number=1 (дата обращения: 24.07.2025)

12 Определение Третьего кассационного суда общей юрисдикции от 11.11.2020 г. по делу №88-15512/2020 // URL: https://3kas.sudrf.ru/modules.php?name=sud_delo&name_op=doc&number=5927547&delo_id=2800001&new=2800001&text_number=1&srvc_num=1 (дата обращения: 24.07.2025)

13 См. Гражданский кодекс Российской Федерации: Федеральный закон от 30 ноября 1994 г. №51-ФЗ...

14 Решение Ленинского районного суда г. Екатеринбурга от 29.07.2021 по делу №2-4736/2021 // URL: https://leninskyeka-svd.sudrf.ru/modules.php?name=sud_delo&name_op=doc&number=188862935&delo_id=1540005&new=&text_number=1 (дата обращения: 24.07.2025)

фекта лечения, поскольку в силу специфики медицинской деятельности, неизученности заболеваний, индивидуальной реакции организма на препараты и др. — невозможно дать гарантии однозначно благоприятного исхода лечения. Однако ещё до заключения договора возмездного оказания услуг исполнитель обязан предоставить заказчику всю необходимую достоверную информацию об имеющихся услугах, что предоставит пациенту возможность сделать правильный выбор.

Судом был рассмотрен спор между пациентом, страдающим тугоухостью, и частнопрактикующим врачом, которая обещала восстановить слух гражданина до нормального уровня. В связи с безрезультатностью лечения истец был вынужден обратиться в суд с требованием о взыскании с ответчика стоимости проведённой платной услуги в размере 45 тысяч рублей. В ходе разбирательства по делу было установлено, что истцу необходимо было восстановить слух для продолжения работы, ответчик в свою очередь обязалась добиться положительного эффекта от лечения в виде восстановления слуха. Суд удовлетворил заявленные требования со ссылкой на положения ст. 4 ЗоЗПП¹⁵, в соответствии с которой, если исполнитель при заключении договора был поставлен потребителем в известность о конкретной цели оказания услуги, то исполнитель обязан оказать услугу, пригодную для использования в соответствии с этой целью¹⁶.

Как уже было сказано ранее, причинение вреда здоровью пациента влечёт возникновение у потерпевшего лица имущественных потерь в виде расходов на восстановление здоровья. В целях возмещения имущественного вреда граждане вынуждены обращаться в суды, доказывая факт ненадлежащего оказания в отношении них медицинской помощи вследствие противоправного поведения медиков. Такие споры с учётом проведения судебных экспертиз, обжалований в выше-

стоящие инстанции могут затянуться на годы, а материальные потери пострадавшего лица всё ещё не будут восполнены.

На наш взгляд, во избежание возникновения данной проблемы будет верным усовершенствовать внедрение механизма обязательного страхования профессиональной ответственности медицинского персонала. Такое предложение о возможной замены гражданско-правовой ответственности медицинской организации страховыми схемами для пострадавших пациентов высказал М. В. Кратенко в недавно изданной монографии¹⁷. Мы считаем, что по этому вопросу необходимо ввести в национальное законодательство изменения, обязывающие медицинские организации застраховать риск гражданской ответственности в случае причинения вреда жизни или здоровью пациента в процессе осуществления медицинской деятельности. При этом отметим, что объектом страхования будут имущественные интересы субъекта ответственности (медицинской организации), то есть в случае административного производства или уголовного преследования в отношении медицинского работника страховая компания не возмещает причинённый пациенту вред, поскольку по данным видам ответственности отвечает непосредственно причинитель вреда (врач, медицинский работник). Выплаты страхового покрытия будут производиться, если при оказании медицинской помощи пациенту причинён вред его здоровью или жизни вследствие некачественного медицинского вмешательства, допущенных ошибок при выборе тактики лечения, неверного назначения медикаментозного лечения или иных дефектов оказания помощи.

Считаем, что основные положения о страховании профессиональной ответственности медицинских работников логичнее урегулировать на уровне отдельного законодательного акта. Поскольку в п. 10. ч. 1 ст. 79 Федерального закона №323-ФЗ есть оговорка об обязанности медицинских организаций страховать риск гражданской ответственности,

15 См. О защите прав потребителей: закон РФ от 07.02.1992 №2300-1...

16 Обзор практики рассмотрения судами Красноярского края споров, связанных с ненадлежащим оказанием медицинских услуг от 06.12.2016 // URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/18553000/> (дата обращения: 27.07.2025)

17 Кратенко М. В. Вред при медицинском вмешательстве: проблемы компенсации и предотвращения (сравнительно-правовое исследование). М.: НОРМА, ИНФРА-М, 2024. 240 с.

отдельный закон установит порядок обращения с требованием о выплате возмещения и разрешения споров по договорам страхования, что необходимо к пониманию как для самих субъектов медицинской деятельности, пациентов, так и для правоприменителя¹⁸.

Учитывая, что в ноябре 2023 года Межпарламентская Ассамблея государств — участников СНГ приняла постановление о модельном законе по рассматриваемому вопросу, который по своему характеру является законодательным актом рекомендательного характера, и указала, что правовое регулирование вопроса основывается на национальном законодательстве и не должно противоречить принятому СНГ закону и может предусматривать свои особые условия, предлага-

18 Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ (ред. от 28.12.2024) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.07.2025) // Собрание законодательства Российской Федерации, 28.11.2011, №48, ст. 6724.

ем проект федерального закона разработать, основываясь на положениях вышеуказанного модельного закона¹⁹.

Такое нововведение обеспечит своевременное получение пострадавшим пациентом возмещения имущественного вреда при обращении в страховую компанию за получением страховой суммы; стимулирует пациента и медицинскую организацию решить возникший спор в досудебном порядке, и снизит судебную нагрузку по разрешению соответствующих исков; станет защитой в виде ограничения имущественных потерь самого причинителя вреда (медицинской организации).

19 О модельном законе «О страховании ответственности субъектов медицинской деятельности за причинение вреда пациенту»: постановление №56-5 Межпарламентской Ассамблеи государств — участников СНГ от 17.11.2023 // Единый реестр правовых актов и других документов СНГ. URL: [http:// cis.minsk.by/](http://cis.minsk.by/) (дата обращения: 24.07.2025)

Об авторе:

Салоян Гулия Вазировна — помощник председателя суда Приволжского районного суда Ивановской области, советник юстиции 3 класса, Иваново, gulia.saloyan@yandex.ru

Gulia Vasirovna Saloyan — Assistant to the Chairman of the Privolzhsky District Court of the Ivanovo region, Adviser of Justice of the 3rd class, Ivanovo

© Салоян Г. В., 2025

Для цитирования:

Салоян Г. В. Возмещение имущественного вреда как мера гражданско-правовой ответственности за причинение вреда жизни или здоровью пациента // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2025. №3-4 (29-30). С. 88-92.

For citation:

Saloyan G. V. Compensation for property damage as a measure of civil liability for causing harm to a patient's life or health // M.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2025. №3-4 (29-30). P. 88-92.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов

The author declares that there is no conflict of interest

Статья поступила в редакцию 15.08.2025 г.

К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ

Редакция журнала обращает внимание авторов на обязательное соблюдение правил оформления направляемых в редакцию трудов, которые детально представлены на сайте www.med-law.ru

Общие требования

Статья должна соответствовать профилю и уровню научных публикаций журнала. Все предоставляемые сведения должны сопровождаться соответствующим подтверждением.

Все статьи подвергаются обязательному независимому рецензированию соответствующими специалистами по профилю рецензируемой работы. В случае признания статьи несоответствующей требованиям, автору направляется мотивированный отказ в публикации.

Редакция журнала не несёт ответственности за недостоверность публикуемых данных и возможный ущерб, причинённый публикацией интересам третьих лиц. Ответственность за содержание представленной и опубликованной работы возлагается на автора (авторов) статьи.

Плата за публикацию рукописей не взимается. Авторские гонорары не выплачиваются. Рекламные материалы публикуются только в случае соответствия редакционной политике и за плату, размер которой устанавливается по согласованию заинтересованных сторон.

Направляя статью для публикации в журнал, автор соглашается, в случае её принятия, с открытым доступом к тексту работы на сайтах размещения издания в сети интернет.

Направление в редакцию ранее опубликованных материалов, или уже представленных в другие издания, не допускается.

Требования к представляемым материалам

Объём оригинальных и обзорных статей не должен превышать двадцати тысяч (20 000) знаков. Объём публикаций, представляющих наблюдения из практики, рецензии — до десяти тысяч (10 000) знаков; информационные сообщения — до пяти тысяч (5 000) знаков. Пробелы, а также объём, составляющий списки использованной литературы и обязательных материалов при этом учитывать не следует.

Текст работы и все прилагаемые к нему материалы должны быть тщательно выверены на предмет наличия грамматических, орфографических и стилистических ошибок.

В качестве редактора может использоваться любой текстовый процессор (Microsoft Word, TextEdit, OpenOffice и др.). Формат представления статьи *.doc, *.docx, *.rtf или *.odt.

Шрифт – Times New Roman, кегль 14, межстрочный интервал 1,5.

Абзацный отступ – 1,25 мм. **Не допускается установление абзацного отступа путём отбивок.**

Поля: верхнее и нижнее – 2 см, левое – 3 см, правое – 1 см.

Нумерация страниц — произвольная.

Таблицы оформляются подобно основному тексту. В тексте обязательно должно быть указание на приводимую таблицу. Таблицы должны быть пронумерованы, иметь названия, заголовки граф и строк, быть наглядными, не перегруженными. При необходимости допускается горизонтальное расположение таблиц и их расположение на нескольких страницах. Все имеющиеся в таблицах сокращения, цифровые или буквенные обозначения должны иметь пояснения.

Для построения графиков и диаграмм следует использовать табличные редакторы (Microsoft Excel, OpenOffice).

Обязательным является предоставление соответствующего исходного файла использованного табличного редактора, а не только построенного на его основании изображения, внедрённого в основной текст статьи. При отсутствии исходных файлов графики и диаграммы будут исключаться из публикации.

При наличии изображений, создаваемых с использованием графических редакторов, представляется исходный файл в одном из стандартных форматов (*.tif, *.jpg, *.bmp, *.wmf, *.emf и др.) в разрешении не менее 600 точек на дюйм.

Все рисунки должны иметь порядковый номер, соответствующий указанному в тексте работы и подпись, располагаемые непосредственно под изображением. Все имеющиеся в рисунках сокращения, цифровые или буквенные обозначения должны иметь пояснения, представленные либо в легенде рисунка, либо в подписи к нему.

Математические формулы, выражения представляются в формульных редакторах: Microsoft Equation, MathType и др.

В публикации должны быть указаны на русском и английском языках следующие данные:

Сведения об авторах

- фамилия, имя, отчество всех авторов полностью
- полное наименование организации — место работы каждого автора в именительном падеже, город
- должность, звание, учёные степени и звания авторов при их наличии
- адрес электронной почты каждого из авторов
- почтовый адрес и контактный телефон (допускается указание одного адреса/телефона для всех авторов)

Название публикации

Аннотация

- размер аннотации не более 1000 и не менее 400 знаков, включая пробелы.

Ключевые слова

- ключевые слова или словосочетания, отделяемые друг от друга запятой. Обращаем внимание на то, что следует направлять не фразы, а именно ключевые слова или словосочетания.

Работа со ссылками

Все имеющиеся цитаты должны иметь ссылки на литературные источники, представляемые в постраничных ссылках и (или) затекстовых списках литературы. При использовании затекстового списка номер источника, помещённый в квадратные скобки, располагается по окончании фрагмента с цитируемой информацией.

Ссылки на неопубликованные работы не допускаются.

Оформление пристатейных ссылок и/или списков пристатейной литературы следует осуществлять в соответствии с требованиями ГОСТ 7.0.5-2008. «Библиографическая ссылка. Общие требования и правила составления».

Не следует дублировать используемые источники размещая их одновременно и в постраничных ссылках, и в затекстовом списке литературы.

Дополнительно обращаем внимание авторов на то, что представляемые в затекстовом списке литературы нормативно-правовые акты, с сохранением единой нумерации необходимо располагать перед всеми иными источниками. В качестве их источников предпочтительно использовать официальные издания. При этом нормативно-правовые акты должны быть расположены:

- а) в порядке юридической значимости;
- б) в хронологическом порядке.

К рассмотрению принимаются материалы, направленные в адрес редакции по электронной почте nimp@med-law.ru или на электронных носителях. В сопроводительном письме указываются название работы, используемое программное обеспечение и форматы представляемых материалов, а также сведения об авторе или о каждом из авторов, включая:

- место работы или учёбы;
- должность и звание или статус обучающегося;
- номер телефона и адрес электронной почты

Предоставление материалов на бумажном носителе не требуется.

Представленные материалы и электронные носители не возвращаются.



НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКОГО
ПРАВА