

ISSN 2658-6312



НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКОГО
ПРАВА

МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

Том 6

№2 (12)

Москва
2020

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, 2020. Том 6.
№2 (12). 186.. 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:

Председатель

Сергеев Юрий Дмитриевич

заведующий кафедрой медицинского права
Сеченовского университета,
член-корр. РАН, Заслуженный юрист РФ,
доктор медицинских наук, профессор

Члены коллегии

Ерофеев Сергей Владимирович

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

Каменская Наталья Андреевна

доцент кафедры медицинского
права Сеченовского Университета,
кандидат юридических наук

Куранов Владимир Григорьевич

старший преподаватель кафедры
правоповедения Пермского государственного
медицинского университета им. академика
Е.А. Вагнера

Павлова Юлия Владимировна

доцент кафедры медицинского права
Сеченовского Университета, кандидат
юридических наук, доцент

Поспелова Светлана Игоревна

доцент кафедры медицинского
права Сеченовского Университета,
кандидат юридических наук

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

Издается с 2015 года

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

© Национальный институт медицинского
права, 2020

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ МЕДИЦИНСКОГО ПРАВА

МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

№2 [12]

Том 6

АВГУСТ - ДЕКАБРЬ 2020

Москва
2020

NATIONAL INSTITUTE OF MEDICAL LAW

MEDICAL LAW: THEORY AND PRACTICE

№2 [12]

VOLUME 6

AUGUST - DECEMBER 2020

Moscow
2020

Medical law: theory and practice [Electronic resource]. M.: National Institute of medical law, 2020. Vol 6. №2 (12). 186 p. URL: https://elibrary.ru/title_about.asp?id=58307

ISSN 2658-6312

Editorial board:

Chairman

Yuri Dmitrievich Sergeev

head of the Department of medical law of Sechenov University, the corresponding member RAS, Honored lawyer of Russia, doctor of medical Sciences, 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

associate Professor, Department of medical law, Sechenov University, candidate of legal Sciences

Vladimir Grigorievich Kuranov

senior lecturer of the Department of law of the Perm state medical University named after academician E. Wagner

Yulia Vladimirovna Pavlova

associate Professor, Department of medical law, Sechenov University, candidate of legal Sciences, associate Professor

Svetlana Igorevna Pospelova

associate Professor, Department of medical law, Sechenov University, candidate of legal Sciences

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

Published in 2015

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

© National Institute of medical law, 2020

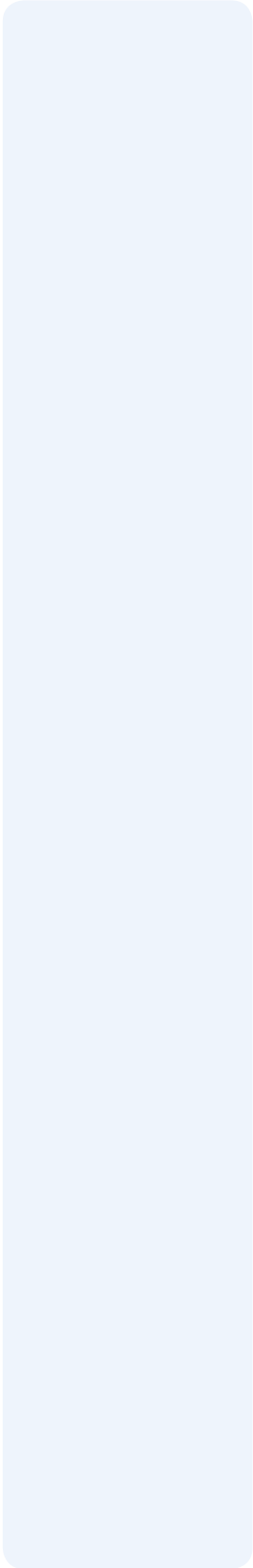
От редакционной коллегии

Существующая эпидемиологическая обстановка диктует новый формат проведения научно-практических мероприятий. В связи с чем, ежегодный международный Форум IX Ноябрьские чтения «Здравоохранение сегодня: право, экономика, управление» был проведен 2-4 декабря 2020 в формате онлайн-трансляции. В этом году Форум был посвящен 25-летию Кафедры медицинского права Сеченовского университета.

Как и прежде, в программе Форума ведущие эксперты в сфере медицинского права представили экспертную и судебную практику по делам о ненадлежащем оказании медицинской помощи; проблемы квалификации действий (бездействий) медицинских работников, процессуальные особенности производства по делам в отношении медицинских работников и медицинских организаций, меры профилактики и предупреждения правонарушений при осуществлении медицинской деятельности, альтернативные (досудебные) способы разрешения конфликтов; организационно-правовые аспекты системы оценки качества и безопасности медицинской помощи.

В рамках форума прошла уже ставшая традиционной Школа молодых ученых «Актуальные вопросы медицинского права и биомедицинской этики».

Участниками школы стали аспиранты и студенты медицинских и юридических ВУЗов, которые интересуются и желают повысить уровень правовых знаний в сфере динамично развивающейся отрасли правовой системы – медицинского права. Молодые ученые представили результаты исследований по наиболее актуальным направлениям медицинской деятельности: правовые и этические проблемы обеспечения и защиты прав граждан при оказании медицинской помощи; профилактика и предупреждение совершения правонарушений в сфере здравоохранения: особенности наступления юридической ответственности при осуществлении медицинской деятельности; правовые и этические проблемы клинической медицины: донорства и трансплантации органов и тканей человека; применение вспомогательных репродуктивных технологий; обращение биомедицинских клеточных продуктов в Российской Федерации.



Данный номер содержит наиболее интересные работы участников Школы молодых ученых, которые были подготовлены совместно с научными руководителями и на конкурсной основе отобраны для опубликования.

Тематика представленных статей отражает комплексность данной сферы правового регулирования и отражает интерес молодых специалистов к изучению проблем правового регулирования медицинской деятельности.

Содержание

РАЗДЕЛ I.

РАЗЛИЧНЫЕ АСПЕКТЫ ТЕОРИИ МЕДИЦИНСКОГО ПРАВА И ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

<i>Данилов А.В., Каташина Т.Б., Исаенкова Е.А.</i>	13	<i>Alexander Danilov, Tatyana Katashina, Evgenia Isaenkova</i>
ЭКСПЕРТНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ НА ТЕРРИТОРИИ ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ: ОСНОВНЫЕ СИСТЕМНЫЕ НАРУШЕНИЯ В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ		EXPERT ACTIVITY IN THE TERRITORY OF THE VORONEZH REGION: THE MAIN SYSTEM DISTURBANCES IN THE SPHERE OF COMPULSORY HEALTH INSURANCE
<i>Долженкова Е.В., Зуев Д.И.</i>	20	<i>Ekaterina Dolzhenkova, Dmitry Zuev</i>
ПОНЯТИЕ И ПРАВОВАЯ ОСНОВА ПРОВЕДЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ		THE CONCEPT AND LEGAL BASIS OF MEDICAL EXAMINATIONS IN THE RUSSIAN FEDERATION
<i>Капштык Ю.Н.</i>	24	<i>Yuriy Kapshtyk</i>
МЕДИАЦИЯ – СОВРЕМЕННЫЙ СПОСОБ РАЗРЕШЕНИЯ КОНФЛИКТА И ЭФФЕКТИВНОЕ РЕШЕНИЕ ДЛЯ СНИЖЕНИЯ АДМИНИСТРАТИВНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ МЕДУЧРЕЖДЕНИЯ		MEDIATION IS A MODERN WAY TO RESOLVE CONFLICTS AND AN EFFECTIVE SOLUTION TO REDUCE THE ADMINISTRATIVE RESPONSIBILITY OF MEDICAL INSTITUTIONS
<i>Киселева А.Ю.</i>	29	<i>Anastasiya Kiseleva</i>
ПРИМЕНЕНИЕ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ: АСПЕКТЫ МЕДИЦИНСКОГО ПРАВА		APPLICATION OF ARTIFICIAL INTELLIGENCE IN HEALTHCARE: ASPECTS OF MEDICAL LAW
<i>Колотильщикова Е.В.</i>	39	<i>Elena Kolotilshchikova</i>
МЕДИАЦИЯ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: НЕОБХОДИМОСТЬ ИЛИ УТОПИЯ?		HEALTHCARE MEDIATION: NECESSITY OR UTOPIA?
<i>Малышева А.А.</i>	45	<i>Anastasija Malysheva</i>
ПРОБЛЕМЫ ФИНАНСОВО-ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ И ЭФФЕКТИВНОСТИ СИСТЕМЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ		PROBLEMS OF FINANCIAL AND LEGAL REGULATION AND EFFICIENCY OF MEDICAL SOCIAL EXPERTISE SYSTEM
<i>Тропина О.Н.</i>	51	<i>Olga Tropina</i>
ПОЛНОМОЧИЯ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ КАК СУБЪЕКТА УПРАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИМ ОБРАЗОВАНИЕМ		THE COMPETENCE OF THE MINISTRY OF HEALTH OF THE RUSSIAN FEDERATION AS A SUBJECT OF MANAGEMENT OF MEDICAL EDUCATION
<i>Федорова И.В.</i>	57	<i>Inna Fedorova</i>
ПРОЕКТ ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНА О ДОНОРСТВЕ ОРГАНОВ ЧЕЛОВЕКА И ИХ ТРАНСПЛАНТАЦИИ: НЕКОТОРЫЕ ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ		DRAFT FEDERAL LAW ON HUMAN ORGAN DONATION AND TRANSPLANTATION: SOME PROBLEMS AND WAYS TO SOLVE THEM
<i>Чеджемов С.Р., Туаева И.Б., Габараева Л.Н.</i>	63	<i>Sergey Chedgemov, Irma Tuayeva, Liana Gabaraeva</i>
ПРАВО И ПАНДЕМИЯ: МЕДИЦИНСКИЕ ВУЗЫ В УСЛОВИЯХ ПОВЫШЕННОЙ ГОТОВНОСТИ		RIGHT AND PANDEMIC: MEDICAL UNIVERSITIES ON HIGH ALERT

Щербинин П.П., Чижиков Я.Г., 68 Pavel Shcherbinin, Yaroslav Chizhikov,
Захаров С.А., Ковельский А.Е. Sergey Zakharov, Alexander Kovelsky

ПРОБЛЕМА ЭВТАНАЗИИ: ОПЫТ ИЗУЧЕНИЯ

THE PROBLEM OF EUTHANASIA: STUDY EXPERIENCE

РАЗДЕЛ II.

ШКОЛА МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ

«АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКОГО ПРАВА И БИМЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ»

ЧАСТЬ I. ПРАВОВЫЕ И ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Баймолдинова Е.Т. 81 Yelnur Baymoldinova

ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО СТРАН СОДРУЖЕСТВА
НЕЗАВИСИМЫХ ГОСУДАРСТВ И ЕВРОПЕЙСКОГО
СОЮЗА ПО ВОПРОСАМ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ
ГЕННОЙ ТЕРАПИИ: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ

THE LAWS OF THE COMMONWEALTH
OF INDEPENDENT STATES
AND THE EUROPEAN UNION'S REGULATION
OF GENE THERAPY: PROBLEMS AND PROSPECTS

Безуглый Т.А., Батурина И.В. 88 Timofey Bezuglyy, Irina Baturina

ПРОБЛЕМА РЕАЛИЗАЦИИ ПРИМЕНЕНИЯ
ОГРАНИЧЕНИЙ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ
РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИИ
В ОТНОШЕНИИ ГОМОСЕКСУАЛЬНЫХ
ПАР В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

THE PROBLEM OF IMPLEMENTING
RESTRICTIONS ON ASSISTED REPRODUCTIVE
TECHNOLOGIES IN RELATION
TO HOMOSEXUAL COUPLES
IN THE RUSSIAN FEDERATION

Белова М.А., Арсланов К.М. 92 Maria Belova, Kamil Arslanov

ГЕННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ С УЧАСТИЕМ ЧЕЛОВЕКА:
РОССИЙСКИЙ И ИНОСТРАННЫЙ ПРАВОВОЙ ОПЫТ

GENETIC RESEARCH WITH HUMAN PARTICIPATION:
RUSSIAN AND FOREIGN LEGAL EXPERIENCE

Довнар А.Н. 100 Alexey Dovnar

НЕКОТОРЫЕ ЭТИКО-ПРАВОВЫЕ
ПРОБЛЕМЫ В СФЕРЕ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ
РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

SOME ETHICAL AND LEGAL ISSUES
IN THE FIELD OF ASSISTED
REPRODUCTIVE TECHNOLOGIES

Досмагулова Д.М. 104 Diana Dosmagulova

ЮРИДИЧЕСКАЯ СУДЬБА БИОЛОГИЧЕСКИХ
МАТЕРИАЛОВ ПРИ ПРЕКРАЩЕНИИ
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ БИОБАНКОВ: ОПЫТ РЕСПУБЛИКИ
КАЗАХСТАН, СОДРУЖЕСТВА НЕЗАВИСИМЫХ
ГОСУДАРСТВ И ЕВРОПЕЙСКОГО СОЮЗА

LEGAL FATE OF BIOLOGICAL MATERIALS UPON
TERMINATION ACTIVITIES OF BIOBANKS:
EXPERIENCE OF THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN,
THE COMMONWEALTH OF INDEPENDENT
STATES AND THE EUROPEAN UNION

Зайкова А.С., Соболева Ю.В. 109 Anastasia Zaikova, Julia Soboleva

АДМИНИСТРАТИВНО-ПРАВОВОЙ СТАТУС
ВРАЧА В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ADMINISTRATIVE AND LEGAL STATUS
OF THE DOCTOR IN THE RUSSIAN FEDERATION

Кошечко И.И., Калецкий Е.Г. 116 Ilya Koshechko, Evgeny Kaletsky

ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ РЕГУЛИРОВАНИЯ
ЭКОЛОГИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ ЗОН
РЕКРЕАЦИОННОГО ВОДОПОЛЬЗОВАНИЯ НА
ТЕРРИТОРИИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

LEGAL ISSUES OF REGULATION
OF THE ENVIRONMENTAL SAFETY
OF RECREATIONAL WATER IN THE TERRITORY
OF THE RUSSIAN FEDERATION

Крупенич Е.А. 129 Elizaveta Krupenich

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПОСМЕРТНОЙ
ТРАНСПЛАНТАЦИИ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ
В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ACTUAL PROBLEMS OF POSTHUMOUS
TRANSPLANTATION
IN THE RUSSIAN FEDERATION

Лебедева Д.А.	136	<i>Diana Lebedeva</i>
ЭВТАНАЗИЯ И ОТКАЗ ОТ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА: РАЗГРАНИЧЕНИЕ ДЕФИНИЦИЙ		EUTHANASIA AND REFUSAL OF MEDICAL INTERVENTION: DELINEATING DEFINITIONS

Радов В.В., Журилов Н.В.	142	<i>Vladislav Radov, Nikolay Zhurilov</i>
ПРОБЛЕМЫ ПРАВА В РЕГЛАМЕНТАЦИИ ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЫ		PROBLEMS OF LAW IN THE REGULATION OF MEDICAL SECRETS

Шклянка Г.А.	150	<i>Grigoriy Shklyanka</i>
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОРФАННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ		CURRENT PROBLEMS OF MEDICINAL PROVISION FOR PATIENTS WITH ORPHANE DISEASES

ЧАСТЬ II. ПРОФИЛАКТИКА И ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ СОВЕРШЕНИЯ ПРАВОНАРУШЕНИЙ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ОСОБЕННОСТИ НАСТУПЛЕНИЯ ЮРИДИЧЕСКОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

Ковалева В.В.	159	<i>Viktoriya Kovalyova</i>
НАРУШЕНИЕ ПРАВ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ОКАЗАНИИ ИМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ		VIOLATION OF THE RIGHTS OF PATIENTS IN PROVIDING THEM WITH MEDICAL CARE

Радов В.В.	163	<i>Vladislav Radov</i>
НЕКОТОРЫЕ ПРОБЛЕМЫ ВИНЫ В ЯТРОГЕННЫХ ПРЕСТУПЛЕНИЯХ		SOME PROBLEMS OF GUILT IN IATROGENIC CRIMES

Фатиева И.А.	169	<i>Irina Fatieva</i>
ОСОБЕННОСТИ КОНСТРУКЦИИ СОСТАВА ПРЕСТУПЛЕНИЯ, ПРЕДУСМОТРЕННОГО СТАТЬЕЙ 235 УГОЛОВНОГО КОДЕКСА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ		CONSTRUCTION PECULARITIES OF THE ELEMENTS OF CRIME SET IN THE ARTICLE 235 OF THE CRIMINAL CODE OF THE RUSSIAN FEDERATION

Чекрыжова Д.Г.	175	<i>Daria Chekryzhova</i>
АДМИНИСТРАТИВНАЯ И УГОЛОВНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА НАРУШЕНИЕ САНИТАРНОГО ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19		ADMINISTRATIVE AND CRIMINAL LIABILITY FOR VIOLATION OF HEALTH LEGISLATION IN THE CONTEXT OF A PANDEMIC COVID-19

РАЗДЕЛ I.

РАЗЛИЧНЫЕ АСПЕКТЫ ТЕОРИИ МЕДИЦИНСКОГО ПРАВА
И ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Данилов А.В., Каташина Т.Б., Исаенкова Е.А.

ЭКСПЕРТНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ НА ТЕРРИТОРИИ ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ: ОСНОВНЫЕ СИСТЕМНЫЕ НАРУШЕНИЯ В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

В статье рассмотрены вопросы правового регулирования качества медицинской помощи, на основе ретроспективной оценки представлены основные итоги деятельности по оценке качества оказанной медицинской помощи застрахованным лицам на территории Воронежской области с учетом работы «института страховых поверенных», в том числе на основе информационной платформы Территориального фонда обязательного медицинского страхования Воронежской области «Информационное сопровождение застрахованных лиц» за период 2017–2019 годы. Отмечено, что важной и перспективной практикой экспертной деятельности в сфере обязательного медицинского страхования (ОМС) на территории региона стало проведение тематических экспертиз, которые отличают адресность экспертных действий и возможность предупреждать системные нарушения медицинской помощи. Медицинская помощь должна быть доступной и качественной, только с этими характеристиками она будет позитивно влиять на здоровье человека. Авторами статьи проанализированы основные системные нарушения в сфере ОМС, возникающие в ходе проведения экспертных мероприятий в медицинских организациях, осуществляющих деятельность в сфере ОМС на территории Воронежской области. Существенной проблемой остаются такие нарушения, как не предоставление и дефекты ведения первичной медицинской документации, нарушения в выполнении необходимых мероприятий в соответствии с порядками и стандартами. Внесены предложения по совершенствованию проведения экспертных мероприятий, направленных на решение системных задач в области улучшения качества медицинской помощи.

Ключевые слова: обязательное медицинское страхование, оказание медицинской помощи, экспертиза качества, врач-эксперт, порядок, организация, проведение, контроль, объемы, сроки, качество, условия предоставления

Alexander Danilov, Tatyana Katashina, Evgenia Isaenkova EXPERT ACTIVITY IN THE TERRITORY OF THE VORONEZH REGION: THE MAIN SYSTEM DISTURBANCES IN THE SPHERE OF COMPULSORY HEALTH INSURANCE

In article questions of legal regulation of quality of medical care are considered, on the basis of retrospective assessment the main results of activities for assessment of quality of the provided medical care are presented to the insured persons in the territory of the Voronezh region taking into account work of «institute of insurance attorneys», including on the basis of the information platform of Territorial fund of compulsory health insurance of the Voronezh region «Information escort of the insured persons» during 2017 — 2019 years. It is noted that in the sphere of the compulsory

health insurance (CHI) in the territory of the region conducting thematic examinations which distinguish targeting of expert actions and a possibility of prevention of system disturbances of medical care became an important and perspective rule of expert activity. Medical care has to be available and qualitative, only with these characteristics it will positively affect human health.

Authors of article analyzed the main system disturbances in the sphere of compulsory health insurance arising during expert actions in the medical organizations which are carrying out activity in the sphere of compulsory health insurance in the territory of the Voronezh region. Such disturbances as not granting and defects of maintaining primary medical documentation, disturbance in performance of necessary actions according to orders and standards remain a vital issue. Suggestions for improvement of holding the expert actions directed to the solution of system tasks in the field of improvement of quality of medical care are made.

Keywords: *obligatory medical insurance, medical care, quality assessment, expert doctor, procedure, organization, conduct, control, volumes, terms, quality, terms of provision*

В соответствии со ст. 19 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» каждый имеет право на медицинскую помощь в гарантированном объеме, оказываемую без взимания платы в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также на получение платных медицинских услуг, в том числе в соответствии с договором добровольного медицинского страхования [1]. Средством реализации указанных прав является доступность и качество оказываемой медицинской помощи.

В профессиональном сообществе с учетом теоретического осмысления и накопленного практического опыта под качеством медицинской помощи (КМП) принято понимать совокупность характеристик медицинской помощи, отражающих ее способность удовлетворять потребности пациентов с учетом стандартов здравоохранения, соответствующих современному уровню медицинской науки. Иными словами, качественная медицинская помощь — это своевременная медицинская помощь, оказанная квалифицированными медицинскими работниками и соответствующая требованиям нормативных правовых актов, стандартов оказания медицинской помощи (протоколов ведения больных), условиям договора или обычно предъявляемым требованиям.

Порядок контроля качества медицинской помощи в системе ОМС утвержден приказом Федерального фонда ОМС от 28.02.2019 №36 «Об утверждении порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» [2]. Приказ определяет правила и процедуру организации и проведения страховыми медицинскими организациями (СМО) и фондами ОМС контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи медицинскими организациями (МО) в объеме и на условиях, которые установлены территориальной программой ОМС и договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС.

Целями контроля качества в системе ОМС являются:

- обеспечение бесплатного предоставления застрахованному лицу медицинской помощи в объеме и на условиях, установленных территориальной программой ОМС;
- защита прав застрахованного лица на получение бесплатной медицинской помощи в объеме и на условиях, установленных территориальной программой ОМС, надлежащего качества в медицинских организациях, участвующих в реализации программ ОМС, в соответствии с договорами на оказание и

- оплату медицинской помощи по ОМС;
- предупреждение нарушений при оказании медицинской помощи, являющихся результатом: несоответствия оказанной медицинской помощи состоянию здоровья застрахованного лица; невыполнения, несвоевременного или ненадлежащего выполнения необходимых пациенту профилактических, диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи; несоблюдения сроков ожидания медицинской помощи;
- проверка исполнения СМО и МО обязательств по оплате и бесплатному оказанию застрахованным лицам медицинской помощи по программам ОМС;
- оптимизация расходов по оплате медицинской помощи при наступлении страхового случая и снижение страховых рисков в ОМС [2].

По мнению И.В. Тимофеева внедрение института КМП в Российской Федерации диктовалось не только международными требованиями к современному здравоохранению, но и поиском качественно новых принципов и механизмов отношений, в том числе правовых, между пациентом, врачом, медицинской и страховой организациями, органами управления и контроля (надзора) в сфере здравоохранения, а также судебными (и внесудебными) органами. Кроме того, одной из важных смысловых составляющих КМП и ее оценки была необходимость повышения эффективности использования ограниченных ресурсов здравоохранения, особенно в периоды неустойчивой экономики. Опыт развития и становления систем КМП в мире показывает, что оценка КМП — это относительно новая технология, позволяющая не только исследовать процесс оказания медицинской помощи, оценить организационно-техническую структуру ресурса здравоохранения, включая обеспеченность квалифицированными кадрами, оснащением и т.д., но и определить фактическое качество результата, от-

ражающее степень приближения к максимально возможному результату лечения [3].

В Территориальном фонде ОМС Воронежской области (ТФОМС ВО) уже более 25 лет функционирует отдел защиты прав граждан и организации контроля объемов и качества медицинской помощи в системе ОМС. Одним из ведущих направлений его работы является анализ результатов оказания медицинской помощи застрахованным гражданам и контроль за СМО, осуществляющими деятельность в сфере ОМС на территории региона [4].

Начиная с 2016 года функционал СМО был расширен за счет работы страховых поверенных. В статье «Деятельность страховых поверенных в сфере ОМС на территории Воронежской области: первые итоги» авторами публикации уже были сделаны выводы о том, что с разворачиванием работы института страховых поверенных оперативность реагирования на случаи ненадлежащего оказания медицинской помощи значительно повысилась, что подтвердило полезность создания данного института, как инструмента оперативного влияния на качество оказания медицинской помощи [5].

Важно отметить, что помимо возможности обеспечения информационного сопровождения застрахованных лиц, которое осуществляется страховыми поверенными СМО на основе информационной платформы ТФОМС ВО «Информационное сопровождение застрахованных лиц» («ИСЗЛ»), интегрированной с региональным сегментом единого регистра застрахованных лиц и информационной системой персонифицированного учета медицинской помощи, полученная из «ИСЗЛ» и реестров счетов на оплату медицинской помощи информация используется страховыми поверенными 3 уровня для контроля качества оказанной медицинской помощи. В свете этого задача сочетания ретроспективных форм контроля со стороны СМО и персонифицированного сопровождения каждого застрахованного лица страховыми представителями в режиме текущего времени приобрела еще большую актуальность для профилактики системных нарушений в деятельности МО.

Важной и перспективной практикой экспертной деятельности в сфере ОМС на территории Воронежской области стало проведение тематических экспертиз. Эти экспертизы отличают два новых важнейших аспекта: адресность экспертных действий и профилактика серьезных нарушений медицинской помощи в период её оказания.

Также важно отметить, что в предыдущие годы работы мы чаще констатировали нарушения прав граждан в сфере здравоохранения, сегодня мы сосредоточили свою деятельность на создании системы экстренных мероприятий по восстановлению нарушенных прав граждан. С целью выявления, установления характера причин типичных ошибок в лечебно-диагностическом процессе с последующей оценкой их негативного влияния на состояние пациента на территории Воронежской области на постоянной основе проводятся тематические экспертизы качества медицинской помощи (ЭКМП) по основным темам и нозологическим формам, влияющим, прежде всего, на демографические показатели. Доля таких экспертиз в общем объеме проведенных экспертных мероприятий за последние три года возросла с 60 до 75 процентов, при этом в каждом третьем случае оказания медицинской помощи были выявлены нарушения, в структуре которых преобладали дефекты в оказании медицинской помощи, не повлиявшие на состояние здоровья пациента (от 58 до 65%).

Специалистами фонда постоянно осуществляется анализ экспертной работы врачей КМП с целью оценки сложившейся ситуации и поиска решения системных проблем, выявляемых при осуществлении контроля качества оказанной медицинской помощи, прежде всего, по тем направлениям, которые определены целевыми значениями критериев доступности и качества медицинской помощи в Постановлениях правительства Российской Федерации и Воронежской области.

Анализ экспертной деятельности, осуществленной на территории Воронежской области за последние три года, показал, что в среднем ежегодно в сфере ОМС проводятся экспертные мероприятия по 500 тыся-

чам случаев оказания медицинской помощи. В поле зрения врачей попадает каждый двадцать четвертый случай оказанной медицинской помощи.

В структуре основных нарушений, выявленных по результатам проведенной медико-экономической экспертизы, лидируют нарушения, связанные с оформлением первичной медицинской документации (ПМД). Доля таких нарушений в регионе растет — с 46,6% в 2017 году до 99% в 2019 году. Медицинские организации не всегда готовы предоставить ПМД для проведения экспертизы, — несмотря на то, что доля этих нарушений за три года снизилась в два раза (19,4% по итогам 2019 года), МО продолжают «терять» финансовые средства по указанным основаниям. В случаях работы с ПМД специалисты-эксперты в каждом пятом случае отмечают наличие признаков искажений сведений, что значительно усложняет проведение экспертизы и зачастую не позволяет сделать правильные и обоснованные выводы. Это системные нарушения в работе МО, которые могут и должны быть исправлены, при этом МО не несет никаких дополнительных финансовых затрат, направленных на минимизацию подобных нарушений. Важно обеспечить персональную ответственность сотрудников МО за внедрение предлагаемых СМО организационных мероприятий, направленных на улучшение доступности и качества медицинской помощи.

При проведении ЭКМП отмечен рост нарушений при оказании медицинской помощи (нарушения в выполнении необходимых мероприятий в соответствии с порядками и стандартами) — с 57,6% в 2017 году до 73,8% по итогам 2019 года в структуре всех выявленных нарушений. Доля нарушений, касающихся ограничения доступности, а именно, взимания платы с застрахованных лиц, также увеличилась за три года почти в 6 раз и составила по итогам 2019 года 0,04%. Все остальные выявленные нарушения были отнесены к «дефектам оформления ПМД».

Проведенный анализ показал, что ведение ПМД зачастую не соответствует установленным требованиям. Об этом свиде-

тельствуют высокий процент и широкий спектр выявленных нарушений. Когда дефекты ПМД носят несущественный характер (отсутствие подписи, неразборчивый почерк), не возникает препятствий к объективной оценке КМП. В случае, когда нарушения существенны (отсутствует часть сведений в анамнезе, нарушена хронология проведения операции, нет записей врачей-консультантов и др.), проведение полноценной ЭКМП становится затруднительной, т.к. утрачивается доказательная база возможного правонарушения, и это влечет за собой сложности в принятии решения о нарушении права пациента [6]. Непредставление ПМД в период проведения экспертных мероприятий равносильно сокрытию официальных документов, совершенному из корыстной или иной заинтересованности. Такие факты обусловлены попыткой МО избежать наказания в виде применения штрафных санкций из-за утраты доказательной базы, а именно, подтверждения факта оказания медицинской помощи.

При этом доля финансовых санкций (от общей суммы принятых к оплате счетов), примененных к МО по итогам осуществления контроля качества оказанной медицинской помощи, достаточно стабильна и сохраняется в регионе на уровне 0,6-0,8%. Главная цель всех проводимых экспертных мероприятий в рамках контроля — это выявление и профилактика системных ошибок в деятельности МО.

Подводя итоги, можно однозначно сделать вывод, что для повышения эффектив-

ности деятельности территориальной системы контроля и управления качеством медицинской помощи, достижения целевых критериев доступности и качества медицинской помощи в рамках реализации Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи представляется целесообразным:

- продолжить осуществление тематических экспертиз, прежде всего, в отношении тех нозологических форм, которые оказывают влияние на демографические показатели;
- в максимальной степени объединять усилия всех экспертов КМП, в первую очередь экспертов, являющихся главными внештатными специалистами департамента здравоохранения Воронежской области по соответствующей специальности (так называемых главных профильных специалистов) для решения системных задач в области улучшения качества медицинской помощи;
- усилить планомерность и целенаправленность деятельности экспертного корпуса на решение не только локальных задач, но и на мероприятиях, направленных на минимизацию системных ошибок и пути достижения стратегических целей;
- работа экспертов должна иметь реальный и оперативный «выход» — предлагаемые ими организационные мероприятия должны внедряться в практику деятельности МО.

Список литературы:

1. Федеральный закон от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ (дата обращения: 8.11.2020)
2. Приказ ФОМС от 28.02.2019 г. №36 «Об утверждении порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» // URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_327064/ (дата обращения: 8.11.2020)
3. Тимофеев И.В. О проблемах правового регулирования качества медицинской помощи, снижающих эффективность реализации конституционного права на охрану здоровья и медицинскую помощь в Российской Федерации // Медицинское право. 2016. Т. 2. №1 (3). С. 248-253.

4. Данилов А.В., Каташина Т.Б. Мониторинг обращений граждан как важнейшее условие обеспечения надлежащего оказания медицинской помощи в системе ОМС // Медицинское право. 2016. Т. 2. №2 (4). С. 69-75.
5. Данилов А.В., Каташина Т.Б., Исаенкова Е.А., Каташина Е.С./ Деятельность страховых поверенных в сфере ОМС на территории Воронежской области: первые итоги / М.: Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья. 2017. В. 5. С. 12-17.
6. Данилов А.В., Каташина Т.Б., Исаенкова Е.А., Каташина Е.С./ Результаты экспертной деятельности в сфере обязательного медицинского страхования на территории Воронежской области / Прикладные информационные аспекты медицины. 2018. Т.21. № 1. С. 76-83.

Об авторах:

Данилов Александр Валентинович — директор ТФОМС Воронежской области, доцент кафедры «Общественное здоровье, здравоохранение, гигиена и эпидемиология ИДПО» Воронежского государственного медицинского университета им. Н.Н. Бурденко, кандидат медицинских наук, Воронеж, vrn@omsvrn.ru

Каташина Татьяна Борисовна — начальник отдела защиты прав граждан и организации контроля объемов и качества медицинской помощи в системе ОМС ТФОМС Воронежской области, доцент кафедры «Общественное здоровье, здравоохранение, гигиена и эпидемиология ИДПО» Воронежского государственного медицинского университета им. Н.Н. Бурденко, кандидат медицинских наук, Воронеж, zpz-ktb@omsvrn.ru

Исаенкова Евгения Александровна — начальник отдела организации ОМС и взаимодействия с участниками и субъектами ОМС ТФОМС Воронежской области, аспирант кафедры «Общественное здоровье, здравоохранение, гигиена и эпидемиология ИДПО» Воронежского государственного медицинского университета им. Н.Н. Бурденко, Воронеж, zpz-iea@omsvrn.ru

Alexander Valentinovich Danilov — director of TFOMS of the Voronezh region, the associate professor «Public health, health care, hygiene and epidemiology of IDPO» of the Voronezh state medical university of N.N. Burdenko, candidate of medical sciences, Voronezh

Tatyana Borisovna Katashina — head of department of protection of the rights of citizens and the organizations of control of volumes and quality of medical care in the TFOMS compulsory health insurance system of the Voronezh region, the candidate of medical sciences, the associate professor «Public health, health care, hygiene and epidemiology of IDPO» of the Voronezh state medical university of N.N. Burdenko, Voronezh

Evgenia Aleksandrovna Isayenkova — head of department of the compulsory health insurance organization and interaction with participants and subjects of compulsory health insurance of TFOMS of the Voronezh region, the graduate student of «Public Health, Health Care, Hygiene and Epidemiology of IDPO» department of the Voronezh state medical university of N.N. Burdenko, Voronezh

© Данилов А.В., Каташина Т.Б., Исаенкова Е.А., 2020

Для цитирования:

Данилов А.В., Каташина Т.Б., Исаенкова Е.А. Экспертная деятельность на территории Воронежской области: основные системные нарушения в сфере обязательного медицинского страхования // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2020. №2 (12). С. 13-19.

For citation:

Danilov A.V., Katashina T.B., Isaenkova E.A. Expert activity in the territory of the Voronezh region: the main system disturbances in the sphere of compulsory health insurance // М.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2020. №2 (12). P. 13-19.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare that there is no conflict of interest.

Статья поступила в редакцию 23.11.2020 г.

Долженкова Е.В., Зуев Д.И.

ПОНЯТИЕ И ПРАВОВАЯ ОСНОВА ПРОВЕДЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

В статье авторы проводят теоретико-правовой анализ законодательной базы, регламентирующей проведение медицинской экспертизы в Российской Федерации. Целью работы является анализ нормативно-правовой основы медицинской экспертизы, видовая классификация, формулирование основных проблем и коллизий, возникающим в нормативно правовых источниках, регламентирующих рассматриваемую область, а также отсутствие или наличие системы между ними.

В ходе работы был проведен анализ данной области, из этого сформулированы следующие проблемы, отсутствие четкого определения «медицинская экспертиза», недостаточная связь между нормативно правовыми источниками, регламентирующими данную область, а именно отсутствие системы между ними.

На основе проведенного исследования авторами предлагается ввести полное, проработанное понятие медицинской экспертизы, модернизировать, и устранить недоработки в правовом регулировании проведения медицинской экспертизы.

Ключевые слова: правовые основы медицинской экспертизы, медицинская экспертиза, независимая экспертиза, контроль

Ekaterina Dolzhenkova, Dmitry Zuev

THE CONCEPT AND LEGAL BASIS OF MEDICAL EXAMINATIONS IN THE RUSSIAN FEDERATION

In the article, the authors conduct a theoretical and legal analysis of the legislative framework governing medical examination in the Russian Federation. The aim of the work is to analyze the regulatory-legal basis for medical expertise, species classification, the formulation of the main problems and conflicts arising in the normative legal sources regulating the area under consideration, as well as the absence or the presence of a system between them.

In the course of the work, an analysis of this area was carried out, from this the following problems were formulated, the lack of a clear definition of «medical examination», insufficient communication between the normative legal sources regulating this area, namely the absence of a system between them.

On the basis of the study, the authors propose to introduce a complete, well-developed concept of medical expertise, modernize, and eliminate shortcomings in the legal regulation of medical expertise.

Keywords: legal basis of medical expertise, medical expertise, independent expertise, control

Незадолго до настоящего времени, был принят новый Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее — Закон об основах охраны здоровья граждан) который стоит считать основополагающим в нормативно правовой основе охраны здоровья и системы здравоохране-

ния страны в целом. В данном законе одна из глав посвящена, медицинской экспертизе и медицинскому освидетельствованию. Понятие медицинской экспертизы вводит статья 58, а также, данная статья определяет классификацию проводимых в Российской Федерации экспертиз. Ко всему этому, в статье 58, закладывается общее положение

о проводимой в РФ независимой экспертизы. Определение медицинской экспертизы, приведенной в статье 58 ФЗ №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» является следующим, медицинской экспертизой является проводимое в установленном порядке исследование, направленное на установление состояния здоровья гражданина, в целях определения его способности осуществлять трудовую или иную деятельность, а также установления причинно-следственной связи между воздействием каких-либо событий, факторов и состоянием здоровья гражданина [1].

Из проведённого анализа определения медицинской экспертизы, следует вывод, что данное понятие является некорректным, так как в нем не содержится оговорка о том, что медицинская экспертиза является медицинской деятельностью, осуществляемой на профессиональной основе. Стоит отметить, что в статье 2 Закона об основах охраны здоровья граждан имеется понятие медицинской деятельности, где говорится следующее: медицинская деятельность — это профессиональная деятельность по оказанию медицинской помощи, проведению медицинских экспертиз, медицинских осмотров, медицинских освидетельствований [3]. Из этого следует, деятельность и экспертиза связаны между собой, но исходя из определения медицинской экспертизы, неясно, относится ли она вообще к виду медицинской деятельности, и вправе ли ее осуществлять только медицинские работники, а не лица, работающие в учреждении проводящим экспертизу не имеющего должного образования и опыта. Вторым пробелом можно назвать попытку обобщить цели всевозможных экспертиз во что-то общее, что негативно сказывается на формулировке целей каждой конкретной экспертизы.

Проводя сравнение целей каждой конкретной экспертизы, с целями вытекающими из обобщенного понятия, которые прописаны в других статьях данной главы можно отметить, что для каждой конкретной экспертизы появляются новые

цели, не зафиксированные в обобщенном понятии, что делает данное понятие «неэффективным» и «неинформативным». В пример приведем статью 62 Закона об основах охраны здоровья граждан, которая формулирует следующее: судебно-медицинская и судебно-психиатрическая экспертизы проводятся для установления обстоятельств, подлежащих доказыванию по конкретному делу. Назначенная судом экспертиза, носит комплексный характер, что отражается в ГПК РФ и УПК РФ.

Так, вред здоровью может быть причинен во время нахождения в медицинской организации на лечении, действиями как работниками медицинского учреждения, так и сторонними лицами, не относящимися к медицинскому учреждению.

Отсутствие упоминания контроля за медицинской экспертизой в статье 58 вышеупомянутого закона, является еще одним существенным недостатком. Контроль за проведением медицинских экспертиз осуществляется в соответствии с Приказом Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения от 10 июля 2020 г. №5974 «Об утверждении Административного регламента Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по осуществлению государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности». В частности, в ч. 3 статьи 4 указано, что предметом государственного контроля является соблюдение медицинскими организациями порядка проведения медицинских экспертиз [2]. Административный регламент часто подвергается изменениям и не имеет своего отражения в ФЗ №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в частности в статьях, посвященных проведению медицинских экспертиз [5].

Из всего вышесказанного следует вывод о том, что попытка сформулировать единое, обобщенное понятие медицинской экспертизы, является утопичной задачей, так как многообразие форм медицинских экспертиз не предоставляет сделать это возможным, потому что у каждой экспертизы существует определенная специфика.

Проведённый нами краткий анализ выявил отсутствие четкой системы нормативно-правовых актов, регулирующих проведение медицинской экспертизы, усложняет процесс контроля за ее проведением, что сказывается на достоверности, качестве, конечного результата.

По нашему мнению, законодателю нужно выполнить конкретную работу по модернизации и приведению в соответствие между собой объёмного комплекса нормативно-правовых документов, регулирующих проведение медицинской экспертизы [4].

Список литературы:

1. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 №323-ФЗ (последняя редакция) URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ (дата обращения: 12.11.2020)
2. Приказ Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения от 10 июля 2020 г. №5974 «Об утверждении Административного регламента Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по осуществлению государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности» URL: <http://base.garant.ru/74482381/> (дата обращения: 12.11.2020)
3. Гецманова И.В. Актуальные вопросы правовой оценки и расследования преступлений, связанных с дефектами оказания медицинской помощи // Медицинское право. 2007. №2. С. 33-40.
4. Долженкова Е.В., Ларина О.Г., Поцелуева О.А. Истоки кодификации медицинского законодательства российского государства: историко-правовое исследование // Известия Юго-Западного государственного университета. 2016. №4 (67). С.184-189.
5. Федосюткин Б.А. Некоторые аспекты медицинской криминалистики // Адвокат. 2007. №7. С. 28-37.

Об авторах:

Долженкова Екатерина Викторовна — доцент кафедры теории и истории государства и права, юридического факультета Юго-Западного государственного университета, кандидат исторических наук, Курск, katushenka88@yandex.ru

Зуев Дмитрий Игоревич — студент юридического факультета Юго-Западного государственного университета, Курск, diz760@gmail.com

Ekaterina Viktorovna Dolzhenkova — associate professor of the Department of Theory and History of State and Law, Faculty of Law, South-West State University, Ph.D., Kursk

Dmitry Igorevich Zuyev — student of the Faculty of Law, South-West State University, Kursk

© Долженкова Е.В., Зуев Д.И., 2020

Для цитирования:

Долженкова Е.В., Зуев Д.И. Понятие и правовая основа проведения медицинских экспертиз в Российской Федерации // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2020. №2 (12). С. 20-23.

For citation:

Dolzhenkova E.V., Zuev D.I. The concept and legal basis of medical examinations in the Russian Federation // М.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2020. №2 (12). P. 20-23.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare that there is no conflict of interest.

Статья поступила в редакцию 25.11.2020 г.

Капштык Ю.Н.

МЕДИАЦИЯ – СОВРЕМЕННЫЙ СПОСОБ РАЗРЕШЕНИЯ КОНФЛИКТА И ЭФФЕКТИВНОЕ РЕШЕНИЕ ДЛЯ СНИЖЕНИЯ АДМИНИСТРАТИВНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ МЕДУЧРЕЖДЕНИЯ

Медиа́ция — способ для разрешения конфликтов в медицинской сфере, с учетом специфики и категорий конфликтов, которая способна выявить причины конфликта и урегулировать во внесудебном порядке. Отказ от добровольного участия и урегулирования в медиации рассмотрен как процессуальное доказательство, в случае не достижения сторонами согласия, определения мер урегулирования и передачи конфликта на рассмотрение суда. Рассмотрены требования к медиаторам, занимающимся спорами в медицинских организациях и требования к уровню их профессиональной подготовки и компетентности. Рекомендовано участие по выявлению и урегулированию причин конфликта, с целью освобождения от административной ответственности персонально медработника или медучреждения, отказа от жалобы как основания для проверки контрольными органами.

Ключевые слова: медиация, медучреждение, медицинское право

Yuriy Kapshtyk

MEDIATION IS A MODERN WAY TO RESOLVE CONFLICTS AND AN EFFECTIVE SOLUTION TO REDUCE THE ADMINISTRATIVE RESPONSIBILITY OF MEDICAL INSTITUTIONS

Mediation is a method for resolving conflicts in the medical field, taking into account the specifics and categories of conflicts, which is able to identify the causes of the conflict and resolve it out of court. refusal of voluntary participation and settlement in mediation is considered as a procedural proof, in case the parties do not reach an agreement, determine settlement measures and transfer the conflict to the court. The requirements for mediators dealing with disputes in medical organizations and the requirements for the level of their professional training and competence are considered. it is recommended to participate in identifying and resolving the causes of the conflict, in order to release a medical worker or a medical institution from administrative responsibility, and to refuse a complaint as a basis for verification by control bodies.

Keywords: mediation, medical institution, medical law

Современные тенденции развития системы предоставления медицинских услуг неразрывно связаны с возникновением конфликтов категорий «пациент/врач», «пациент/медучреждение», а также межличностных отношений и таких, как вопросы трудового права «сотрудник/медучреждение».

Эскалация конфликта перерастает в противостояние в судебной плоскости и обращением с жалобами к контрольным

органам, с последующими проверками и соответствующими предписаниями, принятию мер административного и дисциплинарного воздействия.

Для цели урегулирования подобных конфликтов в до- и внесудебном порядке, а также устранения причин для проверок и административной ответственности служит входящий в деловой и межличностный оборот инструмент — медиация, как альтернативный способ урегулирования кон-

фликта при посредничестве медиатора, — как компетентного специалиста.

«Каждый вправе защищать свои права и свободы всеми способами, не запрещенными законом» — гарантируется ч. 2 ст. 45 Конституции Российской Федерации [1], что является правовой основой для использования в России процедуры медиации.

Порядок гражданского и арбитражного судопроизводства, как основной и укоренившийся способ решения возникшего конфликта или спора, определяется Конституцией Российской Федерации, Федеральным конституционным законом «О судебной системе Российской Федерации» [2], Арбитражным процессуальным кодексом РФ [3], Гражданским процессуальным кодексом РФ [4], федеральными законами, порядок гражданского судопроизводства у мирового судьи — также Федеральным законом «О мировых судьях в Российской Федерации» [5].

К числу законов, обеспечивающих реализацию и защиту прав граждан и осуществлению правосудия, относится и Федеральный закон РФ от 27 июля 2010 г. №193-ФЗ «Об альтернативной процедуре урегулирования споров с участием посредника (процедуре медиации)» [6], создающий правовые условия для развития в Российской Федерации альтернативных способов урегулирования споров при участии независимых лиц — медиаторов при разрешении споров в медицинской сфере.

В чем же главное преимущество медиации? В том, что, договорившись, стороны не прекращают прямые взаимоотношения, а продолжают взаимодействия, имея обязательства и добровольное исполнение на основании медиативного соглашения, которое может быть удостоверено нотариально, утверждаемое судом как мировое соглашение, при условии, что, подписывая стороны не нарушили права третьих или иных сторон.

Кроме того, достижение сторонами конфликта соглашения по сути спора, является как устранением оснований для начала судебного разбирательства, так и способствует снижению административной ответственности медучреждения и персонально врача, если причиной конфликта является нарушение межличностной коммуникации.

Преимущество медиации как раз и заключается в том, что в медиативном соглашении стороны конфликта вправе выйти за рамки договоренностей по причинам и факту конфликта и могут указать весь перечень мер урегулирования, подлежащих добровольному исполнению каждым из участников. К таким мерам можно отнести — публичные или персональные извинения и возмещение или компенсация вреда, с указанием сроков исполнения, в случае признания одной из сторон своей «неправоты», отзыв жалобы в контрольный орган или в суд, обоюдное принятие мер к сохранению конфиденциальности, прекращению распространения негативной информации, что является репутационным риском и причиной снижения лояльности к медучреждению и персональному медработнику.

При этом, важно учитывать такие факторы, как специфика конфликта в медицинской сфере, медиабелен ли спор и можно ли применять медиацию и медиативный подход руководителю, врачу и медицинскому юристу, что несомненно выдвигает особые требования к компетенциям медиатора. Медиатор, специализирующийся на разрешении конфликтов в медицинской сфере обязан кроме профессионального образования по медиации иметь специализацию по медицинским спорам. Требование обусловлено возможным наличием причины конфликта — врачебная ошибка, что соответственно делает спор не медиабельным и не разрешимым, находится вне компетенции как медиатора, так и последствий с точки зрения требований закона, так как в зависимости от степени ошибки и ее последствий наступает не только административная, но и уголовная ответственность виновного.

И к таким вопросам знаний и компетенций медиатора по медицинским спорам относятся:

- законодательство о медицине;
- требования к качеству медицинских услуг;
- административная и уголовная ответственность;
- категории медицинских конфликтов и их медиабельность;

- особенности применения медиации при разрешении медицинских конфликтов;
- возможности применения медиации и медиативных техник в медицинской сфере;
- документирование оформления участия в медиации и итогов проведения медиации.

Основываясь на личном опыте можно утверждать, что изначально, не имея медицинского образования, без прохождения дополнительного обучения по направлению «Контроль качества медицинских услуг», без понимания особенностей предъявляемых требований в медицинской среде, понимания её специфики, эффективность усилий заведомо будет низкой ввиду отсутствия понимания объемного комплекса процессов в медицине и здравоохранении, их взаимосвязи и последствий.

Статьей 98 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [7] предусмотрена ответственность в сфере охраны здоровья медицинскими организациями, медицинскими работниками и фармацевтическими работниками, которые несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации за нарушение прав в сфере охраны здоровья, причинение вреда жизни и (или) здоровью при оказании гражданам медицинской помощи.

Разрешение спора методом медиации можно сравнить с коллаборацией юридического права и психологии, но при этом, не заменяя и не подменяя их, а имеет главную цель — урегулирование конфликта (спора) договоренностями и добровольным исполнением, путем снижения эмоционально — психологического накала, но строго в соответствии с требованием закона.

В качестве примера можно привести случай из практики, состоящий в возникновении конфликта между клиентом клиники пластической хирургии и пациентом. Причина — мнение клиента о том, что итоговый результат не соответствует его желанию. При проведении процедуры медиации было установлено, что у клиента имеется свое представление и ожидания в отношении результата, но в момент обращения он не донес

их до хирурга, в результате чего возникло недопонимание. Впоследствии пациент признал, что в результате проведенной операции нарушений и дискомфорта не возникло. Эстетические же противоречия были устранены в результате достигнутого соглашения, в рамках которого в клинике были выполнены дополнительное вмешательство. В итоге клиентом были отозваны все жалобы в контрольные органы, конфликт урегулирован в полном объеме и вопрос не был передан на разрешение судом.

Стоит отметить, что Верховный суд, обобщая статистику применения судами закона о медиации в справках за 2015-2019 годы отмечал, что судами общей юрисдикции по первой инстанции с проведением медиации было урегулировано в 1115 делах, из которых в 916 делах на основе медиативного соглашения было утверждено мировое соглашение [7, 8].

Проблема несомненно заключается в незнании основным числом граждан, медицинских работников и юристов, специализирующихся в области медицинского права, о таком способе решения комплексных вопросов, как медиация, о ее возможностях и законности в сочетании с особенностями процессуального характера.

Также имеется проблема учета возможности применения медиации при составлении договоров оказания платных медицинских услуг. Так, при заключении такого рода договора, если в нём указана возможность медиативной огласки, при наступлении разногласий стороны могут добровольно обратиться к процедуре медиации. При этом развитие правовых отношений сторон приобретает иной процессуальный характер, предусматривающий разрешение спора в досудебном порядке, и, соответственно, заблаговременное направление претензии с указанием срока возможного исполнения или урегулирования с целью примирения сторон.

Пунктом 5 статьи 7 ФЗ №193-ФЗ предусмотрено, что, если одна из сторон направила в письменной форме предложение об обращении к процедуре медиации и в течение тридцати дней со дня его направления или в течение иного указанного в

предложении разумного срока не получила согласие другой стороны на применение процедуры медиации, такое предложение считается отклоненным.

Соответственно, по смыслу статьи, предложение направляется в письменной форме, а это значит, что документ приобретает доказательную силу. Направление предложения посредством почтовой связи Почты РФ в соответствии Федерального закона «О связи» с описью вложения и уведомлением о вручении (что, по нашему мнению, является наиболее оптимальным), или путем электронной почты сети Интернет, или при помощи курьерской доставки с отметкой о вручении, формирует отчетный документ о доставке. Соответственно, сторона-инициатор имеет подтверждение добросовестности поведения и фактического принятия мер к разрешению спора в досудебном порядке.

Независимо от решения получившей стороны, у стороны-инициатора идет формирование доказательной базы, в случае обращения в суд и при этом доказательства подтверждены почтовыми операторами.

Согласно требованиям статьи 59 ГПК РФ суд принимает только те доказательства, которые имеют значение для рассмотрения и разрешения дела. А учитывая предусмотренные статьей 56 ГПК подтверждение направления предложения о медиации является письменным доказательством стороны.

Таким образом, принимая решение обращения к медиатору, сторона получает возможность подтвердить свои намерения и действия доказательством в суде, передав суду заверенные копии (оригиналы) почтовых уведомлений, копии предложения, подтверждающие факт получения документа другой стороной.

Для эффективного разрешения споров в медицинской сфере и формирования до-

верия как со стороны граждан, так и медицинского сообщества, требуется время, высоко профессиональная и компетентная работа медиаторов, специализирующихся на таких конфликтах. К сожалению, на сегодняшний день, юридическое сообщество не может в должной мере удовлетворить существующие потребности из-за недостаточного количества профессионально подготовленных специалистов.

Несомненно, практика применения медиации в медицинской сфере будет сформирована, станет эффективным инструментом в деятельности руководителей медицинских учреждений и представителей юридических профессий по медицинскому праву, будет способствовать росту востребованности услуг медиаторов, повышению имиджа и лояльности к медучреждению и медиаторам, что в совокупности влияет на договорную способность общества в целом. Это будет всячески способствовать мирному разрешению конфликтных ситуаций в рамках договорных отношений.

В заключении стоит отметить, что согласно справкам о практике применения судами Федерального закона от 27 июля 2010 г. №193-ФЗ «Об альтернативной процедуре урегулирования споров с участием посредника (процедуре медиации)» [9, 10], за период 2014-2019 года ни в судах общей юрисдикции, ни в арбитражных судах действия медиаторов не оспаривались. Случаи обращения в суд с исками к медиаторам (в частности, о возмещении вреда, причиненного вследствие проведения процедуры медиации) также отсутствуют, что говорит о качественной подготовке медиаторов в России, ответственном и профессиональном их подходе к своей деятельности. Этот положительный опыт должен служить основой для дальнейшего развития медиации.

Список литературы:

1. Конституция Российской Федерации: принята всенародным голосованием 12 декабря 1993 г. // Собрание законодательства РФ. 2014. № 31. Ст. 4398.
2. О судебной системе Российской Федерации: федеральный конституционный закон от 31 декабря 1996 г. № 1-ФКЗ // Российская газета. 1997. 06 января.
3. Арбитражный процессуальный кодекс Российской Федерации: Федеральный закон от 24 июля 2002 г. № 95-ФЗ // Собрание законодательства РФ. 2002. № 30. Ст. 3012.

4. Гражданский процессуальный кодекс Российской Федерации: Федеральный закон от 14 ноября 2002 г. № 138-ФЗ // Российская газета. 2002. № 2202.
5. О мировых судьях в Российской Федерации: Федеральный закон от 17 декабря 1998 г. № 188-ФЗ // Российская газета. 1998. № 242.
6. Об альтернативной процедуре урегулирования споров с участием посредника (процедуре медиации): Федеральный закон от 27 июля 2010 № 193-ФЗ // Российская газета. 2010. № 168.
7. Федеральный закон от 21.11.2011 г. №323-ФЗ (ред. от 22.10.2014 г.) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Собрание законодательства РФ. 28.11.2011. №48. Ст. 6724.
8. Справка о практике применения Федерального закона «Об альтернативной процедуре урегулирования споров с участием посредника (процедуре медиации)»: утв. Президиумом Верховного Суда РФ 6 июня 2012 г. // URL: <https://vsrf.ru/files/14888/> (дата обращения: 18.11.2020)
9. Справка о практике применения судами Федерального закона «Об альтернативной процедуре урегулирования споров с участием посредника (процедуре медиации)»: утв. Президиумом Верховного Суда РФ 22 июня 2016 г. // URL: <http://legalacts.ru/sud/spravka-o-praktike-primeneniia-sudami-federalnogo-zakona-ot-27-iiulia-2010-g-n-193-fz-ob-alternativnoi-protsedure-uregulirovaniia/> (дата обращения: 18.11.2020)
10. Справка о практике применения судами Федерального закона от 27 июля 2010 г. №193-ФЗ «Об альтернативной процедуре урегулирования споров с участием посредника (процедуре медиации)» за период с 2013 по 2014 год» (утв. Президиумом Верховного Суда РФ 01.04.2015) // URL: <http://legalacts.ru/doc/spravka-o-praktike-primeneniia-sudami-federalnogo-zakona/> (дата обращения: 18.11.2020)

Об авторе:

Капштык Юрий Николаевич — член Общественного Совета Роздравнадзора территориального органа при Правительстве Москвы и Московской области, магистр юриспруденции, Москва, 9104268593@mail.ru

Yuriy Nikolaevich Kapshtyk — member of the Public Council of Roszdravnadzor, a territorial body under the Government of Moscow and the Moscow Region, Master of Law, Moscow

© Капштык Ю.Н., 2020

Для цитирования:

Капштык Ю.Н. Медиация — современный способ разрешения конфликта и эффективное решение для снижения административной ответственности медучреждения // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2020. №2 (12). С. 24-28.

For citation:

Kapshtyk Yu.N. Mediation is a modern way to resolve conflicts and an effective solution to reduce the administrative responsibility of medical institutions // M.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2020. №2 (12). P. 24-28.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

The author declares that there is no conflict of interest.

Статья поступила в редакцию 27.11.2020 г.

Киселева А.Ю.

ПРИМЕНЕНИЕ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ: АСПЕКТЫ МЕДИЦИНСКОГО ПРАВА

В статье идентифицируются и анализируются правовые и этические проблемы, которые возникают в связи с применением искусственного интеллекта («ИИ») в здравоохранении. Такими проблемами являются: возможность предоставления надлежащего информированного согласия пациента; порядок контроля безопасности и качества систем искусственного интеллекта, применяемых в медицинских целях; а также распределение ответственного за вред здоровью пациента, наступивший в результате применения (или в связи с этим) технологий ИИ в процессе оказания медицинской помощи. Перечисленные вопросы рассматриваются в контексте российского права и в отношении основных задействованных субъектов: медицинские работники, пациенты, медицинские организации, производители медицинских систем ИИ.

Ключевые слова: искусственный интеллект, здравоохранение, медицинское изделие, информированное согласие, качество, безопасность, ответственность, прозрачность

Anastasiya Kiseleva

APPLICATION OF ARTIFICIAL INTELLIGENCE IN HEALTHCARE: ASPECTS OF MEDICAL LAW

The article identifies and provides the analysis of legal and ethical challenges posed by the use of artificial intelligence (AI) in healthcare. These challenges are: ability to provide sufficient informed consent by patient; rules applicable to control of safety and quality of AI systems used for medical purposes and allocation of liability for the harm caused to patient as a result or in relation to the use of AI in providing medical services. The mentioned challenges are explored in the context of Russian law and in relation to the main involved subjects: medical professionals, patients, medical organizations and manufacturers of AI medical systems.

Keywords: artificial intelligence, healthcare, medical device, informed consent, quality, safety, liability, transparency

«Искусственный интеллект («ИИ») трансформирует множество областей» [13]. Это становится возможным, в том числе, за счет прогресса алгоритмических моделей и увеличивающейся доступности массивов больших данных [12]. «ИИ становится все более эффективным, быстрым и приносит меньше издержек в задачах, которые традиционно выполнялись людьми» [13]. Одной из самых важных и многообещающих областей применения ИИ является здравоохранение. «ИИ способен обнаружить аномалии и неожиданные корреляции в данных;

делать предположения, используемые для открытия новых терапевтических техник, обнаружения причин болезней и способов их предотвращения, для постановки диагноза и лечения» [13]. Все это позволяет увеличивать точность и скорость принятия решений, высвобождать время врачей, тем самым улучшая качество медицины и здравоохранения и делая их более пациенто-ориентированными [13].

Технологии ИИ сегодня активно применяются в различных областях медицины и здравоохранения. Например, Сбербанк

анонсировал, что разработанная им модель ИИ для анализа маммографических снимков была испытана в Томском областном онкологическом диспансере [17]. Проект Botkin.AI разработал платформу для обработки и анализа медицинских изображений, основанную на технологиях ИИ [21]. Аналогично, платформа «Третье мнение» предоставляет ИИ продукты для распознавания патологий на медицинских изображениях и мониторинга безопасности пациентов [19]. Все три названные технологии были эффективно задействованы при диагностике и лечении COVID-19 [20; 21 и 14]. Например, «была показана высокая чувствительность системы Botkin.AI при определении основных синдромов, характерных для вирусных пневмоний: по предварительным данным, она составила не менее 87%» [18]. В Москве проводится эксперимент Mosmed.AI, направленный на применение инновационных технологий в области компьютерного зрения для анализа медицинских изображений [22]. Примечательно, что WebiomedAI — система предиктивной аналитики и управления рисками в здравоохранении на основе ИИ — уже была зарегистрирована Росздравнадзором в качестве медицинского изделия [15]. Вопросы контроля качества и безопасности ИИ в медицине будут рассмотрены далее, однако регистрация ИИ в качестве медицинского изделия является важным шагом как для разъяснения процедур, применимых к ИИ, так и для снижения правовых барьеров для его применения.

«Преимущества использования ИИ идут в связке с правовыми и этическими вызовами, которые вызваны особой природой ИИ» [13]. Наиболее точные и быстрые технологии ИИ — глубинного машинного обучения — автономны и самообучаемы. Это означает, что после того, как алгоритм прошел стадию тренировки на заданных моделях и изначальных данных, в дальнейшем он способен самостоятельно адаптироваться с учетом новых получаемых вводных. Кроме того, механизм принятия решений ИИ не всегда прозрачен — зачастую даже разработчики алгоритма не могут досконально понять, как был сгенерирован тот

или иной результат. Совокупность описанных характеристик ИИ — автономность, самообучаемость, непрозрачность решений — затрудняет возможность обоснования, предсказания и контроля качества диагностических и терапевтических решений. Эта проблема затрагивает различные группы субъектов (медицинские организации, пациенты, медицинские работники, производители медицинских продуктов с использованием ИИ) и существует на нескольких уровнях в зависимости от отношений между субъектами.

На внешнем уровне — в отношениях между медицинским работником и пациентом — непрозрачность и автономность решений ИИ — затрудняет соблюдение требования получения информированного согласия пациента перед осуществлением медицинского вмешательства. Такое согласие является выражением принципа автономности пациента и в своей основе подразумевает прозрачность процедур, последствий диагностики и лечения для того, чтобы пациент мог принять самостоятельное решение о предлагаемом медицинском вмешательстве.

«Требование информированного согласия пациента закреплено как в международном, так и в российском правовых порядках» [13]. Статья 5 Конвенции о защите прав и достоинства человека в связи с применением достижений биологии и медицины предусматривает: «Медицинское вмешательство может осуществляться лишь после того, как соответствующее лицо даст на это свое добровольное письменное согласие. Это лицо заранее получает соответствующую информацию о цели и характере вмешательства, а также о его последствиях и рисках» [8]. Российское право содержит более детализированное и регламентированное требование. Так, ст. 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» устанавливает: «Необходимым **предварительным** условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство на основании **предо-**

ставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи».

В случае, если при медицинском вмешательстве предполагается использование изделия, содержащего ИИ, получение предварительного информированного согласия затруднено по нескольким причинам. Прежде всего, достаточно сложно однозначно определить, что будет являться надлежащей формой представления информации о сложных алгоритмах пациенту, который не обладает специальными техническими знаниями. Кроме того, открытым является ответ на вопрос, какой объем информации о методах оказания медицинской помощи будет являться полным, если при этом задействован ИИ: достаточно ли упоминания о том, что ИИ будет использован или нужно предоставить, например, детализированное описание принципов и правил работы алгоритмов, и если да, то в каком объеме.

Однако основные проблемы получения информированного согласия на уровне пациента, вытекают из сложностей на уровне самого медицинского работника. Медицинский работник — это субъект, на котором лежит обязанность информирования пациента. Однако непрозрачность, автономность и неполная предсказуемость алгоритмов ИИ затрудняют обладание полной и доступной информацией самим медицинским работником. Зачастую даже разработчики ИИ не могут объяснить причины принятия ИИ того или иного решения за счет так называемого эффекта «черного ящика». Для медицинского работника, который не обладает специальными техническими знаниями, это является практически невыполнимой задачей. Совокупность этих причин затрудняет оценку врачом верности решения, сгенерированного ИИ. Конечно, квалификация врача в медицине позволяет определить абсолютно неверное решение, однако в менее очевидных случаях сомнения специалиста сложно разрешить. Кроме

того, самообучение алгоритмов (то есть их адаптация на основе новых данных) не позволяет гарантированно прогнозировать результаты использования ИИ и таким образом заранее однозначно определять риски и последствия оказания медицинской помощи. Эти сложности на внутреннем уровне — уровне медицинского работника — влияют на возможность предоставления необходимой информации пациенту, то есть на внешнем уровне.

Часть описанных вопросов может быть решена за счет применения процедур контроля качества и безопасности использования ИИ в медицине. В конечном итоге при назначении лекарства от врача не требуется описание сложных химических формул, лежащих в его основе, а также гарантирование того, что лекарство подействует. Вместо этого, врач полагается на информацию о клинических испытаниях лекарства и следует инструкциям по его применению, предлагаемым производителем. Зная, что лекарство прошло государственный контроль, врач не обязан каждый раз проверять его безопасность и эффективность. Более того, производитель не гарантирует действие лекарства и предупреждает о побочных последствиях. Аналогичное обоснование можно применять и к ИИ.

Для того чтобы определить, распространяются ли существующие механизмы государственного контроля на применение ИИ в здравоохранении, нужно ответить на вопрос, является ли ИИ медицинским изделием («МИ»). Согласно ст. 38 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», «медицинскими изделиями являются: любые <...> изделия, применяемые в медицинских целях отдельно или в сочетании между собой, а также вместе с другими принадлежностями, необходимыми для применения указанных изделий по назначению, включая **специальное программное обеспечение**, и предназначенные производителем для: профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации заболеваний, мониторинга состояния организма человека, проведения медицинских исследований и иных медицинских целей» [3].

Определение предусматривает, что программное обеспечение («ПО») рассматривается как принадлежность к основному изделию, что в настоящее время, в условиях диджитализации медицины и здравоохранения, не всегда применимо. Поэтому 07 июля 2020 года был принят Приказ Минздрава №686м, который включил ПО в перечень медицинских изделий как отдельный вид, а также добавил систему классификации ПО как МИ в зависимости от возможных рисков. Такая адаптация правил к ПО увеличивает эффективность контроля за безопасностью, качеством и эффективностью МИ.

Однако для понимания, распространяются ли формально текущие правила на медицинские продукты с ИИ, следует ответить на вопрос, является ли ИИ программным обеспечением. Для этого следует обратиться к нормативно-правовому акту, дающему определение ИИ — Указу Президента РФ от 10 октября 2019 г. №490 «О развитии искусственного интеллекта в РФ». Согласно Указу, ИИ — это «комплекс технологических решений...» [6]. Комплекс технологических решений в свою очередь включает в себя «информационно-коммуникационную инфраструктуру, ПО (в том числе в котором используются методы машинного обучения), процессы и сервисы по обработке данных и поиску решений» [6]. Указ рассматривает ИИ как нечто, что включает в себя ПО, но при этом является более широким понятием. Однако пояснительная записка к проекту ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты РФ в связи с принятием Федерального закона «Об экспериментальных правовых режимах в сфере цифровых инноваций в РФ» (в части развития технологий искусственного интеллекта и больших данных) №258-ФЗ» дает более определенный ответ на этот вопрос: «Технологии ИИ, применяемые в медицинских целях, представляют собой ПО, в связи с чем они относятся к категории медицинских изделий» [11]. Таким образом, законодательное регулирование применения ИИ в сфере здравоохранения направлено в сторону распространения на ИИ правил регистрации и контроля МИ.

Более того, такой вектор регулирования уже закреплен законодательно. Правительство РФ 24 ноября 2020 года приняло Постановление, которое включает технологии ИИ в сферу применения правил регистрации МИ, а также сразу упрощает соответствующую процедуру [5]. Для МИ с применением технологий ИИ первый этап регистрации, при котором осуществляется экспертиза документации и который длится до 20 (двадцати) рабочих дней, не применяется. «Теперь подобные цифровые продукты будут проходить процедуру государственной регистрации в один этап» [16] — этап экспертизы полноты и результатов испытаний и исследований [4, п. 21(б)]. Как отмечается на сайте Правительства, «это ускорит вывод на рынок инновационных разработок в сфере здравоохранения» [16]. Действительно, такая инициатива вносит правовую определенность в части правил, который распространяются на контроль качества и безопасности изделий с ИИ, а также стимулирует производителей к инновациям и соблюдению норм регистрации.

Однако остается открытым вопрос, адаптированы ли текущие правила регистрации медицинских изделий к специфике ИИ. Несмотря на то, что медицинский ИИ законодателем предлагается относить к ПО, ИИ технологически не идентичен стандартному ПО. Основное отличие, влияющее, в том числе, на процедуру контроля, это возможность алгоритмов адаптироваться на основании загружаемых в него данных. Это означает, что изделие с ИИ может измениться на основании самообучения после его государственной регистрации. То есть изделие с ИИ не зафиксировано в одном состоянии, в отличие от стандартного ПО. Это может создавать опасные ситуации, когда используемое изделие отличается от того, которое прошло испытания и получило регистрацию. Все это влияет на безопасность, эффективность изделия с ИИ, а также может снижать порог доверия медицинских работников к соответствующим технологиям.

Такая проблема уже выявлена иностранными органами, ответственными

за регистрацию медицинских изделий. Например, американское Управление по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов (Food and Drugs Administration, FDA) вынесло на общественное обсуждение проект руководства по регистрации медицинских изделий с применением ИИ [9]. В проекте отмечается, что вероятность изменений алгоритмов после регистрации может создавать необходимость перерегистрации МИ с учетом изменений [9]. Учитывая скорость самообучения ИИ и длительные сроки регистрации МИ, это может сделать невозможным эффективное использование ИИ. Во избежание описанной ситуации Управление предлагает определять возможные пределы и предоставлять протокол изменений МИ с ИИ на стадии их регистрации, которые не будут требовать перерегистрации (если существенно не меняются алгоритмы, сфера использования МИ и не увеличиваются значительно риски использования) [9]. Если изменения существенные, будет требоваться повторная регистрация. Такой механизм позволит обеспечить безопасность МИ, но при этом сохранить возможность их своевременного использования.

Другой мерой, которая может снизить риски непрогнозируемых изменений алгоритмов на стадии клинического использования, является установление требований к данным, загружаемым в ИИ после регистрации, то есть в режиме реального использования. ИИ обучается на основании данных, которые получает. На стадии испытаний вводные данные проверяются компанией-производителем на соответствие результатов, которые генерирует алгоритм. Однако далее ИИ обучается на основании данных, которые загружаются, например, медицинским работником. Во избежание существенного изменения работы алгоритмов, такие данные должны соотноситься с теми, которые использовались для обучения ИИ на стадии испытаний. В целом, контроль качества и репрезентативности данных как на стадии испытаний, так и в режиме реального использования — фактор, отличающий ИИ

от других изделий и который должен быть учтен в испытаниях.

Улучшение механизмов кооперации между производителями медицинских изделий с ИИ и медицинскими организациями/работниками («пользователи ИИ») — дополнительная мера, снижающая риски применения ИИ в здравоохранении. Такая кооперация позволит решить сразу несколько задач. Во-первых, пользователи ИИ смогут оперативно сообщать производителю об ошибках в работе алгоритмов для их устранения. Учитывая самообучающийся характер ИИ, это позволит улучшить контроль качества и безопасности алгоритмов после выхода на рынок. Во-вторых, в случае неразрешимых сомнений пользователей ИИ о корректности работы алгоритмов, возможность их консультирования с их производителями позволит определять аномальные результаты работы алгоритмов. Это частично решает проблему непрозрачности решений на этом уровне медицинских работников/организаций.

В целом, медицинские изделия с ИИ имеют достаточно специфики и поэтому требуют соответствующей адаптации текущего регулирования. Это же отмечается и законодателем: «текущее нормативное регулирование МИ не учитывает специфику технологий ИИ, в связи с чем существенно затрудняются процессы экспертизы качества и безопасности, а также государственной регистрации новых МИ с применением технологий ИИ» [11]. Проект ГОСТ Р, направленный на регулирование проведения клинических испытаний медицинских систем ИИ в РФ и разработанный экспертами Центра диагностики и телемедицины совместно с профильным подкомитетом экспертов ТК 164 «Искусственный интеллект в здравоохранении», может внести ясность в часть описанных вопросов. Кроме того, указанная группа экспертов планирует разработать систему стандартов тестирования, эксплуатации, контроля медицинских систем с ИИ, включающую не только порядок клинических, но и технических испытаний, протокол изменения алгоритма, требования к

эксплуатации, порядок оценки и контроля эксплуатационных параметров, процессы жизненного цикла [18].

Наконец, последним вопросом, который ставит ИИ в здравоохранении является распределение ответственности за вред здоровью пациента, наступивший в результате применения (или в связи с этим) технологий ИИ в процессе оказания медицинской помощи. Здесь важно выделить несколько групп субъектов, который вовлечены в процесс использования ИИ при оказании медицинской помощи — медицинский работник, медицинская организация и производитель медицинского изделия¹, содержащего технологии ИИ. Роль каждого из этих субъектов в контексте распределения ответственности рассматривается далее.

Согласно ст. 98 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» ответственность за нарушение прав в сфере охраны здоровья, причинение вреда жизни и (или) здоровью при оказании гражданам медицинской помощи несут **медицинские организации и медицинские работники**. Однако если вред причинен неверным диагнозом или терапией, сгенерированными ИИ, и медицинский работник не мог проконтролировать корректность работы ИИ, возложение ответственности на него не всегда обоснованно. С другой стороны, медицинский работник не может быть исключен из списка лиц, подлежащих ответственности, так как оказание медицинской помощи — это особый вид деятельности, осуществляемый только лицами, имеющими надлежащую квалификацию. Только медицинский работник вправе принимать финальные диагностические и терапевтические решения. Контроль со стороны человека решений, принимаемых ИИ, в особенности в таких

чувствительных областях как медицина, является важным требованием этического и правомерного использования ИИ².

«Медицинская организация — иной субъект, статус которого необходимо анализировать в контексте ответственности за вред, причиненный в результате оказания медицинских услуг с использованием ИИ» [13]. «Зачастую именно медицинская организация принимает решение о внедрении изделий с ИИ и их применении в конкретном учреждении» [13]. Более того, медицинская организация должна осуществлять приемочный контроль поступивших МИ, то есть проверять соответствие поступивших МИ сопроводительной документации, статус МИ в информационных базах зарегистрированных МИ, маркировку и иные параметры [7]. Однако текущие правила приемки сфокусированы на организациях, осуществляющих розничную продажу МИ, и не учитывают специфики приемки МИ с ИИ для использования медицинскими работниками в рамках медицинских организаций. При этом медицинская организация самостоятельно не контролирует безопасность и качество МИ при их производстве и государственной регистрации, а также не осуществляет диагностические и терапевтические решения на основе технологий ИИ в составе МИ. Поэтому несмотря на важность роли медицинской организации на стадии принятия решения об использовании МИ с ИИ, зона ее ответственности за вред, причиненный при использовании МИ с ИИ, не может быть полной.

Наконец, производитель медицинского изделия, содержащего ИИ, также имеет отношение к результатам его функционирования, потенциально способные

1 Учитывая возможную множественность субъектов, задействованных в создании МИ с применением ИИ (разработчик алгоритма, оператор/тренер ИИ, производитель физического элемента МИ (если применимо), в рамках настоящей статьи под производителем МИ понимается организация, которая указана в качестве производителя при регистрации МИ.

2 Например, человекоориентированный подход, приоритет благополучия и безопасности человека, а также подконтрольность человеку закреплены в Концепции развития регулирования отношений в сфере технологий искусственного интеллекта и робототехники до 2024 года [11]. Аналогичные требования, в том числе «human-in-the-loop», human oversight, human control and human-made, закреплены в рекомендациях ЕС по регулированию ИИ: REPORT with recommendations to the Commission on a framework of ethical aspects of artificial intelligence, robotics and related technologies (2020/2012(INL)) [9].

причинить вред жизни и (или) здоровью при оказании гражданам медицинской помощи. Именно производитель создает алгоритм принятия решений ИИ, отбирает данные для его обучения, контролирует процесс обучения и качество вводных и получаемых данных, осуществляет испытания для контроля безопасности и качества МИ с ИИ, выполняет процедуры по государственной регистрации МИ с ИИ. Кроме того, производитель — это субъект, который выводит МИ на рынок, то есть получает экономический доход от этой деятельности. Поэтому зона ответственности производителя МИ с ИИ достаточно значительна. За производство и сбыт недоброкачественных МИ предусмотрены меры административной и уголовной ответственности³. Недоброкачественным медицинским изделием является МИ, не соответствующее требованиям нормативной, технической и (или) эксплуатационной документации [3, ст. 38]. Учитывая, что детальные требования к МИ с ИИ еще на стадии разработки и принятия, установление соответствия МИ нормативным документам может быть затруднительно. Кроме того, самообучающийся характер ИИ может создать ситуации, когда алгоритм изменился в процессе эксплуатации и начал генерировать аномальные результаты, не запланированные производителем. Иными словами, даже при полном соблюдении производителем всех необходимых процедур по контролю качества и безопасности, риск причинения вреда, в том числе безвиновного, остается.

Суммируя, круг и сфера ответственности лиц, несущих ответственность за некачественное оказание медицинской помощи с использованием ИИ, однозначно не определены. Эта проблема была отмечена как один из ключевых барьеров применения ИИ в здравоохранении, определенных в Концепции развития регулирования отношений в сфере технологий искусственного интеллекта и робототехники до 2024 года, принятой Правительством РФ 19 августа 2020 года [12]. В Концепции

отмечено, что возможными вариантами решения могут быть доработки при необходимости механизмов безвиновной гражданско-правовой ответственности, а также возможности использования способов, позволяющих возместить причиненный действиями систем ИИ вред (например, страхование ответственности, создание компенсационных фондов и др.), установление законодательно установленного перечня случаев, при которых допускается полное или частичное принятие решений с применением систем ИИ [12].

Поддерживая комплексность предложенного подхода, рекомендуется основывать решение проблемы распределения ответственности на детальном определении ролей, прав и обязанностей каждого из описанных субъектов (а также пациента) на всех стадиях производства, введении в оборот и использования МИ с ИИ. Это включает в себя и доработку детальных процедур клинических испытаний МИ с ИИ; проработку процедуры приемки МИ медицинской организации; инструкции для медицинских работников, а также детализацию ролей и процедур по мониторингу безопасности МИ. Это позволит не только создать основу для соответствующей доработки институтов ответственности, но и улучшит контроль за качеством и безопасностью МИ с ИИ, тем самым увеличив доверие пациентов, медицинских работников и общества к таким новейшим технологиям.

Настоящая статья демонстрирует влияние специфики медицинского ИИ на каждый субъект, задействованный в его применении и контроле — пациента, медицинского работника, производителя МИ с ИИ, медицинских организаций. Такое влияние описано в контексте нескольких правовых институтов — информированное согласие пациента и уважение его автономности, механизм регистрации медицинских изделий и контроль за их качеством и безопасностью, а также распределение ответственности за вред здоровью пациента, наступивший в результате применения (или в связи с этим) технологий ИИ в процессе оказания медицинской помощи. Как описано в статье, каждый

³ Предусмотрено ст. 14.43, 14.44, 14.46, 19.7.8 КоАП РФ, 235.1, 238.1 и 372.2 УК РФ.

из указанных институтов требует адаптации для безопасного использования технологий ИИ. При этом важно учитывать взаимосвязь институтов между собой. Например, разработка детальных процедур регистрации и испытаний МИ с ИИ, а также их правил эксплуатации позволяет не только контролировать безопасность МИ, но и способна улучшить информированность медицинского работника о работе и качестве конкретного изделия, что позволит ему в свою очередь надлежаще ин-

формировать пациента. Доработка институтов ответственности позволит повысить правовую определенность в применении ИИ, увеличит безопасность и качество изделий с ИИ, а также улучшит доверие пациентов, медицинских работников и общества. Учитывая такую связанность, роли каждого их задействованных субъектов, а также механизмы их кооперации должны быть четко определены на разных этапах и в различных процедурах регистрации, использования и мониторинга ИИ.

Список литературы:

1. Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях от 30 декабря 2001 г. №195-ФЗ // Собрание законодательства Российской Федерации от 7 января 2002 г. №1 (часть I) ст. 1.
2. Уголовный кодекс Российской Федерации от 13 июня 1996 г. №63-ФЗ // Собрание законодательства Российской Федерации от 17 июня 1996 г. №25 ст. 2954.
3. Федеральный закон от 21.11.2011 г. №323-ФЗ (ред. от 22.10.2014 г.) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Собрание законодательства РФ. 28.11.2011. №48. Ст. 6724.
4. Постановление Правительства РФ от 27.12.2012 №1416 (ред. от 01.09.2020) «Об утверждении Правил государственной регистрации медицинских изделий» // «Собрание законодательства РФ», 07.01.2013, №1, ст. 14.
5. Постановление Правительства РФ от 24.11.2020 г. №1906 «О внесении изменений в Правила государственной регистрации медицинских изделий» [Электронный ресурс] // Официальный сайт Правительства РФ. URL: <http://static.government.ru/media/files/QcAmjWwjCoPz3oXpaq3MXUdiKERGdb4v.pdf> (дата обращения: 08.12.2020)
6. Указ Президента РФ от 10 октября 2019 г. No 490 «О развитии искусственного интеллекта в Российской Федерации» (вместе с Национальной стратегией развития искусственного интеллекта на период до 2030 года) [Электронный ресурс] // Официальный сайт Президента РФ. URL: <http://www.kremlin.ru/acts/bank/44731> (дата обращения: 08.10.2020)
7. Приказ Минздрава России от 13.11.1996 No 377 «Об утверждении инструкции по организации хранения в аптечных учреждениях различных групп лекарственных средств и изделий медицинского назначения» [Электронный ресурс] // СПС «Гарант». URL: <http://base.garant.ru/136487/> (дата обращения: 08.10.2020)
8. Конвенция Совета Европы о защите прав и достоинства человека в связи с применением достижений биологии и медицины («Конвенция о правах человека и биомедицине»), Овьедо, 4 апреля 1997 года [Электронный ресурс] // Совет Европы. URL: <https://rm.coe.int/168007d004> (дата обращения: 08.10.2020)
9. US Food and Drug Administration (FDA). Proposed Regulatory Framework for Modifications to Artificial Intelligence/Machine Learning (AI/ML)-Based Software as a Medical Device (SaMD) — Discussion Paper and Request for Feedback // URL: <https://www.fda.gov/media/122535/download> (дата обращения: 08.10.2020)
10. European Parliament. REPORT with recommendations to the Commission on a framework of ethical aspects of artificial intelligence, robotics and related technologies

- (2020/2012(INL)) as of October 08, 2020. URL: https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/A-9-2020-0186_EN.html (дата обращения: 08.10.2020)
11. Пояснительная записка к проекту федерального закона «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с принятием Федерального закона «Об экспериментальных правовых режимах в сфере цифровых инноваций в Российской Федерации» (в части развития технологий искусственного интеллекта и больших данных). Законопроект №922869-7. [Электронный ресурс] // Система обеспечения государственной деятельности Государственной Думы РФ. Паспорт законопроекта. URL: <https://sozd.duma.gov.ru/bill/922869-7> (дата обращения 08.12.2020)
 12. Распоряжение Правительства РФ от 19 августа 2020 г. №2129-р «Об утверждении Концепции развития регулирования отношений в сфере технологий искусственного интеллекта и робототехники на период до 2024 г.» [Электронный ресурс] // СПС «Гарант». URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/74460628/> (дата обращения 08.10.2020)
 13. Киселева А.Ю. Применение искусственного интеллекта в медицине и здравоохранении: правовой аспект // Интеллектуальные права: вызовы 21-го века: сборник докладов II Международной конференции (10-14 ноября 2020 г.) / Под редакцией Э.П. Гаврилова, С.В. Бутенко. Томск, 2020. 196 с.
 14. Кинякига Е. Как искусственный интеллект помогает бороться с эпидемией COVID-19. Сбербанк предложил IT-сервисы для медиков и потенциальных пациентов [Электронный ресурс] // Ведомости. URL: <https://www.vedomosti.ru/technology/articles/2020/05/21/830794-iskusstvennii-intellekt> (дата обращения 09.12.2020)
 15. Никитин А. В России зарегистрирован медицинский искусственный интеллект [Электронный ресурс] // Инвест-Форсайт. Деловой журнал. 29.04.2020. URL: <https://www.if24.ru/webiomed-meditsinskij-ai/> (дата обращения 08.12.2020)
 16. Постановление от 24 ноября 2020 года №1906. Михаил Мишустин подписал постановление об ускоренной регистрации цифровых платформ в сфере здравоохранения. [Электронный ресурс] // Новости. Официальный сайт Правительства РФ. URL: <http://government.ru/news/40946/#40946=4:1:Eho,4:31:Vhe> (дата обращения 08.12.2020)
 17. Пресс-релиз Сбербанка. Томский онкодиспансер завершил тестирование искусственного интеллекта от Сбербанка для анализа маммографических снимков [Электронный ресурс] // Официальный сайт Сбербанка. URL: <https://www.sberbank.ru/ru/press-center/all/article?newsID=6da20158-5e2b-4049-a85b-c457aceedf29&blockID=1303®ionID=77&lang=ru&type=NEWS> (дата обращения 09.12.2020)
 18. Разработан первый национальный стандарт в области искусственного интеллекта в клинической медицине [Электронный ресурс] // РБК. Государственный фонд фондов. Институт развития Российской Федерации. URL: <https://www.rvc.ru/press-service/news/company/157490/> (дата обращения 09.12.2020)
 19. Сорокин С., Дрокин И., Матанцев Р., Синицын В., Пиллос В. Спектр применения систем искусственного интеллекта для диагностики поражения легких при пандемии COVID-19 и после нее [Электронный ресурс] // Альманах Искусственный интеллект. Предсказательная аналитика и системы поддержки принятия решений. Аналитический сборник №5. URL: https://aireport.ru/?utm_source=sendpulse&utm_medium=email&utm_campaign=novi-vipusk-almanaha-i-predikt (дата обращения 09.12.2020)
 20. Третье мнение. Инновационные AI-сервисы для системы здравоохранения [Электронный ресурс] // URL: <https://thirdopinion.ai> (дата обращения 08.12.2020)
 21. Botkin.AI. Платформа для анализа и обработки медицинских изображений с технологиями искусственного интеллекта [Электронный ресурс] // URL: <https://botkin.ai/projects/> (дата обращения: 08.12.2020)

22. Mosmed.ai. Эксперимент по использованию инновационных технологий в области компьютерного зрения для анализа медицинских изображений и дальнейшего применения в системе здравоохранения города Москвы. ИИ сервисы для лучевой диагностики [Электронный ресурс] // URL: <https://mosmed.ai> (дата обращения 08.12.2020)

Об авторе:

Киселева Анастасия Юрьевна — исследователь в области права, Факультет права, Свободный университет Брюсселя; Исследовательская группа «Право, наука, технологии и общество», Лаборатория по праву в сфере здравоохранения и геронтологии, LL.M., Брюссель, Бельгия, Anastasiya.kiseleva@vub.be

Anastasiya Yurievna Kiseleva — legal researcher, Faculty of Law, Vrije Unoversiteit Brussels; Research Group on Law, Science, Technology and Society, Health and Ageing Law Lab, LL.M, Brussels, Belgium

© Киселева А.Ю., 2020

Для цитирования:

Киселева А.Ю. Применение искусственного интеллекта в здравоохранении: аспекты медицинского права // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2020. №2 (12). С. 29-38.

For citation:

Kiseleva A.Yu. Application of artificial intelligence in healthcare: aspects of medical law // M.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2020. №2 (12). P. 29-38.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

The author declares that there is no conflict of interest.

Статья поступила в редакцию 09.12.2020 г.

Колотильщикова Е.В.

МЕДИАЦИЯ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: НЕОБХОДИМОСТЬ ИЛИ УТОПИЯ?

В данной статье рассмотрены проблемы, связанные с нарушением прав граждан в сфере здравоохранения, приводящие к жалобам пациентов и впоследствии к судебным процессам, в которых медицинские организации выступают в качестве ответчиков. Выявляются правовые риски для медицинских организаций, возникающие в результате жалоб пациентов: в первую очередь, выплаты компенсаций, присуждаемых судами в соответствии с законом «О защите прав потребителей». Автором раскрывается суть процедуры медиации, предусмотренной законом «Об альтернативной процедуре урегулирования споров с участием посредника (процедуре медиации)», и возможность ее применения в сфере здравоохранения. В частности, при разрешении жалоб пациентов внутри медицинской организации, для чего в ней должен быть создан регламент работы с жалобами пациентов, который включал бы в себя четкий алгоритм обращения сторон к процедуре медиации. В статье также делается акцент на преимуществах подобного способа разрешения споров по сравнению с административным разбирательством и судебным процессом.

Ключевые слова: жалобы пациентов, конфликт в медицинском учреждении, медиатор, процедура медиации, споры с медицинской организацией

Elena Kolotilshchikova

HEALTHCARE MEDIATION: NECESSITY OR UTOPIA?

This article examines the problems associated with the violation of citizens' rights in the field of healthcare, which lead to complaints from patients and subsequently to legal proceedings in which medical organizations act as defendants. Legal risks for medical organizations that arise as a result of patient complaints are identified: first of all, the payment of compensation awarded by the courts in accordance with the law «on consumer protection». The author reveals the essence of the mediation procedure provided for by the law «on alternative dispute settlement procedure with the participation of a mediator (mediation procedure)», and the possibility of its application in the field of healthcare. In particular, when resolving patient complaints within a medical organization, for this purpose, it should create rules for dealing with patient complaints, which would include a clear algorithm for the parties to apply to the mediation procedure. The article also focuses on the advantages of this method of dispute resolution in comparison with administrative proceedings and judicial proceedings.

Keywords: patient complaints, conflict in a medical institution, mediator, mediation procedure, disputes with a medical organization

Эксперты Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения (Росздравнадзор) проанализировали обращения граждан, имевшие место в 2019 году. Всего от граждан и организаций в 2019 году поступило 95 518 жалоб и обращений, из них в центральный аппарат Росздравнадзора поступило 33 741 обращения, а в терри-

ториальные органы — 61 777, что на 11% больше чем в 2018 году. При этом, как показывает статистика, в первые сутки принимаются решения по 33% обращений, что много, но отнюдь не достаточно.

Чего же касаются самые распространенные жалобы? Из года в год ТОП-рейтинг не меняется.

На первом месте жалобы связанные с нарушением прав граждан в сфере здравоохранения. Граждане жалуются на невозможность получить бесплатное лечение: бесплатное и своевременное проведение операций, различных процедур и медицинских манипуляций, других видов медицинской помощи.

Далее следуют жалобы на качество медицинской помощи (не получен желаемый результат от медицинских манипуляций или получен результат обратный желаемому), грубость персонала. Чаще всего пациенты жалуются на грубость и хамство медицинского персонала, неумение корректно вести себя в обращении с больными или медлительность в обслуживании.

К сожалению, остаются жалобы, связанные с проблемами в обеспечении лекарствами льготных категорий граждан, когда люди с инвалидностью и семьи с детьми-инвалидами, вынуждены покупать лекарства за собственные деньги, не получая причитающуюся им помощь от государства.

В основе большинства жалоб пациентов лежат конфликты, которые имеют как правовую, так и психологический аспект.

Психологический аспект, как правило, превалирует в жалобах пациентов на плохое обслуживание, взаимоотношения между врачом и пациентом, к уровню компетенции медицинских работников клиники или их профессиональных качеств. Подобные жалобы зачастую спровоцированы тем что врачи и пациенты часто говорят на «разных» языках и не имеют времени, а иногда и желания, понять друг друга.

Правовой аспект в жалобах пациентов не менее важен, так как является угрозой наступления уголовной или гражданской ответственности как для конкретного врача, так и для медицинского учреждения.

В сфере здравоохранения и медицинской помощи не все понятия определены юридически точно и не все процессы безоговорочно регламентированы. В российской правовой практике нет единого понимания и трактовки некоторых понятий, например, таких, как «врачебная ошибка»,

что также может являться причиной конфликтов возникающих между персоналом клиник и пациентами.

О том какой «вред» приносят подобные конфликтные ситуации для конкретного врача или клиники в целом говорить не приходится, но прежде всего, это репутационные риски и финансово-экономические потери.

«Угрозы», которые могут таить в себе «конфликтные» пациенты заложены в Законе РФ №2300-1 от 07.02.1992 «О защите прав потребителей», из которого следует, что при обнаружении недостатков оказанной услуги, а медицинская помощь является услугой, пациент-потребитель может по своему выбору потребовать:

- безвозмездное устранение недостатков оказанной услуги;
- соответствующего уменьшения цены оказанной услуги;
- безвозмездное повторное выполнение работы;
- возмещение понесенных расходов по устранению недостатков выполненной работы своими силами или третьими лицами.

Как правило, первичные жалобы пациентов и их родственников попадают к руководству медицинского учреждения и именно на этом этапе есть прекрасная возможность их разрешения и предотвращения выхода конфликта за стены медицинского учреждения.

Ведь если не разрешить конфликт именно на этой стадии, то конфликт выходит за рамки медицинской организации и там уже становится полностью неуправляемым, так как к его разрешению подключаются «третьи силы». Пациент, пытаясь защитить свои интересы, подает жалобу в вышестоящий орган, обращается в суд или правоохранительные органы. Администрация медицинского учреждения и медицинский персонал, втянутые в затяжной конфликт вынуждены тратить время, средства на участие в этих разбирательствах, а врачи отвлекаться от непосредственной помощи нуждающимся пациентам.

Представляется, что именно медиация может стать хорошей альтернативой ад-

министративному или судебному способу разрешения конфликта. Преимущества досудебного и внесудебного способа урегулирования споров (медиации) при рассмотрении конфликтов, связанных с оказанием медицинской помощи, как инструмента, направленного на быстрый поиск взаимоприемлемого для сторон решения, в том числе при необходимости компенсации причиненного ущерба, включая моральный, представляется несомненным.

Медиация — процедура урегулирования споров и конфликтных ситуаций с участием третьей стороны (независимого и беспристрастного посредника — медиатора).

В Российской Федерации с 1.01.2011 г. действует Федеральный закон №193-ФЗ «Об альтернативной процедуре урегулирования споров с участием посредника (процедуре медиации)» принятый 27 июля 2010 года.

С 2015 года Национальной медицинской палатой, президентом которой является Леонид Рошаль, идет создание общероссийской системы досудебного и внесудебного урегулирования конфликтов между врачом и пациентом.

Руководители медицинских учреждений наверняка знают, что пока нет понимания какое видение проблемы и как оно сложилось у инициатора жалобы, его невозможно ни в чем переубедить, невозможно продвинуться в решении конфликта. Пока человек не будет спокоен и им владеют сильные эмоции, он не будет ни слушать, ни слышать.

Медиатор обладает знаниями о том, как возникает и развивается конфликт, умеет работать с эмоциями и владеет навыками бесконфликтного общения. Он может построить разговор таким образом, чтобы каждый из участников переговоров мог высказать то, что считает необходимым и быть услышанным и понятым второй стороной. Роль медиатора — облегчение процесса общения между сторонами, помощь в понимании позиций и интересов противоположной стороны, в фокусировании внимания стороны на ее истинных интересах и поиске продуктивного взаимовыгодного решения проблемы, предоставляя возможность сторонам

прийти к своему собственному соглашению, которое будет устраивать все стороны конфликта и в последствии добровольно ими исполняться. При этом медиатор является независимым посредником при разрешении конфликта: он не выступает ни на стороне медицинского учреждения, ни на стороне пациента.

Преимущества процедуры медиации при разрешении конфликтов в сфере здравоохранения, в случае наличия у пациента мнения о некачественном оказании ему медицинской услуги, представлены в таблице.

Инициировать процесс медиации может любая из сторон конфликта, заинтересованная в его разрешении, как пациент, так и администрация медицинского учреждения.

Привлечение медиатора для разрешения конфликтов, возникающих между пациентами и врачами или администрацией лечебного учреждения, страховыми компаниями, позволяет всем участникам конфликта экономить время, силы, нервы, а также финансы.

Медиация важна не только как метод урегулирования споров и конфликтов, хотя это ее основная цель, но и как способ выявления системных ошибок, которых порой бывает очень много. Это в свою очередь позволит усовершенствовать как работу конкретного медицинского учреждения, так и систему здравоохранения в целом.

Федеральным проектом «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» предусмотрено в рамках организации всеми страховыми медицинскими организациями (СМО) в каждом субъекте РФ офисов по защите прав застрахованных, работники которых с 2025 г. должны будут участвовать в досудебном урегулировании жалоб пациентов. «Споры между пациентами и медицинскими организациями, возникающие из правоотношений, связанных с оказанием медицинской помощи, в том числе в рамках программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, могут быть урегулированы путем применения процедуры медиации в

**Преимущества процедуры медиации при разрешении конфликтов
в сфере здравоохранения для пациентов,
а также для медицинских работников и учреждений**

Для пациентов	Для медицинских работников и учреждений
· не каждый пациент имеет возможность обратиться за защитой своих прав в суд, даже если считает, что медицинские услуги ему оказаны не качественно, т.к. это затратно финансово и организационно; процедура медиации более доступна, и позволяет без лишних организационных «препятствий» защитить свои права; в отличие от судебного разбирательства процедура медиации более безопасна и с психологической точки зрения	· прежде всего, это конфиденциальность рассмотрения конфликтной ситуации; ведь даже в ситуации, когда врач оказывается прав, само участие в судебном разбирательстве сказывается как на его репутации, так и на репутации медицинского учреждения;
· возможность быть услышанным, рассказать о своих переживаниях, волнениях в связи с самим фактом некачественного (по его мнению) оказания медицинских услуг	· возможность объяснить пациенту свое видение произошедшего, ответить на возникшие вопросы, прояснить ситуацию; избежать чрезмерной финансовой нагрузки, возникающей в силу ответственности по Закону «О защите прав потребителей»
· возможность встретиться именно с тем человеком (врачом), который оказывал услуги; в отличие от судебного разбирательства, где лечебное учреждение представляют юристы	· обеспечивает возможность сохранения контакта с пациентом и/или с контрагентом (со страховой компанией) и ровных отношений в дальнейшем; оперативно выявить незаконность и необоснованность заявляемых в ходе конфликта требований со стороны пациента
· возможность получить именно тот результат, который нужен пациенту, ведь не всегда потребности пациента выражаются в денежном эквиваленте, зачастую пациенту очень важно услышать извинения, признание своей ошибки, объяснение произошедшего	· способствует повышению доверия со стороны пациентов и исключению подобных конфликтов в дальнейшем; возможность оперативного устранения системных ошибок в деятельности медицинского учреждения
· сохранение возможности посещения того же лечебного учреждения в дальнейшем без ощущения негативного отношения со стороны всех и каждого работающего в нем	· приводит к быстрому и неформализованному разрешению конфликтов без вмешательства вышестоящих инстанций или судебных органов
· способствует снижению тревоги и недоверия к конкретному врачу и системе здравоохранения в целом	· способствует сохранению имиджа и репутации медицинского учреждения, повышению его конкурентоспособности на рынке медицинских услуг

соответствии с Федеральным законом «Об альтернативной процедуре урегулирования споров с участием посредника (процедуре медиации)», — говорится в законопроекте, дополняющем ст. 19 закона №323-ФЗ «Право на медицинскую помощь».

С 01.10.2019 г. Федеральным законом от 26 июля 2019 г. №197-ФЗ внесены изменения в законодательные акты Российской Федерации в части применения процедуры медиации и возможности оформления медиативного соглашения.

В частности, медиативное соглашение, достигнутое сторонами в результате процедуры медиации, проведенной без передачи спора на рассмотрение суда, в случае его нотариального удостоверения имеет силу исполнительного документа.

Медиативное соглашение удостоверяется нотариусом с обязательным участием медиатора, медиаторов, медиатора — представителя организации, осуществляющей деятельность по обеспечению проведения процедуры медиации, в соответствии с соглашением сторон о проведении процедуры медиации.

Таким образом, руководителю медицинского учреждения издавая приказы и

утверждая должностные инструкции для сотрудников, которые работают с жалобами и обращениями граждан, ведут их личный прием, необходимо обращать внимание на то, что они должны содержать указания на необходимость организации переговорного процесса с инициатором жалобы с привлечением независимого посредника — медиатора. Руководитель должен учитывать, что для эффективного разрешения жалоб и конфликтов в медицинском учреждении его сотрудники должны пройти обучение: познакомиться с медиацией как альтернативным методом урегулирования споров в учреждении здравоохранения, законодательством о медиации, понять, как можно приглашать инициатора жалобы к проведению медиации, приобрести навыки, которые в последствии можно использовать в работе.

Использование медиации при разрешении конфликтов, возникающих в сфере медицины и здравоохранения, позволит снять возможное недопонимание между сторонами конфликта, даст возможность пациентам реализовать своё право на охрану здоровья, а врачам — на защищённость в рамках их профессиональной деятельности.

Список литературы:

1. «Конституция Российской Федерации» (принята всенародным голосованием 12.12.1993 с изменениями, одобренными в ходе общероссийского голосования 01.07.2020) // URL: <https://base.garant.ru/10103000/> (дата обращения: 12.11.2020)
2. Федеральный закон РФ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 №323-ФЗ (ред. от 31.07.2020) // URL: <https://base.garant.ru/12191967/> (дата обращения: 12.11.2020)
3. Федеральный закон РФ «О защите прав потребителей» от 07.02.1992 №2300-1 (ред. от 24.04.2020) // URL: <https://base.garant.ru/77690038/> (дата обращения: 12.11.2020)
4. Федеральный закон от 2 мая 2006 г. №59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации» // URL: <https://base.garant.ru/12146661/> (дата обращения: 12.11.2020)
5. Федеральный закон от 27.07.2010 №193-ФЗ (ред. от 26.07.2019) «Об альтернативной процедуре урегулирования споров с участием посредника (процедуре медиации)» // URL: <https://base.garant.ru/12177508/> (дата обращения: 12.11.2020)
6. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 28 июля 2015 г. №493н «Об утверждении Инструкции об организации рассмотрения обращений граждан в Министерстве здравоохранения Российской Федерации» // URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71066284/> (дата обращения: 12.11.2020)
7. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 5 мая 2012 г. №502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии ме-

- дицинской организации» // URL: <https://base.garant.ru/70190416/> (дата обращения: 12.11.2020)
8. Федеральный проект «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» рассчитанный на период с 01.01.2019 по 31.12.2024г.г. // URL: <https://minzdrav.gov.ru/poleznye-resursy/natsproektzdravoohranenie/pervichka> (дата обращения: 12.11.2020)
 9. Законопроект «О внесении изменений в статью 19 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (ID: 02/04/09-19/00095116 на федеральном портале проектов нормативных правовых актов) // URL: <https://base.garant.ru/56807320/> (дата обращения: 12.11.2020)

Об авторе:

Колотильщикова Елена Валерьевна — адвокат Адвокатской палаты Московской области; медиатор Центра правовой помощи и медиации «СТРИКС», адвокат, сертифицированный по Программе HELP в сфере международного семейного права, сертифицированный медиатор College of Mediators UK 2019, медиатор в сфере здравоохранения, Москва, elena_koll@list.ru

Elena Valeryevna Kolotilshchikova — lawyer of the Moscow region chamber of Lawyers; mediator of the STRIX center for legal assistance and mediation, lawyer certified under the HELP Program in international family law, certified mediator College of Mediators UK 2019, mediator in the field of healthcare, Moscow

© Колотильщикова Е.В., 2020

Для цитирования:

Колотильщикова Е.В. Медиация в сфере здравоохранения: необходимость или утопия? // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2020. №2 (12). С. 39-44.

For citation:

Kolotilshchikova E.V. Healthcare mediation: necessity or utopia? // M.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2020. №2 (12). P. 39-44.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

The author declares that there is no conflict of interest.

Статья поступила в редакцию 23.11.2020 г.

Малышева А.А.

ПРОБЛЕМЫ ФИНАНСОВО-ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ И ЭФФЕКТИВНОСТИ СИСТЕМЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

Российская Федерация гарантирует социальную защиту инвалидов. В настоящее время система признания лица инвалидом является достаточно сложной и обременена множеством бюрократических особенностей, влияющих на доступность получения лицами с нарушениями здоровья статуса инвалида. Статья посвящена рассмотрению механизма прохождения медико-социальной экспертизы гражданами, претендующими на получение статуса инвалида, выявлению проблем практической реализации данного механизма и их влияния на финансовое обеспечение государством социальной защиты инвалидов, а также предложениям возможных путей решения выявленных проблем. В ходе изучения законодательства, судебной практики и материалов проверок Счетной палаты Российской Федерации выявлены: проблема отсутствия электронного межведомственного взаимодействия между органами исполнительной власти по вопросам прохождения гражданами социально-медицинской экспертизы, что создает дополнительные бюрократические препятствия; проблема большой территориальной удаленности места жительства граждан от бюро медико-социальной экспертизы; проблема несовершенства нормативных правовых актов, определяющих порядок предоставления льготного лекарственного обеспечения, которая влияет на количество граждан, претендующих на статус инвалида и размер финансовых затрат государства на обеспечение таких граждан всеми предусмотренными законодательством социальными льготами.

Ключевые слова: медико-социальная экспертиза, инвалиды, финансово-правовое регулирование, цифровизация, Счетная палата Российской Федерации

Anastasija Malysheva

PROBLEMS OF FINANCIAL AND LEGAL REGULATION AND EFFICIENCY OF MEDICAL SOCIAL EXPERTISE SYSTEM

The Russian Federation guarantees social protection to the disabled. Currently, the system of recognition of a person as disabled is quite complex and burdened with many bureaucratic features. The article is devoted to consideration of the mechanism of passing medical and social examination by the citizens applying for the status of the disabled, to revealing of problems of practical realization of the given mechanism and their influence on financial provision of social protection of disabled people by the state. The possible ways of solving the revealed problems are offered. №the course of the study of legislation, judicial practice and materials of inspections of the Accounts Chamber of the Russian Federation the following were revealed: the problem of the lack of electronic interdepartmental interaction between the executive authorities on the issues of social and medical examination of citizens; the problem of a large territorial distance of citizens' residence from the bureau of medical and social expertise; the problem of imperfection of normative and legal acts, defining the order of providing preferential medical provision, which affects the number of citizens pretending to the status of disabled person and the amount of financial expenses of the state for providing such citizens with all social benefits provided by the legislation.

Keywords: medical social expertise, disabled people, financial and legal regulation, Accounts Chamber of the Russian Federation.

Одним из важнейших государственных обязательств, осуществляемых посредством доступных механизмов, является социальное обеспечение.

Национальное законодательство закрепляет гарантии социальной защиты граждан. Конституция РФ определяет, что Российская Федерация является социальным государством, политика которого направлена на создание условий достойной жизни и свободного развития человека.

Одними из категорий лиц, нуждающихся в социальной защите, являются инвалиды. На основании официальной статистики Федеральной государственной информационной системы «Федеральный реестр инвалидов» по состоянию на 01 апреля 2020 года в Российской Федерации инвалидами признаны 11 141 187 человек [8]. Помимо официальной статистики на территории нашей страны насчитывается большое количество людей, которые претендуют на статус инвалида, но еще его не получили. В соответствии с Федеральным законом от 24 ноября 1995 года №181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» [1] и постановлением Правительства Российской Федерации от 20 февраля 2006 года №95 [2] (далее — постановление Правительства РФ от 20 февраля 2006 года №95) признание гражданина инвалидом происходит на основе проведения медико-социальной экспертизы (далее — МСЭ), устанавливающей комплексную оценку состояния организма путем анализа его социально-бытовых, клинико-функциональных, профессионально-трудовых, психологических данных.

В настоящее время лицам, которые имеют заболевания и претендуют на получение статуса инвалида, достаточно сложно пройти процедуру признания инвалидом. Данная процедура включает в себя несколько этапов, осуществление которых осложнено различными бюрократическими тонкостями. В силу данных обстоятельств получение статуса инвалидности становится достаточно тяжелым для граждан, которые действительно имеют физические ограничения в силу наличия различных заболеваний и право на полу-

чение социальной помощи от государства, которая гарантируется лицам с подтвержденным статусом инвалида.

Для прохождения медико-социальной экспертизы необходимо получить направление на медико-социальный осмотр. Оно выдается в Пенсионном фонде России, медицинской организации по месту жительства или же в органе социальной защиты населения.

Важно отметить, что иногда непростая бюрократическая процедура получения направления на медико-социальную экспертизу осложняется неправомерными действиями некоторых лиц. Так, например, Б. обратился в суд с иском к МУЗ «Ногинская Центральная районная больница» в силу того, что считал незаконным отказ администрации учреждения здравоохранения по вопросу выдачи направления в бюро медико-социальной экспертизы в целях освидетельствования нетрудоспособности. Муниципальное учреждение здравоохранения отказало в выдаче направления на основании того, что на медико-социальную экспертизу этот гражданин может направляться после прохождения реабилитации в срок до четырех месяцев от даты перенесенного им заболевания. Однако, администрация оформила данный отказ в выдаче направления не в виде справки, с которой гражданин смог бы обратиться в бюро МСЭ самостоятельно, а в форме письма. В данном случае должностные лица МУЗ «Ногинская Центральная районная больница» нарушили пункт 19 Постановления Правительства РФ от 20 февраля 2006 г. №95 «О порядке и условиях признания лица инвалидом», произошло несоблюдение ответчиком процедуры рассмотрения заявления истца о направлении на медико-социальную экспертизу. В итоге суд признал отказ администрации учреждения здравоохранения в выдаче направления в бюро МСЭ незаконным [4]. Необходимо отметить, что данной ситуации можно было бы избежать при реализации механизма электронного межведомственного взаимодействия. В этом случае учреждение здравоохранения действовало бы в рамках строго определенных форм документов, необходимых для осуществления такого взаимодействия.

Следующим этапом является запись на прохождение медико-социальной экспертизы. В соответствии с изменениями, внесенными в нормативные правовые акты в 2019 году [3], медицинские организации формируют направление на медико-социальную экспертизу в медицинских информационных системах, а при отсутствии у медицинской организации информационной системы формирование происходит на бумажных носителях.

По результатам проверки Счетной палатой Российской Федерации эффективности использования бюджетных средств, направленных в 2016-2019 гг. на реализацию совершенствования государственной системы медико-социальной экспертизы установлено, что положительные качественные изменения системы медико-социальной экспертизы отсутствуют. В силу отсутствия надлежащего контроля за организацией деятельности бюро медико-социальной экспертизы были выявлены риски нарушения прав граждан на справедливое рассмотрение их документов, на получение качественной и доступной услуги. Нерешенным является вопрос межведомственного взаимодействия медицинских организаций и учреждений медико-социальной экспертизы в электронном виде (об этом свидетельствует практика передачи направлений на медико-социальную экспертизу на бумажном носителе) [5]. До 2020 года развитие системы медико-социальной экспертизы осуществлялось в рамках отдельной подпрограммы государственной программы Российской Федерации «Доступная среда». Основными направлениями данной подпрограммы являлись повышение прозрачности, доступности и объективности деятельности учреждений медико-социальной экспертизы путем организационного и институционального реформирования данной системы. Анализ аудиторами Счетной палаты Российской Федерации нормативно-правовой базы деятельности системы медико-социальной экспертизы показал, что данная деятельность осуществляется на недостаточном уровне, комплексность и системность данной работы в полном объеме не обеспечивается.

В настоящее время электронное межведомственное взаимодействие осуществляется неэффективно. Счетная палата Российской Федерации указывает, что направление на медико-социальную экспертизу от медицинской организации по форме №088/у не направляется из медицинских организаций в бюро медико-социальной экспертизы ни в одном из субъектов Российской Федерации.

Некоторые регионы имеют высокий уровень цифровизации, например, Московская область и Москва, однако даже в этих субъектах Российской Федерации не происходит межведомственное взаимодействие между медицинской организацией и бюро медико-социальной экспертизы. Так, соглашение между Главным бюро медико-социальной экспертизы по Московской области и Министерством здравоохранения Московской области не реализуется на практике. Направление №088/у поступает в бюро МСЭ на бумажном носителе. В Москве передача направлений также осуществляется на бумажном носителе [6].

В Саратовской области электронная передача направлений из медицинской организации в бюро медико-социальной экспертизы не предусматривается. Так, на официальном сайте ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Саратовской области» указано, что медико-социальная экспертиза проводится по заявлению гражданина, которое подается в письменной форме с приложением направления на медико-социальную экспертизу [7]. В разделе межведомственного взаимодействия присутствует только указание на направление выписок из индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалида (далее — ИПРА) в автоматическом режиме в органы, реализующие мероприятия программы реабилитации, после вынесения экспертного решения и разработки индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалида.

Взаимодействие в данном случае является постоянным, однако, в некоторой степени, односторонним. По данным Счетной палаты РФ, выписки из индивидуальной программы реабилитации и абилитации

инвалидов направляются от учреждений медико-социальной экспертизы в уполномоченные органы, а сведения об исполнении ИПРА в 2019 году практически не предоставлялись. Так, например, в Московской области, несмотря на заключенные в 2015-2016 годах соглашения о межведомственном взаимодействии со всеми органами исполнительной власти, информация о реализации мероприятий индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов составила менее 2%, а Министерство образования Московской области не осуществляет взаимодействие ни в бумажном, ни в электронном виде с 2018 года.

Примечательно, что результативность выполнения мероприятий индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов имеет важное значение не только для самого инвалида, но также и для всего общества. Успешная реабилитация инвалида способствует эффективной интеграции его в различные сферы жизнедеятельности и наиболее полному восстановлению организма, что впоследствии дает возможность сократить расходы государства на необходимые лекарственные средства и дорогостоящие медицинские процедуры.

Таким образом, в настоящее время, в нарушение требований нормативных правовых актов отсутствует система электронного межведомственного взаимодействия между органами исполнительной власти по вопросам прохождения гражданами социально-медицинской экспертизы, что создает дополнительные бюрократические препятствия для лиц, которые имеют определенные физические ограничения здоровья и претендуют на статус инвалида, не способствует усовершенствованию системы медико-социальной экспертизы, а также не позволяет оптимизировать сам процесс прохождения медико-социальной экспертизы и получения статуса инвалида. Представляется необходимым усиление контроля за соблюдением органами исполнительной власти нормативных правовых актов в области порядка признания лица инвалидом и применение дисциплинарной ответственности

к должностным лицам, ответственным за реализацию полномочий в области направления граждан на социально-медицинскую экспертизу и ее проведения.

Еще одной проблемой взаимодействия граждан, претендующих на получение статуса инвалида и органов медико-социальной экспертизы является отсутствие доступности прохождения данной экспертизы в силу удаленности учреждений. Так, например, в состав Главного бюро медико-социальной экспертизы по Саратовской области входит 25 бюро, 16 из них находятся в Саратове, 9 — в районах области (3 из которых расположены в Энгельсе) [7]. Всего в Саратовской области 38 районов. Самый удаленный территориально расположенный район — Перелюбский, находится на расстоянии более 300 км от Саратова (расстояние между городом Саратов и города Перелюб — 353 км). [9]. Бюро медико-социальной экспертизы в Перелюбском районе отсутствует. Это значит, что для прохождения медико-социальной экспертизы гражданину необходимо ехать в областной центр и нередко оставаться там на несколько дней, что сопряжено, помимо физических нагрузок, с дополнительными денежными тратами гражданина.

Данная проблема может быть решена посредством осуществления эффективного межведомственного взаимодействия между учреждением, которое направляет гражданина на медико-социальную экспертизу и бюро МСЭ. Помимо отправки всех необходимых документов в электронном виде представляется необходимым также предварительный просмотр документов экспертами МСЭ. В случае, если эксперту необходимы будут какие-либо дополнительные сведения о состоянии здоровья гражданина, который направляется на МСЭ, то их можно получить посредством проведения телемедицинской консультации.

Таким образом, в настоящее время в условиях стремительной цифровизации государства обнаруживаются проблемы эффективности системы медико-социальной экспертизы, прохождение которой необходимо для получения статуса инва-

лида, влияющие на финансово-правовое регулирование данной системы. Выявлена проблема отсутствия электронного межведомственного взаимодействия между органами исполнительной власти по вопросам прохождения гражданами социально-медицинской экспертизы, что противоречит действующим нормативным правовым актам, создает дополнительные бюрократические препятствия для лиц, которые имеют определенные физические ограничения здоровья и претендуют на статус инвалида и не позволяет оптимизировать сам процесс освидетельствования, прохождения медико-социальной экспертизы и получения статуса инвалида. Данную проблему представляется возможным решить посредством усиления контроля за соблюдением органами исполнительной власти нормативных правовых актов и применения дисциплинарной ответ-

ственности к должностным лицам, ответственным за реализацию полномочий в области направления граждан на социально-медицинскую экспертизу и ее проведения. Обнаружена проблема большой территориальной удаленности множества граждан от бюро МСЭ, в связи с чем они вынуждены затратить финансовые средства и большое количество времени, чтобы пройти МСЭ. Данная проблема может быть решена посредством осуществления эффективного межведомственного взаимодействия между учреждением, которое направляет гражданина на медико-социальную экспертизу и бюро МСЭ, а также предварительного просмотра специалистами МСЭ документов с целью выявления дополнительных необходимых медицинских обследований заранее, а не в момент непосредственного прохождения гражданами медико-социальной экспертизы

Список литературы:

1. Федеральный закон от 24 ноября 1995 г. №181-ФЗ (в ред. от 24 апреля 2020 г.) «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» // СЗ РФ. 1995. №48. ст. 4563; 2020. №17. ст. 2725.
2. Постановление Правительства РФ от 20 февраля 2006 г. №95 (в ред. от 30 апреля 2020 г.) «О порядке и условиях признания лица инвалидом» // СЗ РФ. 2006. №9. ст. 1018; 2020. №19. ст. 2995.
3. Постановление Правительства РФ от 16 мая 2019 г. №607 «О внесении изменений в Правила признания лица инвалидом» // СЗ РФ. 2019. №21. Ст. 2569.
4. Апелляционное определение Московского областного суда от 19 февраля 2014 г. по делу №33-3981/14 // URL: https://sudact.ru/regular/doc/SLbHZXyjeimu/?regular-txt=®ular-case_doc=33-3981%2F14®ular-lawchunkinfo=®ular-date_from=®ular-date_to=®ular-workflow_stage=®ular-area=®ular-court=®ular-judge=&_1607682537048 (дата обращения: 11.06.2020)
5. Отчет аудитора Счетной палаты РФ о результатах контрольного мероприятия «Проверка эффективности использования средств федерального бюджета, направленных в 2016–2018 годах и истекшем периоде 2019 года на реализацию мероприятий по совершенствованию государственной системы медико-социальной экспертизы» от 02 августа 2019 года // Бюллетень Счетной палаты Российской Федерации. 2019. №9 (216). С. 6-7.
6. Информация получена по запросу Счетной палаты от 6.02.2019 №ЗИп-03-15/11-03.
7. Официальный сайт ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Саратовской области». Порядок проведения медико-социальной экспертизы // URL: https://www.64.gbmse.ru/mse/poryadok_provedeniya_mse/ (дата обращения: 11.06.2020)
8. Официальный сайт ФГИС «Федеральный реестр инвалидов». Аналитика. Численность инвалидов по состоянию на 01 апреля 2020 года // URL: <https://sfri.ru/analitika/chislennost/chislennost?territory=1> (дата обращения: 11.06.2020)

9. Расстояние между городом Саратов и селом Перелюб // URL: <http://rasstoyanie.info/russia/saratov/marshrut-saratov-perelyub.html> (дата обращения: 11.06.2020)

Об авторе:

Малышева Анастасия Андреевна — преподаватель, аспирант кафедры финансового, банковского и таможенного права имени профессора Нины Ивановны Химичевой Саратовской государственной юридической академии, Саратов, asyamalysheva@mail.ru

Anastasija Andreevna Malysheva — teacher, postgraduate of the department of financial, banking and customs law named after professor Nina Khimicheva, Saratov State Law Academy, Saratov

© Малышева А.А., 2020

Для цитирования:

Малышева А.А. Проблемы финансово-правового регулирования и эффективности системы медико-социальной экспертизы // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2020. №2 (12). С. 45-50.

For citation:

Malysheva A.A. Problems of financial and legal regulation and efficiency of medical social expertise system // M.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2020. №2 (12). P. 45-50.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

The author declares that there is no conflict of interest.

Статья поступила в редакцию 30.11.2020 г.

Тропина О.Н.

ПОЛНОМОЧИЯ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ КАК СУБЪЕКТА УПРАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИМ ОБРАЗОВАНИЕМ

В настоящей статье рассматриваются проблемы правовых полномочий Министерства здравоохранения Российской Федерации по управлению медицинским образованием. В связи с пробелами законодательства у Министерства здравоохранения Российской Федерации возникают препятствия при осуществлении функции по организации среднего профессионального, высшего и дополнительного профессионального медицинского и фармацевтического образования. Преодоление указанной правовой ситуации посредством издания совместных ведомственных нормативных актов с Министерством науки и высшего образования Российской Федерации не представляется возможным. Предлагается вывод, что в настоящее время имеется потребность в пересмотре и расширении соответствующих полномочий в сфере управления медицинским образованием федерального органа исполнительной власти в сфере здравоохранения.

Ключевые слова: медицинское образование, высшее образование, министерство здравоохранения, правовой статус, приказ, полномочия, пробел права, учредитель, образовательная организация

Olga Tropina

THE COMPETENCE OF THE MINISTRY OF HEALTH OF THE RUSSIAN FEDERATION AS A SUBJECT OF MANAGEMENT OF MEDICAL EDUCATION

This article examines the problems of the legal powers and competence of the Ministry of Health of the Russian Federation to manage medical education. Due to the gaps in legislation, the Ministry of Health of the Russian Federation faces obstacles in the exercise of the function of organizing secondary vocational, higher and additional professional medical and pharmaceutical education. It is not possible to overcome this legal situation by issuing joint departmental regulations with the Ministry of Science and Higher Education of the Russian Federation. It is proposed to conclude that at present there is a need to revise and expand the relevant powers in the field of medical education management of the federal executive body in the field of healthcare.

Keywords: medical education, higher education, ministry of health, legal status, order, authority, legal gap, founder, educational organization

Современная сложная эпидемиологическая ситуация наглядно демонстрирует важность наличия высококвалифицированных кадровых ресурсов для отрасли здравоохранения, общества и государства. Основой приобретения квалификации медицинского работника является получение им качественной профессиональной подготовки по профессиональным обра-

зовательным программам по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки» по профессиональным образовательным программам среднего специального образования, высшего образования (специалитета, бакалавриата, магистратуры) и высшего образования — подготовки кадров высшей квалификации (ординатуры).

Бесспорно, одним из условий качественного результата работы системы подготовки медицинских кадров, является деятельность по управлению медицинским образованием. Ведущую функцию в этой сфере реализует Министерство науки и высшего образования РФ, как федеральный орган исполнительной власти, осуществляющий функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере образования.

Организация среднего профессионального, высшего и дополнительного профессионального медицинского и фармацевтического образования, согласно законодательству, является функцией Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее по тексту — Минздрав России) [2].

Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации» от 29.12.2012 №273-ФЗ (далее по тексту — Закон №273-ФЗ) в п. 4 ст. 89 также относит Минздрав России, как федеральный государственный орган, имеющий в своем ведении образовательные организации, к федеральным органам исполнительной власти, осуществляющим государственное управление в сфере образования [1].

В рамках указанной деятельности Минздрав России вправе самостоятельно принимать нормативные правовые акты, регулирующие подготовку медицинских кадров, закрытый перечень и виды которых установлены Постановлением Правительства Российской Федерации от 19 июня 2012 г. №608, куда включены:

- порядок участия обучающихся по основным профессиональным образовательным программам и дополнительным профессиональным программам в оказании медицинской помощи гражданам и в фармацевтической деятельности;
- порядок организации и проведения практической подготовки обучающихся по профессиональным образовательным программам медицинского и фармацевтического образования;
- порядок приема граждан на обучение по программам ординатуры (по согласованию с Минобрнауки России);

- порядок допуска к педагогической деятельности по образовательным программам высшего медицинского образования или высшего фармацевтического образования, а также дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих высшее образование, работников медицинских и научных организаций, организаций, осуществляющих производство лекарственных средств, организаций, осуществляющих производство и изготовление медицинских изделий, аптечных организаций, судебно-экспертных учреждений и иных организаций, осуществляющих деятельность в сфере охраны здоровья граждан в Российской Федерации, имеющих высшее медицинское образование или высшее фармацевтическое образование и прошедших обучение в ординатуре или интернатуре;
- порядок допуска к педагогической деятельности по образовательным программам среднего медицинского образования или среднего фармацевтического образования, а также дополнительным профессиональным программам (по п. 13, 14 ст. 82 Закона №273-ФЗ);
- типовая форма договора об организации практической подготовки обучающихся (по согласованию с Минобрнауки России);
- порядок и сроки совершенствования медицинскими работниками и фармацевтическими работниками профессиональных знаний и навыков путем обучения по дополнительным профессиональным программам в образовательных и научных организациях;
- образец диплома об окончании ординатуры, описание указанного диплома, порядок заполнения, учета и выдачи указанного диплома и его дубликатов [2].

При анализе вышеуказанных законодательных полномочий очевидно, что для осуществления управления высшим медицинским образованием (уровни — бакалавриат, специалитет, магистратура) и средним профессиональным медицинским образованием их недостаточно.

Пункт 4 статьи 89 Закона №273-ФЗ предоставляет Минздраву России полномочия управления в сфере образования, которые распространяется только на его подведомственные организации. В настоящее время 46 образовательных организаций высшего профессионального образования, два учреждения ДПО и три учреждения СПО находятся под учредительством Минздрава России. С правовой точки зрения только их можно считать подведомственной образовательной системой медицинского образования.

Однако отметим, что образовательными организациями, имеющими право на реализацию профессиональных программ медицинского образования, являются не только федеральные учреждения. Указанную деятельность осуществляют колледжи, институты, академии, учрежденные публично-правовыми образованиями, юридическими и частными лицами. Образовательные программы дополнительного профессионального образования могут быть реализованы любым юридическим лицом при условии получения лицензии на право ведения образовательной деятельности. К сожалению, современное правовое регулирование не охватывает эти субъекты, как элементы системы подготовки медицинских кадров. Таким образом, Минздрав России не обладает полномочиями для управления медицинским образованием в отношении указанных субъектов.

Кроме того, Минздрав России, как учредитель федеральных образовательных организаций, ограничен в правовой возможности координации образовательной деятельности в их отношении.

Единый, законодательно установленный, перечень прав и обязанностей учредителя отсутствует. В Законе №273-ФЗ названы отдельные права и обязанности лица, являющегося учредителем образовательной организации высшего образования. В соответствии с его содержанием учредитель имеет право на: получение ежегодного отчета о поступлении и расходовании финансовых и материальных средств, а также отчета о результатах самообследования (ст. 28); согласование программы

развития образовательной организации (ст. 28); назначение (утверждение) руководителя образовательной организации и установление порядка и сроков проведения аттестации кандидатов на должность руководителя (ст. 51); ежегодное установление квоты целевого приема для получения высшего образования по каждому уровню высшего образования, каждой специальности и каждому направлению подготовки [1].

Источником права о компетенции учредителя в области управления организацией служит ее устав. При анализе содержания уставов подведомственных Минздраву России образовательных организаций высшего образования, выяснилось, что они являются типовыми. Единственной нормой относительно полномочий учредителя является п. 1.5. устанавливающей, что «Министерство в отношении Университета является главным распорядителем бюджетных средств» [6].

Таким образом, в нормативно-правовых актах обнаруживается пробел относительно прав учредителя по координации образовательной деятельности. Следовательно, Минздрав России, как учредитель образовательной организации никоим образом на правовых основаниях координацию образовательной деятельности осуществить не может. При этом необходимо иметь в виду, что согласно ст. 28 Закона №273-ФЗ образовательная организация обладает автономией в осуществлении образовательной деятельности, свободны в определении содержания образования, выборе учебно-методического обеспечения, образовательных технологий по всем реализуемым образовательным программам.

Отсутствие достаточных полномочий у Министерства здравоохранения России для управления системой медицинского образования и необходимость наделения ими федерального органа власти, ярко проявились в условиях ситуации предупреждения распространения новой коронавирусной инфекции на территории Российской Федерации.

Так, Минздрав России в связи с необходимостью регулирования медицинской помощи в условиях пандемии в 2020 году

издал ряд ведомственных актов, среди которых Приказ Минздрава России от 29 марта 2020 г. №248 «Об организации практической подготовки обучающихся по образовательным программам медицинского и фармацевтического образования в условиях предупреждения распространения новой коронавирусной инфекции на территории Российской Федерации» [4]. Из содержания данного документа следует, что руководители «находящихся в ведении Минздрава России организаций, реализующих профессиональные образовательные программы медицинского образования и фармацевтического образования» должны внести в соответствующие образовательные программы изменения, которые обеспечат участие обучающихся «в осуществлении мероприятий по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19» [4]. (Следует отметить, что рассматриваемый ведомственный нормативно-правовой акт федерального органа исполнительной власти был направлен не на вопросы качества практической подготовки в новых эпидемиологических условиях, а на решение управленческих задач).

Позднее был издан другой аналогичный приказ Минздрава России от 27 апреля 2020 года №378/619 «Об организации практической подготовки обучающихся по образовательным программам высшего медицинского образования в условиях борьбы с распространением новой коронавирусной инфекции на территории Российской Федерации» (в настоящее время утратил силу) [5] с более жесткими формулировками прямого императива в адрес «руководителей организаций, реализующих образовательные программы высшего медицинского образования, вне зависимости от организационно-правовой формы и ведомственного подчинения» с указанием внести изменения в календарный учебный график образовательных программ высшего образования (специалитет).

В данных примерах наблюдается превышение полномочий учредителя образовательной организации, игнорирование норм п. 2 ст. 28 Закона №273-ФЗ, согласно

которого «образовательные организации свободны в определении содержания образования».

Приказ Минюста России от 23.04.2020 №105 «Об утверждении разъяснений о применении Правил подготовки нормативных правовых актов федеральных органов исполнительной власти и их государственной регистрации» разъясняет, что для издания ведомственного нормативного акта у органа исполнительной власти должна быть одновременно предусмотрена соответствующая компетенция в положении о нем, и в законодательстве РФ, которое «предусматривает разработку данным федеральным органом исполнительной власти **конкретного** (курсив наш — О.Т.) нормативного правового акта, либо группы актов в конкретной сфере деятельности» [3]. Издание рассматриваемых приказов Минздрава России вышло за пределы его компетенции согласно п. 8 ст. 82 Закона №273-ФЗ. Все нормы относительно практической подготовки обучающихся Минздравом России должны быть включены в «порядок организации и проведения практической подготовки», так как п. 5.2.117 постановления Правительства Российской Федерации от 19 июня 2012 г. №608 (далее по тексту — Положение о Минздраве России) предусматривает самостоятельное принятие нормативного правового акта с наименованием «Порядок организации и проведения практической подготовки обучающихся по профессиональным образовательным программам медицинского и фармацевтического образования» [2].

Позднее была попытка исправления указанной ошибки, подписан совместный Приказ Минздрава России №378, Минобрнауки России №619 от 27.04.2020 «Об организации практической подготовки обучающихся по образовательным программам высшего медицинского образования в условиях борьбы с распространением новой коронавирусной инфекции на территории Российской Федерации» (утратил силу) [5]. Полномочия на издание данного нормативного правового акта у Минздрава России также отсутствуют, т.к. Положение о Минздраве России не предусматривает издание приказов об организации практической

подготовки. Таким образом, согласно приказу Минюста России от 23.04.2020 №105 «Об утверждении разъяснений о применении Правил подготовки нормативных правовых актов федеральных органов исполнительной власти и их государственной регистрации» рассматриваемый совместный приказ издан с нарушением юридической техники.

Вышеизложенное свидетельствует о том, что недостаточные полномочия Минздрава России в сфере правового регулирования медицинского образования препятствуют эффективному управлению системой подготовки медицинских кадров, блокирует правотворческую деятельность, направленную на оперативное установление правил поведения. Полагаем, что присутствует настоятельная необходимость в преодолении сложившейся ситуации. Самому Минздраву России возможно устранить некоторые указанные в настоящей статье пробелы правового регулирования, внося соответствующие нормы, в уставы подведомственных обра-

зовательных организаций. Однако это не решит вопросов управленческих полномочий Минздрава России для всей системы подготовки медицинских кадров (уровни СПО и ВО). Отсутствие закрепленных в нормах права инструментов (полномочий) не позволяют Минздраву России полностью осуществлять функцию по организации среднего профессионального, высшего и дополнительного профессионального медицинского и фармацевтического образования.

В настоящее время имеется потребность в пересмотре и расширении соответствующих полномочий в сфере управления медицинским образованием данного федерального органа исполнительной власти. Полагаем, что необходимо внести изменения в Положение о Минздраве России и Закон №273-ФЗ, закрепить полномочия Минздрава России, касающихся сферы подготовки медицинских кадров в отраслевом базовом федеральном законе от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Список литературы:

1. Федеральный закон от 29.12.2012 №273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» (с изм. на 31 июля 2020 года) // Собрание законодательства Российской Федерации, №53 (ч. I), 31.12.2012, ст. 7598.
2. Постановление Правительства Российской Федерации от 19 июня 2012 г. №608 «Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения Российской Федерации» (с изм. на 1 июня 2020 года) // Собрание законодательства Российской Федерации, №26, 25.06.2012, ст. 3526.
3. Приказ Минюста России от 23.04.2020 №105 «Об утверждении разъяснений о применении Правил подготовки нормативных правовых актов федеральных органов исполнительной власти и их государственной регистрации» // URL: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202004270027> (дата обращения 26.11.2020)
4. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 марта 2020 г. №248 «Об организации практической подготовки обучающихся по образовательным программам медицинского и фармацевтического образования в условиях предупреждения распространения новой коронавирусной инфекции на территории Российской Федерации» // URL: <https://minzdrav.midural.ru/uploads/248.pdf> (дата обращения 25.11.2020)
5. Приказ Минздрава России №378, Минобрнауки России №619 от 27.04.2020 «Об организации практической подготовки обучающихся по образовательным программам высшего медицинского образования в условиях борьбы с распространением новой коронавирусной инфекции на территории Российской Федерации» (утратил силу) // URL: <https://minzdrav.gov.ru/documents/9608-prikaz-ot-27-aprelya-2020-g-378-619> (дата обращения 28.11.2020)

6. Устав ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России» (Сеченовский Университет) // URL: <https://www.sechenov.ru/normativnye-dokumenty/ustavobrorrg/> (дата обращения 26.11.2020)
7. Устав ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ» Минздрава России // URL: <https://kazangmu.ru/staff/documents> (дата обращения 26.11.2020)

Об авторе:

Тропина Ольга Николаевна — доцент кафедры медицинского права Ростовского государственного медицинского университета Министерства здравоохранения Российской Федерации, кандидат юридических наук, Ростов-на-Дону, kirill-armavir@ya.ru

Olga Nikolaevna Tropina — associate professor of the Medical Law Chair, Rostov State Medical University of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, PhD in Law, Rostov-on-Don

© Тропина О.Н., 2020

Для цитирования:

Тропина О.Н. Полномочия Министерства здравоохранения Российской Федерации как субъекта управления медицинским образованием // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2020. №2 (12). С. 51-56.

For citation:

Tropina O.N. The competence of the Ministry of health of the Russian Federation as a subject of management of medical education // M.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2020. №2 (12). P. 51-56.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

The author declares that there is no conflict of interest.

Статья поступила в редакцию 29.11.2020 г.

Федорова И.В.

ПРОЕКТ ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНА О ДОНОРСТВЕ ОРГАНОВ ЧЕЛОВЕКА И ИХ ТРАНСПЛАНТАЦИИ: НЕКОТОРЫЕ ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ

В данной статье анализируются прогнозируемые изменения, которые станут следствием принятия Проекта Федерального закона «О донорстве органов человека и их трансплантации». Отмечено, что впервые на законодательном уровне будет закреплено создание и содержание Регистра волеизъявлений граждан. Обозначены недостатки Проекта, заключающиеся в отсутствии правового регулирования трансплантации тканей, а также трансплантации костного мозга и гемопоэтических стволовых клеток. Дана оценка вопросам реализации презумпции согласия гражданина на изъятие органов для целей трансплантации. Сделан вывод о необходимости упрощения порядка письменного волеизъявления граждан относительно допустимости либо недопустимости изъятия органов для целей трансплантации. Автором предлагается расширить перечень допустимых прижизненных доноров путем включения в него супруга потенциального реципиента.

Ключевые слова: здравоохранение, трансплантация, донорство органов, законопроект, презумпция согласия, донор, реципиент, Регистр волеизъявлений граждан, эмоциональное донорство, координатор донорства органов

Inna Fedorova

DRAFT FEDERAL LAW ON HUMAN ORGAN DONATION AND TRANSPLANTATION: SOME PROBLEMS AND WAYS TO SOLVE THEM

This article analyzes the projected changes that will result from the adoption of the Draft Federal law «on human organ donation and transplantation». It was pointed out that for the first time at the legislative level, the creation and content of the register of citizens' will will be fixed. The disadvantages of the Draft Federal law are identified, which are the lack of legal regulation of tissue transplantation, as well as the lack of legal regulation of bone marrow and hematopoietic stem cell transplantation. The assessment of the implementation of the presumption of citizen's consent to the removal of organs for transplantation purposes is given. It is concluded that it is necessary to simplify the procedure for the written expression of the will of citizens regarding the permissibility or inadmissibility of organ removal for transplantation purposes. The author proposes to expand the list of acceptable lifetime donors by including the spouse of a potential recipient.

Keywords: healthcare, transplantation, organ donation, bill, presumption of consent, donor, recipient, Register of citizens' will, emotional donation, the coordinator of organ donation

Трансплантация органов и тканей человека как эффективная и высокотехнологичная отрасль медицины направлена на prolongation жизни тяжелобольных пациентов, еще недавно не имевшим шанса на излечение. Однако, несмотря на стремительное

развитие и расширение возможностей современной медицины в указанной области, к сожалению, следует признать, что правовое регулирование отношений, связанных с донорством органов человека и их пересадкой, существенно отстает от потребностей

практики. Основным нормативно — правовым актом, обеспечивающим соблюдение прав и обязанностей всех субъектов правоотношений в области трансплантологии, является Закон РФ от 22.12.1992 №4180 «О трансплантации органов и (или) тканей человека» [1] (далее — Закон о трансплантации). Принятый еще в 1992 году, данный акт оставляет вне правового поля отдельные группы отношений, складывающиеся при клинической трансплантации, и не отвечает реалиям сегодняшнего времени.

Законопроектная деятельность по подготовке нового закона, который должен решить вопрос установления баланса прав и законных интересов доноров и реципиентов органов, а также снять существующую напряженность в обществе, началась в 2012 году. За это время были сформированы несколько проектов, которые так и не были официально внесены в Государственную Думу и отправлены на доработку.

Проанализировав поступившие от специалистов замечания и предложения, 23 декабря 2019г. Минздравом России был подготовлен проект Федерального закона «О донорстве органов человека и их трансплантации» (ID проекта 02/04/12-19/00098296) [3] (далее — Проект закона о донорстве органов, Законопроект). Предполагаемая дата вступления в силу — 1 сентября 2021 г.

Проект закона о донорстве органов несет в себе серьезные вызовы в сфере биоэтики. Положительным моментом данного Законопроекта является создание Регистра волеизъявления граждан, который содержит в себе: регистр волеизъявлений граждан, включающий сведения о согласии/несогласии на изъятие их органов после смерти в целях трансплантации, регистры посмертных и прижизненных доноров, включающие сведения о посмертных и прижизненных донорах и донорских органах, изъятых у них в целях трансплантации, а также регистр реципиентов, содержащий сведения о реципиентах, в том числе трансплантация органов, которым осуществлена за пределами Российской Федерации и получающих в связи с этим медицинскую помощь в Российской

Федерации, и донорских органах, предоставленных им в целях трансплантации (п. 1 ст. 34 Законопроекта). Информация о донорах и реципиентах, находящаяся в регистре волеизъявлений, отнесена к информации ограниченного доступа и передается в него на безвозмездной основе. Данное нововведение позволит обеспечить единую координацию медицинских учреждений и значительно ускорит поиск подходящего донора для пациента.

Формирование и нормативное закрепление органов и служб по мониторингу и координации деятельности всей системы донорства (ст.11 Законопроекта) и создание должности врач — координатор донорства органов (ст. 12 Законопроекта) является также прогрессивным шагом на пути к увеличению случаев эффективного донорства, поскольку успехи клинической трансплантологии зависят не только от наличия достаточного количества донорских органов, но и от своевременного решения вопросов организационного характера. За основу был взят опыт стран, где широко развито донорство органов и эффективно функционируют координационные центры — США, Испания, Италия и Франция.

Также значимым нововведением представляется закрепление на законодательном уровне возраста детского посмертного донорства — с одного года. В настоящее время данное положение содержится в Приказе Минздрава России от 25.12.2014 №908н «О Порядке установления диагноза смерти мозга человека», что вызывает немало обоснованных споров как в юридических, так и в медицинских кругах [2].

В целом, закон стал более структурированным, законодательно закреплены такие важные дефиниции как трансплантация (пересадка) органов, донорский орган и др. Впервые законодатель уделит внимание информационной работе с населением о социальной значимости донорства органов человека (ст. 10 Законопроекта) с целью повышения чувства доверия к медицинским работникам. Получил закрепление принцип анонимности донора органов для реципиента и его родственников и анонимности реципиента для родствен-

ников донора при посмертном донорстве органов с целью устранения возможного давления и снижения вероятности возникновения конфликтов.

Несмотря на обозначенные выше достоинства, не решенными остались некоторые существенные проблемы. Так перечень донорских органов для целей трансплантации обоснованно разграничен по виду донорства (ст. 7 Законопроекта). Объекты трансплантации при посмертном донорстве определяются актом уполномоченного федерального органа исполнительной власти, что представляется разумным, поскольку ввиду стремительного развития и расширения возможностей клинической трансплантологии включение в подзаконный акт новых видов донорских органов осуществляется в более упрощенном варианте, нежели чем внесение изменений в федеральный закон. Для органов при прижизненном донорстве, напротив, предусмотрен исчерпывающий перечень: почка, часть печени, часть тонкой кишки, доля легкого, часть поджелудочной железы. Вне правового регулирования остались пересадка тканей человека, а также пересадка костного мозга и гемопоэтических стволовых клеток, которые по действующему законодательству признаются объектами трансплантации. Можем предположить, что правовое закрепление возможности осуществления трансплантации тканей, а также трансплантации костного мозга и гемопоэтических стволовых клеток будет осуществлено в самостоятельных федеральных законах о донорстве тканей и о донорстве костного мозга и гемопоэтических стволовых клетках. Однако, на сегодняшний день проектная деятельность Минздрава РФ не предусматривает в ближайшее время создание указанных законов [5]. Отсутствие легального закрепления подобного рода трансплантаций приведет к сокращению случаев эффективного донорства, утрате достигнутого прогресса, а в ряде случаев — к смерти людей.

Безусловно, этическим ядром Законопроекта является новая трактовка принципа презумпции согласия на посмертный забор органов для проведения последующей

процедуры трансплантации органов [6]. На сегодняшний день в Российской Федерации действует так называемый принцип расширенного согласия: помимо воли умершего учитывается также волеизъявление родственников донора после его смерти. Согласно ст. 8 ныне действующего Закона о трансплантации изъятие органов и (или) тканей у дееспособного совершеннолетнего человека в случае его смерти осуществляется при соблюдении ряда юридических условий: отсутствие возражения донора на изъятие органов и (или) тканей для целей трансплантации, выраженного прижизненно, а также отсутствие такого возражения у его близких родственников или законного представителя.

Законопроект сохраняет указанный принцип, закрепляя право пациента в любое время письменно заявить о своем согласии / несогласии на изъятие его органов для целей трансплантации (ст. 13 Законопроекта). По усмотрению гражданина такое заявление может быть нотариально заверено. Информация о волеизъявлении направляется гражданином в уполномоченный орган для регистрации в Регистре волеизъявлений граждан. Таким образом, закон возлагает бремя информирования о своем волеизъявлении на самого гражданина, что вызывает нарекания с точки зрения практической реализации. Усложнение порядка письменного волеизъявления относительно допустимости либо недопустимости изъятия органов для целей трансплантации, а также отсутствие надлежащей информированности граждан о правовом закреплении подобного процесса практически лишают граждан возможности реализовать свое право на отказ от изъятия у них органов для целей трансплантации. Необходим простой и понятный каждому человеку механизм закрепления волеизъявления граждан.

Граждане, которые по состоянию здоровья не могут уточнить своё мнение относительно изъятия их органов после смерти в целях трансплантации в письменном заявлении, могут выразить свое волеизъявление в устной форме лечащему врачу или другому медицинскому работнику, при-

нимающему непосредственное участие в медицинском обследовании и лечении гражданина, в присутствии не менее двух свидетелей. Закон дает единственное исключение: свидетелем не может выступать лицо, заинтересованное в изъятии органов у донора. Представляется целесообразным расширить действие указанной нормы на лиц, госпитализированных в медицинскую организацию, поскольку они также лишены объективной возможности письменно уведомить уполномоченный федеральный орган исполнительной власти о своем волеизъявлении для его последующей регистрации.

Статья 15 Законопроекта устанавливает обязанность врачей проинформировать о констатации смерти совершеннолетнего дееспособного гражданина, признанного приемлемым донором и не выразившего при жизни несогласия на изъятие у него органов, супруга или близкого родственника умершего. Следует особо подчеркнуть, что речь идет исключительно об извещении о смерти пациента: медицинское учреждение не обязано сообщать родственникам умершего о наличии у них права выразить свое несогласие на изъятие органов, а также о последствиях отсутствия их волеизъявления.

Проект закона о донорстве органов содержит временное ограничение, в течение которого супруг, а при его отсутствии — один из близких родственников умершего, могут письменно заявить о своем волеизъявлении относительно возможности изъятия органов для целей трансплантации. При отсутствии поступления от супруга либо от близкого родственника сведений о их несогласии на трансплантацию органов умершего для целей трансплантации в течение 2-х часов после констатации смерти мозга гражданина, медицинское учреждение принимает меры по организации изъятия органов.

Важно отметить, что такое согласие признается легитимным только при его письменной фиксации (п.2 ст. 15 Законопроекта). На данный момент Законопроект не содержит ответа на вопрос как будет осуществлена передача письменного заявления от супруга или при его отсут-

ствии — одного из близких родственников, о несогласии на изъятие органов у потенциального донора в случае, если семья умершего не имеет возможности прибыть в медицинское учреждение за указанный период времени. Однако, если допустить увеличение временного промежутка на выяснение волеизъявления родственников умершего, то большинство доступных для пересадки органов станут просто непригодными и утратят свою жизнеспособность.

Законопроект содержит новый запрет на проведения процедуры изъятия органов для целей трансплантации у лиц, личность которых на момент констатации смерти не была установлена, под угрозой привлечения к уголовной ответственности (ст. 6 Законопроекта). Появление такого ограничения объяснимо — данное правило введено из соображений невозможности выяснения их прижизненной воли и воли их семей. Однако на практике данное положение может привести к серьезным трудностям: если врачу при поступлении известны исключительно ФИО пациента, полученные со слов соседа или самого пострадавшего, будет ли этого достаточно, чтобы установить личность больного? Или обязательно нужен паспорт [4]?

Правовое регулирование прижизненного донорства сохранило запрет на неродственное донорство. Так основным критерием для изъятия органа или части органа при прижизненном донорстве органов осталось требование о наличии биологической родственной связи независимо от степени родства между совершеннолетним дееспособным прижизненным донором и потенциальным реципиентом. Остается неясным, почему законодатель игнорирует другие случаи близких отношений и отказывает тяжелобольным пациентам, часто находящимся в терминальной стадии болезни, в помощи, например, его супруга? По мнению Олега Николаевича Резника, вице-председателя Российского трансплантологического общества, складывается парадоксальная ситуация, при которой «если муж умирает, жена имеет право решать, может ли он быть посмертным донором, или нет, а если жена будет погибать от по-

ческой недостаточности — муж не сможет отдать ей свою почку... Человека просто лишают права помочь самым дорогим людям» [7]. Данная ситуация усугублена также сложившейся в нашей стране катастрофической нехваткой донорских органов. Таким образом, представляется убедительным расширить круг возможных прижизненных доноров, включив в него супруга потенциального реципиента, что позволит создать значительный резерв необходимых донорских органов.

В заключении хотелось бы отметить, что Проект закона о донорстве органов в очередной раз обнажил ряд имеющихся

проблем, связанных, в частности, с фактической невозможностью реализации гражданами своего права на отказ от изъятия органов для целей трансплантации у них и (или) их родственников органов ввиду отсутствия необходимого для этого понятного правового механизма. Его корректировка с учетом мнения профессионального сообщества позволит обеспечить сохранение баланса прав и законных интересов потенциальных доноров и реципиентов органов, а также станет основой формирования в нашем обществе культуры донорства как безвозмездного добровольного анатомического дара.

Список литературы:

1. Закон РФ от 22.12.1992 №4180-1 (ред. от 23.05.2016) «О трансплантации органов и (или) тканей человека» // Ведомости СНД и ВС РФ, 14.01.1993, №2, ст. 62.
2. Приказ Минздрава России №306н, РАН №3 от 04.06.2015 (ред. от 01.10.2018) «Об утверждении перечня объектов трансплантации» (Зарегистрировано в Минюсте России 18.06.2015 №37704) // Российская газета, №138, 26.06.2015.
3. О донорстве органов человека и их трансплантации [Электронный ресурс]: Проект Федерального закона (подготовлен Минздравом России, ID проекта 02/04/12-19/00098296, текст по состоянию на 18.11.2020) // URL: <https://minzdrav.gov.ru/documents/8145> (дата обращения 18.11.2020)
4. Виноградов В.Л., Мойсюк Я.Г., Погребниченко И.В. и др. Обсуждение проекта Федерального закона «О донорстве органов, частей органов человека и их трансплантации (пересадке)». Интервью с экспертами в области органного донорства [Электронный ресурс] // Трансплантология. 2013. №3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/obsuzhdenie-proekta-federalnogo-zakona-o-donorstve-organov-chastey-organov-cheloveka-i-ih-transplantatsii-peresadke-intervyu-s> (дата обращения 18.11.2020)
5. Романовская О.В. Донорство органов человека и их трансплантация: анализ проекта федерального закона [Электронный ресурс] / О.В. Романовская // Правовые вопросы в здравоохранении. 2016. №6. Режим доступа: <https://e.zdravpravo.ru/463043> (дата обращения 18.11.2020)
6. Тищенко П.Д. Проблема социогуманитарного обеспечения нового законодательства по органному донорству // Клинический и экспериментальный хирургический журнал им. акад. Б.В. Петровского. 2019. Т. 7. №3. С. 10.
7. Хочу спасти мужа, но не дает закон: Почему в России супругам запрещено быть донорами: КП [Электронный ресурс] // URL: <https://www.rostov.kp.ru/daily/26984/4044287/> (дата обращения 18.11.2020)

Об авторе:

Федорова Инна Владимировна — аспирант кафедры гражданского права Южного федерального университета, Ростов-на-Дону, fedorova.inna.vl@yandex.ru

Inna Vladimirovna Fedorova — post-graduate student of the Department of civil law of the Southern Federal University, Rostov-on-Don

© Фёдорова И.В., 2020

Для цитирования:

Федорова И.В. Проект федерального закона о донорстве органов человека и их трансплантации: некоторые проблемы и пути их решения // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2020. №2 (12). С. 57-62.

For citation:

Fedorova I. V. Draft federal law on human organ donation and transplantation: some problems and ways to solve them // M.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2020. №2 (12). P. 57-62.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

The author declares that there is no conflict of interest.

Статья поступила в редакцию 01.12.2020 г.

Чеджемов С.Р., Туаева И.Б., Габараева Л.Н.

ПРАВО И ПАНДЕМИЯ: МЕДИЦИНСКИЕ ВУЗЫ В УСЛОВИЯХ ПОВЫШЕННОЙ ГОТОВНОСТИ

В современных политико-правовых реалиях приобретают особое значение проблемы правового обучения и воспитания, что во многом определено принятием поправок в Конституцию РФ и пандемией новой коронавирусной инфекции, охватившей мир и внесшей определенные существенные коррективы во все сферы жизнедеятельности. Это обусловило принятие мер направленных на повышение уровня правового обучения в медицинских вузах. Авторы излагают свое видение решения этой проблемы на основе разработанного в Северо-Осетинской государственной медицинской академии специального курса «Правовые основы медицинской деятельности» предназначенного слушателем курсов повышения квалификации и студентам ординатуры. Авторы полагают, что этот опыт заслуживает обсуждения среди профессионального сообщества с целью его большей апробации и выявления положительных моментов, могущих оптимизировать формы и средства повышения правовой подготовки медицинских работников.

Ключевые слова: правовое обучение, здравоохранение, правовая культура, медицинский вуз

Sergey Chedgemov, Irma Tuayeva, Liana Gabaraeva

RIGHT AND PANDEMIC: MEDICAL UNIVERSITIES ON HIGH ALERT

In modern political and legal realities, the problems of legal education and education are of particular importance, which is largely determined by the adoption of amendments to the Constitution of the Russian Federation and the pandemic of a new coronavirus infection that has engulfed the world and made certain significant adjustments in all areas of life. This has led to measures aimed at improving the level of legal education in medical universities. The authors present their vision for solving this problem on the basis of a special course developed in the North Ossetian State Medical Academy «Legal Basics of Medical Activities» intended for students of advanced training courses and students of residency. The authors believe that this experience deserves discussion among the professional community in order to test it more and identify the positives that can optimize the forms and means of improving the legal training of medical professionals.

Keywords: legal education, health care, legal culture, medical school

Введение и актуальность

Правовое обучение и воспитание напрямую способствуют повышению правосознания и правовой культуры граждан. Принятие поправок в текст Конституции РФ 1993 года ознаменовало собой определенный пересмотр проводившейся ранее образовательно-воспитательной политики в сфере вузовского образования в сторону усиления правового обучения и воспитания, повышения правосознания и правовой культуры.

Некоторые аспекты вышеозначенной работы отражены в ряде работ ведущих специалистов в области правоведческих и психолого-педагогических исследований. В них, наряду с описанием положительного опыта по ее решению обозначились и определенные вопросы, требующие активизации правовой деятельности в стенах медицинских вузов, что нашло свое отражение как в основополагающих политико-правовых актах [1], так и в ряде моногра-

фических исследований и учебных пособий Е.В. Анашкиной, Е.Ю. Васильевой, М.Ю. Гайкиной, В.Д. Зорькина, К.В. Зорина, Н.В. Кудрявой, В. Н. Кудрявцева, А.А. Мохова, Н.Б. Смирновой, Т.В. Тагаевой и некоторых других [2-3].

Результаты и дискуссия

Вопросы повышения правосознания и правовой культуры студентов, обучающихся медицинским специальностям сегодня, являются приоритетными. В Северо-Осетинской государственной медицинской академии (далее СОГМА), успешной действующей с 1939 года, обучались и обучаются почти все представители народов Северного Кавказа и она послужила основой для создания и упрочения кадрового состава медицинских кафедр и факультетов региона. Отрадно, что нами не утрачен этот образовательный потенциал.

Образовательная инфраструктура лишь форма, кадры по-прежнему решают все и в системе высшей школы. Задача, поставленная Президентом РФ В.В. Путиным, бороться с вузами-пустышками в условиях нашей республики имеет свою особенность [1]. На наш взгляд эта борьба должна начинаться с борьбой против кафедр и факультетов-пустышек, не могущих дать своим питомцам не только квалифицированное образование — знания и умения, но и обеспечить занятость по окончании учебы.

Низкий уровень правосознания приводит к тому, не всякий человек имеет полное представление о системе российского законодательства и тем более осознает правомерность своих действий и вероятность наказания за некоторые из них. Однако незнание закона не освобождает от ответственности и всякий преступивший закон, даже если он и не подозревал об этом, впоследствии может и должен понести за свое правонарушение юридическую ответственность, предусмотренную законом.

На кафедре организации здравоохранения с курсом психологии и педагогики разработана и ряд лет успешно действует дополнительная профессиональная программа повышения квалификации врачей «Правовые основы организации и деятель-

ности учреждений здравоохранения», рассчитанная на 36 академических часов, на основе ФГОС ВО по специальности 31.08.71 «Организация здравоохранения и общественное здоровье», утвержденный приказом Министерства образования и науки РФ от 26.08.2014 г. №1114. В условиях сегодняшнего дня программа дополнилась юридическими новеллами, связанными с внесением поправок в текст Конституции РФ и законодательными инициативами, связанными с борьбой с новой коронавирусной инфекцией в условиях пандемии.

Актуальность этой программы обусловлена необходимостью совершенствования профессиональных компетенций специалистов с высшим медицинским образованием в вопросах организации и осуществления медицинской деятельности с учетом норм российского законодательства, в том числе Конституции РФ 1993 года с внесенными поправками в 2020 году, Федеральных законов «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации», «Об образовании в Российской Федерации», «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», приказов Министерств РФ «Об утверждении профессионального стандарта «Специалист в области организации здравоохранения и общественного здоровья», «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки», «Об утверждении критериев качества оценки качества медицинской помощи», поручения Правительства РФ борьбе с распространением новой коронавирусной инфекции на территории РФ, Постановления Главного государственного санитарного врача РФ от 30.03.2020 №9 «О дополнительных мерах по недопущению распространения COVID-2019», проекта Федерального закона «О внесении изменений в Уголовный кодекс Российской Федерации и статьи 31 и

151 Уголовно-процессуального кодекса Российской Федерации», предусматривающие ужесточение ответственности за нарушение санитарно-эпидемиологических правил, а также методические рекомендации по диагностике и лечению (2019-nCoV)».

При написании и составлении данного курса используются идеи и информация любезно предоставляемая нашими коллегами — работниками кафедры медицинского права Московского государственного юридического университета (МГЮА) имени академика О.Е. Кутафина во главе с доктором юридических наук, профессором А.А. Моховым, в научных направлениях которой принимают участие сотрудники нашей кафедры [6].

Контингент обучающихся СОГМА по данной программе включает в себя специалистов как по основной специальности: врач-специалист в области организации здравоохранения и общественного здоровья, так и по смежным специальностям: врач-терапевт, врач-педиатр, врач-хирург и т.д.

Актуальность вышеназванной дополнительной профессиональной образовательной программы обусловлена необходимостью обучения специалистов здравоохранения теории и практике управления системой качества и безопасности медицинской деятельности и экспертизы качества медицинской помощи, а также потребностью в обновлении уже имеющихся у обучающихся теоретических знаний и практических навыков в условиях регулярно обновляющейся законодательной базы и развития передового практического опыта в этой сфере.

Сегодня, как, впрочем, наверное, и во все времена бывает очень трудно определить ту грань, что разделяет между собой обычный поступок, правонарушение и преступления. Мы часто оперируем в разговорной речи такими понятиями, как «аморальный поступок», «аморальное поведение», но нарушение этих норм не всегда прописаны в Кодексе об административных правонарушениях и Уголовном кодексе РФ, а значит их соблюдение не подкрепляется силой государственного регулирования и последующих санкций за их нарушение.

Главной здесь мы видим задачу не только определенного возмездия государства от лица общества, но и выработку того самого духа неприятия противоправных поступков, которым отличаются большинство наших семей, но в обстановке засилья интернет-источников, оказавшихся в гневно-беспомощном состоянии. Ныне, после принятия поправок в текст Конституции нашей страны формирование правосознания необходимо осуществлять с учетом примата российского законодательства, в том числе и в сфере семейного права, образовательной и воспитательной деятельности. К этому призывают нас дух и буква Конституции РФ и в этих условиях значительно повышается значимость права и правосознания, как важнейших регуляторов общественных отношений, в том числе и в сфере здравоохранения.

Как показывает анализ нашей работы, который проводится, в том числе, и в виде анонимного анкетирования как самих обучающихся, так и руководителей учреждений здравоохранения РСО-Алания, цель программы в целом реализуется. Слушатели получают необходимую возможность совершенствования знаний основных положений российского законодательства, регулирующих вопросы организации и деятельности учреждений здравоохранения, основ современного российского законодательства — конституционного, гражданского, административного, уголовного, трудового, семейного и т.п., умений и навыков управления деятельностью медицинских организаций и их структурных подразделений, персонала в организации медицинской помощи, проведении медицинской экспертизы и обеспечении безопасной медицинской деятельности.

Заключение

Среди положительных моментов реализации программы отмечается ее значимость в деле приобретения навыков применения норм права — федеральных, региональных и локальных, их анализа во времени, пространстве и по кругу лиц в вопросах обеспечения здоровья населения, координации разработки локальных актов по обеспечению качества и безопасности

медицинской деятельности в медицинской организации, критериев и показателей построения единой цепочки взаимосвязан-

ных процессов медицинской деятельности в четком соответствии с нормами российского законодательства.

Список литературы:

1. Послание Президента РФ В.В. Путина Федеральному Собранию РФ 15 января 2020 г. М., 2020.
2. Зорькин В.Д. Справедливость — императив цивилизации права. Вопросы философии. 2019. №1. С. 5-14.
3. Кудрявцев В.Н. Право и поведение. М.: Юр. Норма, НИЦ ИНФРА-М, 2016. 184 с.
4. Кудрявая Н.В., Зорин К.В., Смирнова Н.Б., Анашкина Е.В. Психология и педагогика в медицинском образовании. М.: Издательство: Компания КноРус. 2020. 318 с.
5. Васильева Е.Ю., Гайкина М.Ю., Тагаева Т.В. Педагогика в клинической практике врача: учебное пособие // Архангельск: Изд-во Северного гос. мед. ун-та, 2017. 117 с.
6. Правовые основы биоэкономики и биобезопасности: монография» / отв. ред. А. А. Мохов, О. В. Сушкова. М.: Проспект, 2020. 480 с.

Об авторах:

Чеджемов Сергей Русланович — профессор кафедры организации здравоохранения с психологией и педагогикой Северо-Осетинской государственной медицинской академии Министерства здравоохранения Российской Федерации, доктор педагогических наук, профессор, Владикавказ, srchedgemov@mail.ru

Туаева Ирма Борисовна — заведующий кафедры организации здравоохранения с психологией и педагогикой Северо-Осетинской государственной медицинской академии Министерства здравоохранения Российской Федерации, кандидат медицинских наук, доцент, Владикавказ, tuaevai@mail.ru

Габараева Лиана Николаевна — доцент кафедры организации здравоохранения с психологией и педагогикой Северо-Осетинской государственной медицинской академии Министерства здравоохранения Российской Федерации, кандидат медицинских наук, доцент, Владикавказ, liana787808@mail.ru

Sergey Ruslanovich Chedgemov — professor of the Department of Health Organization with Psychology and Pedagogy, North Ossetian State Medical Academy of the Ministry of Health of the Russian Federation, doctor of pedagogical sciences, professor, Vladikavkaz

Irma Borisovna Tuayeva — Head of the Department of Healthcare Organization with Psychology and Pedagogy, North Ossetian State Medical Academy of the Ministry of Health of the Russian Federation, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Vladikavkaz

Liana Nikolaevna Gabaraeva — associate Professor of the Department of Health Organization with Psychology and Pedagogy, North Ossetian State Medical Academy of the Ministry of Health of the Russian Federation, Candidate of Medical Sciences, Vladikavkaz

© Чеджемов С.Р., Туаева И.Б., Габараева Л.Н., 2020

Для цитирования:

Чеджемов С.Р., Туаева И.Б., Габараева Л.Н. Право и пандемия: медицинские вузы в условиях повышенной готовности // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2020. №2 (12). С. 63-67.

For citation:

Chedgemov S.R., Tuayeva I.B., Gabaraeva L.N. Right and pandemic: medical universities on high alert // M.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2020. №2 (12). P. 63-67.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare that there is no conflict of interest.

Статья поступила в редакцию 27.11.2020 г.

Щербинин П.П., Чижиков Я.Г., Захаров С.А., Ковельский А.Е.

ПРОБЛЕМА ЭВТАНАЗИИ: ОПЫТ ИЗУЧЕНИЯ

В статье рассмотрены медицинские, правовые и социально-ценностные аспекты проблемы легализации эвтаназии. Сформулированы критерии, позволяющие констатировать факт эвтаназии, в частности: умышленное содействие наступлению смерти при активной эвтаназии или бездействие, приводящее к смерти, при эвтаназии пассивной; отсутствие на современном этапе развития медицины либо в ближайшем будущем эффективных мер к облегчению страданий, наличие добровольной просьбы неизлечимо больного, страдающего человека о проведении процедуры эвтаназии. Представлен опыт решения проблемы эвтаназии в разных странах мира. Отмечен непреходящий интерес к проблеме эвтаназии в российском обществе, рассмотрены правовые основания, содержащие запрет на проведение процедуры эвтаназии в нашей стране, выявлены противоречия в законодательстве, позволяющие неоднозначно толковать содержание отдельных статей нормативных правовых актов, установлена потребность в документе, полностью исключающем возможность разночтения критериев, касающихся отношения к данному эвтаназии как с медицинских, так и юридических позиций. Обоснована актуальность изучения общественного мнения для принятия решения о легализации эвтаназии или абсолютном её запрете, не допускающего двояких толкований.

В результате проведенного исследования авторами было установлено отсутствие в общественном сознании сформированного мнения по вопросу разрешения либо запрета «легкой смерти» на настоящем этапе социального развития, что позволило сделать вывод о неготовности современного российского общества к принятию решения о легализации эвтаназии.

Ключевые слова: эвтаназия, легализация эвтаназии, активная, пассивная, добровольная, недобровольная эвтаназия, отношение социума к проблеме эвтаназии, запрет эвтаназии в России

Pavel Shcherbinin, Yaroslav Chizhikov, Sergey Zakharov, Alexander Kovelsky

THE PROBLEM OF EUTHANASIA: STUDY EXPERIENCE

The article deals with the medical, legal and socio-value aspects of the problem of legalizing euthanasia. Criteria have been formulated that make it possible to state the fact of euthanasia, in particular: deliberate assistance to the onset of death during active euthanasia or inaction leading to death during passive euthanasia; the absence at the present stage of the development of medicine or in the near future of effective measures to alleviate suffering, the presence of a voluntary request from a terminally ill, suffering person to carry out the euthanasia procedure. The experience of solving the problem of euthanasia in different countries of the world is presented. The enduring interest in the problem of euthanasia in Russian society was noted, legal grounds containing a ban on carrying out the euthanasia procedure in our country were considered, contradictions in the legislation were revealed that allow for ambiguous interpretation of the content of certain articles of regulatory legal acts, the need for a document was established that completely excludes the possibility of different readings of the criteria, concerning the relationship to this euthanasia from both medical and legal positions. The urgency of studying public opinion for making a decision on the legalization of euthanasia or its absolute prohibition, which does not allow for ambiguous interpretations, has been substantiated.

As a result of the study, the authors found that there was no public opinion on the issue of permitting or prohibiting “easy death” at the present stage of social development, which made it possible to conclude that modern Russian society is not ready to make a decision to legalize euthanasia.

Keywords: *euthanasia, legalization of euthanasia, active, passive, voluntary, involuntary euthanasia, society's attitude to the problem of euthanasia, prohibition of euthanasia in Russia*

Легализация эвтаназии — «намеренного ускорения наступления смерти неизлечимо больного с целью прекращения его страданий» — крайне сложная проблема, которая вряд ли когда-либо будет решена однозначно. Эта проблема берет свое начало в далеком прошлом и рассматривается как минимум в трех плоскостях:

- это, во-первых, плоскость социальных ценностей;
- во-вторых, — медицинской этики;
- в-третьих, — юридического права.

Впервые толкование термина «эвтаназия» дал английский философ XVI века Френсис Бэкон, обозначив им «легкую», не сопровождающуюся агонией, безболезненную смерть. Философ писал, что «долг врача состоит не только в том, чтобы восстанавливать здоровье, но и в том, чтобы облегчать страдания и мучения, даже в том случае, когда уже нет совершенно никакой надежды на спасение и можно лишь сделать саму смерть более легкой и спокойной, потому что эта эвтаназия... уже сама по себе является немалым счастьем».

Современные словари приводят следующие значения слова «эвтаназия»:

- безболезненная, легкая смерть;
- удовлетворение просьбы больного об ускорении его смерти какими-либо действиями или бездействием, в том числе прекращением искусственных мер по поддержанию жизни.

Различают активную и пассивную эвтаназию, добровольную и недобровольную.

Под активной эвтаназией («метод наполненного шприца») понимается умышленное причинение неизлечимо больному быстрой и легкой смерти с целью избавления от мучительных физических страданий по его просьбе либо по просьбе родных,

если у пациента в терминальном состоянии нет надежды на улучшение. Называют несколько форм активной эвтаназии:

1. «Убийство из милосердия» — когда врач, видя мучительные страдания безнадежно больного человека и будучи не в силах их устранить, например, вводит ему сверхдозу обезболивающего препарата, в результате чего наступает желанный смертельный исход.

2. «Самоубийство, ассистируемое врачом» (PAS — physician assisted suicide) — когда врач только помогает неизлечимо больному человеку покончить с жизнью, например, prepares смертельное лекарство, которое больной вводит себе сам.

3. «Собственно активная эвтаназия» — когда пациент сам, без помощи врача, включает устройство, которое приводит его к быстрой и безболезненной смерти [7].

Можно сформулировать следующие критерии, при наличии которых можно констатировать факт активной эвтаназии: действие совершено умышленно; установлена «инкурабельность» пациента (состояние, при котором исключается возможность спасения жизни больного или полного восстановления его здоровья); продолжительность применения методов и средств лечения; наличие у больного невыносимых физических страданий; отсутствие эффективных мер к облегчению страданий; обязательное наличие добровольной просьбы больного об эвтаназии.

Пассивная эвтаназия заключается в ограничении или прекращении лечения безнадежно больных, умирающих пациентов по их просьбе, ввиду того, что оно лишь продлевает период физических и моральных страданий, не приводя к улучшению их состояния. Пассивная эвтаназия осу-

ществляется путем бездействия: больному не оказывается необходимая медицинская помощь. Критериями, на основании которых деяние можно отнести к пассивной эвтаназии являются: бездействие; наличие неизлечимого заболевания с возможным летальным исходом; продолжительность применения методов и средств лечения; невозможность нормальной жизнедеятельности без специальной медицинской аппаратуры; наличие у больного невыносимых физических страданий; обязательное наличие добровольной просьбы больного об эвтаназии.

Помимо сказанного выше, предлагается различать добровольную и недобровольную эвтаназию. Добровольная эвтаназия осуществляется по просьбе больного или с предварительно высказанного его согласия (например, в США заранее и в юридически достоверной форме выражают свою волю на случай необратимой комы). Недобровольная эвтаназия осуществляется без согласия больного, который находится в бессознательном состоянии [2].

Но насколько вообще правомерно лишение жизни из гуманных побуждений? Является ли эвтаназия милосердием или это преступление? Грех это или благодеяние? Данные вопросы неизбежно встают перед каждым, задумавшимся над проблемой эвтаназии. Мнения расходятся как в среде обывателей, так и в среде тех, кто профессионально занимается изучением данного вопроса: медиков, юристов, философов, социологов.

Основоположник медицины Гиппократ еще в IV в. до н.э. в клятве врача выразил свое неприятие принципа эвтаназии: «Я не дам никому просимого у меня смертельного средства и не покажу пути для подобного замысла». Подобной позиции придерживаются создатели Женевской декларации Всемирной ассоциации, Этического кодекса российского врача и др.

Однозначно отрицательно к эвтаназии относится христианство, в основе которого лежит постулат о священности и неприкосновенности жизни, на которую никто не имеет права посягать — ни сам человек, ни кто-либо другой.

Однако не сходящие на нет дискуссии вокруг проблемы эвтаназии, объединение сторонников введения эвтаназии в организации и фонды заставляют вновь и вновь обращаться к нравственной, медицинской и правовой стороне данного вопроса.

Единой правовой позиции в отношении эвтаназии в настоящее время не существует. Она так или иначе разрешена в Бельгии, четырёх штатах США, Швейцарии, Нидерландах, Люксембурге, Колумбии, Канаде, Испании.

Первой страной, в которой была легализована эвтаназия, стали Нидерланды. Это произошло в 2001 г., когда был принят правовой акт «О прекращении жизни по просьбе и помощи в самоубийстве». Закон регулирует процедуру проведения ассистированной смерти и устанавливает строгие правила и условия выполнения процедуры, как-то:

- наличие просьбы пациента, которая была выражена самостоятельно и неоднократно;
- знание пациента о его болезни и текущем состоянии; невозможность улучшения состояния; безысходность ситуации, невозможность найти альтернативу уходу из жизни;
- заключение независимого врача;
- оказание помощи по уходу из жизни, регистрация каждого факта «неестественной смерти» и информирование о нем властей.

Только при соблюдении всех описанных условий лицо, осуществившее процедуру эвтаназии, освобождается от уголовной ответственности.

В Бельгии эвтаназия в отношении неизлечимо больных людей была легализована в 2002 году, в 2014 году был подписан правовой акт, закрепляющий возможность проведения данной процедуры и для детей. Для проведения процедуры пациент, страдающий от неизлечимого заболевания, должен дважды подать заверенную нотариусом просьбу. Это заявление рассматривается специальной комиссией, которая должна проверить всю медицинскую документацию, ход лечения, выяснить, наличие (отсутствие) методик, которые могли бы

улучшить состояние пациента. И только в случае невозможности что-либо сделать для страдающего неизлечимой болезнью человека, комиссия выносит заключение, которое передается на рассмотрение в суд. Если же и суд подтверждает решение комиссии, то больному сообщают, что его просьба подлежит удовлетворению. За пациентом остается право отказаться от принятого им ранее решения.

В Швейцарии услуги ассистированного суицида предлагают некоторые некоммерческие организации. Одна из них — «Dignitas», осуществляющая ассистированный суицид как для граждан Швейцарии, так и для иностранцев, которые являются членами этой организации. Пациентам, имеющим медицинское заключение о том, что болезнь неизлечима и неминуемо ведет к мучительной смерти, выписывают рецепт на приобретение соответствующего средства, после чего он обращается в специализированное учреждение.

С лицами, обратившимися в «Dignitas», квалифицированные сотрудники ведут кропотливую работу на предмет выяснения того, насколько лицо, выразившее желание прибегнуть к процедуре эвтаназии, способно оценить характер и последствия своих действий, а также насколько добровольно принято решение об уходе из жизни. По данным организации, более 86% пациентов, получивших от врача разрешение на эвтаназию, отказываются от данной услуги, что руководством «Dignitas» рассматривается как вклад в профилактику суицида.

В четырёх штатах США право на эвтаназию имеют пациенты, достигшие 18 лет, находящиеся в здравом уме, жить которым остается не больше полугода. Диагноз должен быть подтвержден двумя независимыми специалистами, а решение прибегнуть к процедуре эвтаназии должно быть высказано больным трижды.

Рассмотренные выше примеры, практика других стран, в которых разрешена эвтаназия в том или ином виде, устанавливают в качестве обоснования данной процедуры следующие условия: добровольность решения об эвтаназии и безнадежность состояния больного.

В Российской Федерации эвтаназия запрещена законом. В соответствии со статьей 45 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» «Медицинским работникам запрещается осуществление эвтаназии, то есть ускорение по просьбе пациента его смерти какими-либо действиями (бездействием) или средствами, в том числе прекращение искусственных мероприятий по поддержанию жизни пациента» [1].

Согласно законодательству Российской Федерации лицо, которое сознательно побуждает больного к эвтаназии и (или) осуществляет эвтаназию, несет уголовную ответственность, которая наступает в соответствии со статьей 105 Уголовного кодекса Российской Федерации.

Однако обязывая врача идти до конца в борьбе с болезнью пациента, закон в то же время предоставил право больному отказаться по собственному усмотрению от медицинской помощи. Так, часть 3 статьи 20 Федерального Закона «Об основах охраны здоровья граждан РФ» устанавливает, что «гражданин, один из родителей или иной законный представитель ... имеют право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения». При отказе от медицинского вмешательства гражданину, одному из родителей или иному законному представителю в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия такого отказа. Но не открывает ли это право пациента отказаться от медицинской помощи допущение пассивной эвтаназии?

Исследователи проблемы эвтаназии в нашей стране указывают на назревшую необходимость совершенствования законодательной базы, уточнения [2, 4, 5, 6, 7], «создания единого декларирующего документа, полностью исключающего возможность разночтения критериев, касающегося отношения к данному социальному явлению (эвтаназия) как с медицинских, так и юридических позиций» [7].

Бывший министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова (2012-2020 гг.), отвечая на вопрос о возможности легализации эвтаназии в России в эфире радио «Комсо-

мольская правда» 28.10.2019 отметила: «Это очень сложный вопрос, касающийся главного права каждого человека на жизнь... Само население должно решить, готово оно на это пойти или нет» [8].

Решение о легализации эвтаназии или абсолютном её запрете возможно лишь при не допускающем двояких толкований отношении всего социума к этой проблеме. В связи с этим принципиально важным становится изучение данного отношения. Попытку такого изучения предприняли студенты Медицинского института Тамбовского государственного университета имени Г.Р. Державина в 2020 г. Был проведен опрос населения города Тамбова с использованием метода анкетирования. Анкета включала в себя 14 закрытых вопросов, позволявших определить позицию респондента. В опросе приняли участие 60 человек разных профессий, вероисповедания, социального статуса.

Как следует из результатов опроса, 90% респондентов знают, что такое эвтаназия. Доля тех, кто в своей жизни сталкивался с лежащими больными, испытывающими страдания от своего существования либо находящимися в коме или иных терминальных состояниях, достаточно велика — 58,3%. Это те, кто ухаживал за неизлечимо больными (13,3%) либо видели таковых (45,0%); 33,3% не сталкивались с проблемами тяжелобольных, но могут представить себе эти проблемы; 8,3% затруднились с ответом на вопрос.

При этом 28,3% участвовавших в опросе считают, что больной не имеет права на смерть, если исходить из религиозных постулатов; 38,3% оставляют человеку право выбора; 33,3% затрудняются ответить на вопрос. Как видим, религиозная позиция сталкивается с позицией светской, а треть опрошенных вообще не имеют четкой позиции по этой сложной проблеме. Следовательно, общественное сознание по вопросу разрешения либо запрета «легкой смерти» на современном этапе социально-го развития вряд ли можно признать сфор-

мированным и готовым к принятию тех или иных решений на законодательном уровне.

Установлено, что 93,3% опрошенных знают о запрете эвтаназии в нашей стране. За легализацию же эвтаназии выступают только 38,3%. Большинство (48,3%) не приемлют эвтаназию либо затрудняются дать однозначный ответ (13,3%). Более того, 43,3% считают, что эвтаназия — грех. Среди респондентов 23,3% рассматривают её как преступление. В то же время 45,0% допускают, что эвтаназия может иметь место.

Решение о проведении процедуры эвтаназии (если таковая будет узаконена), по мнению большинства респондентов, не могут принять ни родственники, ни опекуны: 61,7% участников опроса дали отрицательный ответ на вопрос «В случае, если больной без сознания, могут ли родственники, опекуны и т.д. принять решение об эвтаназии?»

Интересно и то, что, отвечая на вопрос, является ли активная эвтаназия более гуманной нежели пассивная, 43,3% респондентов ответили «да».

Сторонников принятия решения об узаконивании эвтаназии среди опрошенных оказалось немного — 31,7%; остальные либо высказали категорическое «нет» (38,3%), либо затруднились ответить (30,0%). Вероятно, такие цифры могут быть объяснены тем, что 35,0% опрошенных не считают проблему эвтаназии актуальной для современного общества, а 36,7% не определились со своей позицией.

Обобщенно полученные в ходе опроса результаты представлены в прилагаемой таблице.

Таким образом, анализ результатов проведенного исследования позволяет сделать вывод о неготовности современного российского общества к принятию решения о легализации эвтаназии. Однако это не отменяет необходимость поиска решения этой проблемы как на законодательном, так и на медицинском и ценностном уровнях.

Результаты опроса по проблеме эвтаназии

Вариант ответа	Да		Нет		Загруд- няюсь ответить		Мило- сердие		Престу- пление		Да, уха- живал (а)		Да, видел (а) таких больных		Нет, но могу предста- вить		Не имеет, с рели- гиозной точки зрения		Имеет, с точки зрения человека	
Вопрос	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
1. Знали ли Вы, что та- кое эвтаназия?	54	90,0	6	10,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
2. Может ли врач по- мочь больному уйти из жизни?	12	20,0	27	45,0	21	35,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
3. Имеет ли больной право на смерть?	0	0	0	0,0	20	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	17	28,3	23	38,3
4. Знаете ли Вы, что эвтаназия запреще- на в России?	56	93,3	4	6,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
5. Выступили бы Вы за легализацию эвта- назии в России?	23	38,3	29	48,3	8	13,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
6. В случае, если боль- ной без сознания, могут ли родствен- ники, опекуны и т.д. принять решение об эвтаназия?	13	21,7	37	61,7	10	16,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
7. Активная эвтаназия (инъекция) более гуманна, чем пас- сивна (отключение от жизнеподдержи- вающих аппаратов)?	26	43,3	16	26,7	18	30,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Результаты опроса по проблеме эвтаназии (продолжение)

Вариант ответа Вопрос	Да		Нет		Загру- д- няю- сь от- ве- тить		Мило- сер- дие		Престу- пле- ние		Да, уха- живал (а)		Да, видел (а) таких больных		Нет, но могу предста- вить		Не имеет, с рели- гиозной точки зрения		Имеет, с точки зрения человека	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
8. Считаете ли Вы, что эвтаназия — грех?	26	43,3	21	35,0	13	21,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
9. Как Вы считаете, эвтаназия допустима?	27	45,0	22	36,7	11	18,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
10. Как Вы считаете, необходимо ли под- держивать жизнь безнадёжно больно- го человека, испы- тывающего невыно- симые страдания?	13	21,7	17	28,3	30	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
11. Как Вы считаете, должно ли россий- ское общество уза- конить эвтаназию?	19	31,7	23	38,3	18	30,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
12. Как Вы считаете, проблема эвтаназии актуальна для рос- сийского общества?	17	28,3	21	35,0	22	36,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
13. Так что же такое эвтаназия — мило- сердие или престу- пление?	—	—	—	—	23	38,3	23	38,3	14	23,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Результаты опроса по проблеме эвтаназии (продолжение)

Вопрос	Да		Нет		Затруд- няюсь ответить		Мило- сердие		Престу- пление		Да, уха- живал (а)		Да, видел (а) таких больных		Нет, но могу предста- вить		Не имеет, с рели- гиозной точки зрения		Имеет, с точки зрения человека	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
14. Сталкивались ли Вы в своей жизни с лежачими больными, испытывающими страдания от своего существования, людьми в коме и других терминаль-ных состояниях (пограничных между жизнью и смертью)?	0	0,0	0	0,0	5	8,3	0	0,0	0	0,0	8	13,3	27	45,0	20	33,3	0	0,0	0	0,0

Список литературы:

1. Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» / Официальный интернет-портал правовой информации // URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ (дата обращения: 15.08.2020)
2. Абдурахманова Г.А Проблемы эвтаназии в современном мире // Молодой ученый. 2015. №23 (103). С. 709-710.
3. Андреева А.А., Приходько В.В. Проблема эвтаназии в современном мире // Бюллетень медицинских Интернет-конференций. 2012. Том. 2. №11. С. 861-863.
4. Ваулин С.В., Андрейкин А.Б. Проблема эвтаназии (морально-этический и медико-правовой аспекты) // Вестник Смоленской медицинской академии. 2004. №3. С. 59-62.
5. Грешилова А.О. Эвтаназия в современном праве России // Молодой ученый. 2020. №3 (293). С. 164-166.
6. Коренченко Р.Е. Проблемы уголовно-правовой оценки эвтаназии // Молодой ученый. 2019. №15 (253). С. 106-108.
7. Смолькова И.В., Исаев Ю.С., Ободенко Н.П. Эвтаназия в Российском правовом поле: вопросы теории и практики // Криминологический журнал Байкальского государственного университета экономики и права. 2013. №4. С. 86-92.
8. Сообщение ТАСС // Российское государственное информационное агентство // URL: <https://tass.ru/obschestvo/7051935> (дата обращения 18.09.2020)

Об авторах:

Щербинин Павел Петрович — профессор кафедры общественного здоровья Тамбовского государственного университета имени Г.Р. Державина, доктор исторических наук, Тамбов, Sherbinin2010@gmail.ru

Чижиков Ярослав Геннадиевич — студент 4-го курса по специальности «Лечебное дело» Тамбовского государственного университета имени Г.Р. Державина, yarik234567@ Rambler.ru

Захаров Сергей Алексеевич — студент 2-го курса по специальности «Лечебное дело» Тамбовского государственного университета имени Г.Р. Державина, Тамбов, zakharov.sergei@yandex.ru

Ковельский Александр Евгеньевич — студент 2-го курса по специальности «Лечебное дело» Тамбовского государственного университета имени Г.Р. Державина, Тамбов, goldennshurek@gmail.com

Pavel Petrovich Shcherbinin — professor of the department of public health, Tambov state University named after G. R. Derzhavin, Tambov, doctor of historical sciences

Yaroslav Gennadievich Chizhikov — 4th year student, specialty «Medical care», Tambov state University named after G. R. Derzhavin, Tambov

Sergey Alekseevich Zakharov — 2nd year student, specialty «Medical care», Tambov state University named after G. R. Derzhavin, Tambov

Alexander Evgenyevich Kovelsky — 2nd year student, specialty «Medical care», Tambov state University named after G. R. Derzhavin, Tambov

© Щербинин П.П., Чижиков Я.Г., Захаров С.А., Ковельский А.Е., 2020

Для цитирования:

Щербинин П.П., Чижиков Я.Г., Захаров С.А., Ковельский А.Е. Проблема эвтаназии: опыт изучения // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2020. №2 (12). С. 68-77.

For citation:

Shcherbinin P.P., Chizhikov Y.G., Zakharov S.A., Kovelsky A.E. The problem of euthanasia: study experience // M.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2020. №2 (12). P. 68-77.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare that there is no conflict of interest.

Статья поступила в редакцию 12.11.2020 г.

РАЗДЕЛ II.

ШКОЛА МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ «АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКОГО ПРАВА И БИОМЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ»

ЧАСТЬ I.

ПРАВОВЫЕ И ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Баймолдинова Е.Т.

ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО СТРАН СОДРУЖЕСТВА НЕЗАВИСИМЫХ ГОСУДАРСТВ И ЕВРОПЕЙСКОГО СОЮЗА ПО ВОПРОСАМ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ГЕННОЙ ТЕРАПИИ: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Статья рассматривает актуальные пробелы правового регулирования генной терапии и перспективу её развития. Проанализировано определение, сфера применения и актуальность генотерапии в современной медицине. Выявлены этические и научно-исследовательские проблемы. Проведен анализ законодательства стран Европейского Союза и Содружества Независимых Государств, в результате которого выявлены проблемы правового регулирования, в основном, связанные со сложностями регулирования результатов исследования и применения их в клинических условиях, с недостаточно проработанным законодательством в сфере здравоохранения и отсутствием правового регулирования в целом. Основное внимание уделено Директивам ЕС, которые определяют результаты клинических испытаний как генетически модифицированные организмы, что препятствует их прогрессивному развитию, а также законам стран СНГ о государственном регулировании в области генно-инженерной деятельности.

Ключевые слова: геном человека, биологическая инженерия, генная терапия, соматическая генная терапия, правовое регулирование генной терапии, клинические исследования, генетически модифицированные организмы, этические аспекты

Yelnur Baymoldinova

THE LAWS OF THE COMMONWEALTH OF INDEPENDENT STATES AND THE EUROPEAN UNION'S REGULATION OF GENE THERAPY: PROBLEMS AND PROSPECTS

The article examines the current gaps in the legal regulation of gene therapy and the prospects for its development. The definition, scope and relevance of gene therapy in modern medicine are analyzed. Ethical and research problems are identified. The analysis of the legislation of the countries of the European Union and the Commonwealth of Independent States, which revealed the problems of legal regulation, mainly related to the difficulties of regulating the results of research and their application in clinical settings, with insufficiently developed legislation in the field of health care and the lack of legal regulation in General. The main attention is paid to the EU Directives that define the results of clinical trials as genetically modified organisms, which prevents their progressive development, as well as the laws of the CIS countries on state regulation in the field of genetic engineering.

Keywords: human genome, biological engineering, gene therapy, somatic gene therapy, legal regulation of gene therapy, clinical research, genetically modified organisms, ethical aspects

Последние 50 лет ознаменовались для человечества невероятным прогрессом путем новшеств, полученных развитием технологий во всех сферах жизни. Научно-технический прогресс положительно повлиял и на развитие области медицины, создав биологическую инженерию. Данная сфера биомедицины делает упор на развитие применения инженерных принципов в биологии и медицине, с целью создания искусственных органов, компенсации недостаточности физиологических функций человека, создания генетически модифицированных организмов. Биоинженерия, говоря простыми словами, совершенствует человеческий организм, путем изменения клеток в и вне тела. Это направление науки призвано улучшить качество оказания медицинской помощи, в том числе диагностики, мониторинга и лечения заболеваний. В клинической практике задействован подраздел биоинженерии — генная терапия.

В широком понимании, генная терапия включает в себя:

- введение в клетки гена для восстановления недостаточной функции собственного гена, приводящей к развитию заболевания;
- подавление с помощью молекулярно-генетических технологий избыточной функции собственного гена, вызывающей заболевание и введение генов, усиливающих иммуногенность и гибель патологических клеток, а также повышающих иммунный ответ организма.

Простыми словами, генная терапия в настоящее время изучается в клинических исследованиях как новый метод, заключающийся в использовании генов для лечения или профилактики болезней. Поскольку, данный метод влияет непосредственно на человеческий ген, его применение ставится под этический и социальный вопрос. Имеют центральное значение два концептуальных различия понимания этических проблем генной терапии:

- Терапия против улучшения. Существует консенсус, что генная терапия должна быть терапией, то есть исправлением истинных болезненных состояний, а не усилением, что будет означать «улучшение

человеческого вида» и, следовательно, повлечет за собой введение людям новых характеристик, выходящих за рамки обычного медицинского понимания здоровья (т.е. здоровья с отсутствием серьезных заболеваний).

· Соматическая генная терапия против зародышевой линии. Все текущие исследования на людях связаны с соматической генной терапией. Поскольку зародышевые линии не затронуты, все эффекты терапии заканчиваются с жизнью пациента. Фактически, большинство соматических методов лечения, вероятно, потребуют многократного применения, как и обычные фармакологические методы лечения. На самом деле соматическая генная терапия имеет гораздо более широкий потенциал, если рассматривать ее как средство доставки терапевтического генного продукта в нужное место в организме.

Несмотря на практический потенциал, правовое регулирование в данной сфере, способное совместить в себе этические аспекты, начало развиваться относительно позже и стоит отметить, не во всех странах. Скорее, это связано с уровнем проведения научно-технических исследований и исследований на клиническом уровне.

На представленном ниже рисунке отмечается уровень правового регулирования вопроса вмешательства в геном человека в различных странах мира [1]. Как явствует из представленного, страны Европейского Союза (далее — ЕС) и Содружества Независимых Государств (далее — СНГ) имеют разные уровни правового регулирования, которые и станут предметом нашего рассмотрения.

Хотя редактирование генов зародышевой линии человека запрещено регламентом клинических испытаний ЕС, методы соматической (очевидно ненаследственной) модификации уже получили разрешение на продажу от Европейской комиссии. Генная терапия внутри организма стала клинической реальностью с тех пор, как Управление по контролю за продуктами и лекарствами США (FDA) одобрило Luxturna для лечения пациентов с подтвержденной двуваллельной мутацией RPE65 дистрофией сетчатки,



Уровень правового регулирования вопроса вмешательства в геном человека в различных странах мира [1]

Розовый цвет — введено правовое регулирование на модификацию человеческих геномов (в некоторых, в виде запрета)

Светло-розовый цвет — изменения регулируются с помощью рекомендаций или руководств

Тёмно-серый цвет — неоднозначное регулирование

Светло-серый — ограниченное регулирование

Белый цвет — правовое регулирование отсутствует

которая приводит к потере зрения и может вызвать полную слепоту у некоторых пациентов в 2017 году [2]. Европейское агентство по лекарственным средствам («ЕМА»), которое координирует научную оценку новых методов лечения, опубликовало ряд положительных рекомендаций в отношении продуктов, которые изменяют генетический материал в организме человека. Исследовательские организации Великобритании такие как Академия медицинских наук, Ассоциация медицинских исследовательских благотворительных организаций, Научно-исследовательский совет по биотехнологиям и биологическим наукам, Совет по медицинским исследованиям и Wellcome Trust (Уэлком Траст), в 2015 году опубликовали совместное заявление о по-

ложительном будущем генной терапии в клиническом применении. Несмотря на положительные заявления, в ЕС генная терапия сталкивается с дополнительными препятствиями; результаты клинических испытаний считаются генетически модифицированными организмами (далее — ГМО) и, следовательно, должны дополнительно соответствовать требованиям ГМО, которые подпадают под действие экологического или сельскохозяйственного законодательства в зависимости от страны. Генная терапия подпадает под правила и процессы для ГМО, которые включают:

1. Директива 2001/18 / ЕС о преднамеренном выбросе ГМО в окружающую среду [3]. Под преднамеренным высвобождением понимается любое преднамеренное внесение

в окружающую среду ГМО или комбинации ГМО, в отношении которых не используются какие-либо конкретные меры сдерживания, чтобы ограничить их контакт и обеспечить высокий уровень безопасности для населения и окружающей среды в целом. Эта директива включает классификацию рисков от нулевого или незначительного риска до высокого риска. Следует отметить, что некоторые страны, такие как Испания и Германия, по умолчанию считают ГМО «преднамеренным высвобождением» даже в контексте клинических испытаний.

2. Директива 2009/41 / ЕС об ограниченном использовании генетически модифицированных микроорганизмов [4]. Ограниченное использование определяется как любая деятельность, связанная с ГМО, которая осуществляется в условиях сдерживания для ограничения контакта с окружающей средой, включая использование, хранение, транспортировку, уничтожение и утилизацию. Эта деятельность также должна включать оценку рисков для здоровья человека и окружающей среды. Эта директива включает четыре классификации рисков: от класса 1 (охватывающую деятельность, не связанную с риском или несущественную), до класса 4 (охватывающую деятельность с высоким риском). Лекарственные препараты для исследований (ИЛП), как правило, относятся к классу 1 или 2.

3. Директива (ЕС) 2015/412, вносящая поправки в Директиву 2001/18 / ЕС в отношении возможности государств-членов ограничивать или запрещать выращивание ГМО на своей территории [5].

4. Регламент (ЕС) 1946/2003 о трансграничном перемещении ГМО [6].

По словам Анни Хьюберт, старшего директора по европейской политике Альянса регенеративной медицины, «...сложность регулирования результатов генной терапии как ГМО может быть причиной того, что мы видим меньше клинических испытаний генной терапии в Европе по сравнению с другими регионами. Компания, которая подает заявку на клиническое испытание генной терапии, должна обеспечить рассмотрение и одобрение органа по ГМО в этой стране помимо одобрения клинического испыта-

ния лекарственного препарата. Бывали ситуации, когда в отношении одной и той же генной терапии решения разных европейских органов по ГМО были разными» [7]. Исследование показало, что в то время как в Северной Америке 71% испытаний передовой терапии включают любую форму генной терапии или редактирования генов, в Европе этот процент составляет только 55%. Европейское агентство по лекарственным средствам разработало ряд научных руководств, касающихся продуктов генной терапии и в настоящее время принимает комментарии к своему руководству по качеству, доклиническим и клиническим аспектам лекарственных препаратов, содержащих генетически модифицированные клетки.

К клиническим испытаниям передового терапевтического продукта применяются два основных правила. Во-первых, обычный 60-дневный период принятия решения после подачи действительной заявки на клиническое исследование может быть продлен до 90 дней для продуктов, основанных на элементах человеческого тела, и может быть удвоен, если государство-член сочтет, что консультация группы или комитета требуется. Во-вторых, хотя для начала клинических испытаний обычно достаточно отсутствия возражения со стороны властей, для испытаний лекарственного препарата, содержащего генетически модифицированные организмы, требуется явное письменное разрешение, указывающее на высокую степень предполагаемого риска. Помимо закона ЕС о клинических испытаниях, некоторые страны имеют особые меры в отношении клинических испытаний продуктов на основе элементов человеческого тела, в зависимости от собственных законов. Например, в Германии действует Закон о регулировании генно-инженерной деятельности (GenTG) 1990 г., изменения в который практически не вносились [8]. Основная цель GenTG — регулирование генно-инженерной деятельности, но не затрагивающей человека, а также оборот ГМО. В GenTG подчеркивается, что используемое понятие ГМО не распространяется на человека и на любые генные технологии применительно к человеку.

Что касается стран СНГ, то в РФ правовое регулирование генетических исследований регулируется Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (является системообразующим нормативным актом в области здравоохранения), Федеральным законом от 5 июля 1996 г. №86-ФЗ «О государственном регулировании в области генно-инженерной деятельности» [9]. Изначально Федеральный закон «О государственном регулировании в области генно-инженерной деятельности» специально указывал: «Порядок осуществления генно-инженерной деятельности и применения ее методов к человеку, тканям и клеткам в составе его организма не является предметом регулирования настоящего Федерального закона». Добавление — «за исключением генодиагностики (генетическое тестирование и генной терапии (генотерапии))» появилось только спустя 4 года. Также, в федеральном законе имеется определение клинических испытаний, которые непосредственно связаны с проверкой безопасности и эффективности генной терапии.

По словам российских ученых, общие правила российского законодательства по вопросам медицинского вмешательства применительно к генной терапии еще нуждаются в доработке. Особенностью данной сферы является пока экспериментальный подход, который означает, что последствия, являющиеся следствием манипуляций с генетическим материалом, остаются не изученными до конца. Отсутствие адекватной оценки медицинских достижений и влечет за собой политику запрета по отношению ко многим экспериментам.

Республика Беларусь имеет аналогичный Закон «О безопасности генно-инженерной деятельности» (далее — Закон), который был принят в 2006 году [10]. Закон устанавливает правовые основы обеспечения безопасности генно-инженерной деятельности, которые направлены на охрану здоровья человека и окружающей среды. В Законе закреплено, что его положения не распространяются на отношения, связан-

ные с применением генетической инженерии к человеку, его органам и тканям. В данном случае, проблема остается той же, что и в России — отсутствуют исследования, соответственно отсутствует острая необходимость обширного регулирования аспектов данной сферы.

Республика Казахстан по примеру соседних стран в 2010 году предприняла попытку создания Закона о генно-инженерной деятельности [10]. Законопроект включал в себя такие понятия, как «генная терапия» и «генодиагностика», также содержал 4 уровня оценки рисков. В 2016 проект закона был отозван из Мажилиса Парламента и с тех пор данному вопросу внимание не уделялась. Скорее всего, на это есть две причины: Казахстан является молодым, развивающимся государством, что можно сказать и о генной терапии, которая довольно молода, и начала развиваться в примерно то же время, что и Казахстан. Оставшиеся страны СНГ не имеют какого-либо правового регулирования на уровне законодательства.

Таким образом следует сделать вывод, что на сегодняшний день на примере различных стран — от развитых, до развивающихся, правовое регулирование генной терапии имеет относительный характер. Безусловно, если смотреть объективно, клиническое применение лекарственных средств, полученных путем исследований в этой области, имеют потенциал и положительный характер, если учитывать, какое влияние они оказывают на лечение сложных заболеваний. Отсюда и прослеживается перспектива развития законодательства для последующего улучшения здравоохранения. При этом не стоит забывать про проблемы, как этические, так и правовые, которые существуют на данный период времени. Исследование показало, что страны СНГ отстают как в вопросе исследований, так и в их регулировании, по сравнению со странами ЕС. Страны союза же имеют проблемы с определением результатов данных исследований, что является преградой к дальнейшему развитию. Но, учитывая тот факт, что большинство организаций ЕС в области медицины имеют положительное мнение касатель-

но результатов генной терапии, решение данной проблемы является вопросом времени. Странам СНГ, в свою очередь, сле-

дует уделить внимание прогрессивному развитию генной терапии и важности регулирования данной сферы.

Список литературы:

1. Human Genome Editing // Science, Ethics, and Governance, 2017. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK447270/> (дата обращения: 29.11.2020)
2. FDA approves novel gene therapy to treat patients with a rare form of inherited vision loss // URL: <https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-approves-novel-gene-therapy-treat-patients-rare-form-inherited-vision-loss> (дата обращения: 30.11.2020)
3. Directive 2001/18/EC // URL: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=celex%3A32001L0018> (дата обращения: 30.11.2020)
4. Directive 2009/41/EC // URL: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/en/TXT/?uri=CELEX%3A32009L0041> (дата обращения: 30.11.2020)
5. Directive (EU) 2015/412 // URL: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=celex%3A32015L0412> (дата обращения: 30.11.2020)
6. Regulation (EC) 1946/2003 // URL: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/ALL/?uri=celex%3A32003R1946> (дата обращения: 30.11.2020)
7. Eu regulations cell gene therapy trials // URL: <https://www.labiotech.eu/regulatory/eu-regulations-cell-gene-therapy-trials/> (дата обращения: 30.11.2020)
8. Gesetz zur Regelung der Gentechnik [Электронный ресурс]. URL: <https://www.gesetze-im-internet.de/gentg/> (дата обращения: 28.11.2020)
9. Федеральный закон «О государственном регулировании в области генно-инженерной деятельности» от 05.07.1996 №86-ФЗ // URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_10944/ (дата обращения: 28.11.2020)
10. Закон Республики Беларусь О безопасности генно-инженерной деятельности от 9 января 2006 г. №96-З // URL: https://kodeksy-by.com/zakon_rb_o_bezopasnosti_genno-inzhenernoj_deyatelnosti.htm (дата обращения: 28.11.2020)
11. Проект Закона Республики Казахстан «О государственном регулировании генно-инженерной деятельности» // URL: http://adilet.zan.kz/rus/docs/P100001012_ (дата обращения: 28.11.2020)

Об авторе:

Баймолдинова Елнур Турешовна — студент 1 курса магистратуры Высшей школы права Университета КАЗГЮУ им. М.С.Нарикбаева, Астана, Республика Казахстан, baimoldinova.e@gmail.com

Yelnur Tureshovna Baymoldinova — postgraduate student Higher school of law of KAZGUU University after M.S.Narikbayev, Astana, Republic Of Kazakhstan

© Баймолдинова Е.Т., 2020

Для цитирования:

Баймолдинова Е.Т. Законодательство стран Содружества независимых государств и Европейского союза по вопросам правового регулирования генной терапии: проблемы и перспективы // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2020. №2 (12). С. 81-87.

For citation:

Baymoldinova Y.T. The laws of the Commonwealth of independent states and the European union's regulation of gene therapy: problems and prospects // M.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2020. №2 (12). P. 81-87.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

The author declares that there is no conflict of interest.

Статья поступила в редакцию 10.12.2020 г.

Безуглый Т.А., Батурина И.В.

ПРОБЛЕМА РЕАЛИЗАЦИИ ПРИМЕНЕНИЯ ОГРАНИЧЕНИЙ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИИ В ОТНОШЕНИИ ГОМОСЕКСУАЛЬНЫХ ПАР В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

В данной статье рассматривается правовое регулирование доступности вспомогательных репродуктивных технологий для гомосексуальных пар. В процессе анализа нормативно-правовых актов: федеральных законов, регулирующих вопросы семейного права, и приказов Министерства здравоохранения, регулирующих применение вспомогательных репродуктивных технологий, была выявлена социально-значимая правовая проблема рождения и последующего воспитания детей гомосексуалистами.

Так, однополые пары, не придающие огласки свою ориентацию, могут обойти биологическое ограничение рождения ребенка, воспользовавшись существующей в приказе Минздрава правовой лакуной, однако, согласно актуальному семейному законодательству граждане, состоящие в браке между лицами одного пола, не имеют право на воспитание детей.

Ключевые слова: генетические исследования, редактирование генома, биомедицинские технологии, нормативная база, риски, безопасность

Timofey Bezuglyy, Irina Baturin

THE PROBLEM OF IMPLEMENTING RESTRICTIONS ON ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNOLOGIES IN RELATION TO HOMOSEXUAL COUPLES IN THE RUSSIAN FEDERATION

This article discusses the legal regulation of the availability of assisted reproductive technologies for homosexual couples. In the process of analyzing normative legal acts: federal laws regulating family law issues, and orders of the Ministry of Health regulating the use of assisted reproductive technologies, a socially significant legal problem of the birth and subsequent upbringing of children by homosexuals was identified.

So, same-sex couples, not giving publicity their orientation, can bypass biological limitation of the child's birth, using the existing MoH legal lacuna, however, according to the current legislation citizens, marriage between persons of the same sex do not have the right to education of children.

Keywords: research of gene, genome-editing, biomedical technology, regulatory framework, hazard to life, safeness

В Российской Федерации запрещена регистрация гомосексуальных отношений, а также усыновление детей членами ЛГБТ сообщества. Соответственно, в России на законодательном уровне действует запрет на воспитание (усыновление) детей гомосексуалистами, а также запрет на инфор-

мацию, пропагандирующую отрицание традиционных семейных ценностей [3-5]. В рамках развития традиционных ценностей в 2020 году Законом Российской Федерации о поправке к Конституции Российской Федерации от 14 марта 2020 г. №1-ФКЗ «О совершенствовании регулирования отдель-

ных вопросов организации и функционирования публичной власти» [2] расширенная редакция ст. 72 Конституции Российской Федерации предусматривает в пункте ж.1) защиту института брака как союза мужчины и женщины [1].

Однако, вплоть до сегодняшнего дня для гомосексуальных пар существует техническая возможность воспитания биологического ребенка, родившегося при помощи вспомогательных репродуктивных технологий, от одного из партнеров. Анализ действующих нормативно-правовых актов показал, что закрепленные Конституцией РФ и федеральными законами ограничения и запреты могут быть обойдены с помощью использования вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), регламентированных подзаконными ведомственными правовыми актами. В связи с этим, вопрос о соответствии друг другу различных законодательных и подзаконных актов, регулирующих вопросы семьи и брака, а также применения репродуктивных технологий, приобретает особую актуальность.

Так, в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения РФ от 30 августа 2012 г. №107н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению» воспользоваться ВРТ могут мужчина и женщина, как состоящие, так и не состоящие в браке, а также одинокая женщина [6].

В приказе указано, что одинокая женщина может воспользоваться технологией ВРТ. Соответственно, гипотетически аналогичное действие может совершить и любая гомосексуальная женщина, не предавая при этом огласке свою ориентацию. По данным ряда источников, женщины гомосексуальной ориентации в России пользуются вспомогательными репродуктивными технологиями (в том числе, за счет обязательного медицинского страхования) [7, 8, 9].

Так как воспользоваться ВРТ могут мужчина и женщина, не состоящие в совместном браке, при условии наличия обоюдного информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, можно говорить о проблеме использования договорного суррогатного материнства с целью рождения ребенка для мужских гомосексуальных пар. Данная процедура предусматривает ряд ограничений, направленных на предотвращение нарушений. Так, например, как «Суррогатная мать не может быть одновременно донором яйцеклетки» [6]. Но, тем не менее, не смотря на наличие ограничений, они тем или иным образом оказываются преодоленными, поскольку фактически в Российской Федерации за счет технологии суррогатного материнства за последние годы было рождено 46 детей для отцов-одиночек с использованием их репродуктивного материала [10]. Соответственно, мы наблюдаем очевидное противоречие между возможностью использования ВРТ гомосексуальными парами (гомосексуалистами) и требованиями Федерального закона №167-ФЗ от 2.06.2013 года и ряда других законов, запрещающих усыновление и воспитание детей в гомосексуальной среде [1, 3-5]. Это противоречие формирует для российского общества важную социально-правовую и морально-этическую проблему.

Таким образом, на основании проведенного нами исследования было установлено наличие правовой неточности в Приказе Министерства здравоохранения РФ от 30.08.2012 г. №107н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению», которая заключается в возможности обхода запретов и ограничений, закрепленных Конституцией РФ и федеральными законами, в части использования ВРТ для лиц гомосексуальной ориентации.

Список литературы:

1. «Конституции Российской Федерации» (принята всенародным голосованием 12.12.1993 с изменениями, одобренными в ходе общероссийского голосования 01.07.2020) // URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_28399/ec531d2938f351bcb3a9b2f1b50abf119eac231a/ (дата обращения 21.09.2020)
2. Закон Российской Федерации о поправке к Конституции Российской Федерации от 14 марта 2020 г. №1-ФКЗ «О совершенствовании регулирования отдельных вопросов организации и функционирования публичной власти» // URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_346019/ (дата обращения 21.09.2020)
3. КоАП РФ Статья 6.21. Пропаганда нетрадиционных сексуальных отношений среди несовершеннолетних (введена Федеральным законом от 29.06.2013 №135-ФЗ) // URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_34661/f385ab5d34de901b2e5f3do8ac0b454481377d6a/ (дата обращения 25.03.2020)
4. Федеральный закон от 2.07.013 №167-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам устройства детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей» // URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_148478/ (дата обращения 23.03.2020).
5. Федеральный закон от 29.06.2013 №135-ФЗ «О внесении изменений в статью 5 Федерального закона «О защите детей от информации, причиняющей вред их здоровью и развитию» и отдельные законодательные акты Российской Федерации в целях защиты детей от информации, пропагандирующей отрицание традиционных семейных ценностей» (последняя редакция) // URL: <https://base.garant.ru/70403756/> (дата обращения 23.03.2020).
6. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 августа 2012 г. №107н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению» (с изменениями и дополнениями) // URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70218364/> (дата обращения 23.03.2020).
7. «Когда замуж, когда дети?»: Однополая пара о рождении ребенка в России // URL: <https://www.wonderzine.com/wonderzine/life/life/217997-love-wins> (дата обращения 25.03.2020)
8. Материнство в однополых женских парах. Использование яйцеклеток партнерши // URL: <https://www.institutobernabeu.com/ru/ib/lesbiskoe-materinstvo/> (дата обращения: 25.03.2020).
9. Мы с девушкой зачали ребенка в однополom браке // URL: <https://daily.afisha.ru/archive/gorod/people/my-s-devushkoy-zachali-rebenka-v-odnopolom-brake/> (дата обращения: 25.03.2020)
10. Родить без мамы / Журнал «Огонёк» 2010. №35. С. 30. // URL: <https://www.kommersant.ru/doc/1493569> (дата обращения 25.03.2020).

Об авторах:

Безуглый Тимофей Алексеевич — студент 2 курса лечебного факультета Южно-Уральского государственного медицинского университета Министерства здравоохранения Российской Федерации, Челябинск, timabez7@gmail.com

Батурина Ирина Валерьевна — преподаватель кафедры психологии Уральского государственного университета физической культуры, кандидат исторических наук, Челябинск, Devizzina@mail.ru

Timofey Alekseevich Bezuglyy — 2nd year student Medical Faculty of the South Ural State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, Chelyabinsk

Irina Valeryevna Baturina — lecturer of the department of psychology of the Ural state university of physical culture, candidate of historical sciences, Chelyabinsk

© Безуглый Т.А., Батурина И.В., 2020

Для цитирования:

Безуглый Т.А., Батурина И.В. Проблема реализации применения ограничений вспомогательных репродуктивных технологии в отношении гомосексуальных пар в Российской Федерации // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2020. №2 (12). С. 88-91.

For citation:

Bezuglyy T.A, Baturina I.V. The problem of implementation of restrictions on assisted reproductive technologies in relation to homosexual couples in the Russian Federation // M.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2020. №2 (12). P. 88-91.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare that there is no conflict of interest.

Статья поступила в редакцию 10.10.2020 г.

Белова М.А., Арсланов К.М.

ГЕННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ С УЧАСТИЕМ ЧЕЛОВЕКА: РОССИЙСКИЙ И ИНОСТРАННЫЙ ПРАВОВОЙ ОПЫТ

В представленной работе раскрываются вопросы допустимости и границ учета иностранного/международно-правового опыта в развитии генных исследований в России. Во многих странах Европы уже созданы устойчивые правовые основы реализации генных исследований на практике. Исходя из этого автором была выявлена и обоснована необходимость имплементации иностранного правового опыта, связанного с регламентацией отношений в области биомедицины, в российский правовой опыт. В исследовании отражены мнения представителей юридической науки о использовании в России генных тестирований, проведен анализ правоприменительной практики и программы развития биомедицинских технологий.

Ключевые слова: генетические исследования, редактирование генома, биомедицинские технологии, нормативная база, риски, безопасность

Maria Belova, Kamil Arslanov

GENETIC RESEARCH WITH HUMAN PARTICIPATION: RUSSIAN AND FOREIGN LEGAL EXPERIENCE

The presented work reveals the issues of admissibility and boundaries of accounting for foreign / international legal experience in the development research of gene in Russia. In many European countries, a stable legal framework has already been created for the implementation research of gene in practice. Proceeding from this, the author identified and substantiated the need for the implementation of foreign legal experience related to the regulation of relations in the field of biomedicine into the Russian legal experience. The study reflects the opinions of representatives of legal science on the use of gene testing in Russia, an analysis of law enforcement practice and the program for the development of biomedical technologies.

Keywords: research of gene, genome-editing, biomedical technology, regulatory framework, hazard to life, safeness

В последние десятилетия революция в области биомедицины привела к невероятным открытиям генной инженерии.

Очевидно, что такие открытия не могут не оказывать влияния на естественные права человека и не затрагивать так называемое четвертое поколение прав и свобод человека, в состав которых включают, в т.ч., права человека в области репродуктивного здоровья, права в области биомедицины и др.

К настоящему времени расшифрован геном многих бактерий и вирусов, а так-

же геном человека. Последнее открывает путь к выработке методов генокоррекции врожденных и приобретенных заболеваний [19, с. 321]. Работа с генами и их ДНК-фрагментами перспективна в связи с созданием нового поколения вакцин против многих заболеваний. В этой связи рождаются несколько вопросов: насколько необходима оптимизация правового регулирования в области генных исследований? Какое значение носит международно-правовой опыт для развития подобного рода направлений? И с чем же связана неоднозначная оценка

практики, результатов осуществления генных исследований?

На сегодняшний день действует целый ряд нормативных актов различной юридической силы, в которых затрагиваются наиболее важные аспекты, связанные с биомедициной и проведением генных исследований (тестирований). В их число входят: Конвенция о правах человека и биомедицине (Овьедо, 4 апреля 1997 года) [6]; Международная декларация о генетических данных человека (принята резолюцией Генеральной конференции ЮНЕСКО по докладу Комиссии III на 20-м пленарном заседании 16 октября 2003 года) [7]; Всеобщая Декларация о геноме и правах человека (принята 11.11.1997 на 29-ой сессии Генеральной конференции ЮНЕСКО) [8]; Нюрнбергский кодекс (принят Нюрнбергским трибуналом после завершения Нюрнбергского процесса в 1947г.) [10]; Хельсинкская декларация Всемирной медицинской ассоциации (принята на 18-ой Генеральной Ассамблее ВМА, Хельсинки, Финляндия, июнь 1964 г.) [11].

В рамках СНГ разработан Модельный закон «О защите прав и достоинства человека в биомедицинских исследованиях в государствах-участниках СНГ», который закрепляет, что: «прогресс медицинских, биологических и фармацевтических наук, направленных на улучшение качества жизни, невозможен без проведения биомедицинских исследований с участием человека» [9]. Однако проведение подобного рода исследований с привлечением в качестве субъектов людей, вызывает многочисленные дискуссии. Редактирование генома человека на сегодняшний день является одной из самых острых тем не только современной медицины, но и многих сопряженных наук в целом. Технологические достижения открывают перед нами новый, совершенный путь в возможностях редактирования генома. Соответственно, споры относительно этической и моральной составляющей применения эмбриональных клеток и редактирования генома начинают проявляться всё чаще. Отчасти это зависит от того, что у подавляющего большинства населения складывается достаточно преду-

бежденное мнение относительно развития «генной индустрии», поскольку исследования и эксперименты в данной области носят рискованный характер и всё ещё находятся в процессе разработки и изучения. Для многих граждан универсальным источником информации являются Интернет-ресурсы или печатные СМИ, которые уже с заголовка статей зарождают сомнения в необходимости и правомерности проведения подобного рода экспериментов [15].

Риски неизбежны практически в любых клинических испытаниях не исключение и проведение подобного рода исследований, но вместе с тем они в большинстве случаев оправданы. Их этическим объяснением для участников служит дальнейшая перспектива получения новых знаний, технологий, а также средств, необходимых для обеспечения качества оказанной помощи здоровью населения. Риски являются приемлемыми при условии, что они сведены к минимуму и компенсируются перспективой потенциальной пользы, а имеющиеся данные о проведении вмешательства говорят о том, что с учётом предполагаемых рисков и пользы эффект проведённого исследования будет по меньшей мере таким же положительным, как и альтернативный метод [13].

Необходима системная выработка правовых механизмов, которые обосновываются в ряде научных работ на основе сравнительно-правового анализа в отношении проведения генных тестирований с участием человека. Предложение об унификации правового регулирования всё чаще озвучивается в международном сообществе. Однако не стоит забывать, что уровень развития и правовая регламентация в области генных исследований в разных странах существенно отличается. Если в Германии стоят некоторые запреты на проведение подобного рода экспериментов, то китайский законодатель исходит из иных принципов. В КНР действует «Закон о применении репродуктивных технологий», который запрещает использование эмбрионов в коммерческих целях, а проведение генетических исследований регламентируется «Законом о защите здоровья матери и ребенка» 1995 г. При этом не требуется получение разреше-

ния на генетическую диагностику, т.к. его принимает сам врач при наличии лицензии Минздрава КНР на проведение такого рода исследований. Профессор-генетик Хэ Цзянькуй из Южного научно-технического университета, в своей лаборатории «отредактировал геном человеческих эмбрионов с помощью технологии CRISPR/Cas9 [16]. Проведенный эксперимент вызвал массу дискуссий в научном сообществе, подавляющая часть которого признала его этически не оправданным. Данный случай в Китае закончился уголовным преследованием профессора-генетика.

Обратив внимание на опыт Великобритании и США, можно отметить, что генетическое редактирование эмбрионов человека разрешено там исключительно в исследовательских целях. Полученных зародышей нельзя имплантировать женщине для вынашивания, и учёные обязаны их уничтожить в течение двух недель после создания.

При рассмотрении российского законодательства можно говорить о том, что преимплантационная генетическая диагностика (ПГД) в рамках технологии (ЭКО) не отличается последовательным нормативным регулированием. В Федеральном законе от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [2], а также в Порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, утвержденном приказом Минздрава России от 30 августа 2012 г. №107н (далее — Инструкция о ВРТ), устанавливаются лишь общие ограничения, связанные с проведением генетических исследований [5]. Инструкция о ВРТ, в частности, предусматривает следующее: «Ограничениями к применению программы ЭКО являются наследственные заболевания, сцепленные с полом, у женщин (гемофилия, мышечная дистрофия Дюшенна, ихтиоз, связанный с X-хромосомой и другие) (по заключению врача-генетика возможно проведение базовой программы ЭКО с использованием собственных ооцитов при обязательном проведении преимплантационной генетической диагностики)». Многие видные эксперты в области биомедицины отмечают, что не-

обходим глубокий анализ потенциальных рисков редактирования относительно к исследованиям на эмбрионе человека. Следует отметить, что такие действия требуют обсуждения с этической и технической точки зрения, при этом их безопасность должна быть подтверждена клиническими испытаниями.

Неоднозначная оценка и основа правового регулирования вокруг использования эмбриональных стволовых клеток объясняются тем, что отсутствует консенсус относительно этических возможностей использования тканей эмбриона. Во многом это связано с различием в подходах к определению начала человеческой жизни [17, с. 67-75].

Правовое регулирование биомедицинских технологий в нашем государстве находится всё ещё в зачаточном состоянии. В свою очередь важность формирования правового фундамента отмечала ещё бывший Министр здравоохранения РФ В.И. Скворцова: «В ... странах мира есть законодательство, которое регулирует отношения, связанные с обращением клеточных продуктов. В России пока такого Закона нет, именно поэтому у нас творится настоящий беспредел в использовании клеточных препаратов» [14].

Обратив внимание на Конвенцию Совета Европы «О правах человека и биомедицине» 1997 г., а именно на ст. 28, можно заметить, что в ней акцентируется внимание на том, чтобы «фундаментальные проблемы в особенности социально-экономические, этические и юридические аспекты, связанные с прогрессом в области биологии и медицины, были подвергнуты широкому общественному обсуждению и стали предметом надлежащих консультаций» [6]. Большинство одобренных для клинических испытаний проектов генной терапии выполняются в США, остальная часть в Западной Европе. Согласно Федеральной научно-технической программе развития генетических технологий на 2019-2027 годы: «по данным Организации экономического сотрудничества и развития 2017 году доля биотехнологических компаний, выполняющих исследования и разработки, в общем

объёме расходов на исследования и разработки составляла в США — 12,31% во Франции — 8,95%, а в Российской Федерации — 0,53%». Подобный процентный разбег во многом связан в первую очередь с различием в финансовой поддержке, публикационным потоком и недостатком специализированных кадров. Количество ученых, опубликовавших в 2017-2018 годах научные статьи в данной области, в Соединенных Штатах Америки составляла более 76 тыс. человек, во Франции — более 22 тыс. человек, а в Российской Федерации — около 7 тыс. человек.

Основу медицинского прогресса составляют проекты, которые на конечном этапе должны включать исследования с участием людей в качестве субъектов. Популяции пациентов, которые недостаточно представлены в медицинских исследованиях, должен быть предоставлен соответствующий доступ для участия в них [10]. Вышеупомянутая Всеобщая декларация о геноме и правах человека отмечает, что исследования в области генома человека открывают широкие перспективы для развития здравоохранения и улучшения качества жизни человечества. В свою очередь такие исследования должны осуществляться на основе уважения человеческого достоинства, свободы и приоритета прав человека, а также запрещения всех форм дискриминации на основе генетических характеристик.

Недопустимость дискриминации является основополагающим принципом в развитии и реализации генных тестирований. Любая форма дискриминации в отношении лица по признаку его генетического наследия запрещается. Всеобщая декларация придерживается подобной позиции и говорит о том, что по признаку генетических характеристик никто не может подвергаться дискриминации, цели или результаты которой представляют собой посягательство на права человека, основные свободы и человеческое достоинство [8].

В ряде стран принято жесткое законодательное регулирование относительно недопустимости дискриминации. Рассмотрев в качестве примера США можно заметить, что там действует «Закон о запрете генети-

ческой дискриминации», не позволяющий использовать генетическую информацию при трудоустройстве, получении медицинской страховки, долгосрочных кредитов [12]. Споры, связанные с неправомерным использованием геномной информации в дискриминационных целях, встречались в практике ещё с 1998 г., дело *Norman-Bloodsaw v. Lawrence Berkeley Lab* [22].

Рассматривая вопрос о целях сбора и обработки генетических данных, в первую очередь нужно обратить внимание на ст. 5 Международной декларации ООН о генетических данных (2003) [7]. В неё входят: проведение медицинских, эпидемиологических, научных и генетических исследований; диагностики и оказания медико-санитарной помощи; в отношении направленности судебной медицины и судопроизводства по отраслевым делам. Декларация обозначает данные цели наиболее подробно, чем это заложено российским законодателем.

В России относительно геномной регистрации действует Закон «О государственной геномной регистрации в РФ» [1], предмет действия которого существенно отличается от Декларации ООН. Он охватывает в основном криминологические цели. Об этом также свидетельствует пояснительная записка к законопроекту, представленному в своё время в Государственную Думу: «Разработка законопроекта обусловлена необходимостью установления правовых основ превентивного получения, хранения и использования для идентификации личности человека биологического материала и содержащейся в нем индивидуальной информации об определенных фрагментах ДНК человека, отдельных категорий граждан РФ в целях повышения эффективности борьбы с преступностью». Закон устанавливает два вида геномной регистрации. Остановимся на первом — на обязательной геномной регистрации, проводящейся в отношении:

- лиц, отбывающих наказание за совершение тяжких и особо тяжких преступлений, а также преступлений против половой неприкосновенности и половой свободы;

- неустановленных лиц, биоматериал которых изъят в ходе следственных действий.

Закон устанавливает, что проведение государственной геномной регистрации не должно представлять опасность для жизни и здоровья человека, унижать его честь и достоинство. Ранее упомянутая Всеобщая декларация о геноме и правах человека исходит из аналогичных принципов. Здесь прослеживается некая последовательность действий от международных установлений к российскому законодателю.

В связи с тем, что достижения клеточной биологии являются инновационными для многих правовых систем, в целом, нашему законодателю необходимо расширить предмет действия данного закона для наиболее детального регулирования вопросов, связанных с геной паспортизацией. В практике США закон о геномной регистрации прошел проверку на конституционность в Верховном суде США (по делу *Maryland v. Alonzo Jay King, Jr.*) в 2009 г. [20].

Общеизвестно, что Генные технологии входят в перечень приоритетных направлений развития науки, и потому необходимость в оптимизации правовых норм и формировании достойного правового фундамента для последующей реализации не вызывает сомнений. Регулирование оборота биотехнологий в России опускается на уровень подзаконных актов. Ранее упомянутая Инструкция о ВРТ устанавливает правовой режим вспомогательных репродуктивных технологий. Приказом Минздрава России от 25.07.2003 г. №325 «О развитии клеточных технологий в Российской Федерации» утверждены Положения о Банке стволовых клеток пуповинной/плацентарной крови; Инструкции по заготовке пуповинной/плацентарной крови для научно-исследовательских работ [4]. Существующая на сегодняшний день правовая база пока достаточно узкая для регулирования многих спорных вопросов биомедицинских исследований. Связано это в какой-то степени с непринятием в обществе подобного характера экспериментов с участием людей.

Об этом также непосредственно говорит и опрос студентов, преподавателей,

проведенный в стенах Казанского Федерального университета, по вопросам развития и применения генных исследований. Мнения опрошенных разделились на два лагеря. Абсолютное большинство придерживается позиции, что совершенствование генных технологий является неотъемлемой частью прогресса современной медицины и благополучие будущего поколения будет строиться на развитии данного направления. Новые генетические знания позволяют работать с человеческой наследственностью и манипулировать генами для создания совершенно новой «версии» человека [18, с. 219-220]. Противоположная позиция состояла в том, что генетические «улучшения» в отдельных субпопуляциях могут способствовать развитию социального неравенства. Многие люди захотят получить своего рода «дизайнерских младенцев». Поскольку данная процедура далеко не бюджетная, оставшаяся часть населения будет своего рода «посредственностью» на фоне «усовершенствованных» людей. Не будет ли это также значить, что эмбрионы начнут воспринимать как собственность или товар?

Безусловно, необходима системная выработка правовых механизмов в отношении регулирования проведения генных тестирований с участием человека. Она должна в себя включать такие черты, как:

- выявление в ходе клинических испытаний возможных рисков и модификаций, которые могут существенно повлиять на дальнейшее развитие;
- обеспечение полной конфиденциальности пациента; отсутствие предполагаемых альтернатив;
- ежегодное обсуждение технологии с научной и практической позиции.

По данным ООН 2009 года из 192 стран 133 не имели каких-либо правовых норм, регулирующих технологии генетической модификации [21]. Предложение об унификации правовых норм геной инженерии всё чаще озвучивается в международном сообществе. Достижения Российской Федерации в данной сфере существенно отстают от наших европейских коллег, но уже имеются потенциально прогрессив-

ные научные проекты, которые выведут нас на новый уровень [3]. Россия должна активно участвовать в формировании правой концепции в области генной инженерии. Правовое регулирование должно производиться равномерно с учетом международно-правового опыта и базироваться на защите биологической безо-

пасности населения, не вызывая противоречивых мнений в применении генных исследований и клеточной биологии. Необходимо соблюдение принципа предосторожности в биомедицине, следует двигаться «малыми шагами», накапливать полученный опыт, проводить экспериментальную практику.

Список литературы:

1. Федеральный закон от 03.12.2008 №242-ФЗ «О государственной геномной регистрации в Российской Федерации» // Собрание Законодательства РФ. №49.
2. Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ (ред. от 03.07.2016 г.) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Собрание Законодательства в Российской Федерации. №48.
3. Постановление Правительства РФ от 22 апреля 2019 г. №479 «Об утверждении Федеральной научно-технической программы развития генетических технологий на 2019-2027 годы» [Электронный ресурс] // URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72128722/> (дата обращения: 15.11.2019)
4. Приказ Минздрава РФ от 25.07.2003 №325 «О развитии клеточных технологий в Российской Федерации» (Зарегистрировано в Минюсте РФ 01.08.2003 №4939) [Электронный ресурс] // URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_43679/ (дата обращения: 15.11.2019)
5. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 30 августа 2012 г. №107н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению» [Электронный ресурс] // URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70218364/> (дата обращения 09.08.2019)
6. Конвенция о защите человеческого достоинства в связи с применением биологии и медицины (конвенция о правах человека и биомедицине) 1997 г. // Российский бюллетень по правам человека. М., 1998. Вып. 10.
7. Международная декларация о генетических данных человека. (Принята резолюцией Генеральной конференции ЮНЕСКО по докладу Комиссии III на 20-м пленарном заседании 16.10.2003) [Электронный ресурс] // URL: https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/genome_dec.shtml (дата обращения 25.10.2019)
8. Всеобщая декларация о геноме человека и правах человека. (Принята 11.11.1997 на 29-ой сессии Генеральной конференции ЮНЕСКО) [Электронный ресурс] // URL: <http://ppt.ru/newstext.phtml?id=15520> (дата обращения: 25.10.19)
9. Модельный закон от 18 ноября 2005 года «О защите прав и достоинства человека в биомедицинских исследованиях в государствах-участниках СНГ» [Электронный ресурс] // URL: <http://base.garant.ru/70385696/> (дата обращения: 11.09.2019)
10. Хельсинкская декларация Всемирной медицинской ассоциации 1964 г. [Электронный ресурс] // URL: http://rostgmu.ru/wp-content/uploads/2014/12/WMA_Helsinki.pdf (дата обращения: 20.10.2019)
11. Нюрнбергский кодекс 1947 г. (Принят Нюрнбергским трибуналом после завершения Нюрнбергского процесса над нацистскими врачами в августе 1947 г.) [Электронный ресурс] // URL: <http://www.psychopravo.ru/law/int/nyurnbergskij-kodeks.htm> (дата обращения 25.10.2019)

12. Genetic Information Nondiscrimination Act of 2008 // Pub. L. 110-233, 122 Stat. 881.
13. Международные этические руководящие принципы для исследований в области здоровья с участием людей, составленные Советом международных научно-медицинских организаций (СМНМО). 2016 г. Женева [Электронный ресурс] // URL: <https://cioms.ch/wp-content/uploads/2019/01/3027-CIOMS-EthicalGuidelinesRussianLayout2019-1.pdf> (дата обращения: 25.10.2019)
14. Романовский Г.Б., Тарусина Н.Н., Чохов А.А. Биомедицинское право в России и за рубежом: монография. М.: Проспект, 2019. 368 с.
15. Бесчеловечные эксперименты над людьми стали реальностью [Электронный ресурс] // URL: <https://lenta.ru/articles/2017/08/07/biotechnology/> (дата обращения: 10.09.2019)
16. Редактирование генома человеческих эмбрионов с помощью технологии CRISPR/Cas9 [Электронный ресурс] // URL: <https://ria.ru/20181130/1533952599.html> (дата обращения: 10.09.19)
17. Салагай О.О. Отдельные правовые вопросы определения статуса человека в антенатальном периоде // Государства и право. 2010. №10. С. 67-75.
18. Тоффлер Э. Шок будущего. М., 2002. 557 с.
19. Ярыгин В.Н. Биология. М.: Высшая школа, 2003. 432 с.
20. Garret B. L., Murphy E. Supreme Court 2013: Why collecting DNA from people who are arrested won't help solve more crimes // URL: http://www.slate.com/articles/news_and_politics/jurisprudence/2013/02/dna_collection_at_the_supreme_court_maryland_v_king.html (дата обращения: 10.09.2019)
21. International Regulation of Genetic Engineering: Ethical Considerations in the 21st Century [Электронный ресурс] // URL: https://www.carnegiecouncil.org/publications/articles_papers_reports (дата обращения: 10.09.2019)
22. Norman-Bloodsaw v. Lawrence Berkeley Laboratory // Federal Report. 1998. February. 3;135 F. 3d:1260-76.

Об авторах:

Белова Мария Алексеевна — студентка четвёртого курса Казанского (Приволжского) федерального университета, кафедра гражданского права, Казань, mariyabelova1611@icloud.com

Арсланов Камиль Маратович — заведующий кафедрой гражданского права Казанского (Приволжского) федерального университета, доктор юридических наук, доцент, Казань, arslanov-ksu@mail.ru

Maria Alekseevna Belova — fourth year student Kazan (Volga Region) Federal University, department of Civil Law, Kazan

Kamil Maratovich Arslanov — head of the Department of Civil Law Kazan (Volga Region) Federal University, associate professor, Doctor of Law, Kazan

© Белова М.А., Арсланов К.М., 2020

Для цитирования:

Белова М.А., Арсланов К.М. Генные исследования с участием человека: российский и иностранный правовой опыт // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2020. №2 (12). С. 92-99.

For citation:

Belova M.A., Arslanov K.M. Genetic research with human participation: russian and foreign legal experience // M.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2020. №2 (12). P. 92-99.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare that there is no conflict of interest.

Статья поступила в редакцию 28.11.2020 г.

Довнар А.Н.

НЕКОТОРЫЕ ЭТИКО-ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ В СФЕРЕ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

В данной статье рассматриваются наиболее острые проблемы эτικο-правового характера, которые возникают при применении вспомогательных репродуктивных технологий.

Наряду с правовыми проблемами в сфере вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) присутствует и целый пласт биоэтических противоречий, так же требующих внимания со стороны юристов и при их участии создания надлежащего правового регулирования. Во все времена, а ныне особенно наблюдается столкновение позиций науки, этики и права, которое необходимо осмыслить и после выработать конструктивный подход к пониманию таких явлений, как использование ВРТ лицами нетрадиционной сексуальной ориентации, коммерциализация суррогатного материнства, избавление от «лишних» эмбрионов, социальное сиротство, порожденное применением репродуктивных технологий. На основе конституционных норм и публичного правопорядка предлагаются варианты разрешения противоречий между этикой и правом.

Ключевые слова: этика, мораль, право, вспомогательные репродуктивные технологии, конституционное регулирование, медицинское право, репродуктивные технологии

Alexey Dovnar

SOME ETHICAL AND LEGAL ISSUES IN THE FIELD OF ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNOLOGIES

This article deals with the most acute ethical and legal problems that arise in the application of assisted reproductive technologies.

Along with legal problems in the sphere of assisted reproductive technologies (ART), there is a whole layer of bioethical contradictions, which also require attention from lawyers and the creation of proper legal regulation with their participation. At all times, and nowadays, there is a clash of science, ethics and law, which must be understood and afterwards developed a constructive approach to understanding such phenomena as the use of ART by people of non-traditional sexual orientation, commercialization of surrogate motherhood, getting rid of «extra» embryos, social orphanhood resulting from the use of reproductive technologies. On the basis of constitutional norms and public law and order, options are proposed for resolving contradictions between ethics and law.

Keywords: ethics, morality, law, assisted reproductive technologies, constitutional regulation, medical law, reproductive technologies

Наряду с правовыми проблемами реализации вспомогательных репродуктивных технологий существует и целый пласт биоэтических, обусловивших необходимость привлечения к расширяющемуся предмету регулирования биоэтики традиционных духовных ценностей и норм религиозной морали, целесообразность

использования которых в правовом регулировании медицинской деятельности усиливается тенденцией к снижению нравственной ответственности медицинского сообщества, происходящей на фоне глобального обесценивания человеческой личности в условиях консьюмеристского общества [7, стр. 38].

Сегодня к использованию ВРТ все чаще заявляют свое желание обратиться лица нетрадиционной сексуальной ориентации, что является нормальным с точки зрения идеалов правового государства, провозгласившего равенство полов, но категорически отрицательным с точки зрения элементарной нравственности, поправка основ которой приведет к еще большим проблемам, причем не обязательно моральным, но и к социальным.

Много споров возникает относительно коммерциализации «суррогатной процедуры». С одной стороны, в условиях рыночной экономики считается нормальным оплата услуг суррогатной матери, сюда присовокупляется уверенность многих в том, что суррогатная мать не станет «предоставлять свое тело в аренду» только из чувства собственного альтруизма. С другой — существует тенденция превращения и без того «суррогатных отношений» еще и в бизнес, средство наживы [4, стр. 53].

Наряду с конструктивным выражением пастырской обеспокоенности Священноначалия Русской Православной Церкви в связи с применением большинства из известных сегодня биомедицинских технологий [5], подкрепленным анализом последствий в случае реализации программ ВРТ, церковно-общественный совет по биомедицинской этике также выделяет следующие проблемы: уничтожение «лишних» эмбрионов, как стандартное необходимое условие ЭКО; донорство половых клеток, как элемент ЭКО при определенных условиях, и купля-продажа донорских половых клеток; причинение вреда здоровью женщин и неблагоприятное состояние здоровья и развития детей, рожденных с использованием ВРТ; программирование сиротства в случаях отказа от ЭКО-детей по состоянию их здоровья [6, стр. 43].

Биомедицинские проблемы возникают в многочисленных областях [3], и ВРТ — не исключение. Однако вместе с тем именно сфера репродуктивной медицины наиболее остро являет в себе значительную совокупность подчас неразрешимых противоречий, которые возникают между наукой, этикой и правом.

Стоит обнадежить, что как бы не оценивались имеющиеся противоречия этического-правового характера в сфере вспомогательных репродуктивных технологий, нам, юристам, не следует пасовать перед ними, но, напротив, со свойственной юридической науке скрупулезностью поступательно решать проблемы в рамках правового поля.

Так, с одной стороны, не оспаривая конституционный принцип равноправия мужчин и женщин, в том числе вне зависимости от наличия или отсутствия искажений сексуальной ориентации, с другой стороны, преследуя цель деятельной реализации приоритета национальной политики, направленного на обеспечение интересов ребенка [1], предлагаем законодательно запретить лицам с нетрадиционной сексуальной ориентацией быть участниками каких бы то ни было программ по родовспоможению.

Несомненно, важную проблему коммерциализации суррогатного материнства предлагаем решать путем запрета коммерческого суррогатного материнства при временном сохранении возможности использования данной разновидности репродуктивных технологий на альтруистических началах, в связке с альтруистическими проявлениями благих намерений по родовспоможению со стороны здоровых половых партнеров по отношению к тем, кто испытывает медицинские трудности с естественным зачатием здорового ребенка, стоит констатировать, что нами оценивается как вполне нормальный вариант регулирования суррогатного материнства с участием родственников.

Нельзя обойти стороной в части их скорейшего решения и проблемы, обозначенные церковно-общественным советом. Принятое в клинической практике уничтожение «лишних» эмбрионов следует на законодательном уровне признать убийством ребенка, который, на основании преамбулы Декларации прав ребенка [2], нуждается в надлежащей охране его прав как до, так и после рождения. Почему-то ни у кого не вызывает нареканий необходимость трепетного отношения к детям, включая охрану их прав и законных инте-

ресов, после рождения, однако, как только речь заходит об одинаковой распространенности положений весьма важной договоренности на уровне международного права и на момент нахождения еще нерожденного ребенка в утробе матери, почему-то все благополучно об этом забывают или просто не хотят думать, хотя очевидно же, что такого рода серьезное нарушение прав нужно устранить.

Принимая во внимание пагубность реализации ВРТ для здоровья женщины и рожденного ею ребенка, нуждается в тщательном анализе и выработке наиболее релевантных подходов к ее решению проблематика безопасности применения репродуктивных технологий в целом или их отдельных этапов, в частности, гормональная терапия. В связи с этим предлагаем с учетом позиций академического сообщества специалистов-медиков наложить временный мораторий на использование всех видов ВРТ, с тем чтобы возможно было просчитать и минимизировать в дальнейшем вероятные риски осложнений и пагубных последствий.

Во избежание программирования социального сиротства в случаях отказа от детей, рожденных с применением ВРТ, по состоянию их здоровья важно предусмотреть дополнительные меры социальной поддержки (в прибавку к тем, которые уже имеются у детей-инвалидов) таких семей с одновременным внедрением системы социально-патронатного сопровождения та-

ких детей на срок, определяемый с учетом потребностей конкретной семьи. С одной стороны, это должна быть комплексная (социально-правовая, психолого-педагогическая и иная) и эффективная помощь от государства и его институций, с другой — такая система, которая реализуется ненавязчиво, без давления по отношению к родителям и без диктата социальных служб в части излишней отчетности. Важно, чтобы адресная поддержка оказывалась на принципах добровольности в ее получении со стороны адресатов услуг, вместе с тем, чтобы она носила регулярный характер и смогла покрывать достаточный уровень благосостояния ребенка.

Подводя итог, стоит отметить, что обширный пласт имеющих практическую значимость проблем, обозначенных нами в предпринятом исследовании, возможно будет преодолеть только посредством издания специального Федерального закона «О репродуктивных технологиях, репродуктивных правах граждан и гарантиях их осуществления в Российской Федерации», структуру и смысловое содержание разделов, глав и статей которого необходимо выработать на основе многостороннего диалога светских, конфессиональных и профессиональных экспертов, могущих совместными усилиями не только способствовать разрешению непримиримых противоречий в репродуктивной сфере, но и содействовать поступательному развитию репродуктологии в нашей стране.

Список литературы:

1. Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12 декабря 1993 года) (с учетом поправок, внесенных Законами РФ о поправках к Конституции РФ от 30.12.2008 № 6-ФКЗ, от 30.12.2008 № 7-ФКЗ, от 05.02.2014 № 2-ФКЗ, от 21.07.2014 № 11-ФКЗ, от 14.03.2020 № 1-ФКЗ) // Российская газета, №144, 04.07.2020
2. Декларация прав ребенка: принята резолюцией 1386 (XIV) Ген. Ассамблеи ООН от 20 ноября 1959 г. // URL: https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/childdec.shtml (дата обращения: 29.11.2020)
3. Вавилычева Т.Ю. Тенденции развития российской судебной практики по вопросам прав человека в области биомедицины // Прецеденты Европейского суда по правам человека. 2017. №9. С. 20-31.
4. Довнар А.Н. Правовые проблемы, связанные с вопросами регулирования применения современных репродуктивных технологий // Журнал «Via scientiarum — Дорога знаний». 2016. №3. С. 50-55.

5. Основы социальной концепции Русской Православной Церкви Московского Патриархата: приняты Освященным Архиерейским Собором Русской Православной Церкви от 15 августа 2000 года // Официальный портал Русской Православной Церкви Московского Патриархата. URL: <http://www.patriarchia.ru/db/text/419128.html> (дата обращения 02.11.2020)
6. Силуянова И.В. Феномен духовно-нравственного регресса в прогрессе репродуктивных технологий // Православие и проблемы биоэтики. Сборник работ / Отв. редактор И.В. Силуянова. М.: 2020. 172 с.
7. Шелыгина Е.А., Светличная Т.Г., Степанов Т.С. Комплементарность светских и теологических концепций использования вспомогательных репродуктивных технологий // Медицинское право. 2016, №4. С. 38-44.

Об авторе:

Довнар Алексей Николаевич — студент 1 курса магистратуры факультета юриспруденции Московского государственного гуманитарно-экономического университета, Москва, dovnar.mggeu@mail.ru

Alexey Nikolaevich Dovnar — 1st year student of the Master's Degree Programme, Faculty of Law, Moscow State University for the Humanities and Economics, Moscow

© Довнар А.Н., 2020

Для цитирования:

Довнар А.Н. Некоторые этико-правовые проблемы в сфере вспомогательных репродуктивных технологий // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2020. №2 (12). С. 100-103.

For citation:

Dovnar A.N. Some ethical and legal issues in the field of assisted reproductive technologies // M.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2020. №2 (12). P. 100-103.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

The author declares that there is no conflict of interest.

Статья поступила в редакцию 29.11.2020 г.

Досмагулова Д.М.

ЮРИДИЧЕСКАЯ СУДЬБА БИОЛОГИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ
ПРИ ПРЕКРАЩЕНИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ БИОБАНКОВ:
ОПЫТ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН,
СОДРУЖЕСТВА НЕЗАВИСИМЫХ ГОСУДАРСТВ
И ЕВРОПЕЙСКОГО СОЮЗА

В данной статье рассмотрены проблемы юридической судьбы биологических материалов, хранящихся в биобанках, как в организации, имеющей определенный срок деятельности. Проанализирована важность сохранности биологических материалов и сопутствующей им информации в контексте соблюдения прав доноров. Выявлена и обоснована необходимость внесения в законодательство норм, регулирующих процедуру передачи биологических материалов от одного биобанка к другому, а также основания для их уничтожения. На основе проведенного исследования автором предлагается, учитывая опыт стран Европейского Союза, выработать четкие правила и требования, относящиеся к порядку деятельности биобанков, а также рассмотреть возможность использования биобанками иных форм согласия, исключающих необходимость получения повторного согласия донора при передаче его биологических материалов в случае прекращения деятельности биобанка.

Ключевые слова: биобанк, биологические материалы, банкротство, прекращение деятельности, правовой статус биоматериалов, защита персональных данных, передача биологических материалов, правовое регулирование

Diana Dosmagulova

LEGAL FATE OF BIOLOGICAL MATERIALS
UPON TERMINATION ACTIVITIES OF BIOBANKS:
EXPERIENCE OF THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN, THE
COMMONWEALTH OF INDEPENDENT STATES
AND THE EUROPEAN UNION

This article deals with problems concerning the right of disposal of biological materials stored in biobanks as in an organization with a certain term of activity. The importance of the preservation of biological materials and associated data are analyzed in the context of the compliance of donor rights. The need to introduce the norms regulating the procedure of transferring biological materials from one biobank to another into legislation, as well as the grounds for their destruction, is revealed and substantiated. Based on the study, on the experience of European Union countries, the author proposes to develop clear rules and requirements related to biobanks activity, as well as to consider the possibility of using other forms of consent which exclude the need to obtain a second consent of the donor when transferring their biological materials in case of biobank's closure.

Keywords: Biobank, biological materials, bankruptcy, termination of activity, legal status of biomaterials, personal data protection, transfer of biological materials, legal regulation, donors

Введение

Развитие персонализированной медицины стало большим шагом вперед, расширяя возможности медицины в целом и создавая основу для дальнейшего развития научных исследований, результатом чего является разработка новых лекарственных препаратов и инновационных способов лечения. Данный вектор развития стал приоритетным для многих стран — к примеру, Комплексная программа развития биотехнологий в Российской Федерации на период до 2020 года включает в себя организацию и ведение биобанков биологических образцов и генетического материала человека, а также унификацию протоколов забора и хранения биоматериала¹. Стоит учитывать, что порядок деятельности биобанков должен рассматриваться очень детально, потому как он находится в центре различных дисциплин и противоположных интересов.

Не менее важным вопросом, связанным с биотехнологиями, выступает и правовая природа биологических материалов. Законодательство Республики Казахстан и Российской Федерации никаким образом не определяют их правовой статус. Тем не менее биоматериалы фактически относятся к категории вещей, подтверждением чему является право собственности: доноры, сдающие биоматериалы в биобанки, могут утрачивать право собственности, и это право, соответственно переходит другой стороне, то есть биобанку. Если обратиться к законодательству ЕС, то оно предусматривает «дарение» донорами биоматериала в качестве правовой формы его предоставления биобанку (п. 1 ст. 12 Директивы 23/2004/ЕС и Рекомендации)². Таким образом, биобанки в некоторых случаях могут владеть, пользоваться и распоряжаться биоматериалами. Данный факт создает череду правовых проблем ввиду того, что помимо самих биоматериалов, содержащих генетические данные, доноры также

предоставляют биобанкам личные данные: адрес проживания, контактные телефоны, историю болезней и т.д. Более того, существуют биобанки, содержащие информацию о лицах, имеющих определенные генетические мутации, что создает опасность злоупотребления правами доноров³.

Однако наиболее уязвимым моментом в области регулирования деятельности биобанка бесспорно является прекращение его деятельности. Прекращая свою деятельность, биобанк, следовательно, перестает быть субъектом права и более не имеет никаких обязательств перед донорами. Прекращение деятельности биобанка поднимает важные этические, правовые и социальные вопросы о юридической судьбе хранимых биоматериалов и данных, касающихся перспективы сохранения, уничтожения или передачи их другой организации, а также критерии передачи, включая согласие доноров. Ненадлежащее правовое регулирование данного вопроса может снизить процент доверия доноров по причине отсутствия четкого представления о юридической судьбе сдаваемых ими биоматериалов и о сохранности их личных данных, что негативно повлияет на развитие медицины и науки.

Опыт СНГ: Российская Федерация и Республика Казахстан

Биобанкинг — нововведение для стран СНГ. Очевидно, что законодательство этих стран находится лишь на начальном этапе решения данного круга вопросов. В Республике Казахстан отсутствуют какие-либо нормы, которые бы регулировали соответствующие правоотношения. Единственной нормой, относящейся к биобанкам, выступает пункт 16 статьи 1 Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения», согласно которой биобанк является специализированным хранилищем биологических материалов для научных и медицинских целей, и она, безусловно, не несет особой юридической значимости⁴.

1 Малеина М.Н. Правовой статус биобанка (банка биологических материалов человека) // Право. Журнал Высшей школы экономики. 2020. №1. С. 98-117.

2 Геннадий Васильев О правах на человеческий биоматериал — часть 1 // URL: https://zakon.ru/blog/2017/01/29/o_pravah_na_chelovecheskij_biomaterial_chast_1 (дата обращения 12.11.2020)

3 Krekora-Zajac D. O konieczności regulacji prawnej biobanków // Państwo i prawo. W-wa, 2012. №7. S. 64-77.

4 Кодекс Республики Казахстан от 7 июля 2020 года №360-VI «О здоровье народа и системе здравоохранения» // URL: https://online.zakon.kz/document/?doc_id=34464437 (дата обращения 12.11.2020)

Изучив законодательство Российской Федерации, можно прийти к выводу, что государством также не сформирован системный подход — В РФ имеется лишь Федеральный Закон «О биомедицинских клеточных продуктах», пунктом 3 статьи 37 которого установлено, что требования к организации и деятельности биобанков устанавливаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, а во 2 пункте этой же статьи закреплён перечень биоматериалов, подлежащих хранению⁵. Таким образом, в странах СНГ не установлены четкие стандарты регулирования данной деятельности.

Опыт ЕС: Италия и Норвегия

Право Европейского Союза не устанавливает конкретных требований относительно передачи биоматериалов в случае прекращения деятельности биобанков, однако Рекомендация Совета Европы (2006) закрепляет, что для передачи или закрытия популяционного биобанка должны быть предусмотрены специальные процедуры. Рекомендация не содержит никаких упоминаний относительно этических и юридических аспектов.

Не менее важной нормой наднационального характера для стран Европейского Союза выступают принципы Организации экономического сотрудничества и развития. В соответствии с данными принципами, биобанки должны разработать план на случай неожиданного прекращения работы, предусматривающий надлежащую передачу, утилизацию и уничтожение биологических материалов и личных данных, учитывая при этом необходимость максимального использования данных и образцов участников⁶.

Одним из государств, чей законодательный подход в отношении защиты персональных данных рассматривается как

достаточно строгий, является Италия. Несмотря на это, законодательство Италии также имеет «правовые дыры» в части юридической судьбы биоматериалов при прекращении деятельности биобанка.

Один из случаев, доказавший отсутствие комплексного подхода законодательства Италии, стал биобанк на Сардинии, в связи с банкротством которого возникли различные правовые споры. Данным биобанком было собрано около 11700 образцов биоматериала — проводились различные исследования, благодаря которым доноры могли пройти бесплатный медицинский осмотр и получить комментарий к их генетическим анализам. В силу того, что у местных жителей не было возможности часто посещать клиники (ближайшая больница находилась в часе езды от большинства деревень), население активно участвовало в генетических исследованиях, вследствие чего процент добровольцев достиг 80 процентов. Однако в 2009 году мажоритарный акционер продал свои акции итальянскому фонду *Fondazione San Raffaele*, занимавшемуся научными и медицинскими исследованиями. Два года спустя фонд пострадал от финансового кризиса, после чего акции были проданы британской биотехнологической компании *Tiziana Life Sciences Plc*. Предусматривалось, что *Tiziana Life Sciences Plc* имела права использовать биологические материалы и всю соответствующую документацию, имела доступ к базе данных доноров и к их истории болезней. Перечисленные события стали причиной сотен жалоб доноров о невозможности реализации ими своих прав, например, отозвать свое согласие на использование биоматериалов. Вследствие нарушения прав доноров, итальянский орган по защите данных принял ряд решений, блокирующих обработку данных биобанка⁷.

Норвегия — государство-член Европейского Союза, имеющее национальный закон, прямо регламентирующий возмож-

5 Федеральный закон «О биомедицинских клеточных продуктах» от 23.06.2016 №180-ФЗ // URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_199967/ (дата обращения 12.11.2020)

6 Ma'n H. Zawati, Pascal Borry, Heidi Carmen Howard Closure of population biobanks and direct-to-consumer genetic testing companies // Springer Verlag: Human Genetics. June 2011. 130(3):425-32.

7 Cinzia Piciocchi, Rosana Ducato, Lucia Martinelli, Silvia Perra, Marta Tomasi, Carla Zuddas, Deborah Mascalzoni Legal issues in governing genetic biobanks: the Italian framework as a case study for the implications for citizen's health through public-private initiatives // Journal of Community Genetics. 2018. V. 9. P. 177-190.

ность прекращения деятельности биобанка. Закон Норвегии о биобанках устанавливает требование, согласно которому биобанк обязан предоставить план региональному комитету по этике медицинских исследований. Такой план должен содержать подробную информацию о сроках деятельности и о распоряжении биоматериалами в случае прекращения деятельности. Более того, если предоставленная информация не удовлетворяет этические требования, биобанк не подлежит созданию и не вправе начинать осуществление деятельности⁸. Данный подход можно назвать достаточно эффективным — биобанк, заранее предусмотревший возможность своей ликвидации, может гарантировать соблюдение прав доноров.

Заключение

Исходя из вышеизложенной информации, становится очевидным пробел в законодательстве Российской Федерации и Республики Казахстан, в то время как право Европейского Союза, а также национальное право государств-членов, является более систематизированным, имеет комплексный подход. Учитывая важность соблюдения конституционных прав доноров на неприкосновенность частной жизни, а также их права собственности на биоматериал, государствам важно разработать новые положения законодательства с целью обеспечения предсказуемости юридической судьбы биоматериалов.

Следовательно, любой действующий биобанк должен рассматриваться с существованием реальной возможности пре-

кращения его деятельности, а вопросы передачи, утилизации и уничтожения должны решаться путем формирования превентивных мер. Опыт Италии показал, что банкротство как непредвиденное обстоятельство стало причиной множественных нарушений прав доноров, не дававших повторного согласия на хранение биоматериалов другим биобанком. Осознавая важность генетической информации, сложность ее обезличивания и возможность идентификации лица, сдавшего биоматериал, передача биоматериалов и соответствующих данных доноров должна осуществляться лишь в том случае, если деятельность биобанка, получающего биоматериалы и личные данные доноров, имеет фактическую возможность осуществлять хранение на таких же условиях, а в случае проведения исследования — проводить его с теми же целями, на основании которых доноры дали свое информированное согласие. В случае, если передача биоматериалов и личных данных с соблюдением таких условий не представляется возможным, они должны подлежать уничтожению. В то же время нельзя умалять важность сбора биоматериалов с целью научных исследований, так как их задача заключается в развитии науки и медицины, что относится к общественным и государственным интересам. Для устранения данной коллизии, представляется уместным внедрение особых форм согласия, при которой донор может дать свое согласие на передачу в будущем его биоматериалов в другой биобанк⁹.

9 Cinzia Piciocchi, Rosana Ducato, Lucia Martinelli, Silvia Perra, Marta Tomasi, Carla Zuddas, Deborah Mascalzoni Legal issues in governing genetic biobanks: the Italian framework as a case study for the implications for citizen's health through public-private initiatives // Journal of Community Genetics. 2018. V. 9. P. 177-190.

8 Ma'n H. Zawati, Pascal Borry, Heidi Carmen Howard Closure of population biobanks and direct-to-consumer genetic testing companies // Springer Verlag: Human Genetics. June 2011. 130(3):425-32.

Список литературы:

1. Кодекс Республики Казахстан от 7 июля 2020 года №360-VI «О здоровье народа и системе здравоохранения» // URL: https://online.zakon.kz/document/?doc_id=34464437 (дата обращения 12.11.2020)
2. Федеральный закон «О биомедицинских клеточных продуктах» от 23.06.2016 №180-ФЗ // URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_199967/ (дата обращения 12.11.2020)

3. Геннадий Васильев О правах на человеческий биоматериал — часть 1 // URL: https://zakon.ru/blog/2017/01/29/o_pravah_na_chelovecheskij_biomaterial_chast_1 (дата обращения 12.11.2020)
4. Малеина М.Н. Правовой статус биобанка (банка биологических материалов человека) // Право. Журнал Высшей школы экономики. 2020. №1. С. 98-117.
5. Cinzia Piciocchi, Rosana Ducato, Lucia Martinelli, Silvia Perra, Marta Tomasi, Carla Zuddas, Deborah Mascalonzi Legal issues in governing genetic biobanks: the Italian framework as a case study for the implications for citizen's health through public-private initiatives // Journal of Community Genetics. 2018. V. 9. P. 177-190.
6. Krekora-Zajac D. O konieczności regulacji prawnej biobanków // Państwo i prawo. W-wa, 2012. №7. S. 64-77.
7. Ma'n H. Zawati, Pascal Borry, Heidi Carmen Howard Closure of population biobanks and direct-to-consumer genetic testing companies // Springer Verlag. June 2011. Human Genetics. 130(3):425-32.

Об авторе:

Досмагулова Диана Максуткызы — студент 1 курса магистратуры факультета юриспруденции Университета КАЗГЮУ им. М.С.Нарикбаева, Астана, Республика Казахстан, ddosmagulova@gmail.com

Diana Maksutkyzy Dosmagulova — postgraduate student faculty of law of KAZGUU University after M.S.Narikbayev, Astana, Republic Of Kazakhstan

© Досмагулова Д.М., 2020

Для цитирования:

Досмагулова Д.М. Юридическая судьба биологических материалов при прекращении деятельности биобанков: опыт Республики Казахстан, Содружества независимых государств и Европейского союза // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2020. №2 (12). С. 104-108.

For citation:

Dosmagulova D.M. Legal fate of biological materials upon termination activities of biobanks: experience of the Republic of Kazakhstan, the Commonwealth of independent states and the European union // M.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2020. №2 (12). P. 104-108.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

The author declares that there is no conflict of interest.

Статья поступила в редакцию 27.11.2020 г.

Зайкова А.С., Соболева Ю.В.

АДМИНИСТРАТИВНО-ПРАВОВОЙ СТАТУС ВРАЧА В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

В данной статье рассмотрены проблемы правового регулирования медицинской деятельности и особенно административно-правового статуса российского врача в условиях сложной эпидемиологической ситуации и возросшей нагрузки на медицинских работников в Российской Федерации. Проанализированы административно-правовые отношения, в которые вступает врач во время осуществления медицинской деятельности, а также федеральные нормативные правовые акты, устанавливающие права, обязанности, ответственность и гарантии деятельности врача. Выявлена и обоснована необходимость систематизации правовых норм и формирования правовой базы, обеспечивающей страхование профессиональной ответственности врача от различных видов рисков.

Ключевые слова: права и обязанности врача, ответственность врача, гарантии деятельности врача, охрана здоровья граждан

Anastasia Zaikova, Julia Soboleva

ADMINISTRATIVE AND LEGAL STATUS OF THE DOCTOR IN THE RUSSIAN FEDERATION

This article deals with the problems of legal regulation of medical activities and especially the administrative and legal status of a Russian doctor in a complex epidemiological situation and the increased burden on medical workers in the Russian Federation. The author analyzes the administrative and legal relations that a doctor enters into during the implementation of medical activities, as well as Federal regulatory legal acts that establish the rights, duties, responsibilities and guarantees of a doctor's activity. The necessity of systematization of legal norms and formation of a legal framework that provides insurance of professional liability of a doctor against various types of risks is identified and justified.

Keywords: rights and obligations of doctors, responsibility of doctors, guarantees for doctors, healthcare

Возникшая в России в начале 2020 года сложная эпидемиологическая обстановка, вызванная новой коронавирусной инфекцией, показала важность своевременного принятия государственных управленческих решений и необходимость принятия срочных организационных, финансовых и иных мер по поддержке медиков, а также вывела на новый уровень административно-правовое регулирование отрасли здравоохранения. Медицинские работники, в частности врачи, встретились с особыми трудностями при выполнении своей профессиональной деятельности: отсутствие

разработанных и подтвержденных схем лечения нового инфекционного заболевания, нехватка медицинских средств индивидуальной и коллективной защиты, медицинских препаратов, значительные темпы прироста числа заболевших, посменный режим работы с последующими карантинными мерами. Стало очевидным, что вопросы по уточнению прав и обязанностей врача, правовому регулированию системы гарантий его медицинской деятельности, приобретают актуальность, требуют проведения новых научных исследований комплексного характера.

Административно-правовой статус врача включает в себя права, обязанности, ответственность и гарантии его деятельности, которые реализуются во взаимодействии с органами исполнительной власти и должностными лицами.

Для анализа административно-правового статуса врача в российской Федерации необходимо установить само понятие «врач». В настоящее время понятие «врач» не имеет законодательного определения и при этом достаточно часто используется в федеральных законах, регулирующих вопросы охраны здоровья граждан [7, 10]. Указанный правовой пробел уже отмечался учеными [19–21], которые пришли к единому мнению о необходимости законодательного закрепления данного понятия. Поэтому настоящие исследования проводились исходя из понятия «лечащий врач», под которым понимается «врач, на которого возложены функции по организации и непосредственному оказанию пациенту медицинской помощи в период наблюдения за ним и его лечения» (п. 15 ст. 2 Федерального закона от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее — Федеральный закон №323-ФЗ)).

Врач в своей деятельности вступает в правовые отношения с различными субъектами: с пациентами, родственниками и иными законными представителями пациентов, администрацией лечебного учреждения, органами контроля и надзора, правоохранительными органами, страховыми компаниями, врачебным коллективом и другими субъектами. Поэтому эти многообразные правоотношения не могут регулироваться одной определенной отраслью права. Например, правовые отношения, возникающие между врачом и пациентом по поводу оказания медицинских услуг, являются преимущественно гражданско-правовыми, а также регулируются нормами административного права (а также носят и административно-правовой характер). Таким правоотношениям присущи свобода в определении условий договора, в том числе порядка оказания услуг, стоимости договора; они основаны на юридическом равен-

стве сторон, на ответственности правонарушителя перед потерпевшим, а не перед государством, но при этом государством установлены требования: к правилам предоставления платных медицинских услуг [12], к периоду времени на выполнение отдельных медицинских видов деятельности [16], к наименованию медицинских услуг [17], и др. Причем такое преимущество с каждым годом уменьшается, в связи с более масштабной административной регламентацией деятельности медицинских работников, в том числе врачей.

Проведя анализ законодательства в сфере охраны здоровья можно сделать вывод о том, что права врача можно разделить на основные, присущие большинству специалистов, и дополнительные.

Основные права врача регулируются нормами трудового и медицинского права: ст. 22 Трудового кодекса РФ [1], ст. 72 Федерального закона №323-ФЗ, ст. 25 Федерального закона «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» [4]. Их, в свою очередь, можно разделить на группы следующим образом.

Первая группа включает в себя права, связанные с организацией условий труда, необходимых для выполнения обязанностей врача. К ним относятся: право на безопасное рабочее место и трудовой процесс, право на обеспечение необходимым оборудованием и средствами, право беспрепятственного и бесплатного использования в установленных случаях как средств связи, так и транспортных средств для перевозки пациента в ближайшую медицинскую организацию.

Вторая группа представлена правами, связанными с совершенствованием профессиональных знаний и умений врача. В соответствии с п.п. 2 п. 1 ст. 72 Федерального закона №323-ФЗ врач имеет право за счет средств работодателя пройти профессиональную подготовку или переподготовку, повысить квалификацию. Министерством здравоохранения РФ установлен срок для обязательного повышения квалификации — не реже одного раза в 5 лет. Таким образом, на протяжении всей профессиональной деятельно-

сти врач обеспечен возможностью совершенствовать свое мастерство без оплаты образовательных услуг.

Права на защиту установленных законодательством прав и интересов врача, в том числе, через участие в профессиональных сообществах, выделим в третью группу. Право создавать профессиональные некоммерческие медицинские организации предусмотрено Конституцией РФ, Кодексом профессиональной этики врача Российской Федерации, наряду с Трудовым кодексом РФ, Федеральным законом №323-ФЗ.

Четвертая группа включает права, связанные со стимулированием труда и поддержкой врачей. Так, по результатам Всероссийского конкурса врачей лучшие из них получают денежное поощрение [11], сельские врачи пользуются правом на компенсацию оплаты коммунальных услуг [13], а в 2020 году были приняты масштабные меры по выплатам стимулирующего характера за выполнение особо важных работ врачам, непосредственно оказывающим медицинскую помощь гражданам, у которых выявлена инфекция COVID-19 [14].

В отдельную группу необходимо выделить права врача на страхование, в том числе, страхования риска своей профессиональной деятельности.

Дополнительные (специфические) права отдельных категорий медицинских работников содержатся в узкоспециализированных законах [5, 6, 9]. Например, в Федеральном законе «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации», в соответствии с которым медицинские работники, непосредственно участвующие в оказании противотуберкулезной помощи, подлежат обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний.

В Федеральном законе «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» предусмотрены права врача-эксперта, такие как: право делать заявления с занесением в протокол; право на обжалование в установленном законом порядке действий органа или лица, назначивших судебную экспертизу, если

они нарушают права эксперта; право заявлять при необходимости ходатайство о привлечении к производству судебно-медицинской экспертизы других экспертов.

Правом заявлять ходатайства также наделяются лечащие врачи-психиатры. Они имеют право на обращение к администрации психиатрического учреждения с ходатайством об ограничении отдельных прав пациента в целях сохранения здоровья и безопасности как самого пациента, так и других лиц (ч. 3 ст. 37 Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»). Также лечащие врачи-психиатры наделяются исключительным правом — установление диагноза психиатрического заболевания, принятие решения об оказании помощи без согласия пациента.

Обязанности врача находят отражение также в нескольких отраслях права (конституционное, трудовое, административное) и отраслях законодательства (о здравоохранении, о социальной защите). Остановимся на административно-правовом регулировании обязанностей врача, их можно разделить на три группы:

Первая группа — это обязанности, связанные с лечением пациента. К ним относятся:

- организация своевременного квалифицированного обследования и лечения пациента (ст. 70 Федерального закона №323-ФЗ);
- назначение лекарственных препаратов в установленном порядке и сообщение об их побочных действиях в органы надзора (ст. 73 Федерального закона №323-ФЗ);
- оказание первой помощи (ст. 31 Федерального закона №323-ФЗ);
- а также обязанность врача дать пациенту рекомендации о прекращении потребления табака или потребления никотинсодержащей продукции и предоставить необходимую информацию о медицинской помощи, которая может быть оказана (ст. 17 Федерального закона «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма, последствий потребления табака или потребления никотинсодержащей продукции» [8] и другие.

Вторая группа обязанностей врача связана с оборотом (сбором, обработкой и использованием) «профессиональной» информации. Врач обязан:

- по требованию пациента предоставлять информацию о состоянии его здоровья (ст. 70 Федерального закона №323-ФЗ, ст. 11 Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»);
- информировать пациента о возможности бесплатного получения им соответствующих лекарственных препаратов и медицинских изделий (ст. 70 Федерального закона №323-ФЗ);
- соблюдать врачебную тайну (ст. 73 Федерального закона №323-ФЗ, ст. 9 Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»);
- не разглашать сведения, которые стали ему известны в связи с производством судебной медицинской экспертизы, в том числе, сведения, которые могут ограничить конституционные права граждан, а также сведения, составляющие государственную, коммерческую или иную охраняемую законом тайну (ст. 16 Федерального закона Российской Федерации «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации»).

Третья группа представлена обязанностями врача по поддержанию уровня профессиональных знаний и соответствующего состояния здоровья. Так, врач обязан:

- совершенствовать профессиональные знания и навыки (ст. 73 Федерального закона №323-ФЗ);
- проходить обязательное медицинское освидетельствование для выявления ВИЧ-инфекции при проведении обязательных предварительных при поступлении на работу и периодических медицинских осмотров [3] и другие.

Вышеуказанные обязанности врача также нашли свое отражение в Кодексе профессиональной этики врача Российской Федерации [18].

Не исполнение обязанностей влечет ответственность врача, в том числе, адми-

нистративную, которая прописана в п. 1 ст. 6.13, ст. 6.15, п. 2 ст. 6.18, ст. 6.28, ст. 6.30, 6.32, 6.34 и других статьях КоАП РФ.

Так, например, за несообщение или сокрытие информации о реакциях и об осложнениях, возникших у пациентов в связи с переливанием донорской крови, предусмотрена административная ответственность по п. 2 ст. 6.31 КоАП РФ; за непредставление сведений или представление заведомо недостоверных сведений в Росздравнадзор по ст. 19.7.8 КоАП РФ.

Предусмотрена административная ответственность и за непредставление медицинским работником информации о возникновении конфликта интересов руководителю медицинской организации, в которой он работает (п. 1 статьи 6.29 КоАП РФ).

Гарантии медицинской деятельности врача представлены в статье 6.36. КоАП РФ, где говорится, что воспрепятствование в любой форме законной деятельности медицинского работника по оказанию медицинской помощи влечет наложение административного штрафа в размере от четырех тысяч до пяти тысяч рублей. Если же воспрепятствование медицинскому работнику по оказанию медицинской помощи повлекло по неосторожности причинение тяжкого вреда здоровью пациента или же смерть пациента, то Уголовный кодекс РФ [2] предполагает уголовное наказание.

Также еще в 2008 году в разделе «Развитие здравоохранения» Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года [15] было предусмотрено формирование правовой базы, обеспечивающей страхование профессиональной ответственности врача от различных видов рисков (от ошибок при оформлении рецептов до нанесения вреда здоровью пациента). Однако такой закон не был принят.

Таким образом, проведенные исследования показали, что административно-правовой статус врача в Российской Федерации только формируется и нуждается в существенных доработках.

Список литературы:

1. Трудовой кодекс РФ от 30.12.2001 №197-ФЗ (с изм. и доп. от 13.07.2020 №210-ФЗ) // Собрание законодательства РФ. 2002. №1 (ч. 1). ст. 3.
2. Уголовный кодекс РФ от 13.06.1996 №63-ФЗ (с изм. и доп. от 27.10.2020 №352-ФЗ) // Собрание законодательства РФ. 1996. №25. ст. 2954.
3. Федеральный закон от 30.03.1995 №38-ФЗ (с изм. и доп. от 04.06.2014 №145-ФЗ) «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» // Собрание законодательства РФ. 1995. №14. ст. 1212.
4. Федеральный закон от 30.03.1999 №52-ФЗ (с изм. и доп. от 13.07.2020 №194-ФЗ) «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» // Собрание законодательства РФ. 1999. №14. ст. 1650.
5. Федеральный закон от 18.06.2001 №77-ФЗ (с изм. и доп. от 03.08.2018 №314-ФЗ) «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации» // Собрание законодательства РФ. 2001. №26. ст. 2581.
6. Федеральный закон от 31.05.2001 №73-ФЗ (с изм. и доп. от 26.07.2019 №224-ФЗ) «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» // Собрание законодательства РФ. 2001. №23. ст. 2291.
7. Федеральный закон от 21.11.2011 г. №323-ФЗ (с изм. и доп. от 31.07.2020 №206-ФЗ) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Собрание законодательства РФ. 28.11.2011. №48. ст. 6724.
8. Федеральный закон от 23.02.2013 №15-ФЗ (с изм. и доп. от 31.07.2020 №303-ФЗ) «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма, последствий потребления табака или потребления никотинсодержащей продукции» // Собрание законодательства РФ. 2013. №8. ст. 721.
9. Закон РФ от 02.07.1992 №3185-1 (с изм. и доп. от 19.07.2018 №213-ФЗ) «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» // Ведомости СНД и ВС РФ. 1992. №33. ст. 1913.
10. Закон РФ от 22.12.1992 г. №4180-1 (с изм. и доп. от 23.05.2016 №149-ФЗ) «О трансплантации органов и (или) тканей человека» // Ведомости СНД и ВС РФ. 1993. №2. ст. 62.
11. Постановление Правительства РФ от 13.01.2011 №2 (с изм. и доп. от 11.06.2015 №586) «О единовременном денежном поощрении лучших врачей» // Собрание законодательства РФ. 2011. №4. ст. 607.
12. Постановление Правительства РФ от 04.10.2012 №1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» // Собрание законодательства РФ. 2012. №41. ст. 5628.
13. Постановление Правительства РФ от 30.12.2014 №1607 «О ежемесячных денежных выплатах по оплате жилого помещения и коммунальных услуг медицинским и фармацевтическим работникам, проживающим и работающим в сельских населенных пунктах, рабочих поселках (поселках городского типа), занятым на должностях в федеральных государственных учреждениях» // Собрание законодательства РФ. 2015. №2. ст. 510.
14. Постановление Правительства РФ от 12.04.2020 №484 «Об утверждении Правил предоставления в 2020 году иных межбюджетных трансфертов из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации, источником финансового обеспечения которых являются бюджетные ассигнования резервного фонда Правительства Российской Федерации, в целях софинансирования в полном объеме расходных обязательств субъектов Российской Федерации, возникающих при осуществлении вы-

- плат стимулирующего характера за выполнение особо важных работ медицинским и иным работникам, непосредственно участвующим в оказании медицинской помощи гражданам, у которых выявлена новая коронавирусная инфекция COVID-19» // Собрание законодательства РФ. 2020. №16. ст. 2596.
15. Распоряжение Правительства РФ от 17.11.2008 №1662-р (с изм. и доп. от 28.09.2018 №1151) // Собрание законодательства РФ. 2008. №47. ст. 5489.
 16. Приказ Минздрава России от 19.12.2016 №973н «Об утверждении типовых отраслевых норм времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-кардиолога, врача-эндокринолога, врача-стоматолога-терапевта» // Российская газета. 20 января 2017 г.
 17. Приказ Минздрава России от 13.10.2017 №804н (с изм. и доп. от 05.03.2020 №148н) «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» [Электронный ресурс] // URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71705302/> (дата обращения: 10.11.2020)
 18. Кодексе профессиональной этики врача Российской Федерации. Принят Первым национальным съездом врачей Российской Федерации 05.10.2012 г. [Электронный ресурс] Документ опубликован не была // URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_174773/ (дата обращения: 10.11.2020)
 19. Горбачев В.И., Молчанов И.В. Анестезиолог-реаниматолог: лечащий врач или нет? // Медицинское право. 2017. №3. С. 11-16.
 20. Старчиков М.Ю. О юридических понятиях «врач» и «медицинский работник»: проблемные вопросы и пути их разрешения [Электронный ресурс] Статья опубликована не была. URL: <http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=CJI&n=94648#07226971311424872> (дата обращения: 10.11.2020)
 21. Сучкова Т.Е. К вопросу о необходимости законодательного закрепления понятия «врач» // Медицинское право. 2014. №3. С. 12-17.

Об авторах:

Зайкова Анастасия Сергеевна — студент 1 курса Института магистратуры Саратовской государственной юридической академии, Саратов; ординатор Астраханского государственного медицинского университета Министерства здравоохранения Российской Федерации, Астрахань, a.s.zaikova@rambler.ru

Соболева Юлия Викторовна — и.о. заведующего кафедрой административного и муниципального права Саратовской государственной юридической академии, доктор юридических наук, доцент, Саратов, j.soboleva@mail.ru

Anastasia Sergeevna Zaikova — a first-year student of the Institute of Magistracy and Postgraduate Study at the Saratov State Law Academy (SSLA), Saratov; intern at the Astrakhan State Medical University, Astrakhan

Julia Viktorovna Soboleva — Acting Head of the Department of Administrative and Municipal Law at the Saratov State Law Academy (SSLA), Doctor of Law, associate professor, Saratov

© Зайкова А.С., Соболева Ю.В., 2020

Для цитирования:

Зайкова А.С., Соболева Ю.В. Административно-правовой статус врача в Российской Федерации // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2020. №2 (12). С. 109-115.

For citation:

Zaikova A.S., Soboleva J.V. Administrative and legal status of the doctor in the Russian Federation // M.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2020. №2 (12). P. 109-115.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare that there is no conflict of interest.

Статья поступила в редакцию 10.11.2020 г.

Кошечко И.И., Калецкий Е.Г.

ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ РЕГУЛИРОВАНИЯ ЭКОЛОГИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ ЗОН РЕКРЕАЦИОННОГО ВОДОПОЛЬЗОВАНИЯ НА ТЕРРИТОРИИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

В данной статье рассматриваются актуальные правовые проблемы регулирования экологической безопасности водных объектов на территории Российской Федерации. Особое внимание уделяется зонам для рекреационного водопользования, являющихся одним из основных возможных источников угрозы здоровью населения.

Проведенный тщательный анализ особенностей законодательного регулирования безопасности поверхностных водоисточников в РФ позволил авторам обнаружить и структурировать выявленную правовую проблематику данного направления.

Рассматривая экологическую безопасность водных объектов в глобальном масштабе, был произведен сравнительный анализ ее правового регулирования на мировом уровне. Оценка выполняемых зарубежными странами упреждающих мероприятий и анализ их эффективности позволил установить необходимость их реализации и на территории РФ.

Ключевые слова: экологическая безопасность, окружающая среда, общественное здоровье, безопасность водных объектов, правовые проблемы, гигиеническое нормирование, отвод земельных участков, показатели качества, поверхностные воды, рекреация, методы измерения, ответственность

Ilia Koshechko, Evgeny Kaletsky

LEGAL ISSUES OF REGULATION OF THE ENVIRONMENTAL SAFETY OF RECREATIONAL WATER IN THE TERRITORY OF THE RUSSIAN FEDERATION

The article considers actual legal issues of regulation of the ecological safety of water bodies in the territory of the Russian Federation. Special attention was paid to the issue of the recreational facilities safety since it is considered as the main potential cause of detrimental influence on public health.

The analysis of the legal system that regulates safety of the surface waters in the Russian Federation allowed authors to identify and structure legal problems that have been detected in this research.

While considering the environmental safety in a global scale, the global comparative analysis on the legal regulation of it has been carried. Subsequent evaluation of the implementing activities by foreign countries allowed establishing the urgent need of realization alike actions on the territory of the Russian Federation.

Keywords: environmental safety, water protection, water safety, public health, legal issues, legal problems, sanitation regulation, hygiene, quality indicators, quality measure, surface waters, land allotment, recreation, measurement techniques, responsibility

Экологическая безопасность — состояние защищенности природной среды и жизненно важных интересов человека от

возможного негативного воздействия хозяйственной и иной деятельности, чрезвычайных ситуаций природного и техно-

генного характера, их последствий (ст. 1 Федерального закона от 10.01.2002 №7-ФЗ (ред. от 31.07.2020) «Об охране окружающей среды»).

В настоящее время нельзя недооценивать влияние техногенных факторов на окружающую среду. Глобальное потепление, опустынивание и гибель лесов, вымирание животных и уменьшение биоразнообразия, загрязнение мирового океана и недостаток пресной воды, разрушение озонового слоя и загрязнение воздуха — вот основные экологические проблемы современного мира, требующие от нас решительных действий и с каждым годом становящиеся все более и более актуальными.

Единственным выходом из складывающейся ситуации видится лишь кардинальное изменение нашего подхода не только к экологии планеты в целом, но и ко многим направлениям деятельности человека, выискивая взаимовлияние разнообразных факторов и результатов этой деятельности и всегда ставя природную безопасность на первое место.

На сегодняшний день одним из важнейших направлений экологической безопасности в России является безопасность водных объектов. Недавно случившаяся (в октябре 2020 г.) экологическая катастрофа на юго-восточном побережье Камчатского полуострова, привлекая к себе широкое внимание общественности, служит тому ярким примером. И хотя на момент написания данной статьи окончательные причины массового вымирания донных морских животных в Авачинской бухте (по некоторым данным: около 90%) и возникновения случаев отравлений среди посетителей Халактырского пляжа (около 400 случаев) не были официально установлены, анализ фактических данных позволяет заподозрить пагубное влияние токсинов микроводорослей и цианобактерий в результате т.н. «красных приливов» («Red tide»), когда из-за массового цветения прибрежных поверхностных вод происходит взрывной рост численности динофлагеллят (лат. *Dinoflagellata* — крупная группа протистов из надтипа альвеолят (*Alveolata*); фотосинтезирующие микроводоросли). Настоя-

щий случай не является исключительным: рост данного вида фитопланктона, образуя видимые полосы на поверхности воды коричнево-красного цвета (чем и обусловлено название), был зарегистрирован и в других странах (побережье Ла-Хойя, Сан-Диего, Калифорния; северное побережье Мексиканского залива, Флорида) [1, 2]. Причинами повышенного цветения микроводорослей считают как антропогенные воздействия (слив хозяйственных и производственных стоков), так и глобальное потепление мирового океана [3, 4].

Уделяя отдельное внимание рекреационным объектам, отличающихся особо значимым воздействием на здоровье человека, в данной статье рассматриваются актуальные правовые проблемы обеспечения экологической безопасности поверхностных водоемов в Российской Федерации (в частности, на территории Краснодарского края, как основного курортного региона РФ).

В Российской Федерации правовое регулирование санитарно-эпидемиологического благополучия водных объектов обеспечивают следующие федеральные законы:

- ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» от 30.03.1999 №52-ФЗ;
- ФЗ от 10.01.2002 №7-ФЗ «Об охране окружающей среды»;
- «Водный кодекс Российской Федерации» от 03.06.2006 №74-ФЗ и др.

Собственно нормирование санитарно-микробиологических показателей осуществляет СанПиН 2.1.5.980-00 «Гигиенические требования к охране поверхностных вод».

Об актуальности нарушений вышеприведенных законодательных документов можно судить как по большому количеству обращений и жалоб граждан, так и по количеству последующих судебных разбирательств. Виновником, нарушающим законодательство РФ в области санитарно-эпидемиологического благополучия, в большинстве случаев, является администрация соответствующего региона, проявляющая низкую заинтересованность в безопасности собственных территориальных водных объектов. Используя массовый

сброс неочищенных городских, промышленных сточных вод вместо более экономически затратного, но в то же время экологически-безопасного создания малоотходных производств и др. современных (оборотных) технологий, создается массовая угроза жизни населению.

Так, постановлением заместителя главного государственного инспектора Черноморско-Азовского морского управления Роспотребнадзора А.В. Болговой от 24.07.2018 (решение №12-194/2018 от 15.10.2018 по делу №12-194/2018), администрация города Сочи признана виновной в совершении административного правонарушения в области охраны окружающей среды и природопользования, ответственность за которое предусмотрена частью 1 статьи 8.45 Кодекса Российской Федерации Об административных правонарушениях, и назначено административное наказание в виде административного штрафа в сумме 500000 рублей. По результатам лабораторных исследований природной поверхностной воды (протоколы испытаний от 15.06.2018 №253, вх. № от 22.06.2018) в пробе обнаружены превышения нормативов ПДК загрязняющих веществ для рыбохозяйственных водоемов по следующим показателям: БПК₅ — в 1,2 раза; по нитрит-ионам — в 14 раз.

Как следует из другого судебного решения (№ 2-4019/2017 2-4019/2017 ~ М-3906/2017 М-3906/2017 от 25.12.2017 по делу №2-4019/2017) в ситуации, связанной с нарушением соответствующих правил водоотведения, межрайонный прокурор подал иск, в котором просит обязать администрацию муниципального образования город-курорт Анапа организовать в п. Сукко водоснабжение и водоотведение, произвести реконструкцию по увеличению мощности существующей системы водоотведения (ОСК, КНС, канализационных сетей). Анализ результатов лабораторных исследований показал, что в месте сброса сточных вод с ОСК установлено превышение допустимой величины от 1,5 до 6 раз. В точке отбора ниже сброса очищенных сточных вод превышение допустимых величин от 2 до 7 раз. Показатели санитарно-микробиологического несоответствия:

общие колиформные бактерии (ОКБ — индикаторный показатель загрязнения воды), термотолерантные колиморфные бактерии (ТКБ — показатель фекального загрязнения воды) и колифаги (показатель степени очистки воды, наличие колифагов в воде может говорить и о вирусном заражении). Данные показатели характеризуют степень наличия сточных вод и фекального загрязнения воды, водных объектов и определяют эпидемическую опасность в отношении возбудителей кишечных инфекций.

Опасность ситуации хорошо обозначена в судебном постановлении:

«Сброс канализационных сточных вод в реку Сукко впадающей в Черное море может привести к угрозе причинения вреда жизни и здоровью населения, нанесению ущерба окружающей среде, загрязнения рекреационных зон Черного моря.»;

«Из анализа поступающих обращений жителей и гостей п. Сукко г-к Анапа данная ситуация происходит систематически на протяжении длительного времени из года в год, особенно усугубляется в период рекреационной нагрузки»;

«... в рассматриваемом районе пляжной территории п. Сукко расположены детские оздоровительные лагеря, в том числе, федерального значения. Непринятие мер может привести к возникновению вспышки инфекционных заболеваний, гибели флоры и фауны».

Проведя тщательный анализ, были обнаружены недостатки правового регулирования безопасности водных объектов на территории РФ. Данная статья раскрывает, в первую очередь, детальную правовую проблематику данной области и предлагает возможные способы их решения.

Найденные законодательные пробелы можно разделить на четыре группы:

- устарелость нормативной базы СанПиНа;
- проблемы правовой констатации уже выявленных нарушений;
- проблема санитарно-эпидемиологического надзора за строящимися объектами и отводом земельных участков;
- информационные проблемы потребителя рекреационных объектов на территории РФ и др.

Основной нормативный документ, обеспечивающий допустимые уровни загрязняющих веществ водных объектов на территории РФ (СанПиН 2.1.5.980-00) был утверждён главным государственным санитарным врачом Российской Федерации 22.06.2000 и с тех пор был видоизменен 2 раза [5].

Высокий темп роста технологического прогресса и достижений науки за последние 20 лет приводит к необходимости постоянного обновления документов, особенно тогда, когда задача последних — регулирование влияний факторов окружающей среды на здоровье человека.

Нижеприведенные упущения главного действующего санитарного документа по безопасности водных объектов в РФ подчеркивают необходимость более тщательного обновления последнего.

1. *Существование ненормируемых веществ, объявленных большинством стран экологически-опасными*

Так, большинство стран Западной Европы и Америки регламентирует предельно-допустимые концентрации Микроцистина LR (Microcystin) и Цилиндроспермопсина (Cylindrospermopsin) [6]. Данные вещества при высоких концентрациях приводят к поражениям печени и почек [7]. Являясь сильными цианотоксинами, продуцируемые разными видами цианобактерий, их высокая концентрация обуславливает появление многочисленных симптомов: головные боли, першение в горле, тошнота и рвота, сухой кашель, боли в желудке и т.д. [8].

Цилиндроспермин является основным фактором возникновения так называемой «Palm Island Mystery Disease» (или гепатоэнтерита), проявляющейся как гепатит-подобное заболевание, вспышка которого случилась на одноименном острове «Great Palm Island» в Австралии в 1979 г. Заболевание поразило 148 человек, вызвав дегидратацию и диарею с примесями крови (из которых 138 — дети и 10 — взрослые) [9, 10].

Еще одна вспышка данного заболевания случилась в 1996 г. в муниципалитете Каруару (Caruaru) в Бразилии, когда в результате употребления контаминированной циано-

токсинами воды погибло 63 человека. В это же время были обнаружены и тератогенные эффекты токсинов, приводя к высокой частоте невынашивания беременности, рождению детей с аномально низким весом и врожденными заболеваниями [11, 12].

Еще в 1999 году Всемирная Организация Здравоохранения опубликовала руководство по контролю и мониторингу токсинов, выделяемых цианобактериями [13]. По воздействию на организм человека выделяется 3 вида токсинов: гепатотоксины (производимые штаммами *Microcystis*, *Anabaena*, *Oscillatoria*, *Nodularia*, *Nostoc*, *Cylindrospermopsis* и *Umezaki*), нейротоксины (штаммы *Aphanizomenon* и *Oscillatoria*) и токсичные алкалоиды (*Cylindrospermopsis raciborskii*). ВОЗ предупреждает о последствиях использования воды с повышенным содержанием цианотоксинов и определяет основные профилактические мероприятия для снижения содержания последних (сокращение роста питательных веществ или эвтрофикации; информирование сотрудников здравоохранения и населения о рисках использования водоемов; обработка воды, предназначенной для питьевого водоснабжения) [14].

Сильное отрицательное воздействие на организм человека и животных токсинов водорослей, микроводорослей и цианобактерий определяет высокую необходимость их качественного нормирования с установлением необходимых профилактических мероприятий.

Другие микробиологические показатели качества воды, не регулируемые СанПиН:

- Возбудители кишечных инфекций. Особенно значимы бактерии рода *Salmonella*, *Shigella*, *Escherichia*, *Vibrio*. Так, руководство ВОЗ рекомендует использовать в качестве индикатора фекального загрязнения наличие кишечной палочки (*Escherichia coli*), а не ОКБ (общие колиформные бактерии) и ТКБ (термотолерантные колиформные бактерии). В странах ЕС помимо кишечной палочки определяют наличие энтерококков (*Enterococcus* spp.) — специфичной группы микроорганизмов обитателей кишечника человека. Наряду с золотистым стафило-

кокком энтерококки являются причиной внутрибольничных инфекций, вызывают у человека менингит, эндокардит. Ввиду более высокой устойчивости этих микроорганизмов к засолению и температуре, по сравнению с ТКБ, энтерококки — более надежный индикатор фекального загрязнения морей и солёных озёр [15]. Согласно нормативу ЕС, эта группа не должна обнаруживаться в 250 мл. Согласно законодательству США, при превышении содержания *Enterococcus* spp. 35 КОЕ / 100 мл вводится запрет на купание людей.

· Условно-патогенные дрожжи и микровирусы. К данной группе организмов относят *Candida albicans* и *Cryptococcus neoformans* (вызывающие оппортунистические инфекции, грибковые заболевания кожи и молочницу), *Cladosporium cladosporioides*, *Aspergillus niger* (способствующие аллергическим реакциям), плесневые грибы: *Penicillium* spp., *Aspergillus* spp., *Fusarium* spp., *Alternaria* spp. and *Claviceps* spp. (образующие канцерогенные микотоксины: патулин, афлотоксин). На основании проведенных исследований Европейский союз пришел к выводу, что водопроводная вода не является распространителем микотоксинов, однако в стоячих источниках могут создаться условия для благоприятного развития грибов [16, 17]. В некоторых странах ЕС содержание грибов строго регламентируется, например, в Швеции в питьевой воде их не может быть более 100 КОЕ/100 мл [14].

Следует учитывать высокую настороженность зарубежного медицинского сообщества в регламентации подобных веществ. Так, 16 декабря 2016 года Агентство по охране окружающей среды в США («United States Environmental Protection Agency» or «EPA») анонсировала выход в 90-дневный публичный доступ специального документа по контролю за содержанием Микроцистина и Цилиндроспермопсина (для проведения последующей оценки гражданского мнения и их учет в конечном документе), а уже в 6 июня 2016 года был полностью утверждён и приведён в действие его конечный вариант [7]. Данный подход говорит о высокой заинтересованности пра-

вительственных государственных органов в актуальном обеспечении надлежащей экологической безопасности собственных граждан.

Становится очевидным, что на данный момент международные акты устанавливающие более высокий уровень правовой охраны окружающей среды, чем действующее правовое регулирование РФ. Требуется новый подход к оптимизации процесса обновления нормативных документов, обеспечивающий актуальную и качественную модернизацию и поправку уже действующих законодательных актов, в идеале, учитывая и мнение населения данным процессе.

Авторы данной статьи настоятельно рекомендуют придерживаться западно-американского пути, как ведущего и лидирующего в обеспечении экологической безопасности и соблюдении прав и свобод граждан.

2. *Существование ненормируемых химических веществ, не контролирующихся в ходе соответствующих проверок и в то же время оказывающие негативный эффект на здоровье населения*

Хотя по СанПиНу запрещается слив вод с веществами, ПДК которых не были установлены соответствующими гигиеническими нормативами (ГН 2.1.5.1315-03) или сами вещества малоизученны [18], наблюдается некая «правовая лазейка» для умышленного умалчивания о содержащихся в сливных водах (гл. образом, с предприятий) нерегламентируемых веществах.

Способ решения данной проблемы кроется в постоянном проведении исследовательской деятельности о неизученных веществах и создании новых высокотехнологичных и экономически осуществимых методов их обнаружения; непрерывном ежегодном внесении соответствующих изменений в порядке проведения исследований и своевременное внесения новых методов в соответствующий нормативный перечень.

Из-за повышения информационной доступности и наращивания научной базы со стороны как больших, так и мелких предприятий, с каждым годом возрастает необходимость проведения упреждающих

мероприятий (в том числе и над регламентирующими документами) для надлежającego контроля за производственными выбросами.

Следующим этапом в текущем анализе представляется изучение проблематики правовой констатации уже выявленных нарушений.

Выявление правонарушений является важной частью правоприменительного процесса, помогает обеспечивать правовое регулирование профилактики правонарушений в соответствии с федеральными законами и другими нормативными правовыми актами в РФ. Избегание ответственности за выполненное правонарушение является основным «камнем преткновения» при различного рода судебных разбирательствах, в том числе в области экологической безопасности водных объектов.

Основным методом избегания ответственности в сфере безопасности водных объектов на территории РФ является «бездельческая» регистрация очистных и иных сооружений, нарушающих санитарно-эпидемиологического благополучие региона с последующей передачей этой ответственности органам местного самоуправления.

Уже приведенное в пример постановление (в первой части данной статьи), содержит в себе кроме собственно показательного правонарушения и другую проблему: источник загрязнения оказался бесхозным. Администрация города Сочи на принятое постановление подала жалобу, указывая на его незаконность и необоснованность, и уже в новом судебном заседании просит оспариваемое постановление признать незаконным и отменить.

Цитируя судебное решение (№ 2-4019/2017 2-4019/2017 ~ М-3906/2017 М-3906/2017 от 25 декабря 2017 г. по делу №2-4019/2017):

«Из постановления видно, что объект, через который непосредственно осуществляется выброс загрязняющих веществ является бесхозным. Действующее законодательство не содержит правовых норм, устанавливающих ответственность органа местного самоуправления за правонаруше-

ния, источником которых являются бесхозные объекты. При этом, в нарушение действующего законодательства, не установлено лицо или круг лиц, осуществляющих указанные выбросы. Таким образом, Администрация города Сочи не является субъектом указанного административного правонарушения. Основания для привлечения к административной ответственности отсутствуют. Административным органом не доказано наличие в действиях Администрации города Сочи состава административного правонарушения, ответственность за совершение которого установлена ч. 1 ст. 8.45 Кодекса Российской Федерации Об административных правонарушениях».

Судья же, рассмотрев жалобу, решил, что жалоба не подлежит удовлетворению, а постановление не подлежит отмене или изменению, признав администрацию г. Сочи ответственной за выявленное нарушение:

«Таким образом, до передачи права третьему лицу по эксплуатации, техническому обслуживанию и получению необходимой природоохранной документации, только администрация города, в силу требований федерального законодательства, является лицом, ответственным за качество сбрасываемых сточных вод, полномочна включить систему водоотведения в состав муниципальной собственности в полном объеме и получить решение о предоставлении в пользование водным объектом — Черное море для сброса сточных ливневых вод, т.е. обязана самостоятельно обеспечить эксплуатацию ливневой канализационной сети в соответствии с требованиями природоохранного законодательства РФ, фактически являясь водопользователем.»

Причины же такого решения следуют согласно статье 6 Федерального закона от 07.12.2011 №416-ФЗ «О водоснабжении и водоотведении», в которой предписано, что к полномочиям органов местного самоуправления поселений, городских округов по организации водоснабжения и водоотведения на соответствующих территориях относятся: организация водоснабжения населения, в том числе, принятие мер по организации водоснабжения населения и водоотведения в случае невозможности

исполнения организациями, осуществляющими водоснабжение и водоотведение, своих обязательств либо в случае отказа указанных организаций от исполнения своих обязательств; определение для централизованной системы водоснабжения и водоотведения поселения гарантирующей организации; утверждение схем водоснабжения и водоотведения поселений; согласование инвестиционных программ и т.д.

Таким образом, по данной статье становится очевидным незаслуженное привлечение к ответственности администрации населенных пунктов. При том, что истинно ответственные за ненадлежащее водоотведение организации, отказавшиеся от исполнения своих обязательств, могут уйти от этой ответственности и лишь по собственному желанию закрепить ее за местными органам государственной власти.

И хотя в итоге суд установил виновных лиц, остается неясным изначальный источник данных сооружений. То есть данным «правовым трюком» могли воспользоваться как частные, заинтересованные в этом лица, так и сама администрация города, жалоба которой в данном постановлении не была удовлетворена.

Следует отметить то, что отсутствие соответствующего законодательного документа делает приведенное решение суда казуистическим и не дает основания полагать о возможности его использования в тотальной судебной практике, что позволяет рассматривать эту проблему как более чем актуальную и требующую к себе тщательного подхода.

Предлагаемые методы решения перечисленных проблем:

- создание отдельного нормативно-правового акта, устанавливающего обязательный порядок регистрации объектов системы водоотведения (ОСК, КНС, канализационных сетей и др.), просто не позволяющий существование бесхозных очистных сооружений;
- возвращение полной ответственности за качественное обеспечение водоотведения коммерческим организациям без права отказа от своих обязательств (что приведет к должному планирова-

нию всех факторов обеспечения экологической безопасности еще при строительстве).

Еще одна проблема касается упраздненного порядка согласования проектной документации и выбора (отвода) земельных участков под строительство (реконструкцию) объектов.

В связи с принятием Федерального Закона от 18 декабря 2006 года №232-ФЗ «О внесении изменений в Градостроительный Кодекс Российской Федерации и отдельные законодательные акты Российской Федерации», в Федеральный закон от 30 марта 1999 года №52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» были внесены следующие изменения:

- государственный санитарно-эпидемиологический надзор стал осуществляться в рамках государственного строительного надзора должностными лицами органов строительного надзора;
- функции по экспертизе проектов строительства объектов (проектов документов территориального планирования, государственной экспертизы проектной документации, государственной экспертизы результатов инженерных изысканий) возложены на орган исполнительной власти, уполномоченный на проведение государственной экспертизы [19, 20].

При этом, в соответствии с Градостроительным кодексом РФ Федеральными органами исполнительной власти, уполномоченными на проведение государственного строительного надзора являются [21]:

- Федеральная служба по экологическому, технологическому и атомному надзору;
- Министерство обороны Российской Федерации, Федеральная служба безопасности Российской Федерации, Федеральная служба охраны Российской Федерации.

Таким образом, с декабря 2006 г. Градостроительный кодекс Российской Федерации ограничивает полномочия Роспотребнадзора в области санитарно-эпидемиологического контроля за строящимися объектами и проектной документации данных объектов.

В свою очередь, после утверждения описанных изменений, в своем письме от 14 февраля 2007 г. главный государственный санитарный врач Российской Федерации Г.Г. Онищенко четко обозначил важность осуществления санитарно-эпидемиологического надзора еще на стадии отвода земельных участков [22]: «Поскольку к полномочиям Роспотребнадзора и его территориальных органов Градостроительным кодексом Российской Федерации не отнесено осуществление деятельности по надзору за проектами строительства объектов, строящимися объектами и приемкой их в эксплуатацию, считаем целесообразным обратить особое внимание на осуществление санитарно-эпидемиологического надзора на стадии отвода земельного участка с целью исключения или минимизации неблагоприятных последствий в будущем».

Согласно Федеральному закону от 30.03.1999 №52-ФЗ (вплоть до ред. от 18.07.2011 включительно) «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» предоставление (отвод) земельных участков для строительства допускается только при наличии санитарно-эпидемиологических заключений о соответствии предполагаемого использования земельных участков санитарным правилам.

Однако, в связи с принятием Федерального закона от 19.07.2011 г. №248-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с реализацией положений Федерального закона «О техническом регулировании», пункт 3 статьи 12 утратил силу, снимая полномочия с Роспотребнадзора о выдаче санитарно-эпидемиологических заключений о соответствии предполагаемого использования земельного участка санитарным правилам.

Таким образом, на данный момент действующие нормативно-правовые акты не обеспечивают должный санитарно-эпидемиологический контроль за использованием земельных участков под объекты различного функционального назначения, что также создает дополнительные риски для экологической безопасности водных объектов.

Последнее утверждение демонстрируется настоящим примером: на территории побережья озера Байкал находится большое количество промышленных узлов, являющихся основным источником водного и воздушного загрязнения региона.

Так, Южнобайкальский промышленный узел Иркутской области имеет в своем составе крупный центр целлюлозно-бумажной промышленности (г. Байкальск) и крупный транспортно-промышленный узел (г. Слюдянка). Байкальский целлюлозно-бумажный комбинат (БЦБК) является основным источником промышленного загрязнения озера, обеспечивая слив промышленных стоков в толщу вод Южного Байкала. По данным Института экологической токсикологии Минприроды России, влияние дренажа с территории данного предприятия на химический состав байкальских вод наиболее ярко проявляется по содержанию ионов натрия, сульфатов хлоридов. Эффект воздействия настолько значителен, что приводит к изменению байкальской воды в этом районе карбонатно-кальциевой группы на гидрокарбонатно-натриевую. Изменению под действием поступления дренажных вод подвержены также рН, химическое потребление кислорода (ХПК), концентрация растворенного кислорода и минеральных форм азота, особенно в подледный период. Проведенные исследования показали, что очищенные и сильно разбавленные промышленные стоки с БЦБК не только сохраняют свои мутагенные свойства, но и вызывают изменения поведенческих реакций водных организмов, отрицательно воздействуя на их жизнедеятельность. К тому же происходит выброс ряда загрязняющих веществ в атмосферный воздух (сероводород, диметилсульфид, диметилдисульфид, двуокись хлора, метилмеркаптан, скипидар), зона распространения которых оценивается в 300-400 км² [23].

Слюдянский карьер «Перевал» является главной причиной загрязнения воздушного бассейна на юго-западном берегу озера Байкал (максимальные разовые концентрации взвешенных веществ в городе превышают соответствующую ПДК в

1,8-2 раза, оксидов азота — в 2,5-4,0 раза, сажи — в 3,5-5,0 раз; зона распространения составляет 20 км²). Станция сбрасывает ненормативно очищаемые сточные воды в р. Похабику (далее в озеро Байкал) в количестве 1828 тыс. м³ в год. При этом был зарегистрирован сброс неочищенных вод на рельеф местности [23].

Животный и растительный мир озера Байкал сформировался в условиях слабой минерализации гидросферы [24], поэтому применяемые в настоящее время традиционные технологии добычи и переработки минерального сырья (обеспечивающие высокий уровень очистки прежде всего от высокотоксичных ингредиентов: ртуть, кадмий, диоксины) не обеспечивают должный уровень очистки малотоксичных отходов (ионов натрия, калия, кальция, хлоридов, сульфатов, карбонатов и др.).

Данная ситуация объясняется частым расположением промышленных производств на берегу мировых океанов или других водных каналов с высокой минерализацией (35 г/л и более) [25]. В этом случае сливаемые сточные воды (1-100 г/л) не приносят такого отрицательного воздействия, как в случае с пресным водоемом. В связи с этим гигиенические нормативы в Прибайкалье значительно строже регламентируют допустимые концентрации загрязняющих веществ в промышленных стоках [26, 27]. Соответственно увеличиваются требования не только к технологиям очистки сточных вод, но и к государственным органам, выполняющим надзорные функции за всеми этапами производственного процесса.

В данном примере, установление четкого порядка согласования проектной документации и отвода земельных участков под строительство производственных объектов с санитарно-эпидемиологической службой региона позволило бы избежать описанной ситуации. Надлежащее составление плана рейдовых осмотров методом риск-ориентированного подхода (учитывающим природно-территориальные особенности местности) позволит более эффективно проводить санитарно-гигиенический надзор ранее зарегистрированных предприятий.

Переходя к следующей группе проблем, представляется важным обратить должное внимание на проблему информационной необеспеченности потребителя рекреационных объектов.

Рекреация пользуется большим спросом не только в нашей стране, но и во всем мире, зарекомендовав себя как место отдыха и хорошего времяпровождения с близкими людьми; особенно распространен данный вид отдыха на территории Краснодарского края.

Учитывая важность экологической безопасности зон рекреации и распространенный характер санитарных нарушений в РФ, предполагаемые водопользователи могут посчитать необходимым иметь доступ к достоверной и актуальной информации о состоянии конкретной рекреационной зоны и результатах проведенных проверок. К сожалению, в сети интернет существует дефицит такой информации, что в еще большей степени ставит под угрозу здоровье населения.

В соответствии со ст. 42 Конституции Российской Федерации каждый гражданин России имеет право на благоприятную среду обитания и достоверную информацию о ее состоянии. Таким образом, развитие экологической безопасности в России требует создания информационной системы, открытой в публичном доступе и предоставляющей потребителям необходимые официальные данные о проведенных органами государственного санитарно-эпидемиологического надзора проверках водных объектов и их заключениях.

Еще одна проблема затрагивает правовой статус рекреационных объектов. Несмотря на очевидный характер правового статуса пляжа, как места массового отдыха людей, даже здесь существуют свои тонкости. Так, администрации регионов часто закрепляют за пляжной территорией неоднозначный статус: например, размещая на протяжении всей её территории предупредительный знак «Техническая зона», в то же время оставляет за посетителями право на купание и отдых на водном объекте, что неминуемо приводит к увеличе-

нию частоты несчастных случаев и необоснованному повышению уровня опасности для населения [28].

Проектирование пляжной инфраструктуры должно происходить заблаговременно и учитывать все риски, а также, и при необходимости изменения, не нести дополнительных угроз населению.

Также необходимо отметить важность повышения частоты плановых (рейдовых) проверок со стороны органов государственного санитарно-эпидемиологического надзора. Проверки должны осуществляться не только перед регистрацией водного объекта, но и во время периода активного водопользования.

Составляя ежегодный план проведения рейдовых осмотров (обследований) водных объектов и мест реализации водных биологических ресурсов, органы местного самоуправления должны руководствоваться как территориальными особенностями региона (отражающих исходно-климатические факторы загрязнения), так и уже сложившуюся антропогенную нагрузку, обеспечивая интенсивность контроля соответственно интенсивности рекреационного водопользования.

Заключение

Экологическая безопасность территориальных ресурсов, в том числе и водных — первостепенная задача государства. В результате проведённого анализа нами были выявлены некоторые правовые проблемы регулирования безопасности рекреационных объектов на территории РФ. Для обеспечения необходимой сохранности и безопасности водных объектов, а также обеспечения их активного использования предложены способы решения перечисленных проблем, состоящие, главным образом, в следующих мероприятиях:

- обновление СанПиН;
- оптимизация порядка регистрации водоотводных сооружений и пляжных зон;
- возобновление полномочий Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по гигиеническому надзору за разными этапами строительного процесса и согласованию отвода земельных участков;
- повышение частоты ежегодных плановых проверок и создание федеральной системы информирования населения о качестве водных объектов в РФ.

Список литературы:

1. Elizabeth Carlisle, The Gulf of Mexico Dead Zone and Red Tide // URL: <http://www.tulane.edu/~bflcury/envirobio/enviroweb/DeadZone.htm> (дата обращения: 14.10.2020)
2. California Program for Regional Enhanced Monitoring for PhycoToxins (Cal- PReEMPT) // URL: <http://calpreempt.ucsc.edu/index.htm> (дата обращения: 14.10.2020)
3. Climate Change and Harmful Algal Blooms // An official website of the United States government // United States Environmental Protection Agency (EPA) // URL: <https://www.epa.gov/nutrientpollution/climate-change-and-harmful-algal-blooms> (дата обращения: 20.10.2020)
4. Елена Сакирко // Forbes Contributor (15.10.2020) // URL: <https://www.forbes.ru/biznes/411353-chto-proizoshlo-na-kamchatke-versiya-greenpeace> (дата обращения: 20.10.2020)
5. СанПиН 2.1.5.980-00. 2.1.5. Водоотведение населенных мест, санитарная охрана водных объектов. Гигиенические требования к охране поверхностных вод. Санитарные правила и нормы» (утв. Главным государственным санитарным врачом РФ 22.06.2000) (с изм. от 04.02.2011, с изм. От 25.09.2014) // URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_98117 (дата обращения: 20.10.2020)
6. Drinking Water Health Advisory for the Cyanobacterial Microcystin Toxins Prepared by: U.S. Environmental Protection Agency Office of Water (4304T) Health and Ecological Criteria Division Washington, DC 20460. June 15, 2015.

7. Recommended Human Health Recreational Ambient Water Quality Criteria or Swimming Advisories for Microcystins and Cylindrospermopsin / A Notice by the Environmental Protection Agency on 06.06.2019. 84 FR p. 264414 // URL: <https://www.federalregister.gov/documents/2019/06/06/2019-11814/recommended-human-health-recreational-ambient-water-quality-criteria-or-swimming-advisories-for> (дата обращения: 14.10.2020)
8. Егорова Н.А., Кузь Н.В., Сеницына О.О., Материалы к обоснованию гигиенического норматива Микроцистина-LR в воде водных объектов // URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/materialy-k-obosnovaniyu-gigienicheskogo-normativa-mikrotsistina-lr-v-vode-vodnyh-obektov> (дата обращения: 04.10.2020)
9. Palm Island mystery disease // URL: https://en.m.wikipedia.org/wiki/Palm_Island_mystery_disease (дата обращения: 04.10.2020)
10. Cylindrospermopsis raciborskii // URL: https://en.m.wikipedia.org/wiki/Cylindrospermopsis_raciborskii (дата обращения: 04.10.2020)
11. Azevedo, S.M. et al., Human intoxication by microcystins during renal dialysis treatment in Caruaru-Brazil. Toxicology, 2002. 181-182: p. 441-6.
12. Microcystin-LR // URL: https://wiki2.org/en/Microcystin-LR#cite_note-Azevedo-7 (дата обращения: 04.10.2020)
13. Toxic Cyanobacteria in Water: A guide to their public health consequences, monitoring and management Edited by Ingrid Chorus and Jamie Bartram E & FN Spon An imprint of Routledge London and New York First published 1999 by E & FN Spon, an imprint of Routledge 11 New Fetter Lane, London EC4P 4EE © 1999 WHO.
14. Микробиологические показатели качества воды // URL: <https://www.msulab.ru/knowledge/water/microbiological-indicators-of-water-quality> (дата обращения: 14.10.2020)
15. A global overview of national regulations and standards for drinking-water quality ISBN 978-92-4-151376-0 © World Health Organization 2018. Page 79-80; Page 82.
16. Mycotoxin formation / Fungal growth // URL: <http://www.mycotoxins.info/mycotoxins/mycotoxin-formation> (дата обращения: 20.10.2020)
17. Ribeiro J.M., Cavaglieri L.R., Fraga M.E., Direito G.M., Dalcero A.M. & Rosa C.A. Influence of water activity, temperature and time on mycotoxins production on barley rootlets // Letters in Applied Microbiology, 01 Feb 2006, 42(2):179-184.
18. СанПиН 2.1.5.980-00. 2.1.5. Водоотведение населенных мест, санитарная охрана водных объектов. Гигиенические требования к охране поверхностных вод. Санитарные правила и нормы». Пункт 4.1.1 // URL: <http://base.garant.ru/4177334/> (дата обращения: 14.11.2020)
19. Федеральный закон от 30.03.1999 г. №52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» в ред. от 18.12.2006 №232-ФЗ, от 29.12.2006 №258-ФЗ. Пункт 2 статьи 44. // URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_22481/ (дата обращения: 14.11.2020)
20. Градостроительный кодекс Российской Федерации от 29.12.2004 №190-ФЗ (ред. от 31.07.2020) (с изм. и доп., вступ. в силу с 28.08.2020). Глава 6, статья 49 // URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_51040/ (дата обращения: 14.11.2020)
21. Постановление Правительства РФ от 1 февраля 2006 г. №54 «О государственном строительном надзоре в Российской Федерации». Пункт 2 // URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_58227/ (дата обращения: 14.11.2020)
22. Письмо Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека от 14 февраля 2007 г. №0100/1541-07-32 «О работе органов Роспотребнадзора в связи с принятием Федерального Закона Российской Федерации «О внесении изменений в Градостроительный Кодекс Российской Федерации и отдельные законо-

- дательные акты Российской Федерации» // URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/12052091> (дата обращения: 14.11.2020)
23. Источники загрязнения озера Байкал. История байкальской проблемы / Информационный портал БАЙКАЛ-LAKE // URL: <http://www.baikal-center.ru/books/element.php?ID=1199> (дата обращения: 14.11.2020)
 24. Галазий Г.И. «Байкал в вопросах и ответах», 1987. 383 с.
 25. Ralph Albert Horne, Marine Chemistry (The structure of Water and the Chemistry of Hydrosphere, 1972. Page 51.
 26. Приказ Министерства Природных Ресурсов и Экологии Российской Федерации от 21.02.2020 №83 «Об утверждении нормативов предельно допустимых воздействий на уникальную экологическую систему озера Байкал и перечня вредных веществ, в том числе веществ, относящихся к категориям особо опасных, высокоопасных, опасных и умеренно опасных для уникальной экологической системы озера Байкал» // URL: <http://pravo-minjust.ru:8080/bigs/showDocument.html?id=603F1359-D12A-4F4F-A575-04E1698D1971> (дата обращения: 15.11.2020)
 27. Ханхунов Ю.М., Истомина Т.В. Проектирование предельно допустимого сброса вредных веществ сточных вод для предприятия, расположенных в водоохраной зоне озера Байкал / Информационный портал БАЙКАЛ-LAKE // URL: <http://www.baikal-center.ru/books/element.php?ID=2004> (дата обращения: 15.11.2020)
 28. Почему на муниципальном пляже «Ласточка» не отведена техническая зона для серфинга? / Новости, обсуждения, события и жизнь Сочи // URL: <https://ngsochi.com/pochtovyj-yashchik/6258-pochemu-na-munitsipalnom-plyazhe-lastochka-ne-otvedena-tekhnicheskaya-zona-dlya-serfinga.html> (дата обращения: 27.09.2020)

Об авторах:

Кошечко Илья Игоревич — студент 5 курса Института Общественного Здоровья им. Ф.Ф. Эрисмана Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет), Москва, cpno_99@mail.ru

Калецкий Евгений Геннадьевич — доцент кафедры медицинского права Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет), кандидат юридических наук, Москва, kalez@mail.ru

Ilia Igorevich Koshechko — 5th year student of the Institute of Public Health named by F.F. Erismann, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow

Evgeny Gennadievich Kaletsky — associate professor health law Department I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, PhD in law, Moscow

© Кошечко И.И., Калецкий Е.Г., 2020

Для цитирования:

Кошечко И.И., Калецкий Е.Г. Правовые проблемы регулирования экологической безопасности зон рекреационного водопользования на территории Российской Федерации // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2020. №2 (12). С. 116-128.

For citation:

Koshechko I.I., Kaletsky E.G. Legal issues of regulation of the environmental safety of recreational water in the territory of the Russian Federation // M.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2020. №2 (12). P. 116-128.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare that there is no conflict of interest.

Статья поступила в редакцию 2.11.2020 г.

Крупенич Е.А.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПОСМЕРТНОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Министерство здравоохранения РФ относит трансплантацию органов и тканей человека к высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП). Последние инновации и появление новых технологий в сфере здравоохранения и биомедицины требуют соответствующего отражения в правовом поле. Тем не менее, действующие законодательные акты, принятые в период с 1992 по 2018 гг., свидетельствуют об устаревшем правовом регулировании, а проекты новых законов (например, Проект ФЗ «О донорстве органов человека и их трансплантации») имеют большое количество пробелов и неразъясненных вопросов. В связи с этим в данной статье поднимаются актуальные проблемы трансплантации органов — главным образом, посмертной, — и предлагаются ответы на такие проблемные вопросы, как: презумпция согласия на изъятие органов и тканей, проблема определения перечня объектов трансплантации, а также целесообразность предложенных в Проекте ФЗ изменений.

Ключевые слова: медицинское право, донорство, трансплантация органов, трансплантация тканей, посмертная трансплантация, презумпция согласия на трансплантацию, права пациентов, права родственников

Elizaveta Krupenich

ACTUAL PROBLEMS OF POSTHUMOUS TRANSPLANTATION IN THE RUSSIAN FEDERATION

The Ministry of Healthcare of the Russian Federation classifies human organ and tissue transplantation as high-tech medical care. Recent innovations and the emergence of new technologies in the field of healthcare and biomedicine require appropriate reflection in the legal framework. Nevertheless, the current legislative acts, adopted between 1992 and 2018, are deprecated and whitespace. In the same time projects of new legal acts (for example, in the field of human organ donation and transplantation) have a large number of gaps and unexplained issues. In this regard, in this article we discuss actual topical problems of organ transplantation — mainly posthumous — and offer some answers to such problematic questions as: the presumption of consent to the posthumous transplantation, the problem of determining the list of transplantation objects, the feasibility of new proposed changes in the sphere of organ transplantation and some other relevant problems.

Keywords: medical law, donation, organ transplantation, tissue transplantation, postmortem transplantation, presumption of consent for transplantation, rights of patients, rights of relatives

1. Трансплантация органов и тканей в РФ: понятие и сущность

Трансплантация — это изъятие и пересадка органов и (или) тканей человека от живого донора (прижизненное донорство) или трупа (посмертное донорство) с целью пересадки их другому лицу (реципиенту) «в случае, когда другие медицинские средства

не могут гарантировать сохранения жизни больного (реципиента) либо восстановления его здоровья» (ст. 1 ФЗ №4180-1).

В проекте нового Федерального закона о донорстве и трансплантации органов дается немного видоизмененное определение: «трансплантация (пересадка) органов — это метод лечения, основанный на

полном или частичном замещении органа при его необратимом, угрожающем жизни человека поражении в связи с утратой характерной для него функции аналогичным донорским органом в целях возмещения утраченной функции» (п. 6 ст. 4 Проекта). Делается упор на то, что трансплантация является методом высокотехнологичной медицинской помощи, а не простым процессом изъятия и пересадке органов и (или) тканей. Также указываются особенности и условия, при которых возможно применение данного метода лечения.

Действующее законодательное регулирование вопросов донорства и трансплантации органов основано на нормативных правовых и подзаконных актах, принятых в период с 1992 по 2018 гг. Существующие попытки внести изменения в действующее правовое регулирование (например, Проект Федерального закона «О донорстве органов человека и их трансплантации» от 23.12.2019 г.) так и не были доведены до конца. В связи с этим юридическая сторона трансплантологии является не только устаревшей и пробельной, но и актуальной для новых научных исследований.

В данной статье будут рассмотрены наиболее важные, на взгляд автора, проблемы правового регулирования посмертной трансплантологии, а именно: проблема определения перечня объектов-трансплантатов, проблема презумпции согласия на посмертное донорство, проблема заявления отказа от посмертного донорства родственниками умершего, проблема определения момента возможной трансплантации органов и другие актуальные вопросы.

2. Проблема определения перечня объектов трансплантации

Краткий перечень объектов трансплантации указан в ст. 2 Закона РФ от 22.12.1992 №4180-1 [4] с отсылкой о возможности дополнения перечня соответствующими приказами Минздрава РФ и РАН (приказ от 4.06.2015 №306н/3 [8] с последними изменениями, внесенными приказом №665н/4 от 1.10.2018 [6], насчитывает всего 24 пункта). Кровь и ее компоненты, а также репродуктивные ткани регулируют-

ся другими актами (ФЗ №125 от 20.07.2012 [2], приказ Министерства здравоохранения РФ от 30.08.2012 №107н [10]). Также в перечень объектов трансплантации были включены костный мозг и гемопоэтические стволовые клетки (с 2018 года), однако их правовой статус так и не был уточнен другими актами (помимо «Порядка оказания медицинской помощи при заболеваниях (состояниях), для лечения которых применяется трансплантация (пересадка) костного мозга и гемопоэтических стволовых клеток» от 12.12.2018 [6]). Также является недостаточным правовое регулирование донорства биомедицинских клеточных продуктов (ФЗ №180-ФЗ от 23.06.2016 [1]), донорства крови и её компонентов (ФЗ №125-ФЗ от 20.07.2012 [2]), эмбриона при вспомогательных репродуктивных технологиях, донорства половых клеток (ст. 55 ФЗ №323-ФЗ от 21.11.2011 [3]), учета донорства органов (Приказ Минздрава №355н от 8.06.2016 [7]), порядка трансплантации (Приказ Минздрава №567н от 31.10.2012 [13]), получения согласия (Приказ Минздравсоцразвития №358 от 25.06.2007 [12]) и включения в лист ожидания (Порядок оказания медицинской помощи по профилю «Хирургия», утв. Приказом Минздрава №922н от 15.11.2012 [14]), трансплантации генов и фрагментов ДНК и т.п.

3. Проблема презумпции согласия на изъятие органов и тканей посмертно

В Российской Федерации, в отличие от существенной части западных развитых стран, придерживающихся политики добровольного прижизненного согласия (Германия¹ [18], Франция, Швейцария и ряд других стран), действует презумпция согласия на посмертную трансплантацию. Отказ возможен в двух приведенных в законодательстве случаях:

1. Изъявление несогласия на посмертную трансплантацию при жизни;

¹ Попытка ввести презумпцию согласия на донорство в Германии провалилась. Источник: В Германии сохранили ограничения на изъятие органов у посмертных доноров // URL: <https://www.dw.com/ru/v-germanii-soxranili-ogranicheniya-na-izyatiye-organo-у-посмертных-доноров/a-51999937> (дата обращения: 27.11.2020 г.)

2. Заявление о несогласии на трансплантацию органов и тканей умершего, выраженное близкими родственниками или законными представителями после его смерти (ст. 8 Закона РФ от 22.12.1992 №4180-1) [4].

При этом выраженный запрет на посмертную трансплантацию имеется лишь в случае постановления соответствующего учреждения здравоохранения в известность о наличии такого заявления. Тем не менее, вопросы относительно того, в какие сроки и куда направлять заявление, до сих пор остаются неразъясненными. Остается актуальным и правовой пробел, касающийся формы и порядка подачи прижизненного несогласия на посмертную трансплантацию органов или отказ от трансплантации органов и тканей, изъятых родственниками умершего. Допустимость нотариальной, простой письменной и устной формы указаны в Определении Конституционного Суда РФ от 04.12.2003 №459-О [16], однако законодательный пробел в определении формы и возможного времени подачи, а также содержания такого заявления остается актуальным, пока не принят Проект федерального закона «О донорстве органов человека и их трансплантации» с соответствующими нормами и разъяснениями (глава 3).

Более того, очевиден и правовой пробел, касающийся ответственности работников медицинского учреждения при нарушении запрета на трансплантацию органов в случае наличия несогласия умершего или его родственников. Предполагается, что ответственность наступает лишь в случае постановления медицинского учреждения в известность о наличии выраженного умершим или его родственниками несогласия на трансплантацию.

Наконец, возникает вопрос: с какого момента медицинское учреждение имеет право трансплантировать органы и ткани умершего, если до данного момента не было предоставлено несогласие родственников на трансплантацию органов умершего? Например, в случае, если другой пациент нуждается в срочной пересадке того или иного органа.

4. Проблема определения момента трансплантации органов и других тканей

Возможность посмертной трансплантации с учетом презумпции согласия наступает с момента юридической констатации даты и времени смерти. Моментом смерти признается биологическая смерть или смерть мозга (п. 1 ст. 66 ФЗ от 21.11.2011 №323-ФЗ [3], ст. 9 Закона РФ от 22.12.1992 №4180-1 [4]). Для констатации смерти мозга необходимо соблюдение периода наблюдения и наличия всех клинических симптомов смерти мозга не менее 6 часов (у детей — 12 часов) при первичном повреждении мозга и не менее 12 часов (у детей — 24 часов) при вторичном. В случае предшествующей интоксикации наблюдение должно быть не менее 72 часов (Приказ Минздрава от 25.12.2014 №908н [9], постановление Правительства №950 от 20.09.2012 [5]). При наличии признаков биологической смерти моментом смерти считается констатация факта смерти (и истечении 30 минут реанимационных мероприятий при их неэффективности). Момент смерти должен быть зафиксирован врачом или фельдшером и только тогда это имеет юридические последствия.

Согласно Проекту Федерального закона «О донорстве органов человека и их трансплантации» [15] предполагается установить 2-часовое ограничение на изъятие несогласия на трансплантацию органов умершего его родственниками. Вопрос информирования родственников о констатации момента смерти должен решаться Правительством Российской Федерации, однако в данный момент нет ни одного проекта, направленного на восполнение этого пробела в законодательстве. Существующее правовое регулирование учитывает, главным образом, моменты предполагаемой смерти, когда родственники находятся в реанимации или рядом с умирающим и могут выразить своё несогласие на трансплантацию. Тем не менее, для регламентации правовых отношений, вызванных неожиданной смертью лица вдали от его родственников, существующих норм недостаточно, в частности с учетом того, что новый проект ФЗ о донорстве

и трансплантации органов называет посмертным донором и лицо, в отношении которого лишь начата процедура констатации смерти (п. 4 ст. 4 Проекта).

Аналогичный вопрос стоял при решении дела «Петрова против Латвии» в Европейском суде по правам человека (решение в пользу заявителей) [17]. Позиция Латвии по данному делу заключалась в следующем: учреждения здравоохранения не обязаны информировать родственников о вопросах трансплантации, родственники самостоятельно должны совершить активные действия (выразить несогласие), направленные на отказ трансплантации органов умершего. Между тем, данная позиция не предусматривает основополагающих прав родственника на качественное информирование и защиту своих прав. В некоторой мере пассивный характер действий больницы в отношении взаимодействия с родственниками умершего наблюдается и в России. В определении Конституционного Суда РФ от 04.12.2003 №459-О [16] дается разъяснение о том, что «негуманно и безнравственно» спрашивать согласие родственников в столь трудный для них период. Аналогичную позицию высказывали и такие известные трансплантологи России, как В.И. Шумаков и С.В. Готье [19]. С одной стороны, данная позиция представляется верной, однако, с другой стороны, они имеют право на получение информации о своих правах. Презумпция согласия на трансплантацию не входит в «азы юридической грамотности» обычного человека, в связи с чем и возникают последующие судебные споры. Мне представляется обоснованным постепенный переход к западной модели, предполагающей прижизненное согласие на трансплантацию органов, происходящий одновременно с изменением общественных воззрений: повышением юридической грамотности населения и установления положительного отношения к помощи другим после своей смерти.

Наконец, предполагается, что заявление должно быть получено от супруга (супруги) и только при их отсутствии (юридическом, а не фактическом) несогласие может быть подано другими родственниками. Остаются

вопросы, связанные с невозможностью получения согласия супруга при наличии такого несогласия у других родственников, в частности совместно проживающих с умершим (например, в случае, когда супруг находится без связи, без сознания (например, вследствие совместного ДТП в случае смерти одного из супругов и нахождения без сознания второго супруга), в случае длительного раздельного проживания, инициации процесса развода и т.п.). Аналогичный вопрос возникает и при решении вопроса о трансплантации в случае наличия конфликта мнений между несколькими родственниками, имеющими право на заявление о несогласии трансплантации органов умершего.

Заключение

Таким образом, в данной статье были рассмотрены основные проблемы посмертной трансплантологии в России. В соответствии со всем вышеуказанным предлагается усовершенствовать правовое регулирование, внося следующие изменения:

1. Инициировать постепенный переход от презумпции согласия на посмертную трансплантацию к изъявлению добровольного прижизненного согласия (от пассивной формы к активной), одновременно с совершенствованием общественного правосознания и отношения людей к трансплантации и донорству;
2. Повысить качество информирования родственников умерших о мерах, которые им следует предпринять для одобрения или отказа в трансплантации органов умершего, постепенно доводя качество информирования до повсеместного масштаба;
3. Установить конкретные требования к форме и порядку подачи отказа от посмертной трансплантации, а также доведения данной информации до сведения учреждений здравоохранения (например, через создание единой электронной базы посмертных доноров органов или внесения соответствующей отметки в медицинский полис или медицинскую карту пациента);
4. Установить конкретное время предоставления родственниками умершего отказа от трансплантации органов (в случае

изъявления соответствующего желания) с учетом как нравственной (принцип достаточности времени), так и медицинской (принцип неотложных мер) стороны данного вопроса;

5. А также предпринять иные меры по совершенствованию медицинского права в части правовой регламентации прижизненной и посмертной трансплантации органов и (или) тканей человека.

Список литературы:

1. Федеральный закон «О биомедицинских клеточных продуктах» от 23.06.2016 №180-ФЗ // URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_199967/ (дата обращения: 30.11.2020 г.)
2. Федеральный закон «О донорстве крови и ее компонентов» от 20.07.2012 №125-ФЗ // URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_132904/. (дата обращения: 30.11.2020 г.)
3. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 №323-ФЗ (ред. от 31.07.2020) // URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ (дата обращения: 30.11.2020 г.)
4. Закон РФ от 22 декабря 1992 года №4180-I «О трансплантации органов и (или) тканей человека» // URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_4692/. (дата обращения: 30.11.2020 г.)
5. Постановление Правительства Российской Федерации от 20 сентября 2012 г. №950 г. Москва «Об утверждении Правил определения момента смерти человека, в том числе критериев и процедуры установления смерти человека, Правил прекращения реанимационных мероприятий и формы протокола установления смерти человека» // URL: <https://rg.ru/2012/09/25/kriterii-dok.html>. (дата обращения: 18.11.2020 г.)
6. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01.10.2018 №665н/4 «О внесении изменения в перечень объектов трансплантации, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации и Российской академии наук от 4 июня 2015 г. №306н/3» (Зарегистрирован 12.10.2018 №52418) // URL: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001201810150015>. (дата обращения: 20.11.2020 г.)
7. Приказ Минздрава России от 08.06.2016 №355н «Об утверждении порядка учета донорских органов и тканей человека, доноров органов и тканей, пациентов (реципиентов)...» // URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_202714/. (дата обращения: 18.11.2020 г.)
8. Приказ Минздрава России №306н, РАН №3 от 04.06.2015 (ред. от 01.10.2018) «Об утверждении перечня объектов трансплантации» (Зарегистрировано в Минюсте России 18.06.2015 №37704) // URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_181448/. (дата обращения: 20.11.2020 г.)
9. Приказ Минздрава России от 25.12.2014 №908н «О Порядке установления диагноза смерти мозга человека» (Зарегистрировано в Минюсте России 12.05.2015 №37230) // URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_179596/. (дата обращения: 18.11.2020 г.)
10. Приказ Минздрава России от 30.08.2012 №107н (ред. от 01.02.2018) «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению» (Зарегистрировано в Минюсте России 12.02.2013 №27010) (утратит силу 1.01.2021 г.) // URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_142595/. (дата обращения: 29.11.2020 г.)
11. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ и Российской академии медицинских наук от 25 мая 2007 г. №357/40 «Об утверждении Перечня органов и (или) тканей человека — объектов трансплантации, Перечня учреждений здравоохранения

- ранения, осуществляющих трансплантацию органов и (или) тканей человека, и Перечня учреждений здравоохранения, осуществляющих забор и заготовку органов и (или) тканей человека» // URL: <https://rg.ru/2007/06/26/transplantacia-perechen-dok.html>. (дата обращения: 28.11.2020 г.)
12. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 25.05.2007 №358 «О медицинском заключении о необходимости трансплантации органов и (или) тканей человека» (вместе с «Инструкцией о выдаче медицинского заключения о необходимости трансплантации органов и (или) тканей человека») (Зарегистрировано в Минюсте РФ 25.06.2007 №9685) // URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_69300/. (дата обращения: 28.11.2020 г.)
 13. «Порядок оказания медицинской помощи при заболеваниях (состояниях), для лечения которых применяется трансплантация (пересадка) костного мозга и гемопоэтических стволовых клеток», утвержденный приказом Министерства здравоохранения от 31.10.2018 №567н // URL: <http://base.garant.ru/72143810/>. (дата обращения: 28.11.2020 г.)
 14. Порядок оказания медицинской помощи по профилю «Хирургия», утв. Приказом Минздрава №922н от 15.11.2012 // URL: <https://minzdrav.gov.ru/documents/9124-prikaz-ministerstva-zdravoohraneniya-rossiyskoy-federatsii-ot-15-noyabrya-2012-g-922n-ob-utverzhenii-poryadka-okazaniya-meditsinskoy-pomoschi-vzrosloму-naseleniyu-po-profiluyu-hirurgiya>. (дата обращения: 28.11.2020 г.)
 15. Проект Федерального закона «О донорстве органов человека и их трансплантации» от 23.12.2019 г. (ID проекта: 02/04/12-19/00098296) // URL: <https://regulation.gov.ru/projects#npa=98296>. (дата обращения: 12.11.2020 г. (дата обращения: 30.11.2020 г.)
 16. Определение Конституционного Суда РФ от 04.12.2003 №459-О «Об отказе в принятии к рассмотрению запроса Саратовского областного суда о проверке конституционности статьи 8 Закона Российской Федерации «О трансплантации органов и (или) тканей человека» // URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_46696/. (дата обращения: 29.11.2020 г.)
 17. Дело ЕСПЧ №4605/05 от 24.09.2014 г. «Петрова против Латвии» [электронный ресурс] // URL: [https://hudoc.echr.coe.int/eng#{%22itemid%22:\[%22001-144997%22\]}](https://hudoc.echr.coe.int/eng#{%22itemid%22:[%22001-144997%22]}). (дата обращения: 26.11.2020 г.)
 18. В Германии сохранили ограничения на изъятие органов у посмертных доноров // URL: <https://www.dw.com/ru/в-германии-сохранили-ограничения-на-изъятие-органов-у-посмертных-доноров/a-51999937>. (дата обращения: 27.11.2020 г.)
 19. Посмертное донорство органов. Что предлагает новый законопроект? / Tass. 31.12.2019 // URL: <https://tass.ru/obschestvo/7454073>. (дата обращения: 27.11.2020 г.)

Об авторе:

Крупенич Елизавета Алексеевна — магистрант 2 года Высшей школы бизнеса Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики», Москва, ekrupenich@gmail.com

Elizaveta Alekseevna Krupenich — 2nd year master's student of Graduate School of Business National Research University «Higher School of Economics», Moscow

© Крупенич Е.А., 2020

Для цитирования:

Крупенич Е.А. Актуальные проблемы посмертной трансплантации органов и тканей в российской федерации // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2020. №2 (12). С. 129-135.

For citation:

Krupenich E.A. Actual problems of posthumous transplantation in the russian federation // M.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2020. №2 (12). P. 129-135.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

The author declares that there is no conflict of interest.

Статья поступила в редакцию 13.11.2020 г.

Лебедева Д.А.

ЭВТАНАЗИЯ И ОТКАЗ ОТ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА: РАЗГРАНИЧЕНИЕ ДЕФИНИЦИЙ

Настоящая работа посвящена исследованию разграничения дефиниций эвтаназии и отказа от медицинского вмешательства. В работе анализируются проблемы, возникающие при правоприменении современного легального определения эвтаназии в России. Приводятся различные подходы к классификации форм эвтаназии. Делается вывод о целесообразности квалификации отказа от медицинского вмешательства в качестве одной из форм эвтаназии. С опорой на теоретические положения и зарубежный опыт предлагается скорректировать существующие определение эвтаназии с целью сделать его более подробным и усовершенствовать правоприменительную практику.

Ключевые слова: эвтаназия, отказ от медицинского вмешательства, биоэтика, активная эвтаназия, добровольная эвтаназия

Diana Lebedeva

EUTHANASIA AND REFUSAL OF MEDICAL INTERVENTION: DELINEATING DEFINITIONS

This paper is devoted to the study of the distinction between the definitions of euthanasia and refusal of medical intervention. The study analyzes the problems that arise in the implementation of the modern legal definition of euthanasia in Russia. Various approaches to the classification of forms of euthanasia are given. It is concluded that it is appropriate to qualify refusal of medical intervention as a form of euthanasia. Based on theoretical provisions and foreign experience, it is proposed to adjust the existing definition of euthanasia in order to make it more detailed and improve law enforcement practice.

Keywords: euthanasia, refusal of medical intervention, bioethics, active euthanasia, voluntary euthanasia

Анализ норм права и правоприменительной практики по теме исследования позволяет сделать вывод о том, что трудности в регулировании данной сферы существуют как в государствах, где рассматриваемые процедуры в той или иной форме легальны, так и в тех странах, законодательством которых процедуры, связанные с медицинским прерыванием жизни, запрещены [8]. Одним из факторов, порождающих сложности в регулировании, является отсутствие единого подхода к терминологии, связанной с медицинским прерыванием жизни. Учитывая высокую динамику развития биоэтики, которая ставит законодателей перед необходимостью пересмотра

существовавших ранее правовых конструкций, а также необходимостью приведения законодательства в соответствие с современными биоэтическими концепциями, можно говорить об актуальности нашего исследования.

Одной из ключевых проблем, выявленных в рамках настоящего исследования, является проблема существующей, на наш взгляд, неточности определения понятия «эвтаназия», под которой в соответствии с положениями ст. 45 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» понимается «ускорение по просьбе пациента его смерти какими-либо дей-

ствиями (бездействием) или средствами, в том числе прекращение искусственных мероприятий по поддержанию жизни пациента» [3].

Вместе с тем данное определение может вступать в противоречие с положениями ч. 3 ст. 20 указанного закона, в соответствии с которыми «гражданин, один из родителей или иной законный представитель лица, указанного в части 2 настоящей статьи, имеют право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения». Так, ч. 9 рассматриваемой статьи содержит ряд обстоятельств, исключающих возможность отказа от медицинского вмешательства (в рамках темы данного исследования интерес представляют такие обстоятельства, как наличие угрозы жизни человека и невозможность выразить свою волю (п. 1 ч. 9)).

Проблемы могут возникнуть в случае наличия у пациента, угроза жизни которого существует, желания отказаться от медицинского вмешательства (наличие соответствующего желания предполагает наличие возможности выразить свою волю). Будет ли принятие соответствующего отказа врачом подпадать под действие ч. 3 ст. 20 закона, или же его действия могут быть квалифицированы в качестве запрещенной на территории Российской Федерации эвтаназии? Существующее легальное определение эвтаназии не позволяет дать точного ответа на этот вопрос.

Основной недостаток легального определения эвтаназии в России состоит в его излишней широте при отсутствии дифференциации подходов к регулированию различных объективно существующих форм эвтаназии. Даже гипотетическая возможность квалификации принятия врачом отказа пациента от медицинского вмешательства в качестве эвтаназии (которая в российской судебной практике рассматривается как убийство, то есть умышленное причинение смерти другому человеку, и при отсутствии квалифицирующих признаков наказывается лишением свободы на срок от шести до пятнадцати лет) позволяет говорить о необходимости разработки более полноценного легального определения

эвтаназии, а также более детального законодательного регулирования ее различных форм [7, с. 175].

С греческого термин «эвтаназия» переводится как «хорошая, легкая смерть» (от греч. εὖ — хороший и θάνατος — смерть) [6, с. 181]. Одно из ранних упоминаний данного термина встречается в наиболее заметном труде древнеримского историка Светония «Жизнь двенадцати цезарей», посвященном жизнеописанию Юлия Цезаря и 11 первых римских принцев, где смерть основателя Римской империи Октавиана Августа описывается биографом как «легкая, какой он всегда и желал» [2, с. 77]. На расвете Нового времени к забытому из-за особенностей средневековой морали термину обратился английский философ Френсис Бэкон. В своей работе «О достоинстве и приумножении наук» ученый, рассуждая о долге врача, выражает убежденность в том, что врачебный долг прежде всего состоит в облегчении страданий пациента, и в ситуации, когда надежда на выздоровление отсутствует, эвтаназия «сама по себе является немалым счастьем» [1, с. 592].

Приведенный выше краткий экскурс в историю термина позволяет говорить о, по крайней мере, этимологической целесообразности объединения под родовым термином «эвтаназия» как процедур, связанных с медицинским прерыванием жизни, так и добровольного отказа от медицинского вмешательства.

В научной литературе существует многообразие подходов к определению эвтаназии. Так, О.С. Капинус в диссертации, посвященной анализу эвтаназии как социально-правового явления, предлагает следующую дефиницию, где эвтаназия представляет собой «умышленное причинение смерти неизлечимому больному, осуществленное по его просьбе медицинским работником, а также иным лицом по мотиву сострадания к больному с целью избавления его от невыносимых физических страданий» [5, с. 45]. По нашему мнению, данное определение, напротив, является слишком узким, поскольку не охватывает так называемые «пассивные формы» эвтаназии.

Дифференциация форм эвтаназии в зависимости от роли (активной или пассивной), которую в данной процедуре играет врач, достаточно широко распространена в научной литературе. Так, Н.Е. Крылова в своей докторской диссертации, посвященной уголовно-правовым проблемам применения современных биомедицинских технологий, предлагает определять эвтаназию как «умышленные действия или бездействие медицинского работника, осуществляемые в соответствии с явно и недвусмысленно выраженной просьбой информированного больного или его законного представителя, с целью прекращения физических и психических страданий больного, находящегося в угрожающем жизни состоянии, в результате которых наступает его смерть» [6, с. 183]. На наш взгляд, данное определение является достаточно исчерпывающим, поскольку его автор постаралась учесть различные формы и признаки эвтаназии. В связи с этим считаем возможным использовать определение эвтаназии, предложенное Н.Е. Крыловой, в качестве одной из возможных замен существующему в российском законодательстве легальному определению эвтаназии.

Другим критерием, позволяющим дифференцировать различные формы эвтаназии, является фактор наличия согласия больного на проведение соответствующей процедуры [9]. В связи с этим представляется возможным выделить добровольный и недобровольный виды эвтаназии, при этом под добровольную такую форму эвтаназии, согласие больного на осуществление которой дано заблаговременно либо непосредственно перед проведением процедуры, а под недобровольной — форму эвтаназии, осуществляемой при отсутствии явно выраженного согласия больного [6, с. 181-184].

На основании вышеизложенного наиболее полной нам представляется классификация форм эвтаназии, предложенная Н.Е. Крыловой, в соответствии с которой выделяются четыре формы эвтаназии [6, с. 181-184]: активная добровольная эвтаназия; активная недобровольная эвтаназия; пассивная добровольная эвтаназия; пассивная недобровольная эвтаназия.

Отказ от медицинского вмешательства в данном случае следует квалифицировать как форму пассивной добровольной эвтаназии, поскольку отсутствие активной роли врача сочетается здесь с желанием больного отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения.

Рассмотренные ранее особенности различных форм эвтаназии позволяют говорить о том, что каждая из форм эвтаназии нуждается в самостоятельном правовом регулировании, а применение единых стандартов может привести к состоянию правовой неопределенности, при котором некоторые формы эвтаназии будут легальными, но при этом в целом она будет запрещена.

Обратившись к законодательству и правоприменительной практике зарубежных стран, в ряде случаев можно обнаружить примеры достаточно дифференцированных подходов к правовому регулированию процедур, связанных с медицинским прерыванием жизни или добровольным уходом из жизни.

Если говорить о добровольной активной эвтаназии, то она разрешена лишь в небольшом числе государств. Пионером в вопросах легализации эвтаназии стали Нидерланды, где в 1984 году Верховный суд признал эвтаназию приемлемой, а в 2001 парламент Нидерландов сделал ее легальной [10]. При этом нидерландское законодательство содержит перечень достаточно строгих требований, позволяющих осуществить данную процедуру. Так, в частности, на врача налагается обязанность проверки добровольного характера просьбы пациента [10]. Кроме того, и врач, и пациент должны быть убеждены в том, что эвтаназия не имеет никакой разумной альтернативы [10]. В целях недопущения злоупотребления правом на осуществление эвтаназии нидерландское законодательство содержит требование о проведении экспертизы медицинского состояния пациента как минимум одним независимым врачом [10]. В совокупности данные требования призваны гарантировать, что процедура медицинского прерывания жизни будет проводиться только в

том случае, если все возможные способы улучшить состояние здоровья пациента исчерпаны.

Спустя год после легализации эвтаназии в Нидерландах она была также легализована в Бельгии, при этом Н.Е. Крылова отмечает, что при голосовании за принятие законопроекта о легализации эвтаназии в парламенте Бельгии не было единодушия, а многие депутаты голосовали за принятие данного законопроекта только потому, что эвтаназия и так фактически применялась в Бельгии уже долгие годы [6, с. 200].

Эвтаназия законна в ряде штатов США, при этом первым штатом, легализовавшим эвтаназию, стал Орегон, где закон «О смерти с достоинством» (англ. — *Death with Dignity Act*) (в соответствии с правовой позицией Верховного суда США, в 1997 году постановившего, что пассивная эвтаназия является частным делом лица, а потому может быть легальной на уровне законов штатов, однако врачи не имеют права играть активную роль при осуществлении данной процедуры) допускает возможность проведения процедуры медицинского прерывания жизни при условии, что пациент самостоятельно введет себе смертельную дозу препарата, выписанного врачом [11]. Данное обстоятельство отличает закон Орегона (а также законы ряда других штатов США) от рассмотренных ранее законов европейских государств, имеющих тот же предмет правового регулирования.

Для описания такой формы медицинского прерывания жизни, при которой больной самостоятельно вводит себе смертельную дозу препарата, выписанного врачом, в англоязычной литературе часто используется термин «ассистированное самоубийство» (англ. *assisted / physician-assisted suicide*) [12]. Сторонники узкого подхода к определению эвтаназии полагают, что такую форму медицинского прерывания жизни следует отличать от эвтаназии, предполагающей активное участие врача [12]. При этом, по нашему мнению, описанная выше форма находит себе место в классификации форм эвтаназии, изложенной в упомянутом нами труде Н.Е. Кры-

ловой. Мы настаиваем на использовании исчерпывающего определения эвтаназии, включающего в себя все ее возможные формы, поскольку, на наш взгляд, это позволит эффективнее систематизировать законодательные нормы, имеющие общий предмет правового регулирования, и будет способствовать совершенствованию правоприменительной практики.

Как было отмечено ранее, в случае признания классификации форм эвтаназии, предложенной Н.Е. Крыловой, окажется, что такая форма эвтаназии, как отказ от медицинского вмешательства, является легальной в Российской Федерации. При этом само определение отказа от медицинского вмешательства, содержащееся в законодательстве на наш взгляд, также имеет ряд недостатков. Так, к числу субъектов, которые могут отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, помимо самого гражданина может один из его родителей или законный представитель. В ряде случаев столь узкий круг субъектов, которые могут принять соответствующее решение, может привести к ситуации, аналогичной ситуации в рассмотренном Европейским судом по правам человека деле «Ламбер и другие (*Lambert and Others*) против Франции», в котором суд указал на то, что упрямство родственников в вопросе продолжения лечения при отсутствии каких-либо признаков улучшения состояния здоровья пациента можно рассматривать как неразумное [4].

В рамках данной работы мы не имели цели заставить законодателя пересмотреть отношение к допустимости применения тех или иных форм эвтаназии. При этом комплексный (и с этической, и с правовой, и с медицинской точек зрения) характер данного явления требует от законодателя усовершенствовать существующие легальные определения эвтаназии и отказа от медицинского вмешательства как одной из ее форм с целью устранить опасность правовой неопределенности, которая может возникать в процессе применения данных норм.

Список литературы:

1. Бэкон Ф. Сочинения в двух томах. Т. 1. М.: Мысль, 1970.
2. Светоний Г.Т. Жизнь двенадцати Цезарей. Пер с лат. М. Гаспарова. М.: Художественная литература, 1990.
3. Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ (ред. от 31.07.2020) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.09.2020) // Собрание законодательства РФ. 28.11.2011. №48. ст. 6724.
4. Постановление ЕСПЧ от 05.06.2015 «Дело «Ламбер и другие (Lambert and Others) против Франции» (жалоба №46043/14) По делу обжалуется прекращение искусственного питания и гидратации родственника заявителей, находящегося после аварии 5,5 лет в коме, которое нарушило бы обязательство государства по защите жизни, составив жестокое обращение, образующее пытку, и затронуло бы его физическую неприкосновенность. По делу не нарушены требования статьи 2 Конвенции о защите прав человека и основных свобод // URL: <http://base.garant.ru/71248878/> (дата обращения: 12.11.2020 г.)
5. Капинус О.С. Эвтаназия как социально-правовое явление (уголовно-правовые проблемы): дис.... д-ра юрид. наук / О.С. Капинус. М., 2006. 500 с.
6. Крылова Н.Е. Уголовное право и биоэтика (уголовно-правовые проблемы применения современных биомедицинских технологий): Дис. ... д-ра юрид. наук. М., 2006.
7. Сирик М.С. Эвтаназия в уголовном праве России // Пробелы в российском законодательстве. 2015. №4. С. 175-177.
8. Лушникова А.И. Право на эвтаназию: анализ судебной практики Великобритании и США // Сравнительное конституционное обозрение. 2017. №2(117). С.106-120.
9. Момотов В.В. Биоэтика в контексте законодательства и правоприменения // Lex Russica. 2019. №10. С. 29-39.
10. Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. Act 12.04.2001 // Article 2.
11. The Oregon Death with Dignity Act: Oregon revised statutes // URL: <https://public.health.oregon.gov/ProviderPartnerResources/EvaluationResearch/DeathwithDignityAct/Document/statute.pdf> (дата обращения: 11.11.2020)
12. Silvia Sara Canetto Physician-assisted Suicide/Euthanasia // URL: <https://doi.org/10.1002/9781118521373.wbeaa305> (дата обращения: 11.11.2020)

Об авторе:

Лебедева Диана Альбертовна — студентка 4 курса бакалавриата факультета права Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики», Москва, lebedevady@yandex.ru

Diana Albertovna Lebedeva — 4th year undergraduate student at the Faculty of Law Of the National Research University Higher School of Economics (HSE University), Moscow

© Лебедева Д.А., 2020

Для цитирования:

Лебедева Д.А. Эвтаназия и отказ от медицинского вмешательства: разграничение дефиниций // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2020. №2 (12). С. 136-141.

For citation:

Lebedeva D.A. Euthanasia and refusal of medical intervention: delineating definitions // M.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2020. №2 (12). P. 136-141.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

The author declares that there is no conflict of interest.

Статья поступила в редакцию 12.11.2020 г.

Радов В.В., Журилов Н.В.

ПРОБЛЕМЫ ПРАВА В РЕГЛАМЕНТАЦИИ ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЫ

В статье рассматривается понимание врачебной тайны и подходы к ее определению на основании международного права, законодательства некоторых зарубежных стран и доктринальных исследований. Подвергается детальному анализу и системному изучению законоположение, закрепляющее основания ограничения врачебной тайны. На основании судебной практики и доктрины рассматривается содержание и правовые последствия, особенности Постановления Конституционного Суда Российской Федерации от 13 января 2020 года №1-П. Авторы предлагают пути разрешения спорных правовых ситуаций о правомерности предоставления сведений, составляющих врачебную тайну, правоохранительным органам при проведении ими проверки сообщения о преступлении; о конституционности предоставления сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина; о предоставлении близким родственникам сведений, составляющих врачебную тайну умершего пациента.

Ключевые слова: врачебная тайна, проблемы правового регулирования, направления совершенствования правового регулирования

Vladislav Radov, Nikolay Zhurilov

PROBLEMS OF LAW IN THE REGULATION OF MEDICAL SECRETS

The article discusses the understanding of medical secrecy and approaches to its definition on the basis of international law, the legislation of some foreign countries and doctrinal research. A detailed analysis and systematic study of the legal provision, which consolidates the grounds for limiting medical secrecy, is subjected to detailed analysis. On the basis of judicial practice and doctrine, the content and legal consequences, especially of the Decree of the Constitutional Court of the Russian Federation of 13 January 2020 №1-P. The authors propose ways to resolve controversial legal situations on the legality of providing information constituting a medical secret to law enforcement agencies when they are checking a crime report; on the constitutionality of providing information constituting a medical secret without the consent of a citizen; on providing close relatives with information that constitutes the medical secret of the deceased patient.

Keywords: medical confidentiality, problems of legal regulation, directions of improvement of legal regulation

В последнее десятилетие довольно частым явлением стали известные широкой аудитории истории о различных случаях ненадлежащего оказания медицинской помощи и, соответственно, о неразрывно связанных с ними сведениях о конкретных пациентах, проблемах их здоровья [17]. Нередко такую информацию распространяют сами пострадавшие, желая получить защиту от государства, подняв общественный резонанс к той или иной беде. В таком

случае, такие сведения уже не являются тайной. Однако вопросы ограничения врачебной тайны справедливо возникают в тех случаях, когда сведения распространяются вопреки воле пациента и врача, а также когда информацию, составляющую врачебную тайну, запрашивают (истребуют) у медицинской организации различные органы и организации.

В связи с этим известные сложности вызывает не только собственно содержание

врачебной тайны и пределы ее охраны, но и основания допустимого разглашения (передачи иным лицам), правомерность широкого использования таких сведений.

Заметим, что социальная ценность врачебной тайны заключается помимо прочего в том, что право пациента распоряжаться тайной не зависит от того, известна ему информация или нет. Так, установленный диагноз может быть еще не сообщен лицу, однако без его согласия эти сведения все равно не подлежат разглашению. Иногда наоборот без соответствующей информации невозможно обойтись для оказания полной и своевременной медицинской помощи, для установления точного диагноза и благоприятного исхода избираемого лечения. Как справедливо утверждает К.О. Папеева: «В таком случае пациент фактически попадает в зависимость от медицинского работника, часто будучи вынужден сообщать ему такие сведения, которые он предпочел бы скрывать» [11].

Врачебная тайна как правовая категория имеет свой путь становления, отраженный как в нормативных, так и в доктринальных источниках [10, с. 48]. Заметим, что даже употребление термина «врачебная тайна» не является бесспорным: некоторыми авторами обосновывается приоритет и логичность применения понятия «медицинская тайна» [2, с. 131], другие настаивают на целесообразности первой, связывая ее этимологию с врачеванием, а не личностью врача [19, с. 15].

Например, в Армении ушли от дискуссии о правильности терминов врачебная или медицинская тайна. В ст. 5 Закона Республики Армения «О медицинской помощи, обслуживании населения» речь идет просто о тайне при получении медицинской помощи. В других же странах (например, в Республике Узбекистан, Азербайджанской Республике) используется термин «врачебная тайна» [14, с. 23]. Мы воздержимся от вступления в данную полемику и будем руководствоваться действующими нормативными положениями в сфере здравоохранения.

На международно-правовом уровне соответствующую обязанность медицинского работника в отношении сведений о па-

циенте установил лишь Международный кодекс медицинской этики 1949 г., предписывающий следующее: «... врач должен хранить врачебную тайну», в том числе после смерти пациента» [5]. Далее данный принцип нашел отражение в положениях Хельсинской декларации Всемирной медицинской ассоциации от 1964 г., где в п. 9 было принято: «Обязанность врачей-исследователей — защита жизни, здоровья, достоинства, неприкосновенности, права на самоопределение, частную жизнь и конфиденциальность личной информации участников исследования» [20].

В свою очередь, Лиссабонская декларация о правах пациента от 1981 г. Всемирной медицинской ассамблеи содержит следующее основополагающее право пациента независимо от его государственной принадлежности: «Пациент имеет право рассчитывать на то, что врач будет относиться ко всей медицинской и личной информации, доверенной ему, как к конфиденциальной» [3].

Примечательно, что понятие врачебной тайны и пределы ее охраны не раскрываются в приведенных актах. Возможно предположить следующее объяснение этому: 1) они являются очевидными для понимания и не требуют специального закрепления (что сомнительно в условиях правового государства и необходимости обеспечения общеправового принципа определенности); 2) международное сообщество оставляет их регламентацию на откуп национальному праву конкретного государства (полагаем, что данная позиция более оправдана).

Так, обратимся к отечественному законодательству в части регламентации врачебной тайны. Ранее, Основами законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении от 19 декабря 1969 г. запрещалось врачам и другим медицинским работникам разглашать ставшие им известными в силу исполнения профессиональных обязанностей сведения о болезнях, медицинских обследованиях (освидетельствованиях), интимной и семейной жизни граждан. При этом закрепляющая это статья 16 именовалась: «Обязанность сохранять врачебную тайну».

Сохранился данный термин и в следующем базовом законе — Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. Положительно стоит оценить то обстоятельство, что статья 61 Основ раскрывала не только характер сведений, составляющих тайну, но и основания допустимости их предоставления без согласия пациента. Вместе с тем недостатком следует признать то, что законодатель так и не формулирует понятие врачебной тайны, перечисляя только ее элементы: «Информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья гражданина, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении, составляют врачебную тайну».

На сегодняшний день, в значительной степени соблюдая правовую традицию, российский законодатель установил характеристику врачебной тайны в ст. 13 «Соблюдение врачебной тайны» Федерального закона от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ. Данный акт представляет врачебную тайну в качестве совокупности определенных законом сведений. В медицине же врачебная тайна понимается как деонтологическое требование к работникам здравоохранения не разглашать сведения о больном [4]. Тогда как в юридической науке врачебная тайна нередко рассматривается как правовой режим конфиденциальности [16, с. 202].

Значительно расширяются вопросы правового регулирования врачебной тайны в условиях стремительно вклинивающихся достижений техники, что некоторыми авторами именуется в качестве эпохи «электронного здравоохранения» [1].

Обратим внимание на то, что, в сущности, врачебная тайна есть составляющая часть личной и семейной тайны человека (пациента), гарантированной ст. 23 Конституции РФ. Вместе с тем ч. 3 ст. 55 Конституции РФ допускает ограничение прав и свобод человека и гражданина федеральным законом в определенных целях, в том числе для защиты нравственности, здоровья, прав и законных интересов других лиц.

В развитие данного конституционного положения, базовый федеральный закон предусматривает допустимость та-

кого ограничения и, как следствие, возможность предоставления сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина по 11 основаниям. Как правило, в 5 случаях, они обосновываются публичными интересами, а именно: целями деятельности государственных органов, среди которых органы прокуратуры, дознания, следствия, суда, органы внутренних дел, уголовно-исполнительной системы, военные комиссариаты, а также иные федеральные органы государственной власти (п. 3, 3.1, 5, 6, 7 ч. 4 ст. 13 Федерального закона №323-ФЗ).

Некоторые из приведенных оснований могут быть оправданы необходимостью обеспечения безопасности государства (ч. 3 ст. 55 Конституции РФ), в таковом целесообразно отнести основания под п. 3 и п. 3.1. Иные же представляются излишне сужающими пределы врачебной тайны.

Представляется необоснованной возможность истребования сведений, составляющих врачебную тайну, до возбуждения уголовного дела при проверке сообщения о преступлении, так как п. 3 ч. 4 ст. 13 устанавливает возможность предоставления таких сведений исключительно в связи с проведением расследования. Напомним, что стадия расследования (предварительного следствия и дознания), согласно Уголовно-процессуального кодекса РФ, начинается с момента возбуждения уголовного дела.

Вопреки этому, Пленум Верховного Суда РФ в Постановлении от 01.06.2017 №19 разъясняет судам следующее: «необходимо учитывать, что в соответствии с п. 3 ч. 4 ст. 13 Федерального закона №323-ФЗ при отсутствии согласия гражданина или его законного представителя отдельные сведения, составляющие врачебную тайну (например, о факте обращения гражданина за медицинской, в том числе психиатрической, помощью, нахождении на медицинском учете), могут быть представлены медицинской организацией без судебного решения по запросу следователя или дознавателя в связи с проведением проверки сообщения о преступлении в порядке, установленном статьей 144 УПК РФ, либо расследованием уголовного дела» [7].

Кроме того, представляются спорными основания допустимости передачи тайных сведений, предусмотренные п. 9 и п. 10 ч. 4 ст. 13, а именно: в целях осуществления учета и контроля в системе обязательного социального страхования и в целях осуществления контроля качества и безопасности медицинской деятельности. Для подобных целей закреплено и основание под п. 8: «при обмене информацией медицинскими организациями, в том числе размещенной в медицинских информационных системах, в целях оказания медицинской помощи с учетом требований законодательства РФ о персональных данных».

При этом только 2 основания (п. 1, п. 4 ч. 4 ст. 13) оправдываются частными законными интересами собственно пациентов: когда требуется проведение медицинского обследования и лечения гражданина, не способного выразить свою волю и в случае оказания медицинской помощи несовершеннолетнему в соответствии с п. 2 ч. 2 ст. 20 №323-ФЗ, а также несовершеннолетнему, не достигшему возраста, установленного ч. 2 ст. 54 №323-ФЗ.

Более того, на наш взгляд, в полной мере соответствует конституционным положениям основание под п. 2, предусматривающее возможность ограничения конституционного права на личную (медицинскую) тайну исключительно при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений, то есть в целях защиты прав и законных интересов других лиц.

Обоснованно резюмирует С.И. Помазкова: «Очевидна существенная разница в подходе к основаниям передачи врачебной тайны без согласия пациента. Широкий перечень таких оснований в российском законодательстве обоснован необходимостью решить государственные задачи (ОМС, военный призыв и т.д.). Вместе с тем врачебная тайна становится доступной для многих и проконтролировать ее распространение становится невозможно. Тайна перестает быть тайной» [14, с. 23].

Качественнее представляется правовое регулирование таких оснований в Республике Беларусь, среди которых:

1. запрос государственных органов и иных организаций здравоохранения в целях обследования и лечения пациента;
2. наличие угрозы распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений;
3. запрос органов дознания и следствия, прокурора и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством при обоснованных необходимости и объеме запрашиваемых сведений;
4. оказание медицинской помощи несовершеннолетнему; лицу, признанному в установленном порядке недееспособным; лицу, не способному по состоянию здоровья к принятию осознанного решения, для информирования их законных представителей, супруга, близких родственников;
5. наличие оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью причинен в результате насильственных действий, для сообщения в правоохранительные органы [15, с. 189].

Также вызывает интерес Закон Республики Молдова от 28 марта 1995 г. №411-XIII «Об охране здоровья», который в ст. 14 предусматривает только два случая допустимости передачи врачебной тайны без согласия гражданина:

1. когда необходимо предотвратить распространение инфекционных заболеваний;
2. когда выдачи этих сведений обоснованно требуют органы уголовного преследования [9].

Следовательно, чрезмерное ограничение врачебной тайны в России объясняется широким перечнем оснований (одиннадцать случаев) для ее предоставления по запросу того или иного органа власти без согласия пациента. Считаем необходимым внести изменения в ч. 4 ст. 13 Федерального закона №323-ФЗ, исключив основания, не соответствующие конституционным положениям о возможности ограничения прав человека и гражданина, то есть те из них, которые не направлены на защиту прав и законных интересов других лиц, а также на обеспечение безопасности государства.

Стоит заметить, что сами сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении, не перестают быть его личной (медицинской) тайной только по тому основанию, что ими обладает не медицинский работник. В связи с этим спорным представляется квалификация сведений в качестве врачебной тайны только при их наличии у специального субъекта (медицинского работника), а в случаях их появления у иных субъектов — в качестве служебной тайны. Так, Е.Н. Холопова и А.В. Дегтярев полагают, что «когда врач отвечает на запрос должностных лиц государственных органов власти о предоставлении сведений о состоянии здоровья интересующих их по какой-либо причине лиц, информация будет охраняться уже не в режиме врачебной тайны, а в режиме служебной информации... Одни и те же сведения будут в различных ситуациях охраняться в различных режимах тайн, в зависимости от субъекта, который владеет этими сведениями» [21].

Далее, развивая международно-правовое понимание врачебной тайны, ч. 2 ст. 13 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» предусматривает, что разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, не допускается, в том числе, после смерти человека. Данное положение вызывает некоторые вопросы о балансе частных и публичных интересов, а также об обоснованности запрета разглашения таких сведений в конкретных случаях, например, когда при жизни пациент указал своего родственника в информированном добровольном согласии на медицинское вмешательство.

Зачастую наличие у родственников умершего пациента необходимости на получение сведений о его диагностике, принятом лечении, конкретных медицинских манипуляциях, данных обследования и иной информации о содержании медицинской помощи, оказанной пациенту, является обоснованным требованием, отвечающим не только интересам собственно умершего пациента, но и публичным

интересам. Медицинская информация, непосредственно касающаяся не самого гражданина, а его умерших близких, как связанная с памятью о дорогих ему людях, может представлять для него не меньшую важность, чем сведения о нем самом, а потому отказ в ее получении существенно затрагивает его права — как имущественные, так и личные неимущественные [8].

Предоставление составляющих врачебную тайну сведений близкому умершего пациента лицу тем более является оправданным, когда родственник имеет подозрения, что к гибели пациента привела несвоевременная или некачественно оказанная медицинская помощь [12]. А также в случаях необходимости взыскания компенсации морального вреда с медицинской организации за смерть родственника вследствие ненадлежащего оказания (или вовсе неокказания) медицинской помощи.

До сих пор близким родственникам медицинские организации, государственные органы и суды отказывали в предоставлении сведений об умершем пациенте, ссылаясь на обозначенную норму о врачебной тайне.

Существенные изменения в правовое регулирование рассматриваемого вопроса внесены Постановлением Конституционного Суда РФ от 13 января 2020 года №1, которым некоторые положения ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» были признаны не соответствующими Конституции РФ в той мере, в какой в системе действующего правового регулирования неопределенность их нормативного содержания **не позволяет определить условия и порядок доступа к медицинской документации умершего пациента** его супруга (супруги), близких родственников (членов семьи) и (или) иных лиц, указанных в его информированном добровольном согласии на медицинское вмешательство [13].

Напомним, что в силу ч. 6 ст. 125 Конституции РФ, акты или их отдельные положения, признанные неконституционными, утрачивают силу. При этом утрата юридической силы взаимосвязанных нормативных положений в значении, придаваемом

им правоприменительной практикой, наступает с момента вступления в силу (опубликования) постановления Конституционного Суда РФ [18, с. 208]. Учитывая, что акты Конституционного Суда РФ являются общеобязательными (ст. 6 ФКЗ «О Конституционном Суде Российской Федерации» [6]) в России для всех органов, организаций, должностных лиц и граждан, с 13.01.2020 медицинским организациям надлежит по требованию супруга (супруги), близких родственников (членов семьи) умершего пациента, лиц, указанных в его информированном добровольном согласии на медицинское вмешательство, предоставлять им для ознакомления медицинские документы умершего пациента.

Конституционный Суд РФ специально указал на правомерность отказа в предоставлении такого доступа, несмотря на вынесенное решение, но только в том единственном случае, если при жизни сам пациент выразил запрет на раскрытие сведений, составляющих врачебную тайну [13].

Таким образом, рассмотрев историю и современное состояние правовой категории «врачебная тайна», резюмируем следующее:

1. Обоснованно и непротиворечиво употребление двух понятий «медицинская тайна» и «врачебная тайна», однако последнее имеет легальное закрепление, в связи с чем обладает приоритетом.

2. Недопустимо предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, правоохранительным органам при проведении ими проверки сообщения о преступлении (то есть до возбуждения уголовного дела), что вытекает из толкований положений Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Уголовно-процессуального кодекса РФ в их нормативном единстве.

3. Целесообразным представляется внесение изменений в ч. 4 ст. 13 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в целях исключения противоречащих Конституции РФ оснований предоставления сведений, составляющих врачебную тайну, без письменного согласия пациента другим лицам и органам публичной власти.

4. Допускается предоставление близким родственникам (родственникам), лицам, указанным в информированном добровольном согласии на медицинское вмешательство сведений, составляющих врачебную тайну умершего пациента. Медицинские организации и иные органы, организации и лица, обладающие сведениями, составляющими врачебную тайну, умершего пациента, обязаны руководствоваться напрямую Постановлением Конституционного Суда Российской Федерации от 13.01.2020 №1.

Список литературы:

1. Акулин И.М., Чеснокова Е.А., Смирнова К.М., Пресняков Р.А. Трансформация института врачебной тайны в эпоху электронного здравоохранения // Закон. 2019. №9. С. 179-189.
2. Красавчикова Л.О. Личная жизнь под охраной закона. М.: Юрид. лит-ра, 1983. 160 с.
3. Лиссабонская декларация о правах пациента: принята 34-ой Всемирной медицинской ассамблеей от 1981 г. // Сайт «Медицина и право». URL: <http://www.med-pravo.ru/Ethics/LisbonDecl.htm> (дата обращения: 10.01.2020)
4. Малая медицинская энциклопедия. Т. 1 / Отв. ред. В.И. Покровский. М.: Советская энциклопедия, 1991. 560 с.
5. Международный кодекс медицинской этики 1949 г.: принят 3-й Генеральной Ассамблеей Всемирной медицинской ассоциации // Врач. 1994. №4. С. 47.
6. О Конституционном Суде Российской Федерации: Федер. конституционный закон от 21 июля 1994 г. №1-ФКЗ // Собр. законодательства Рос. Федерации. 1994. №13. ст. 1447.
7. О практике рассмотрения судами ходатайств о производстве следственных действий, связанных с ограничением конституционных прав граждан (статья 165 УПК РФ): Постановление Пленум Верховного Суда Российской Федерации от 01 июня 2017 г. №19 // Бюллетень Верховного Суда РФ. 2017. №7.

8. Об отказе в принятии к рассмотрению жалобы гражданина Зубкова Владимира Николаевича на нарушение его конституционных прав частями 2, 3 и 4 статьи 13 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»: Определение Конституционного Суда РФ от 09 июня 2015 г. №1275-О // Вестник Конституционного Суда РФ. 2015. №5.
9. Об охране здоровья: закон Республики Молдова от 28 марта 1995 г. №411-XIII // База данных: «Законодательство стран СНГ». URL: http://base.spinform.ru/show_doc.fwx?rgn=3461 (дата обращения: 10.01.2020)
10. Павлов А.В. Этимология врачебной (медицинской) тайны // Медицинское право. 2015. №3. С. 48-51.
11. Папеева К.О. Понятие и признаки медицинской тайны // Медицинское право. 2007. №3. С. 25-31.
12. По делу о проверке конституционности статьи 21 и статьи 21.1 Закона Российской Федерации «О государственной тайне» в связи с жалобой гражданина О.А. Лаптева: Постановление Конституционного Суда РФ от 06 нояб. 2014 г. №27-П // Вестник Конституционного Суда РФ. 2015. №1.
13. По делу о проверке конституционности частей 2 и 3 статьи 13, пункта 5 части 5 статьи 19 и части 1 статьи 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в связи с жалобой гражданки Р.Д. Свечниковой: Постановление Конституционного Суда РФ от 13 янв. 2020 г. №1-П // URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_342807/ (дата обращения: 15.01.2020)
14. Помазкова С.И. Право пациента на врачебную тайну по законодательству стран постсоветского пространства // Международное публичное и частное право. 2015. №6. С. 22-25.
15. Попова А.С. Особенности уголовной ответственности медицинских работников за разглашение врачебной тайны в законодательстве некоторых зарубежных государств // Вестник Удмуртского университета. 2014. №1. С. 189.
16. Пушкарева А.Н. Правовая природа защиты врачебной (или медицинской) тайны по законодательству Российской Федерации // Власть закона. 2016. №1. С. 196-203.
17. Радов В.В. Необоснованность квалификации преступления, совершенного медицинским работником, по ст. 238 Уголовного кодекса Российской Федерации // Медицинское право: теория и практика. 2019. Т. 5. №2 (10). С. 159-164.
18. Радов В.В. Юридические последствия признания нормативных правовых актов или их отдельных положений неконституционными // Проблемы становления гражданского общества: сборник VII Международной науч. студ. конф. 2019. С. 206-210.
19. Романовский Г. Б. Право на врачебную тайну в системе прав пациента // Медицинское право. 2004. №4. С. 10-17.
20. Хельсинская декларация Всемирной медицинской ассоциации. Этические принципы при проведении медицинских исследований с привлечением человека // Медицинская этика. 2014. Т. 2. №1. С. 3.
21. Холопова Е.Н., Дегтярев А.В. Охрана информации, отнесенной к врачебной тайне, на государственной и муниципальной службе // Медицинское право. 2017. №2. С. 26-31.

Об авторах:

Радов Владислав Владимирович — магистрант Санкт-Петербургского юридического института (филиала) Университета прокуратуры Российской Федерации, Санкт-Петербург, vv-radov@mail.ru

Журилов Николай Владимирович — доцент кафедры медицинского права Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет), Москва, nikolayzhurilov@bk.ru

Vladislav Vladimirovich Radov — master's student, St. Petersburg Law Institute (branch) of the University of the Prosecutor's Office of the Russian Federation, St. Petersburg

Nikolay Vladimirovich Zhurilov — associate professor health law Department I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow

© Радов В.В., Журилов Н.В., 2020

Для цитирования:

Радов В.В., Журилов Н.В. Проблемы права в регламентации врачебной тайны // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2020. №2 (12). С. 142-149.

For citation:

Radov V.V., Zhurilov N.V. Problems of law in the regulation of medical secrets // M.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2020. №2 (12). P. 142-149.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare that there is no conflict of interest.

Статья поступила в редакцию 12.11.2020 г.

Шклянка Г.А.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОРФАННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

На сегодняшний день одним из наиболее актуальных вопросов реализации конституционного права граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь является вопрос лекарственного обеспечения больных орфанными заболеваниями. Сложившаяся в существующем правовом регулировании проблема неоднократно поднимается не только на уровне федеральных органов законодательной и исполнительной власти, но и на международном уровне — в течении многих лет больные орфанными заболеваниями успешно отстаивают свои права в Европейском Суде по правам человека. Настоящее исследование направлено на исследование сложившегося правового регулирования лекарственного обеспечения больных орфанными заболеваниями, а также на потенциальные тенденции решения сложившейся проблемы.

Ключевые слова: здравоохранение, орфанные заболевания, лекарственное обеспечение, финансирование системы здравоохранения

Grigoriy Shklyanka

CURRENT PROBLEMS OF MEDICINAL PROVISION FOR PATIENTS WITH ORPHANE DISEASES

To date, one of the most pressing issues in the implementation of the constitutional right of citizens to health protection and medical care is the issue of drug provision for patients with orphan diseases. The problem that has developed in the existing legal regulation is repeatedly raised not only at the level of Federal legislative and Executive authorities, but also at the international level — for many years, patients with orphan diseases have successfully defended their rights in the European Court of human rights. This research is aimed at investigating the current legal regulation of drug provision for patients with orphan diseases, as well as potential trends in solving this problem.

Keywords: healthcare, orphan diseases, drug provision, health care financing

На сегодняшний день проблема формирования эффективного института лекарственного обеспечения, направленного на реализацию конституционного принципа охраны здоровья граждан, является одной из самых актуальных и обсуждаемых не только в юридическом сообществе, но и в обществе в целом. Наибольшую злободневность данный вопрос приобрел в период сложной эпидемиологической ситуации в мире. В связи с этим вопрос эффективного распределения бюджетных средств, направленных на развитие системы здравоохранения, поднимается все чаще на федеральном уровне. Так, 7 ноября 2020 в Государствен-

ной Думе прошло заседание профильной комиссии Общественной палаты РФ на тему «Отечественное здравоохранение: как достичь национальных целей?». В ходе заседания Председатель Комитета по охране здоровья Дмитрий Морозов заявил о достижении договоренностей с Минздравом и ФОМС по вопросам формирования бюджета, направленного на оказание качественной медицинской помощи не только больным COVID-19, но и другим пациентам. «Несмотря на непростую ситуацию с пандемией, бюджет здравоохранения необходимо удерживать по ключевым позициям», — подчеркнул Дмитрий Морозов [7].

Несовершенство сложившейся системы лекарственного обеспечения особо остро ощущается на фоне пандемии коронавирусной инфекции. Особенно остро от сложившейся проблемы страдают больные орфанными заболеваниями. Отечественный список орфанных болезней регулярно пополняется, однако наибольший общественный резонанс сосредоточен на таких заболеваниях, как спинально-мышечная атрофия и муковисцидоз. К сожалению, сложившаяся система здравоохранения, даже при всем стремлении законодателя сделать ее максимально эффективной, слабо отвечает современным вызовам общества, это вызвано целым рядом проблем: низкий уровень финансирования системы здравоохранения, нерациональное распределение выделенных бюджетных средств, невозможность для граждан защитить свои права в суде. Чрезвычайно важным в данной ситуации является более детальное рассмотрение причин формирования сложившейся системы здравоохранения, поскольку концентрация на источниках неэффективности системы лекарственного обеспечения способствует точечному решению проблем правового регулирования здравоохранения.

Одной из причин сложившегося неэффективного устройства системы лекарственного обеспечения больных орфанными болезнями является проблема недостаточного финансирования системы здравоохранения. Законодатель видит решение подобной проблемы в повышении налоговой ставки НДФЛ с 13% до 15%. Поступившие за счет повышения процентной ставки налога средства должны быть направлены на создание дополнительного источника финансовых средств на лечение детей с тяжелыми жизнеугрожающими и хроническими заболеваниями, в том числе редкими (орфанными) заболеваниями [9]. В финансово-экономическом обосновании к законопроекту сказано: «Бюджетные ассигнования в размере 60 млрд рублей (в 2021 году), 64 млрд рублей (в 2022 году) и 68,5 млрд рублей (в 2023 году) уже зарезервированы при формировании проекта федерального бюджета на 2021 год и плановый период 2022 и 2023 годов» [11]. Таким образом, в 2021 году ожидается по-

полнение бюджета, направленного на лечение больных редкими заболеваниями на 60 млрд рублей.

Однако полученных средств, очевидно, не хватит на помощь больным редкими заболеваниями. На сегодняшний день, первый год лечения СМА препаратом «Спинраза» обойдется пациенту в 50 миллионов рублей [10]. Таким образом, в первый же год полученных с повышенной процентной ставки НДФЛ денег хватит лишь на обеспечение достойного уровня лечения лишь для 1200 больных СМА. В России по разным оценкам проживают около 2800-3500 человек, больных СМА, из них около 100 детей до 2-х лет. Однако полученных за счет повышения ставки НДФЛ средств хватит далеко не на всех. Вероятным решением сложившейся проблемы является не увеличение налогового бремени граждан, что в перспективе не повлечет существенного повышения эффективности налогообложения. Это обусловлено тем, что взимание НДФЛ по повышенной ставке при наличии у налогового резидента доходов, превышающих 5 миллионов рублей, имеет множество негативных последствий, так как большое число обеспеченных людей, имеющих высокий доход, получают доходы не в качестве зарплаты, а из иных источников: в частности, от индивидуального предпринимательства или дивидендов. Индивидуальные предприниматели в большинстве своем применяют специальные налоговые режимы, поэтому изменение НДФЛ их не затронет, а большая часть сверхбогатого населения, занимающегося предпринимательской деятельностью, является налоговым резидентом России только по причине устраивающей эту часть населения ставки подоходного налога, поэтому сверхбогатые предприниматели-резиденты могут сменить налоговое резидентство России на резидентство другой страны или сменить формат получения доходов от дивидендов: получать их не как физические лица, а как юридические с дальнейшим уводом этих доходов в офшоры. В результате наиболее вероятна ситуация, при которой поступление НДФЛ не только не вырастет, но и уменьшится [6]. Более того, подобное по-

вышение ударит по подавляющей части населения среднего класса, что негативно отразится не только на экономическом росте, но и на уровне социальной напряженности в стране. Таким образом, введение повышенной ставки НДС/НДФЛ может и повысит поступления в федеральный, региональный и местный бюджеты, однако это повлечет больше издержек, чем преимуществ для системы финансирования здравоохранения.

Другой актуальной проблемой формирования системы лекарственного обеспечения больных является проблема действительного распределения уже поступивших в бюджет средств. Созданная структура, направленная на финансовое регулирование системы здравоохранения должна отвечать запросам населения, то есть тех, кто является налогоплательщиками и резидентами страховых взносов. Такая система должна отвечать за обеспечения доступности и качества оказания медицинских услуг. В то же время структура регулирования финансовых отношений здравоохранения должна быть ответственна перед медицинскими организациями за обеспеченность финансовыми ресурсами, а также перед занимающимися финансированием административными структурами за эффективное использование поступивших бюджетных средств. К сожалению, на сегодняшний день отсутствует такая система в здравоохранении РФ — Фонды ОМС не несут ответственности перед населением, а если и отвечают, то в рамках программы ОМС.

Органы управления здравоохранением, в свою очередь, не управляют 70% финансовых средств (а по отдельным медицинским организациям — 90%), но при этом отвечают за все происходящее в системе. Страховая медицинская организация не в состоянии обеспечить баланс рисков, поскольку также не управляет финансовыми потоками, осуществляя процесс финансирования, но не распределения. Медицинские учреждения, действуя в условиях финансового дефицита, пытаются закрыть возникающие со всех сторон проблемы (кадровые, финансовые и пр.) и заинтересованы либо в увеличении объемных показателей (на-

пример, при финансировании по посещениям), либо в увеличении статей расходов для обоснования роста коэффициентов дифференциации при финансировании по подушевой формуле [5].

Не менее актуальной проблемой лекарственного обеспечения больных орфанными заболеваниями является проблема невозможность эффективно защитить свои права в судебном порядке. Данная проблема связана, в том числе, с низким уровнем финансирования региональных систем здравоохранения. Уже в течение многих лет больные орфанными заболеваниями успешно отстаивают свои права в ординарных судебных инстанциях, однако решения судов не всегда исполняются своевременно — региональные Министерства здравоохранения обращаются в суды с заявлениями об отсрочке исполнения судебного решения в силу отсутствия в региональном бюджете средств для обеспечения больных лекарственными препаратами.

В связи с этим судебные споры о защите права на охрану здоровья и медицинскую помощь вышли на наднациональный уровень — в 2020 году заявители уже неоднократно отстояли свои права в Европейском Суде по правам человека. Так, 4 сентября 2020 года Европейский Суд по правам человека принял решение о применении срочных мер по Правилу 39 Регламента ЕСПЧ и обязал российские власти срочно предоставить 11-летнему Егору Есаяну из Армавира препарат «Спинраза» в соответствии с назначением врачей [8]. Решением Армавирского городского суда Краснодарского края от 18.05.2020 была закреплена обязанность Министерства здравоохранения Краснодарского края обеспечить больного спинально-мышечной атрофией необходимым лекарственным обеспечением, однако вынесенное решение не было исполнено в силу отсутствия у Министерства соответствующих средств [1]. Таким образом, в силу отсутствия иных ординарных способов защиты, способных реализовать права заявителя в условиях необходимости срочного лечения, заявитель вынужден обращаться за защитой собственных прав в ЕСПЧ. Подобное правоприменение

на сегодняшний день приобретает статус господствующей практики исполнения решений судов по вопросам лекарственного обеспечения больных орфанными заболеваниями, что безусловно является беспрецедентным нарушением прав человека. Путем урегулирования подобной проблемы может стать разрешение сложившейся правовой коллизии, при которой территориальные органы исполнительной власти не могут закупать необходимый препарат, не включенный в территориальную программу бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, что противоречит конституционному праву граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь, в Конституционном Суде Российской Федерации. Таким образом, появится универсальная правовая позиция Конституционного Суда, разрешающая проблемы сложившегося правового регулирования лекарственного обеспечения.

Вопрос о наличии у государства позитивного отношения к принятию нормативно-правовых актов, обязывающих органы исполнительной власти субъектов финансировать лекарственное обеспечение граждан, а частные и государственные медицинские учреждения оказывать квалифицированную медицинскую помощь и принимать надлежащие меры для защиты жизни пациентов, однозначно разрешен практикой Европейского Суда по правам человека. В Постановлении Большой Палаты Европейского Суда по делу «Лопеш де Соуза Фернандеш против Португалии» (*Lopes de Sousa Fernandes v. Portugal*) Европейский Суд указывает: «Европейский Суд истолковывает материально-правовое позитивное обязательство государства как требующее от последнего принятия нормативных актов, обязывающих больницы, как частные, так и государственные, принимать надлежащие меры для защиты жизни пациентов» [2]. В дальнейшем Суд неоднократно указывает на сложившуюся практику формирования обязательства государства в принятии нормативно-правовых актов, направленных на создание в медицинских учреждениях условий принятия надлежащих мер для охраны здоровья и жизни пациен-

тов: Постановление Европейского Суда по делу «Ойал против Турции» (*Oyal v. Turkey*) от 23 марта 2010 г., жалоба №4864/05 и Постановление Большой Палаты Европейского Суда по делу «Ламбер и другие против Франции» (*Lambert and Others v. France*) [3, 4]. Более того, обязательство государства по законодательному регулированию и формированию эффективной системы здравоохранения должно включать в себя обязанность государства обеспечить эффективную реализацию и правоприменение уже существующей нормативно-правовой базы.

Формирование и реализация эффективной системы здравоохранения и лекарственного обеспечения больных орфанными заболеваниями является безусловной обязанностью государства, особенно актуален этот вопрос в период сложившейся эпидемиологической ситуации, в которой особо уязвимы именно больные редкими заболеваниями. В настоящее время очевидна необходимость комплексного подхода к разрешению проблемы эффективного лекарственного обеспечения больных орфанными заболеваниями. Данная проблема встает не только перед органами законодательной и исполнительной власти, но и перед органами правосудия, решается эта проблема путем системной переработки существующего нормативного регулирования, изменения правоприменительной практики, а также путем формирования универсальной правовой позиции высших судебных инстанций обязательных на всей территории Российской Федерации для всех представительных, исполнительных и судебных органов государственной власти, органов местного самоуправления, предприятий, учреждений, организаций, должностных лиц, граждан и их объединений. Несмотря на наличие позитивной тенденции в создании продуктивной системы лекарственного обеспечения и финансирования системы здравоохранения, данный вопрос по-прежнему не потерял своей актуальности, поскольку сложившееся правовое и административное регулирование имеет множество очевидных пробелов.

Список литературы:

1. Решение Армавирского городского суда Краснодарского края №№ 2а-2139/2020 от 18.05.2020 // URL: https://armavir--krd.sudrf.ru/modules.php?name=sud_delo&srv_num=1&name_op=case&case_id=106548245&case_uid=6fed9bf8-8895-43ef-ac13-69810df9de86&delo_id=1540005&new (дата обращения: 22.11.2020)
2. Case of Lopes de Sousa Fernandes v. Portugal // URL: <https://www.globalhealthrights.org/health-topics/health-care-and-health-services/lopes-de-sousa-fernandes-v-portugal/> (дата обращения: 22.11.2020)
3. Case Oyal v. Turkey // URL: <https://hudoc.echr.coe.int/app/conversion/pdf/?library=ECHR&id=001-97848&filename=001-97848.pdf&TID=thkbhnilzk> (дата обращения: 22.11.2020)
4. Lambert and others v. France // URL: <https://hudoc.echr.coe.int/app/conversion/pdf/?library=ECHR&id=003-6394205-8390859&filename=Case%20of%20Lambert%20and%20Others%20v.%20France%20-%20request%20for%20interim%20measures%20refused.pdf> (дата обращения: 22.11.2020)
5. Гринкевич Л.С., Банин С.А. Одноканальное финансирование: из прошлого в будущее здравоохранения России // Финансы и кредит. 2016. №33 (705). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/odnokanalnoe-finansirovanie-iz-proshlogo-v-budushee-zdravoohraneniya-rossii> (дата обращения: 22.11.2020)
6. Шинкарёва О.В. Реформирование налога на доходы физических лиц // КНЖ. 2017. №4 (21). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/reformirovanie-naloga-na-dohody-fizicheskikh-lits> (дата обращения: 22.11.2020)
7. Дмитрий Морозов: несмотря на непростую ситуацию с пандемией, бюджет здравоохранения необходимо удерживать по ключевым позициям // URL: <http://duma.gov.ru/news/49671/> (дата обращения: 21.11.2020)
8. ЕСПЧ потребовал обеспечить «Спинразой» 11-летнего Егора Есаяна из Армавира // URL: <https://srji.org/news/2020/09/espch-potreboval-obespechit-spinrazoy-11-letnego-egora-esayan/> (дата обращения: 22.11.2020)
9. Принят закон о повышении НДФЛ на доходы более 5 млн рублей в год // URL: <https://rg.ru/2020/11/11/priniat-zakon-o-povyshenii-ndfl-na-dohody-bolee-5-mln-rublej-v-god.html> (дата обращения: 22.11.2020)
10. РИА Новости: Сколько стоит самое дорогое лекарство в мире // URL: <https://ria.ru/20200130/1564023343.html> (дата обращения: 22.11.2020)
11. Финансово-экономическое обоснование к законопроекту №1022669-7 «О внесении изменений в часть вторую Налогового кодекса Российской Федерации в части налогообложения доходов физических лиц, превышающих 5 миллионов рублей за налоговый период» // URL: <http://sozd.duma.gov.ru/download/9CD8AC57-9BCE-4889-A41A-0191CD6AF56B> (дата обращения: 22.11.2020)

Об авторе:

Шклянка Григорий Андреевич — студент третьего курса юридического факультета Санкт-Петербургского филиала Национального Исследовательского Университета «Высшая школа экономики», Санкт-Петербург, grikokos72@mail.ru

Grigoriy Andreevich Shklyanka — a third-year student of the Law Faculty St. Petersburg Branch of the National Research University «Higher School of Economics», St. Petersburg

© Шклянка Г.А., 2020

Для цитирования:

Шклянка Г.А. Актуальные проблемы лекарственного обеспечения больных орфанными заболеваниями // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2020. №2 (12). С. 150-155.

For citation:

Shklyanka G.A. Current problems of medicinal provision for patients with orphan diseases // M.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2020. №2 (12). P. 150-155.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

The author declares that there is no conflict of interest.

Статья поступила в редакцию 21.11.2020 г.

РАЗДЕЛ II.

ЧАСТЬ II.

ПРОФИЛАКТИКА И ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ
СОВЕРШЕНИЯ ПРАВОНАРУШЕНИЙ
В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ:
ОСОБЕННОСТИ НАСТУПЛЕНИЯ
ЮРИДИЧЕСКОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

Ковалева В.В.

НАРУШЕНИЕ ПРАВ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ОКАЗАНИИ ИМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Данная статья посвящена вопросам нарушения основных прав пациентов, при оказании им медицинской помощи. Проведенный анализ нормативных правовых актов и литературы, показал, что под правами пациентов понимают утверждённые нормы международного и национального права, гарантии гражданам охраны их здоровья и предоставления медицинской помощи, в случае срочной необходимости. Нарушения прав пациентов при оказании им медицинской помощи чаще всего связывают именно с незаконным разглашением информации, составляющую врачебную тайну. Защита прав пациентов может быть в следствии решение споров в достигнутых в досудебном и судебном порядке. Досудебный способ решения конфликтов и восстановления прав пациентов позволяют достичь цели с минимальным расходом финансовых средств и сил. Развитие «медиации» позволит улучшить ситуацию в сфере здравоохранения и «заполнить» проблемы в области медицинского права. В результате исследования нарушения основных прав пациентов были выявлены ряд существенных недостатков действующего нормативно-правового регулирования здравоохранения, что в результате сильно и снижает эффективность работы в обеспечении реализации медицинской помощи. Методологической основой этой работы стал комплекс методов научного познания, социальных процессов, фактов, диалектический метод познания, метод системного анализа.

Ключевые слова: медицинская помощь, права пациентов, медицинское право, право на получение бесплатной медицинской помощи, врачебная тайна

Viktoriya Kovalyova

VIOLATION OF THE RIGHTS OF PATIENTS IN PROVIDING THEM WITH MEDICAL CARE

This article is devoted to the issues of violation of the fundamental rights of patients in the provision of medical care. The analysis of normative legal acts and literature showed that the rights of patients are understood as the approved norms of international and national law, guarantees to citizens of protecting their health and providing medical care in case of urgent need. Violations of the rights of patients in the provision of medical care are most often associated with the illegal disclosure of information that constitutes a medical secret. Protection of patients' rights can be a consequence of the resolution of disputes reached in the pre-trial and judicial order. The pre-trial way of resolving conflicts and restoring the rights of patients allows you to achieve the goal with a minimum expenditure of financial resources and efforts. The development of «mediation» will improve the situation in the healthcare sector and «fill» the problems in the field of medical law. As a result of the study of violations of the basic rights of patients, a number of significant shortcomings of the current regulatory legal regulation of healthcare were identified, which, as a result, greatly reduces the efficiency of work in ensuring the implementation of medical care. The methodological basis of this work was a set of methods of scientific knowledge, social processes, facts, the dialectical method of cognition, the method of systems analysis.

Keywords: medical care, patients' rights, medical law, the right to receive free medical care, medical secrecy

Право на получение бесплатной медицинской помощи прописано в Основном законе Российской Федерации — Конституции (ст. 41) и является одним из основных гарантов государства на оказание медицинской помощи [4]. Несмотря на довольно быстрое развитие медицинского права, все еще есть ряд актуальных вопросов по защите прав пациента, которые нужно решать в срочном порядке.

Юристы, адвокаты, имеющие знания в области здравоохранения, которые имеют квалифицированную подготовку в сфере юриспруденции очень мало. Помимо этого, среди населения не проводят уроки правовой грамотности самих пациентов. К примеру, сами пациенты, подписывая согласие на обработку персональных данных и на оказание медицинской помощи данного медицинского учреждения, организации, не вникают в нюансы. Именно поэтому правозащитники публикуют в сети «Интернет» сведения о полномочиях, правах и обязанностях как медицинских работников, так и пациентов. Некоторые юристы, адвокаты и специалисты в области здравоохранения говорят о необходимости введения в официальный оборот понятия «медицинской адвокатуры», а также введение профессиональной переподготовки по специальности «медицинское право». Актуальной в связи с этим является задача создания профессионального сообщества юристов, способных оказывать квалифицированную юридическую помощь с целью защиты прав в сфере медицины. Ученые-правоведы давно говорят о том, что введение «дежурных адвокатов» для медицинских организаций (учреждений) было бы решением ряда проблем в сфере здравоохранения.

Понятие пациент определяется как лицо, которому оказывается медицинская помощь или кто обратился за оказанием медицинской помощи независимо от наличия заболевания и от его состояния (п. 9, ст. 2 Федерального Закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации») [3, 5]. Базовые права пациента отражены в Конституции РФ и в Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

В соответствии с положением ч. 5 ст. 19 вышеуказанного Закона [5] пациент имеет право на:

- самостоятельный выбор доктора и выбор медицинского учреждения;
- получение консультаций от врачей-специалистов;
- получение всей информации о своих правах и обязанностях, состоянии здоровья и т.д.
- сохранение врачебной тайны, запрет на разглашение сведений о пациенте;
- пациент может отказаться от медицинского вмешательства;
- возмещение вреда, причиненного здоровью при оказании ему медицинской помощи;
- допуск к нему адвоката или законного представителя для защиты своих прав.

В случае возникновения споров в сфере защиты прав пациентов законодательством предусматривается досудебный и судебный способ защиты нарушенных прав [2]. Одним из распространённых вариантов восстановления прав пациента является административный порядок решения конфликтов. Пациент или его законный представитель, направляет жалобу в вышестоящую организацию. Этот способ является доступным и простым по исполнению. Жалоба может быть оформлена в свободной форме на официальном сайте медицинской организации либо на сайте вышестоящей организации.

Наиболее часто оформляются претензии, поскольку они являются наиболее эффективными по способу восстановления права пациента, являясь письменным требованием о досудебном устранении нарушения прав. Этот способ требует материальных расходов на оплату услуг юриста по составлению претензии, а также временных затрат, но является более эффективным, нежели жалоба. Претензия может быть направлена по почте в бумажном варианте и (или) по электронной почте.

Следующий способ решения проблемы — третейский суд, — редко используемая форма. Преимуществом является — возможность участия судьи, который имеет знания в юриспруденции и сфере здравоохранения.

К числу досудебных способов также относится медиация, состоящая в привлечении третьей, независимой стороны для решения споров. К сожалению, эта практика не популярна у нас в России. Судебный процесс является сложным и затратным. Наряду с этим анализ судебной практики показал, что по причине недостаточности специальных познаний в области медицинского права судьи зачастую принимают неверные решения. Это говорит о наличии значительных проблем в подготовке юристов по вопросам правового регулирования здравоохранения в здравоохранении.

Говоря о нарушении прав пациентов при оказании им медицинской помощи стоит отметить, что особое внимание при этом уделяется защите прав на сохранение врачебной тайны [1]. Врачебную тайну составляют сведения о состоянии здоровья пациента, его заболевании, факт обращения за медицинской помощью, которые

стали известны врачу (медицинской сестре или какому-то другому персоналу медицинского учреждения).

Таким образом, врачебная тайна должна рассматриваться как предупреждение случаев причинения вреда не только пациенту, но и его родным или третьим лицам, связанных, или не связанных с пациентом, в результате разглашения сведений о состоянии здоровья пациента, процесс и последствия его обследования или лечения. Законодательством РФ предусматривается уголовная, административная и дисциплинарная ответственность для работников системы здравоохранения за разглашение врачебной тайны. Более того, законодатель предусмотрел возможность пациента требовать компенсацию морального вреда в случае разглашения врачебной тайны, если подобные действия привели к физическим и нравственным страданиям пациента.

Список литературы:

1. Давлетшин А.Р. Право на врачебную (медицинскую) тайну и квалифицированную юридическую помощь. Ученые записки Казанского университета. 2017; 2: 401-409.
2. Долженкова Е.В., Ларина О.Г., Малогорская И.О., Хрущев Е.Г. Медицинское право: учеб. пособие // Курск, 2020. 257 с.
3. Кирилловых А.А. Научно-практический комментарий к Федеральному закону «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». М.: Деловой двор. 2012 год. 600 с.
4. Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993) // URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_28399/ (дата обращения: 10.11.2020)
5. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ (дата обращения: 10.11.2020)

Об авторе:

Ковалева Виктория Васильевна — студент юридического факультета Юго-Западного государственного университета, Курск, vikmin23@gmail.com

Viktoriya Vasil'evna Kovalyova — student of the faculty of law of South-Western state University, Kursk

© Ковалёва В.В., 2020

Для цитирования:

Ковалёва В.В. Нарушение прав пациентов при оказании им медицинской помощи // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2020. №2 (12). С. 160-162.

For citation:

Kovalyova V.V. Violation of the rights of patients in providing them with medical care // M.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2020. №2 (12). P. 160-162.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare that there is no conflict of interest.

Статья поступила в редакцию 27.11.2020 г.

Радов В.В.

НЕКОТОРЫЕ ПРОБЛЕМЫ ВИНЫ В ЯТРОГЕННЫХ ПРЕСТУПЛЕНИЯХ

В статье поднимается одна из наиболее трудных проблем теории и практики уголовного права — отграничение легкомыслия от косвенного умысла в преступлениях против жизни и здоровья. Данная проблема актуализирована примерами квалификации и установления вины медицинского работника в ятрогенных преступлениях. Автором проведен обзор научной литературы по проблемам вины в уголовном праве. Показаны проблемы понимания легкомыслия медицинского работника на основании опубликованной судебной практики по делам об ятрогенных преступлениях. Помимо сугубо уголовно-правовых аспектов, автором обращено внимание на нормативные и рекомендательные документы в области оказания медицинской помощи, свидетельствующие об объективном отражении субъективных признаков преступления. Сформулированы критерии установления легкомыслия и косвенного умысла медицинского работника.

Ключевые слова: ятрогенное преступление, вина, легкомыслие, косвенный умысел, судебная практика, проблемы квалификации, ненадлежащее оказание медицинской помощи

Vladislav Radov

SOME PROBLEMS OF GUILT IN IATROGENIC CRIMES

The article examines one of the most difficult problems of the theory and practice of criminal law on the delimitation of frivolity from indirect intent. This problem is actualized by examples of qualification and establishment of the guilt of a medical worker in iatrogenic crimes. The author reviewed the scientific literature on the problems of guilt in criminal law. The problems of understanding the light-mindedness of a medical worker are shown on the basis of published judicial practice in cases of iatrogenic crimes. In addition to purely criminal-legal aspects, the author drew attention to regulatory and recommendatory documents in the field of medical care, which testify to the objective reflection of the subjective signs of a crime. Criteria for establishing frivolity and indirect intent of a medical worker are formulated.

Keywords: iatrogenic crime, guilt, frivolity, indirect intent, judicial practice, qualification problems, inappropriate medical care

Трудным вопросом при квалификации ятрогенных преступлений, как и других преступлений против жизни и здоровья человека, остаётся точное определение вины, её формы и вида. Заметим, что к ятрогенным преступлениям целесообразно относить только те неосторожные преступления медицинских работников против жизни и здоровья, которые совершаются вследствие ненадлежащего выполнения своих профессиональных обязанностей [13, с. 437].

В практике применения уголовного закона при оценке общественно опасного

деяния медицинского работника особенно проблемным остаётся отграничение легкомыслия от косвенного умысла. Правильное установление вины в преступлении медицинского работника при прочих равных признаках состава предопределяет уголовно-правовую оценку содеянного: от преступления небольшой тяжести (ст. 124 УК) до особо тяжкого (ст. 105 УК).

Исходя только из буквы уголовного закона, довольно затруднительным представляется разграничение косвенного умысла и легкомыслия, в связи с чем следует обра-

таться к достижениям доктрины уголовного права и складывающейся практике применения уголовного закона.

Главными критериями разграничения здесь признаются интеллектуальный и волевой моменты, имеющие различную комбинацию в каждом виде вины.

Интеллектуальный момент вины раскрывается через: осознание общественной опасности деяния, предвидение наступления общественно опасных последствий.

В силу закона при косвенном умысле имеет место осознание лицом общественной опасности совершаемого деяния (ч. 3 ст. 25 УК РФ). Тогда как в законодательной конструкции легкомыслия подобного указания нет (ч. 2 ст. 26 УК РФ). Такая особенность объясняется в юридической науке тем, что общественная опасность в неосторожных преступлениях имеет место исключительно в характеристике отношения лица к последствиям.

Вместе с тем некоторые ученые настаивают на наличии данного признака и в содержании легкомыслия. Профессор А.И. Рарог пишет, что осознание общественной опасности деяния типично для легкомыслия, так как последнее несёт в себе потенциальную угрозу причинения вреда охраняемым отношениям [15, с. 46]. Поддерживает такое понимание и профессор В.А. Нерсисян, полагающий, что предвидение общественно опасных последствий и самонадеянная уверенность в том, что они не наступят, ошибочно рассматривать в отрыве от осознания лицом характера совершаемых действий [8, с. 16]. Такая позиция сводится к тому, что наличие самонадеянного расчета на предотвращение последствий (волевой момент) свидетельствует об осознании лицом общественной опасности своего деяния (интеллектуальный момент).

Иначе полагал и настаивал профессор П.С. Дагель: «Сознание общественно опасного характера совершаемого деяния, как уже отмечалось, является существенным признаком умысла, отличающим его от неосторожности ... Результат здесь не связан однозначно с деянием, а является следствием стечения ряда условий, в том числе и не зависящих от виновного» [4, с. 81]. Точнее

такую позицию сформулировал профессор П.С. Яни: имеет место осознание противоправности, а не общественной опасности [16]. В связи с этим, например, С.Ю. Корблева предлагает скорректировать дефиницию легкомыслия прямым указанием на интеллектуальную составляющую — «лицо осознанно нарушило правила безопасности, установленные законом или федеральным подзаконным актом» [5, с. 11].

Подчеркнем, что речь идет не о противоправности преступления, а об осознании виновным нарушения бланкетных правил. Применительно к ятрогенным преступлениям указанное проявляется в сознательном нарушении правил оказания медицинской помощи, содержащихся не только в Федеральном законе от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», но и в порядках, стандартах, клинических рекомендациях, должностных инструкциях, инструкциях к лекарственным препаратам.

Данная научная дискуссия породила и некорректные формулировки в судебных решениях по ятрогенным преступлениям, в частности, применительно к положениям ст. 124 УК РФ. Так, в апелляционном представлении по делу Бомко С.В., старший помощник прокурора указывал на то, что «...действия врача выразились в неоказании медицинской помощи потерпевшему, являлись **умышленными** (выделено нами — В.Р.), а потому должны быть квалифицированы по ч. 2 ст. 124 УК РФ...» [2]. Курский областной суд в решении от 13.02.2019 не принял доводы апелляционного представления о необходимости переквалификации действий Бомко С.В. с ч. 2 ст. 109 УК РФ на ч. 2 ст. 124 УК РФ, усматривая в содеянном неосторожную форму вины и аргументируя это так: «Уголовная ответственность по ст. 124 УК РФ наступает в случае **умышленного** (выделено нами — В.Р.) неоказания помощи больному без уважительных причин» [2].

Законодательная формулировка второго признака интеллектуального момента — предвидения — при косвенном умысле и легкомыслии является идентичной, поэтому различие между ними объясняется ис-

ключительно в доктрине уголовного права. Так, еще профессор В.Г. Макашвили подчеркивал, что при эвентуальном умысле имеет место предвидение реальной возможности наступления общественно опасных последствий (в конкретном случае), тогда как при легкомыслии предвидение — абстрактной возможности (вообще) [7, с. 167]. Как верно отмечал профессор В.И. Пинчук, «характер предвидения при косвенном умысле отличается большей определенностью, конкретностью» [10, с. 18]. П.С. Дагель называл преступное последствие при косвенном умысле «ценой, которую виновный готов заплатить за достижение желаемой цели» [4, с. 88]. Отсюда при едином характере предвидения (наступления именно преступного последствия), отличие состоит в степени такого предвидения.

Предвидение наступления неблагоприятных последствий в субъективной стороне ятрогенного преступления имеет особенности в том, что медицинский работник имеет специальные знания для определения степени такого предвидения.

Более заметной видится разница в волевом моменте для данных видов вины, который выражается через отношение субъекта к наступлению преступных последствий.

При косвенном умысле нежелание наступления общественно опасных последствий имеет место наряду с их сознательным допущением или безразличным отношением к ним. При легкомыслии же нежелание наступления общественно опасных последствий сопровождается самонадеянным расчетом на их предотвращение. Как точно писал профессор С.В. Бородин: «Предвидение возможности предотвращения последствия при самонадеянности носит абстрактный характер в силу отсутствия сознательного допущения предвиденных общественно опасных последствий. Оно лишено здесь той конкретной определенности, которой обладает предвидение при косвенном умысле. Этим отличается самонадеянность от косвенного умысла» [3, с. 131-132].

Профессор А.Н. Попов даёт важное разъяснение: «Волевое отношение при легкомыслии и косвенном умысле противопо-

ложно по своему содержанию. При легкомыслии лицо занимает активную позицию, рассчитывая на предотвращение последствий, а при косвенном умысле — пассивную, поскольку не предпринимает никаких усилий по их предотвращению, допуская их или относясь к ним безразлично» [11].

К сожалению, несмотря на теоретическую разработанность вопросов разграничения косвенного умысла и легкомыслия, в судебной практике остаются спорные ситуации и конфликтные позиции правоприменителей.

В частности, интерес представляет приговор Калужского областного суда от 19.12.2018 по делу Халиловой (акушер-гинеколог ЦРБ, зав. отделением), Васильевой (педиатр ЦРБ), Ругина (заместитель главного врача по акушерству и гинекологии областной больницы). Первая была осуждена, вторая и третий — оправданы. Фабула дела такова: в результате бездействия Халиловой рожденный живым недоношенный ребенок вскоре (от 1 до 20 минут) умер от гипоксии. Доказано, что в случае оказания Халиловой экстренной реанимационной медицинской помощи новорожденному, имелась возможность сохранения ему жизни. Более того, судом установлена прямая причинно-следственная связь между бездействием врача и смертью ребёнка [12].

Проблема квалификации содеянного возникла в судебном разбирательстве и при дальнейшем обжаловании приговора:

1. государственный обвинитель усматривал признаки косвенного умысла и настаивал на квалификации содеянного как убийства (п. «в» ч. 2 ст. 105 УК);
2. суд же установил наличие легкомыслия и оценил содеянное как неоказание помощи больному, повлекшее по неосторожности его смерть (ч. 2 ст. 124 УК).

Судом установлено следующее: «...Зная о том, что ФИО предстоят преждевременные роды живым глубоко недоношенным ребенком с экстремально низкой массой тела, с первых секунд жизни нуждающемся в медицинской помощи, включая реанимационную, обязанность оказания которой лежит, в том числе и на ней, как на враче акушере-гинекологе, Халилова без

уважительных причин не оказала такую помощь, не сообщила другим медицинским работникам, принимавшим участие в приеме родов, что ребенок должен был родиться и рожден живым. Это бездействие Халиловой, притом, что в названной ситуации она должна была и могла действовать, состоит в связи с наступлением смерти младенца. В результате бездействия Халиловой ребенку не была своевременно и в полном объеме оказана необходимая ему помощь, другие медики, на успешные действия которых самонадеянно рассчитывала Халилова, не смогли предотвратить летальный исход. Однако, в случае выполнения Халиловой ее обязанностей по оказанию младенцу помощи, его жизнь можно было спасти» [12].

Заметим, что об марта 2019 г. Судебная коллегия по уголовным делам Верховного Суда РФ согласилась с выводами суда первой инстанции, не удовлетворив апелляционное представление прокурора, оставив приговор без изменений [1].

В отношении интеллектуального момента вины стоит отметить, что осужденная осознавала противоправность своего деяния, так как намеренно отказалась от совершения обязательных действий по оказанию медицинской помощи новорожденному, не сообщила иным медикам о живорождении ребенка.

Об этом свидетельствуют положения должностной инструкции врача акушера-гинеколога, предписания приказа Минздрава от 2012 г. №572, утвердившего порядок оказания медицинской помощи по профилю акушерство и гинекология. Более того, методическое письмо Минздрава от 2015 г. №15-4/10/2-3204 напрямую требует: «Акушер-гинеколог заранее оповещает о рождении ребенка неонатолога или другого медицинского работника, владеющего в полном объеме методами первичной реанимации новорожденных, для подготовки оборудования. Специалист, оказывающий первичную реанимационную помощь новорожденным, заранее должен быть поставлен в известность акушером-гинекологом о факторах риска рождения ребенка в асфиксии» [9].

В данном письме также указывается, что реанимационные мероприятия и оценка состояния ребенка по шкале Апгар производится с 1 минуты после родов, на 5 минуте и 10 минуте. При необходимости производится интубация, применяется аппарат ИВЛ. Врачи акушеры-гинекологи прямо сориентированы этим документом: «Необходимым условием проведения оксигенотерапии является непрерывный мониторинг оксигенации методом пульсоксиметрии с первой минуты жизни» [9].

При этом во введении к названному письму Минздрава от 2015 г. подчеркивается: «Тяжелая антенатальная гипоксия плода является одной из основных причин высокой перинатальной заболеваемости и смертности в Российской Федерации. Эффективная **первичная реанимация** (выделено нами — В.Р.) новорожденных в родильном зале позволяет существенно снизить неблагоприятные последствия перинатальной гипоксии» [9].

Наиболее спорным обстоятельством в настоящем деле является оценка расчёта, имевшегося у врача, якобы на то, что помощь младенцу окажут другие медицинские работники. Был ли легкомысленный расчет на недопущение последствий ввиду конкретных обстоятельств (действий иных врачей)? Или это был расчет «на авось», допускаемый при косвенном умысле?

По справедливому утверждению специалистов в области уголовного права, характер расчета является основным критерием разграничения легкомыслия и косвенного умысла. При легкомыслии «лицо, рассчитывая на конкретные обстоятельства, предвидит способность последних предотвратить общественно опасные последствия, — замечает профессор П.С. Дагель, — иначе оно не могло, рассчитывая на них, быть уверенным в предотвращении вреда» [4, с. 113]. Так, справедливо замечал ещё В.Г. Макашвили, что к косвенному умыслу относятся и случаи, когда виновный надеется на определенные обстоятельства, содержащие, по его мнению, некоторые шансы на предотвращение последствий, если эта надежда не достигает степени уверенности [6, с. 110].

Резюмируя сказанное, выделим главное. Вопросы понимания вины в ятрогенном преступлении остаются проблемными как в доктрине уголовного права, так и в практике применения уголовного закона. Известная проблема отграничения легкомыслия от косвенного умысла значительно обостряется применительно к ятрогенным преступлениям, их отграничению от других деяний [14]. Критерии отграничения допустимо представить следующим образом:

1) легкомыслие отличается от косвенного умысла тем, что виновный осознает противоправность своего деяния, то есть, то фактическое обстоятельство, что нарушает правила оказания медицинской помощи, предусмотренные конкретными пунктами и статьями нормативных правовых актов, порядками оказания медицинской помощи, стандартами, клиническими рекомендациями и должностными инструкциями;

2) предвидит лишь абстрактную возможность наступления общественно опасного результата, но исключает наступление последствий от собственного деяния. Подчеркнем, что нежизнеспособность пациента не исключает вину медицинского работника;

3) при легкомыслии медицинский работник не желает наступления преступного результата, так как обладает расчетом на конкретные обстоятельства, способные, по его убеждению, предотвратить наступление преступных последствий. Расчет здесь может быть исключительно конкретным, имеющим под собой, хотя и самонадеянные, но основания;

4) виновный занимает активную позицию, имеет стремление предотвратить общественно опасный результат, предпринимает конкретные меры.

Для установления наличия у медицинского работника в такого рода случаях косвенного умысла достаточно определить то, что он осознавал фактический и социальный аспекты общественной опасности своего деяния, предвидел реальную возможность наступления неблагоприятных последствий от собственного деяния, в том числе в условиях бездействия, но при этом не предпринимал мер к их предотвращению, относился к ним пассивно позитивно, что свидетельствует о сознательном допущении последствий и безразличии к ним.

Список литературы:

1. Апелляционное определение Судебной коллегии по уголовным делам Верховного Суда Российской Федерации от 06 марта 2019 г. по делу 85-АПУ 19-1 // Официальный сайт Верховного Суда Российской Федерации (дата обращения: 10.11.2020)
2. Апелляционное постановление Курского областного суда от 13.02.2019 по делу №22-190-2019 // URL: <https://clck.ru/SVbw3> (дата обращения 10.11.2020)
3. Бородин С.В. Ответственность за убийство: квалификация и наказание по российскому праву. М.: Юрист, 1994. С. 131-132
4. Дагель П.С. Проблемы вины в советском уголовном праве // Ученые записки ДВГУ. Вып. 21. ч. 1. Владивосток, 1966. 164 с.
5. Кораблева С.Ю. Вина как уголовно-правовая категория и ее влияние на квалификацию преступлений: автореф. дисс. ... канд. юрид. наук. М., 2013. 32 с.
6. Макашвили В.Г. Волевой и интеллектуальный элемент умысла // Советское государство и право. 1966. №7. С. 108-112.
7. Макашвили В.Г. О разграничении эвентуального умысла и самонадеянности // Правоведение. 1965. №2. С. 167.
8. Нерсисян В.А. Ответственность за неосторожные преступления: автореф. дис. ... д-ра юрид. наук. М.: 2006. 49 с.
9. О направлении методического письма Минздравсоцразвития РФ «Первичная и реабилитационная помощь новорожденным детям»: Письмо Минздравсоцразвития РФ

- от 21.04.2010 №15-4/10/2-3204 // URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_102275/ (дата обращения 10.11.2020)
10. Пинчук В.И. Вина: учебное пособие. СПб: СПбЮИ ГП РФ, 1998. 32 с.
 11. Попов А.Н. К вопросу об эвентуальном умысле // КриминалистЪ. 2012. №1. С. 5-12.
 12. Приговор Калужского областного суда от 19 дек. 2018 г. по делу №УК-2-11/2018 // URL: <https://sudact.ru/regular/doc/3r4zKRFx7vZ8/> (дата обращения: 10.11.2020)
 13. Радов В.В. Понятие ятрогенного преступления // Право XXI века: сборник материалов международной конференции, посвященной Дню юриста. Тула: Изд-во ТулГУ, 2020. С. 435-437.
 14. Радов В.В. Необоснованность квалификации преступления, совершенного медицинским работником, по ст. 238 Уголовного кодекса Российской Федерации // Медицинское право: теория и практика. 2020. №2. С. 159-164.
 15. Рарог А.И. Субъективная сторона и квалификация преступлений: монография. М., 2001. 134 с.
 16. Яни П.С. Разграничение должностных и профессиональных функций при квалификации халатности // Законность. 2012. №4. С. 41-46.

Об авторе:

Радов Владислав Владимирович — магистрант Санкт-Петербургского юридического института (филиала) Университета прокуратуры Российской Федерации, Санкт-Петербург, vv-radov@mail.ru

Vladislav Vladimirovich Radov — master's student, St. Petersburg Law Institute (branch) of the University of the Prosecutor's Office of the Russian Federation, St. Petersburg

© Радов В.В., 2020

Для цитирования:

Радов В.В. Некоторые проблемы вины в ятрогенных преступлениях // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2020. №2 (12). С. 163-168.

For citation:

Radov V.V. Some problems of guilt in iatrogenic crimes // M.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2020. №2 (12). P. 163-168.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

The author declares that there is no conflict of interest.

Статья поступила в редакцию 12.11.2020 г.

Фатиева И.А.

ОСОБЕННОСТИ КОНСТРУКЦИИ СОСТАВА ПРЕСТУПЛЕНИЯ, ПРЕДУСМОТРЕННОГО СТАТЬЕЙ 235 УГОЛОВНОГО КОДЕКСА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Растущий спрос на медицинские косметологические услуги, оказываемые на нелегальной основе, и повышенный риск наступления осложнений у их получателей делают ключевым вопрос об уголовном преследовании услугодателей. УК РФ в ст. 235 устанавливает ответственность за незаконное осуществление медицинской деятельности. Конструкция упомянутого состава преступления не лишена недостатков: отсутствует единообразное понимание характера деяний, составляющих его объективную сторону; акцент сделан на незаконном и нелегальном характере оказания косметологических услуг; состав является материальным; отсутствуют квалифицирующие признаки. В связи с этим автор предлагает установить в конструкции состава преступления требование о наличии у услугодателя соответствующего образования; закрепить рассматриваемый состав как формальный; разграничить его квалифицирующие признаки.

Ключевые слова: медицинская косметология, косметологические услуги, требования безопасности, медицинская деятельность, фармацевтическая деятельность

Irina Fatieva

CONSTRUCTION PECULARITIES OF THE ELEMENTS OF CRIME SET IN THE ARTICLE 235 OF THE CRIMINAL CODE OF THE RUSSIAN FEDERATION

the growing demand for medical cosmetology services provided illegally and the increased risk of complications for their recipients make the issue of criminal prosecution of service providers paramount. Article 235 of the Criminal code of the Russian Federation establishes responsibility for illegal medical activities. The crime construction mentioned above is characterized with several drawbacks: there is no unified understanding of the nature of the acts that form its objective side; the emphasis is displaced on the illegal and unlicensed nature of the cosmetic services provision; the construction of the crime is material; there are no qualifying signs. In this regard, the author proposes to establish in this crime construction the requirement of service provider's education appropriate level; to fix this crime construction as formal; to distinguish its qualifying features.

Keywords: medical cosmetology, cosmetology services, safety requirements, medical activities, pharmaceutical activities

В современном обществе сфера оказания услуг играет одну из наиболее значимых ролей, удовлетворяя широкий спектр общественных и индивидуальных потребностей, поддерживая и развивая социально-экономические отношения [6, с. 3]. Одним из ключевых сегментов сферы оказания услуг

в последние десятилетия традиционно выступает отрасль косметологии, общий рост которой по прогнозам аналитиков составит в ближайшее время 10% ежегодно, что повлечет за собой расширение перечня видов косметологической деятельности [13]. Так, в частности, еще в 2016 году рынок космето-

логических инъекций (инвазивных медицинских косметологических вмешательств) находился в сегменте наиболее коммерциализированных и востребованных [14].

Современное законодательство не дает четкого определения термину «косметология». С одной стороны, как справедливо отмечают представители Современной научно-технологической академии АНО ДПО «СНТА», под косметологией понимается направление медицинской деятельности, целью которого являются «изучение, диагностика и лечение косметических дефектов», что предполагает осуществление инвазивного вмешательства в организм человека [12]. С другой стороны, косметология — это сфера деятельности, в рамках которой реализуются «комплексы процедур бытового характера», которые не предполагают оказание специализированной медицинской помощи [16]. Данные косметические манипуляции представляют собой действия, которые реализуются посредством использования средств декоративной, или «уходовой», косметики в целях поддержания личной гигиены и исправления косметических недостатков и не связаны с инвазивным вмешательством, в связи с чем не требует специализированного медицинского контроля [15].

С учетом отсутствия легального определения термина «косметология» особенно важным представляется вопрос о выделении тех косметологических манипуляций, на осуществлении которых требуется дополнительное разрешение.

Так, фармацевтическое издание «Новости GMP» указывает, что за период с 30 марта по 14 июня 2020 года количество косметических инъекций, выполненных на дому или в салонах, не имеющих соответствующей лицензии, выросло по сравнению с 2019 годом в 2,3 раза и составило 551 000 процедур. Отмечается, что после введения ограничительных мер на деятельность салонов красоты, серый рынок инъекционной косметологии вырос на 17,9% [12].

Повышенный спрос общественности на косметологические услуги, оказываемые в «теневом» сегменте, а также участвовавшие случаи осложнений у их потребителей (по

оценке Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения) [10] актуализируют вопрос об уголовном преследовании лиц, осуществляющих соответствующие манипуляции на нелегальной основе.

На сегодняшний день ст. 235 Уголовного кодекса РФ (далее по тексту — УК РФ) закрепляет ответственность за незаконное осуществление медицинской деятельности или фармацевтической деятельности.

Основным непосредственным объектом преступления, предусмотренным ст. 235 УК РФ, выступает здоровье населения. Под здоровьем населения понимается категория медико-демографического и социального характера, которая отображает физическое, психическое, социальное благополучие людей. Базовые факторы, которые оказывают воздействие на данный институт, представлены 4 категориями: биологические (половозрастные характеристики), природные (климатические), социально-экономические (образ жизни) и медицинские (организация медицинской помощи, оказание медицинских услуг, в том числе, косметологической направленности) [5, с. 17-19]. Индивидуальное здоровье человека как «состояние полного физического, духовного и социального благополучия» соотносится с институтом здоровья населения как частное и общее, что обуславливает его отнесение к непосредственному объекту рассматриваемого состава преступления.

Дополнительным объектом преступления, предусмотренного ст. 235 УК РФ, является законный порядок осуществления лицензируемой деятельности. Так, согласно п. 46 ч. 1 ст. 12 ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» от 04.05.2011 №99-ФЗ (далее по тексту — ФЗ №99-ФЗ), медицинская деятельность (в том числе, оказание медицинских косметологических услуг) подлежит лицензированию в порядке, предусмотренном главой 2 ФЗ №99-ФЗ. Нарушение положений данного федерального закона в рассматриваемом контексте ставит под угрозу жизнь и здоровье граждан (п. 1 ст. 2 ФЗ №99-ФЗ), а также подрывает единство экономического пространства РФ (п. 1 ст. 4 ФЗ №99-ФЗ).

По конструкции объективной стороны данный состав относится к числу материальных. В контексте анализируемой проблематики уголовно наказуемыми являются деяния лица, оказывающего косметологические услуги в отсутствие лицензии на данный вид медицинской деятельности, в результате чего причиняется вред здоровью человека или наступает смерть человека. В доктрине не сложилось единства мнений относительно характера данных деяний. Так, некоторые ученые (например, А.В. Бриллиантов) указывают на то, что деяния выражаются в форме активных действий по оказанию конкретных медицинских косметологических услуг. Иные представители науки (А.Е. Шалагин) оценивают деяния, составляющие объективную сторону состава преступления, предусмотренного ст. 235 УК РФ, как бездействие, выражающееся в деятельности лица, которая осуществляется им в отсутствие лицензии, с просроченной, аннулированной или приостановленной лицензией либо лицензией на иной родственный вид деятельности, а также при наличии лицензии, выданной на другой территории [9, с. 265].

Считаем, что наиболее корректная оценка деяний, составляющих объективную сторону рассматриваемого преступления, представлена Г.А. Есаковым. Исследователь рассматривает институт смешанного бездействия, которое представлено осуществлением медицинской косметологической деятельности (активный компонент) при отсутствии на это права, закрепленного в лицензии (бездействие) [17].

Рядом ученых, в том числе Т.Г. Понятовской, А.И. Рарогом отмечается, что формулировка объективной стороны состава преступления, предусмотренного ст. 235 УК РФ, не лишена недостатков. Так, во-первых, законодатель смещает акцент с неквалифицированного и непрофессионального характера оказания косметологических услуг на незаконный и нелицензионный. Таким образом, в ст. 235 УК РФ отсутствует прямое указание на необходимость наличия у субъекта медицинского образования соответствующего уровня и прохождения им курсов переподготовки. Более того, рассма-

триваемая норма не содержит требования об отсутствии у субъекта судебного запрета на осуществление данного вида медицинской деятельности.

В то же время, в соответствии с положениями ФЗ №99-ФЗ, выдача и продление срока действия лицензии не производится в случае, если субъектом не предоставлены необходимые документы, в том числе подтверждающие наличие соответствующего образования, что, по нашему мнению, ставит под сомнение целесообразность имплементации ранее описанных дополнительных оснований для привлечения лица к уголовной ответственности по ст. 235 УК РФ.

Во-вторых, в доктрине [8, с. 820-821] оспаривается целесообразность рассмотрения данного состава в качестве материального. Презюмируется, что медицинская (в том числе, косметологическая) или фармацевтическая деятельность осуществляется на благо потребителей соответствующих услуг и в целях достижения положительного эффекта для них. Это возможно только тогда, когда указанная деятельность осуществляется в строгом соответствии с предписаниями закона. В случае нарушения положений нормативных правовых актов оказание соответствующих услуг приобретает общественно-вредный характер, ставит под угрозу жизнь и здоровье потребителей.

В то же время, конструкция состава преступления, предусмотренного ст. 235 УК РФ, не допускает привлекать к уголовной ответственности лицо, осуществляющее медицинскую косметологическую деятельность на незаконной основе, в случае, если в результате его деяний потребителю не был причинен вред здоровью.

В-третьих, отсутствие уточнения характера и степени причиненного вреда здоровью затрудняет квалификацию конкретных деяний в качестве преступных [8, с. 820-821]. По данным Росздравнадзора, негативные последствия рассматриваемых инвазивных медицинских процедур варьируются от аллергических реакций до «гнойных абсцессов, язв и дефектов кожных покровов». Таким образом, по ч. 1 ст. 235 УК РФ к ответственности может быть привлечен и субъект, чьей незаконной косметологической деятельностью

был причинен вред средней степени тяжести (например, повреждение верхнего века и надбровной области в результате укола ботулотоксина) [11], и субъект, причинивший своей деятельностью тяжкий вред здоровью (например, анафилактический шок).

В связи с этим учеными, в том числе Т.Г. Понятовской, А.И. Рарогом, Д.А. Гусамовой высказывается обоснованное предположение о необходимости закрепления в конструкции состава преступления, предусмотренного ст. 235 УК РФ, следующие квалифицирующие признаки: причинение легкой, средней степени тяжести вреда здоровью по неосторожности, тяжкого или особо тяжкого вреда здоровью по неосторожности, а также причинение смерти по неосторожности [7, с. 132-133].

Субъект преступления, предусмотренного ст. 235 УК РФ, общий. В анализируемом контексте он представлен лицом, достигшим 16-летнего возраста, оказывающим медицинские косметологические услуги в отсутствие лицензии на соответствующий вид деятельности.

Для получения лицензии соответствующий субъект, в том числе, должен представить документы, подтверждающие наличие у руководителя и специалистов, предоставляющих лицензируемые услуги в области косметологии, профильного образования в медицинской сфере. В соответствии с требованиями, установленными Приказом Минздрава №707н, для осуществления медицинской косметологической деятельности лицу необходимо получение высшего образования уровня специалитет по одной из двух специальностей — «Педиатрия» или «Лечебное дело». Также в качестве обязательных требований зафиксирована необходимость прохождения ординатуры по направлению «Косметология», получения дополнительного образования по направлению «Косметология» при наличии подготовки в интернатуре/ординатуре по специальности «Дерматовенерология».

Преступление, предусмотренное ст. 235 УК РФ, в целом характеризуется неосторожной формой вины. Так, нельзя не согласиться с А.И. Рарогом, который указывает на необоснованность закрепления в основном

составе преступления данную конструкцию субъективной стороны. Это объясняется тем, что субъект, осуществляющий незаконную медицинскую (в том числе, и косметологическую) или фармацевтическую деятельность, имеет неосторожное отношение лишь к последствиям деяний, которые, в свою очередь, совершаются им умышленно [16, с. 820-821]. Как верно отмечает А.Е. Шалагин, в случае установление прямого или косвенного умысла на причинение вреда жизни или здоровью человека субъект должен быть привлечен к ответственности за совершения преступления против личности [9, с. 265].

Поводя итог вышесказанному, важно подчеркнуть, что на сегодняшний день конструкция состава преступления, предусмотренного ст. 235 УК РФ, требует корректировки: применение актуальной редакции рассматриваемой статьи Уголовного закона не только не позволяет в полной мере учесть все аспекты совершенного лицом деяния и назначить ему справедливое наказание, но и в целом препятствует достижению целей наказания. В связи с этим автором вносятся следующие предложения по совершенствованию конструкции анализируемого состава преступления:

- законодательное закрепление характера деяний, составляющих объективную сторону состава преступления;
- по конструкции объективной стороны состав должен быть закреплён как формальный, что позволит привлечь к уголовной ответственности соответствующих лиц при установлении факта осуществления нелегальной медицинской косметологической деятельности;
- прямое указание в ст. 235 УК РФ на незаконность медицинской деятельности как на ее осуществление лицом в отсутствие медицинского образования соответствующего уровня и прохождения им курсов переподготовки;
- закрепление квалифицирующих признаков рассматриваемого состава преступления в зависимости от степени причиненного вреда, что в полной мере соответствует принципу индивидуализации наказания.

Список литературы:

1. Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993 с изменениями, одобренными в ходе общероссийского голосования 01.07.2020) // URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_28399/ (дата обращения: 05.02.2020)
2. Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996. №63-ФЗ (в ред. от 01.04.2019) // СЗ РФ. №25. 1996. ст. 2954.
3. Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании» от 29.11.2010 №326-ФЗ // Собрание законодательства РФ. 2010. №49. ст. 6422.
4. Постановления Пленума Верховного Суда РФ от 18.11.2004 года №23 «О судебной практике по делам о незаконном предпринимательстве» // Верховный Суд РФ [Электронный ресурс]. URL: <https://vsrf.ru/documents/own/8243/> (дата обращения: 05.02.2020)
5. Порада Н.Е. Общественное здоровье и здравоохранение: курс лекций. Минск: ИВЦ Минфина, 2017. 126 с.
6. Сапфиров М.А. Инструменты и методы управления мощностью организации сферы услуг: автореф. дисс. ... канд. экон. наук. Майкоп, 2009. 28 с.
7. Гусамова Д.А. Совершенствование норм об уголовной ответственности за незаконную медицинскую деятельность // Вестник экономики, права и социологии. 2018. №4. С. 131-133.
8. Понятовская Т.Г., Рарог А.И. Объект и система медицинского уголовного права // Всероссийский криминологический журнал. 2019. Т. 13. №5. С. 816-824.
9. Шалагин А.Е. О некоторых особенностях квалификации и предупреждения преступлений, предусмотренных ст. ст. 235 и 236 Уголовного Кодекса Российской Федерации // Вестник экономики, права и социологии. 2012. №1. С. 264-268.
10. Информация Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения от 1 марта 2018 г. «В связи с возросшим количеством осложнений у пациентов после косметологических процедур, Росздравнадзор заявляет следующее» // URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71792692/> (дата обращения: 11.10.2020)
11. Косметолог без диплома пойдет под суд за осложнения у пациентки // URL: <https://vademec.ru/news/2018/07/20/lzhe-kosmetolog-poydet-pod-sud-za-oslozhneniya-u-patsientki/> (дата обращения: 09.02.2020)
12. Исследование: за время «самоизоляции» в России количество нелегальных косметологических инъекций выросло в 2,3 раза // URL: <https://vc.ru/offline/138628-issledovanie-za-vremya-samoizolyacii-v-rossii-kolichestvo-nelegalnyh-kosmetologicheskikh-inekcij-vyroslo-v-2-3-raza> (дата обращения: 10.02.2020)
13. Анализ рынка салонов красоты 2019. URL: <https://alterainvest.ru/rus/blogi/analiz-rynka-salonov-krasoty-2019/> (дата обращения: 02.02.2020)
14. Голодные иглы: куда метил и попал в 2017 году рынок косметологических инъекций [Электронный ресурс]. URL: <https://mguu.ru/golodnye-igly-kuda-metil-i-popal-v-2017-godu-rynok-kosmetologicheskikh-inektsij/> (дата обращения: 02.02.2020)
15. Силюк И. Услуги салона красоты — медицинские и бытовые. Косметологическое оборудование — легальное и контрафактное // Красивый бизнес. 2015. Март/апрель. [Электронный ресурс]. URL: https://www.krasivo.biz/articles_590.htm (дата обращения: 30.12.2019)
16. Современная научно-исследовательская академия АНО ДПО «СНТА» [Электронный ресурс]: Право в косметологии: специфика и аспекты. URL: <https://www.snta.ru/press-center/pravo-v-kosmetologii-spetsifika-i-aspekty/> (дата обращения: 30.12.2019)
17. УК РФ с комментариями 2020 года [Электронный ресурс]. URL: <https://ukrf-stat.ru/statya-235-uk-rf-nezakonnoe-osushhestvlenie-meditsinskoj-deyatelnosti-ili-farmaceuticheskoy-deyatelnosti/> (дата обращения: 09.02.2020)

Об авторах:

Фатиева Ирина Андреевна — студентка 4 курса Высшей школы экономики, управления и права Северного (Арктического) федерального университета им. М.В. Ломоносова, Архангельск, fatieva.ia@mail.ru

Скрипченко Нина Юрьевна — профессор кафедры уголовного права и процесса Высшей школы экономики, управления и права Северного (Арктического) федерального университета им. М.В. Ломоносова, доктор юридических наук, доцент, Архангельск, n.scripchenko@narfu.ru

Irina Andreevna Fatieva — 4th year student of Higher school of economy, management and law of Northern (Arctic) federal university named after M.V. Lomonosov, Arkhangelsk

Nina Yurievna Scripchenko — professor of the Department of criminal law and procedure, of Higher school of economy, management and law of Northern (Arctic) federal university named after M.V. Lomonosov, doctor of Juridical Sciences, associate professor, Arkhangelsk

© Фатиева И.А., Скрипченко Н.Ю., 2020

Для цитирования:

Фатиева И.А., Скрипченко Н.Ю. Особенности конструкции состава преступления, предусмотренного статьей 235 Уголовного кодекса Российской Федерации // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2020. №2 (12). С. 169-174.

For citation:

Fatieva I.A., Scripchenko N.Yu. Construction peculiarities of the elements of crime set in the article 235 of the Criminal code of the Russian Federation // M.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2020. №2 (12). P. 169-174.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare that there is no conflict of interest.

Статья поступила в редакцию 12.10.2020 г.

Чекрыжова Д.Г.

АДМИНИСТРАТИВНАЯ И УГОЛОВНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА НАРУШЕНИЕ САНИТАРНОГО ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19

Пандемия, вызванная новой коронавирусной инфекцией, остаётся одной из наиболее острых проблем в сфере организации общественного здравоохранения. В связи с высокой скоростью распространения заболеваемости власти Российской Федерации ввели режим повышенной готовности и ограничительные меры. В данной статье анализируется административная и уголовная ответственность за нарушение санитарного законодательства в условиях пандемии COVID-19 в России, а также рассматриваются новые меры административной и уголовной ответственности. Приводится разбор случаев из судебной практики привлечения к административной ответственности по статьям 6.3, 13.15, 20.6.1 КоАП РФ.

Ключевые слова: административная ответственность, уголовная ответственность, коронавирусная инфекция, пандемия

Daria Chekryzhova

ADMINISTRATIVE AND CRIMINAL LIABILITY FOR VIOLATION OF HEALTH LEGISLATION IN THE CONTEXT OF A PANDEMIC COVID-19

The pandemic caused by the new coronavirus infection remains one of the most acute problems in the field of public health organization. Due to the high rate of spread of the disease, the authorities of the Russian Federation have introduced a high-alert regime and restrictive measures. This article analyzes administrative and criminal liability for violation of sanitary legislation in the context of the COVID-19 pandemic in Russia, as well as considers new measures of administrative and criminal liability. The analysis of cases from judicial practice of bringing to administrative responsibility under Articles 6.3, 13.15, 20.6.1 of the Administrative Code of the Russian Federation is given.

Keywords: administrative responsibility, criminal responsibility, coronavirus infection, pandemic

Всемирная организация здравоохранения 31 декабря 2019 года была проинформирована об обнаружении случаев пневмонии, вызванной неизвестным возбудителем. Патоген оказался новым коронавирусом, ныне известным как SARS-CoV-2. 30 января 2020 года на заседании комитета по чрезвычайной Ситуации ВОЗ объявила чрезвычайную ситуацию международного значения в области здравоохранения. 11 марта 2020 года вспышка новой коронавирусной инфекции признана пандемией. 31 января 2020 года был выявлен первый «завозной» случай коронавирусной инфекции в Российской Федерации у двух прибывших граждан Ки-

тая. Количество заболевших COVID-19 росло с каждым днем, поэтому правительство РФ, основываясь на положении статьи 72 Конституции РФ, а также на основе ФЗ от 21.12.1994 г. №68 «О защите населения и территорий от ЧС природного и техногенного характера», с целью обеспечения соблюдения положений ФЗ от 30.03.1999 г. №52 «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», впервые в истории приняло решение о введении на территории России режима повышенной готовности и соответствующих ограничений. На основании Указа Президента РФ от 02.04.20 №239, Постановления Правительства РФ

от 02.04.20 №417, постановлений Главного государственного санитарного врача РФ от 24.01.20 №2 и от 02.03.20 №5 должностными лицами был разработан комплекс ограничительных и иных мероприятий по противодействию распространения COVID-19. На основании вышеуказанных нормативно-правовых актов была приостановлена или ограничена деятельность большинства индивидуальных предпринимателей и организаций. В Москве вспышка коронавирусной инфекции получила наибольшее распространение, количество заболевших составляло более половины от всех заболевших в России.

Указом Мэра Москвы от 05.03.2020 г. и последующими его редакциями в марте были введены наиболее строгие ограничительные меры, такие как: запрет на проведение массовых мероприятий, приостановлено посещение городских кладбищ, посещение обучающимися образовательных организаций, приостановлена работа предприятий общественного питания, кроме заказов на вынос и доставки, работа салонов красоты, саун, приостановлено посещение обучающимися образовательных организаций. Граждане обязаны использовать средства индивидуальной защиты органов дыхания и рук, соблюдать дистанцию до других граждан 1,5 м., не покидать места проживания, за исключением посещения ближайшего магазина или аптеки, выгула домашних животных, выноса мусора до 100 м. от места проживания, обращения за экстренной медицинской помощью, поездки на работу. 11 апреля Указом Мэра Москвы был введен режим цифровых пропусков для передвижения по городу с использованием любых видов транспорта.

Проанализируем правоприменительную практику. Административная ответственность, в отличие от уголовной, может устанавливаться как на федеральном уровне, так и на уровне субъекта РФ. Однако, в регионах штраф не может быть выше, чем предусмотрен в федеральном кодексе. Например, в Москве за нарушение самоизоляции установлен штраф в размере 4 000 рублей, на федеральном уровне — от 1 000 до 30 000 рублей. В региональных кодексах

могут устанавливаться специальные составы за нарушение регионального акта о введении режима повышенной готовности. Так, в Москве введена ответственность за нарушение требований о приостановлении деятельности организациями, за несоблюдение которых организация будет оштрафована по региональному КоАП, за иные — по федеральному КоАП.

Депутатами Государственной Думы РФ и Правительством РФ были разработаны и вступили в силу 1 апреля 2020 года два новых ФЗ, предусматривающих усиление административной и уголовной ответственности за нарушения санитарно-эпидемиологических правил, в том числе карантина и самоизоляции, а также введение ответственности за распространение фейков, связанных с эпидемией коронавируса.

Сперва рассмотрим какой штраф предусмотрен за нарушение действующих санитарных правил и гигиенических нормативов, невыполнении санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий по статье 6.3 КоАП РФ. До 1 апреля 2020 года данная статья предусматривала административную ответственность, где максимальный штраф для граждан составлял 500 рублей. Однако, в связи с распространением коронавирусной инфекции ФЗ от 01.04.2020 №99 статья 6.3 КоАП РФ дополнена двумя квалифицирующими признаками, по которым будут штрафовать за нарушение карантина. Часть 2 статьи 6.3 гласит, что совершение тех же действий (бездействий) в период режима ЧС или при возникновении угрозы распространения заболевания, представляющего опасность для окружающих, карантина наказывается для граждан штрафом в размере от 15 000 до 40 000 рублей, а для юридических лиц — от 200 000 до 500 000 рублей или приостановлением деятельности на срок до 90 суток. Часть 3 статьи 6.3 предусматривает наказание для граждан в размере от 150 000 до 300 000 тысяч рублей, а для юридических лиц — от 500 000 до 1 000 000 рублей или приостановление деятельности на срок до 90 суток за совершение действий (бездействий) в период режима ЧС или при возникновении угрозы распространения

заболевания, представляющего опасность для окружающих, карантина, повлекших причинение вреда здоровью человека (одного человека или нескольких лиц) или смерть человека, если они не содержат уголовно наказуемого деяния.

Теперь рассмотрим судебную практику по данному вопросу. Дело было заведено в отношении муниципального предприятия. Суд установил, что муниципальным предприятием не проводится контроль температуры тела работников (кондукторов, водителей, службы энергохозяйства), в медицинском кабинете имелся в наличии 1 ртутный термометр; персонал не обеспечен масками для защиты органов дыхания; кожными антисептиками; после каждого рейса не проводится текущая уборка салонов транспортных средств с применением дезинфицирующих средств (с обработкой, в том числе, кресел и поручней), влажная уборка с применением дезинфицирующих средств проводится 1 раз в сутки. Суд признал муниципальное предприятие виновным в совершении административного правонарушения, предусмотренного ч. 2 ст. 6.3 КоАП РФ и назначил наказание в виде административного штрафа в размере 100 000 руб.

Если нарушение санитарно-эпидемиологических правил повлечет по неосторожности массовое заболевание или отравление людей либо создаст угрозу наступления таких последствий, то нарушителю (физическому лицу) могут назначить уголовное наказание до 2 лет лишения свободы по ч. 1 ст. 236 УК РФ, а если это повлечет по неосторожности смерть человека — до 5 лет по ч. 2 ст. 236 УК РФ. Максимальное наказание может составить лишение свободы на срок от 5 до 7 лет по ч. 3 ст. 236 УК РФ в случае гибели 2-х и более лиц.

Далее рассмотрим актуальную и важную тему для граждан — это невыполнение правил поведения при введении режима повышенной готовности. Федеральным законом от 01.04.2020 г. за невыполнение правил поведения при введении режима повышенной готовности на территории, на которой существует угроза возникновения ЧС, или в зоне ЧС, за исключением случаев, предусмотренных ч. 2 ст. 6.3 КоАП РФ, введена

административная ответственность по ст. 20.6.1 КоАП РФ. Наказание для граждан — это предупреждение или штраф в размере от 1 000 до 30 000 рублей, а для юридических лиц — от 100 000 до 300 000 рублей. В случае повторного нарушения или, если такие действия повлекут причинение вреда здоровью человека или имуществу, предусматривается повышенная ответственность по ч. 2 ст. 20.6.1. КоАП РФ. Штраф увеличивается и составляет для граждан от 15 000 до 50 000 рублей, а для юридических лиц — от 500 000 до 1 000 000 рублей или приостановление деятельности на срок до 90 суток.

Перейдем к судебной практике по данному вопросу. Гражданин К. покинул место своего проживания в нарушение обязанности, возложенной п. 1.10.3. Постановления Правительства Саратовской области от 26.03.2020 №208-П в связи с угрозой распространения коронавирусной инфекции (2019-nCoV), передвигался по автодороге без специального пропуска, в отсутствие случаев исключения и ограничения, установленных данным Постановлением, тем самым он допустил невыполнение правил поведения при введении режима повышенной готовности на территории, на которой существует угроза возникновения ЧС. Суд признал его виновным в совершении административного правонарушения, предусмотренного ч. 1 ст. 20.6.1 КоАП РФ, и назначил ему наказание в виде предупреждения.

Второе дело также было заведено в отношении гражданина, который находился ночью на улице, чем нарушил п. 1.1. постановления администрации Тамбовской области №233 от 26.03.2020. Правонарушение выразилось в покидании места проживания в период угрозы возникновения и распространения на территории Тамбовской области новой коронавирусной инфекции при отсутствии обстоятельств, позволяющих покидать место проживания (пребывания), указанных в постановлении администрации Тамбовской области №233 от 26.03.2020, при введении на территории области режима повышенной готовности, установленного постановлением администрации Тамбовской области №193 от 17.03.2020. Обстоя-

тельством, отягчающим административную ответственность, является повторное совершение однородного административного правонарушения. Суд признал гражданина виновным в совершении административного правонарушения, предусмотренного ч. 1 ст. 20.6.1 КоАП РФ, и назначил ему административное наказание в виде административного штрафа в размере 1500 рублей.

Следующая тема, которую хотелось бы рассмотреть, не менее актуальна — это распространение фейков о COVID-19. Часть 9 статьи 13.15 КоАП РФ «Злоупотребление свободой массовой информации» гласит, что распространение в СМИ, а также в информационно-телекоммуникационных сетях заведомо недостоверной общественно значимой информации под видом достоверных сообщений, создавшее угрозу причинения вреда жизни и (или) здоровью граждан, имуществу, угрозу массового нарушения общественного порядка и (или) общественной безопасности либо угрозу создания помех функционированию или прекращения функционирования объектов жизнеобеспечения, если эти действия лица, распространяющего информацию, не содержат уголовно наказуемого деяния, влечет наказание для граждан от 30 000 до 100 000 рублей с конфискацией предмета административного правонарушения или без таковой.

Судебное дело по данной статье было заведено в отношении гражданина, который допустил распространение в информационно-телекоммуникационной сети заведомо недостоверной общественно значимой информации под видом достоверного сообщения, создавшее угрозу нарушения общественного порядка и общественной безопасности, а именно в социальной сети «ВКонтакте» в сообществе в новостной ленте опубликовал запись с текстом «Гулять надо, а не тухнуть в 4 стенах! Движение — это сила и энергия, а коронавирус, я считаю, это паника нашего правительства». Данная информация не соответствовала действительности, вышла за рамки ограниченного числа лиц и стала общественно доступной. Судья признал гражданина ви-

новным в совершении административного правонарушения, предусмотренного ч. 9 ст. 13.15 КоАП РФ, и назначил ему наказание в виде административного штрафа в размере 15 000 руб.

Второе дело тоже было заведено в отношении гражданина, который в группе «Выпускники» приложения Watts App допустил распространение заведомо недостоверной общественно значимой информации под видом достоверных сообщений, а именно: отправил в указанную группу недостоверные сведения в виде текстового сообщения относительно коронавирусной инфекции, написав «в Арске мужика с коронавирусом ночью увезли в Казань. В «Тайд Фойл» работал, возил товар с Москвы. Пока симптомы не проявились, он со всеми продавцами контактировал. Сегодня всех на обследование тоскают». Данная информация, не соответствующая действительности, вышла за рамки ограниченного числа лиц и стала общественно доступной. Судья признал гражданина виновным в совершении административного правонарушения, предусмотренного ч. 9 ст. 13.15 КоАП РФ, и назначил ему наказание в виде административного штрафа в размере 30 000 рублей.

С 1 апреля статья 13.15 КоАП РФ дополнена 2-мя новыми частями, которые позволяют привлекать к административной ответственности юридических лиц, распространяющих в СМИ, а также в информационно-телекоммуникационных сетях под видом достоверных сообщений заведомо недостоверную информацию об обстоятельствах, представляющих угрозу жизни и безопасности граждан, и (или) о принимаемых мерах по обеспечению безопасности населения и территорий, приемах и способах защиты от указанных обстоятельств. Наказание, в данном случае, в виде штрафа на сумму от 1 500 000 до 3 000 000 рублей с конфискацией предмета административного нарушения или без таковой по ч. 10.1 ст. 13.15 КоАП РФ.

Если распространение такой информации повлечет смерть человека, причинение вреда здоровью человека, массовое нарушение общественного порядка или общественной безопасности, то наказание

представляет собой штраф от 3 000 000 до 5 000 000 рублей с конфискацией предмета административного правонарушения или без таковой по ч. 10.2. ст. 13.15 КоАП РФ.

Новым законом для физических лиц также предусмотрена уголовная ответственность за публичное распространение заведомо ложной информации:

а) об обстоятельствах, представляющих угрозу жизни и безопасности граждан (эпидемии, катастрофы, иные ЧС, в т.ч. об обстоятельствах распространения на территории РФ COVID-19), и о принимаемых в связи с этим мерах по обеспечению безопасности населения и территорий, приемах и способах защиты от указанных обстоятельств. Наказание: от штрафа в размере 300 000 — 700 000 руб. до ограничения свободы на срок до 3 лет по ст. 207.1 УК РФ.

б) общественно значимой информации, повлекшее тяжкие последствия (вред здоровью, смерть человека или иные тяжкие последствия) — максимальное наказание в виде лишения свободы до 5 лет по ст. 207.2 УК РФ.

Верховный Суд Российской Федерации пояснил, что под заведомо ложной информацией, в том числе об обстоятельствах распространения на территории Российской Федерации новой коронавирусной инфекции (COVID-19), и (или) о принимаемых в связи с этим мерах по обеспечению

безопасности населения и территорий, приемах и способах защиты от указанных обстоятельств, следует понимать такую информацию (сведения, сообщения, данные и т.п.), которая изначально не соответствует действительности, о чем достоверно было известно лицу, ее распространявшему. О придании ложной информации вида достоверной также могут свидетельствовать, например, формы, способы ее изложения (ссылки на компетентные источники, высказывания публичных лиц и пр.), использование поддельных документов, видео- и аудиозаписей либо документов и записей, имеющих отношение к другим событиям.

Исходя из вышесказанного можно сделать несколько выводов. Актуальность избранной темы вызвана изменениями в действующем российском законодательстве в связи с распространением новой коронавирусной инфекции. Также можно заметить, что изменения в санитарном законодательстве повышают социальную ответственность и осознанность граждан, тем самым обеспечивая профилактику распространения массовых заболеваний, таких как новая коронавирусная инфекция. Однако несмотря на нововведения, разграничивающие административную и уголовную ответственность, в различных субъектах РФ складывается разнообразная правоприменительная практика.

Список литературы:

1. Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12 декабря 1993 г.) // URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_28399/ (дата обращения: 15.11.2020)
2. Федеральный закон «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» от 30.03.1999 №52-ФЗ (последняя редакция) ст. №2 // URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_22481/ (дата обращения: 15.11.2020)
3. Указ Президента РФ от 02.04.2020 №239 «О мерах по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения на территории Российской Федерации в связи с распространением новой коронавирусной инфекции (COVID-19)» // URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_349217/ (дата обращения: 15.11.2020)
4. Постановление Правительства РФ от 2 апреля 2020 №417 «Об утверждении Правил поведения, обязательных для исполнения гражданами и организациями, при введении режима повышенной готовности или чрезвычайной ситуации» // URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/73741778/> (дата обращения: 15.11.2020)

5. Постановления Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 24 января 2020 г. №2 «О дополнительных мероприятиях по недопущению завоза и распространения новой коронавирусной инфекции, вызванной 2019-nCoV» и от 2 марта 2020 г. №5 «О дополнительных мерах по снижению рисков завоза и распространения новой коронавирусной инфекции (2019-nCoV)» // URL: https://www.gospotrebnadzor.ru/region/korono_virus/files/spec/postfnov%20koronaV.pdf (дата обращения: 15.11.2020)
6. Указ Мэра Москвы от 5 марта 2020 г. №12-УМ «О введении режима повышенной готовности» С изменениями и дополнениями от: 10, 14, 16, 19, 23, 25, 26, 27, 29, 31 марта, 2, 4, 9, 10, 18, 21, 28, 30 апреля, 7, 21, 27 мая 2020 г. // URL: <http://base.garant.ru/7371482/> (дата обращения: 15.11.2020)
7. Указ Мэра Москвы от 11 апреля 2020 г. №43-УМ «Об утверждении Порядка оформления и использования цифровых пропусков для передвижения по территории города Москвы в период действия режима повышенной готовности в городе Москве» // URL: <https://www.mos.ru/authority/documents/doc/43708220/> (дата обращения: 15.11.2020)
8. Обзор по отдельным вопросам судебной практики, связанным с применением законодательства и мер по противодействию распространению на территории Российской Федерации новой коронавирусной инфекции (COVID-19) №2 (утв. Президиумом Верховного Суда РФ 30 апреля 2020 г.) // URL: <http://base.garant.ru/73972665/> (дата обращения: 15.11.2020)
9. Постановление Октябрьского районного суда г. Тамбова Тамбовской области от 23.04.2020 по делу №5-368/2020 // URL: <https://clck.ru/SV64u> (дата обращения: 15.11.2020)
10. Постановление Калининского районного суда Саратовской области от 23.04.2020 по делу №5-21/2020 // URL: <https://clck.ru/SV65r> (дата обращения: 15.11.2020)
11. Постановление Котовского городского суда Тамбовской области от 23.04.2020 по делу №5-141/2020 // URL: <https://sudact.ru/regular/doc/vlzoaOhSjdbw/> (дата обращения: 15.11.2020)
12. Постановление Мирового судьи судебного участка №7 по Приволжскому судебному району города Казани Республики Татарстан от 04.04.2020 №5-172/20 // URL: <https://sudact.ru/regular/doc/7dDvY4oSeAgU/> (дата обращения: 15.11.2020)
13. Постановление Мирового судьи судебного участка №1 по Арскому судебному району Республики Татарстан от 03.04.2020 №5-313/20 // URL: <https://sudact.ru/regular/doc/WJSqeGyqtSIF/> (дата обращения: 15.11.2020)

Об авторе:

Чекрыжова Дарья Геннадьевна — ординатор 1-го года клинической лабораторной диагностики Национального медицинского исследовательского центра гематологии Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, dasha-chekryzhova@yandex.ru

Daria Gennadievna Chekryzhova — resident of the 1st year of clinical laboratory diagnostics of the National medical research center of Hematology of the Ministry of health of the Russian Federation, Moscow

© Чекрыжова Д.Г., 2020

Для цитирования:

Чекрыжова Д.Г. Административная и уголовная ответственность за нарушение санитарного законодательства в условиях пандемии Covid-19 // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2020. №2 (12). С. 175-180.

For citation:

Chekryzhova D.G. Administrative and criminal liability for violation of health legislation in the context of a pandemic Covid-19 // M.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2020. №2 (12). P. 175-180.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

The author declares that there is no conflict of interest.

Статья поступила в редакцию 25.11.2020 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 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 НЕСЕТ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ЗА НЕДОСТОВЕРНОСТЬ ПУБЛИКУЕМЫХ ДАННЫХ И ВОЗМОЖНЫЙ УЩЕРБ, ПРИЧИНЕННЫЙ 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 УСТАНОВЛИВАЕТСЯ ПО СОГЛАСОВАНИЮ ЗАИНТЕРЕСОВАННЫХ СТОРОН.

НАПРАВЛЯЯ СТАТЬЮ ДЛЯ ПУБЛИКАЦИИ В ЖУРНАЛ, АВТОР СОГЛАШАЕТСЯ, В СЛУЧАЕ ЕЕ 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

ОБЪЕМ ОРИГИНАЛЬНЫХ И ОБЗОРНЫХ СТАТЕЙ НЕ ДОЛЖЕН ПРЕВЫШАТЬ ДВАДЦАТИ ТЫСЯЧ (20 000) ЗНАКОВ. ОБЪЕМ ПУБЛИКАЦИЙ, ПРЕДСТАВЛЯЮЩИХ НАБЛЮДЕНИЯ ИЗ ПРАКТИКИ, РЕЦЕНЗИИ – ДО ДЕСЯТИ ТЫСЯЧ (10 000) ЗНАКОВ; ИНФОРМАЦИОННЫЕ СООБЩЕНИЯ – ДО ПЯТИ ТЫСЯЧ (5 000) ЗНАКОВ. ПРОБЕЛЫ, А ТАКЖЕ ОБЪЕМ, СОСТАВЛЯЮЩИЙ СПИСКИ ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ И ОБЯЗАТЕЛЬНЫХ МАТЕРИАЛОВ ПРИ ЭТОМ УЧИТЫВАТЬ НЕ СЛЕДУЕТ.

ТЕКСТ РАБОТЫ И ПРИЛАГАЕМЫЕ К НЕМУ МАТЕРИАЛЫ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ТЩАТЕЛЬНО ВЫВЕРЕНЫ НА ПРЕДМЕТ НАЛИЧИЯ ГРАММАТИЧЕСКИХ, ОРФОГРАФИЧЕСКИХ И СТИЛИСТИЧЕСКИХ ОШИБОК.

В КАЧЕСТВЕ РЕДАКТОРА МОЖЕТ ИСПОЛЬЗОВАН 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 ПУТЕМ ОТБИВОК.

ПОЛЯ: ВЕРХНЕЕ И НИЖНЕЕ – 2 СМ, ЛЕВОЕ – 3 СМ, ПРАВОЕ – 1 СМ.

НУМЕРАЦИЯ СТРАНИЦ НЕ ОБЯЗАТЕЛЬНА.

ТАБЛИЦЫ ОФОРМЛЯЮТСЯ ПОДОБНО ОСНОВНОМУ ТЕКСТУ. ТАБЛИЦЫ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ПРОНУМЕРОВАНЫ, ИМЕТЬ НАЗВАНИЯ, ЗАГОЛОВКИ ГРАФ И СТРОК, БЫТЬ НАГЛЯДНЫМИ, НЕ ПЕРЕГРУЖЕННЫМИ. ДОПУСКАЕТСЯ ГОРИЗОНТАЛЬНОЕ РАСПОЛОЖЕНИЕ ТАБЛИЦ, А ТАКЖЕ РАСПОЛОЖЕНИЕ НА НЕСКОЛЬКИХ СТРАНИЦАХ. ВСЕ ИМЕЮЩИЕСЯ В ТАБЛИЦАХ СОКРАЩЕНИЯ, ЦИФРОВЫЕ ИЛИ БУКВЕННЫЕ ОБОЗНАЧЕНИЯ ДОЛЖНЫ ИМЕТЬ ОБЪЯСНЕНИЯ.

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, ВНЕДРЕННОГО ВОСНОВНОЙ 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 300 ТОЧЕК НА ДЮЙМ.

ВСЕ РИСУНКИ ДОЛЖНЫ ИМЕТЬ ПОРЯДКОВЫЙ НОМЕР, ИДЕНТИЧНЫЙ УКАЗАННОМУ В ТЕКСТЕ СТАТЬИ, ЗАГЛОВОК, УКАЗАННЫЕ НЕПОСРЕДСТВЕННО ПОД ИЗОБРАЖЕНИЕМ. ВСЕ ИМЕЮЩИЕСЯ В РИСУНКАХ СОКРАЩЕНИЯ, ЦИФРОВЫЕ ИЛИ БУКВЕННЫЕ ОБОЗНАЧЕНИЯ ДОЛЖНЫ ИМЕТЬ ОБЪЯСНЕНИЯ.

МАТЕМАТИЧЕСКИЕ ФОРМУЛЫ, ВЫРАЖЕНИЯ ПРЕДСТАВЛЯЮТСЯ В ФОРМУЛЬНЫХ РЕДАКТОРАХ: MICROSOFT EQUATION, MATHTYPE И ДР.

В КАЖДОЙ 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, ученая степень авторов
- адрес электронной почты каждого из авторов
- почтовый адрес и контактный телефон (допускается указание одного адреса 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.

ОСНОВНОЙ ТЕКСТ РАБОТЫ И ОСТАЛЬНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ТЩАТЕЛЬНО ВЫВЕРЕНЫ. ВСЕ ИМЕЮЩИЕСЯ ЦИТАТЫ ДОЛЖНЫ ИМЕТЬ ССЫЛКИ НА ЛИТЕРАТУРНЫЕ ИСТОЧНИКИ, КОТОРЫЕ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ПРОНУМЕРОВАНЫ. ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ СООТВЕТСТВИЕ ЦИФРОВЫХ ССЫЛОК В ТЕКСТЕ СТАТЬИ И В СПИСКЕ ЛИТЕРАТУРЫ. В СЛУЧАЕ УКАЗАНИЯ ИСТОЧНИКА В ТЕКСТЕ, СЛЕДУЕТ В КВАДРАТНЫХ СКОБКАХ УКАЗЫВАТЬ ТОЛЬКО ЕГО ПОРЯДКОВЫЙ НОМЕР, СОГЛАСНО СПИСКУ.

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»

ДОПОЛНИТЕЛЬНО ОБРАЩАЕМ ВНИМАНИЕ АВТОРОВ НА ТО, ЧТО НОРМАТИВНО-ПРАВОВЫЕ АКТЫ НАДЛЕЖИТ РАСПОЛАГАТЬ В ОБЩЕМ СПИСКЕ С ЕДИНОЙ НУМЕРАЦИЕЙ ПЕРЕД ИНЫМИ ИСТОЧНИКАМИ. ПРИ ЭТОМ НОРМАТИВНО-ПРАВОВЫЕ АКТЫ ДОЛЖНЫ БЫТЬ РАСПОЛОЖЕНЫ: А) В ПОРЯДКЕ ЮРИДИЧЕСКОЙ ЗНАЧИМОСТИ; Б) В ХРОНОЛОГИЧЕСКОМ ПОРЯДКЕ. В КАЧЕСТВЕ ИХ ИСТОЧНИКОВ ДОЛЖНЫ ВЫСТУПАТЬ ОФИЦИАЛЬНЫЕ ИЗДАНИЯ.

К РАССМОТРЕНИЮ ПРИНИМАЮТСЯ МАТЕРИАЛЫ, НАПРАВЛЕННЫЕ В АДРЕС РЕДАКЦИИ ПО ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЕ ***NIMP@MED-LAW.RU*** ИЛИ НА ЭЛЕКТРОННЫХ НОСИТЕЛЯХ. В СОПРОВОДИТЕЛЬНОМ ПИСЬМЕ УКАЗЫВАЮТСЯ СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ, НАЗВАНИЕ РАБОТЫ, ИСПОЛЬЗУЕМОЕ ПРОГРАММНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ И ФОРМАТЫ ПРЕДСТАВЛЯЕМЫХ МАТЕРИАЛОВ.

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ МАТЕРИАЛОВ НА БУМАЖНОМ НОСИТЕЛЕ НЕ ТРЕБУЕТСЯ.

ПРЕДСТАВЛЕННЫЕ МАТЕРИАЛЫ И ЭЛЕКТРОННЫЕ НОСИТЕЛИ НЕ ВОЗВРАЩАЮТСЯ.



НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКОГО
ПРАВА

