

Санкт-Петербургский государственный университет
Ассоциация медицинского права Санкт-Петербурга
Межрегиональное отделение
Общероссийской общественной организации
«Ассоциация юристов России» по Санкт-Петербургу
и Ленинградской области

**XVI ежегодная научно-практическая конференция
«Медицина и право в XXI веке»**

21-22 декабря 2024 года

Сборник трудов



*Генеральный партнёр –
Группа компаний «Мой медицинский центр»*



Центр современной литературы и книги на Васильевском
Санкт-Петербург
2025

УДК 34

Медицина и право в XXI веке: XVI ежегодная научно-практическая Конференция с международным участием «Медицина и право в XXI веке», 21-22 декабря 2024 года. Сборник трудов. – СПб.: Центр современной литературы и книги на Васильевском. – Санкт-Петербург, 2025 –164 с.

Председатель программного комитета:

Акулин И.М., доктор медицинских наук., заведующий кафедрой организации здравоохранения и медицинского права СПбГУ.

Редакционная коллегия:

Акулин И.М., доктор медицинских наук., заведующий кафедрой организации здравоохранения и медицинского права СПбГУ.

Чеснокова Е.А., кандидат медицинских наук, магистр права, доцент кафедры организации здравоохранения и медицинского права СПбГУ.

Сидорова Наталия Александровна – к.ю.н., доцент, кафедра уголовного процесса и криминалистики СПбГУ.

Ответственный секретарь:

Пресняков Роман Андреевич – магистр права, ведущий юрисконсульт, член правления Ассоциации медицинского права Санкт-Петербурга, научный сотрудник кафедры организации здравоохранения и медицинского права СПбГУ, выпускник СПбГУ.

Сборник содержит материалы XVI ежегодной научно-практической конференции с международным участием «Медицина и право в XXI веке», прошедшей на юридическом факультете Санкт-Петербургского государственного университета (СПбГУ).

В конференции приняли участие представители органов государственной власти, ученые и практические работники Российской Федерации. Стран ближнего и дальнего зарубежья.

© Коллектив авторов, 2025

© Санкт-Петербургский государственный университет (СПбГУ), 2024

© Центр современной литературы и книги на Васильевском, 2025

ISBN 978-5-94422-202-2

Оригинал-макет подготовлен в издательстве
«Центр современной литературы и книги на Васильевском»,
199004, Санкт Петербург, Биржевой пер., д.1/10
www.nordmedizdat.com www.litcenterspb.com (812)934-79-05.



Предисловие

Охрана здоровья населения – важнейшая задача социального государства, предусмотренная Конституцией РФ. Для ее решения необходим комплекс мер различного государственного характера: политических, экономических, правовых, социальных, медицинских, гигиенических, противоэпидемических, научных.

В наши дни появились новые угрозы и вызовы для общественного здоровья в Российской Федерации, особенно в отношении семьи и наших детей. Темные силы, явные и скрытые недруги нашего государства пытаются разрушить традиционно крепкий для нашей страны институт семьи, лишить счастливого беззаботного детства самых маленьких граждан РФ, тем самым негативно воздействовать на государственный суверенитет, повлиять на безопасность РФ. Используя правовые механизмы нашего государства необходимо всячески противодействовать этим негативным тенденциям.

Конференция №16 «Медицина и право в XXI веке» направлена на решение политических, правовых, организационных, социологических и многих других проблем, которые могут быть не только выявлены, но и вовремя нейтрализованы под влиянием совместных усилий специалистов в ходе междисциплинарного сотрудничества всех заинтересованных государственных и общественных структур, направленных на защиту прав и свобод личности в РФ и особенно правовую защиту семьи и детства.

В рамках пленарного заседания и круглых столов XVI ежегодной научно-практической конференции «Медицина и право в XXI веке» была рассмотрена основная тема, посвященная актуальной теме защиты прав детей и семьи с точки зрения социально-медицинских аспектов. Обсуждены проблемные вопросы правовой за-

щиты репродуктивного потенциала будущих родителей; профилактика суицидального поведения у детей и подростков; правовые аспекты лекарственного обеспечения детей.

Актуальным проблемам правоприменительной практики в сфере здравоохранения были посвящены круглые столы: **«Профилактика суицидального поведения у детей и подростков»**; **«Правовые аспекты лекарственного обеспечения детей. Правоприменение при проведении государственных закупок лекарственных препаратов и медицинских изделий»**; **«Злоупотребления в сфере здравоохранения. Профилактика и предупредительные меры правового характера»**; **«Реформа здравоохранения РФ. Проблемы и решения»**.

Организатор конференции стал – ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский Государственный Университет».

Образовательная цель мероприятия: внедрение результатов научных исследований в области применения права в здравоохранении в условиях новых глобальных вызовов, применения новых медицинских технологий и их влияние на права человека, безопасность, суверенитет государства. Решение актуальных правовых вопросов медицинского и фармацевтического права, защиты прав и свобод человека, особенно прав детей, нейтрализация суицидального поведения детей, профилактика негативного влияния на общество и государство новых медицинских технологий, негативных информационных атак и медико-биологических вызовов и угроз.

Целевая аудитория конференции состояла из приглашаются специалисты следующих направлений: юристы, организаторы здравоохранения, специалисты системы здравоохранения разных профилей, студенты, бакалавры, магистры.

Результатом мероприятия, по мнению участников, и по итогам мероприятия стало более глубокое представление о современных взглядах на правовую защиту семьи и детства; общие проблемы, противоречия между публичным и частным в здравоохранении (человек и государство) в условиях глобальных вызовов; правовых и организационных проблемах безопасности медицинской деятельности; особенностях прогресса медицины и перспектив цифровизации здравоохранения, роли больших данных и искусственного интеллекта (ИИ); необходимости усиления контроля со стороны общества за медицинской деятельностью, лекарственным обеспечением в РФ

как основы безопасности доступности и качества медицинской помощи.

Выработаны предложения по совершенствованию действующего нормативно-правового регулирования, по совершенствованию подготовки юристов в области медицинского и фармацевтического права, а также по методам повышения правовой грамотности медицинских работников. В данном сборнике представлены наиболее интересные материалы выступлений участников Конференции №16 «Медицина и право в XXI веке».

Выражаем благодарность нашему **Генеральному партнёру - Группе компаний «Мой медицинский центр»**, и лично **Баранову Владиславу Владиславовичу** – к.м.н., Председателю Совета директоров ГК «Мой медицинский центр» за поддержку Конференции и личное участие.

***Акулин И.М.,**
заведующий кафедрой организации
здравоохранения и медицинского права СПбГУ,
руководитель магистерской программы «Медицинское и
фармацевтическое право» СПбГУ,
**Председатель программного комитета
Конференции №16 «Медицина и право в XXI веке»***





Содержание

1. Роль семьи в достижении высоких показателей общественного здоровья и благополучия общества. <i>Акулин И.М.; Сарана А.М., Баранов В.В., Нам И.Л.</i>	8
2. Результаты исследования следственной и судебной практики по установлению обстоятельств события суицида, совершенного несовершеннолетним. <i>Кушниренко С.П., Пристансков В.Д., Сидорова Н.А.</i>	26
3. Правовые аспекты информированного согласия в медицинской практике: проблемы и решения. <i>Акулин И.М., Козюк У.Ю.</i>	37
4. Уголовно-правовая охрана репродуктивных прав от посягательств при оказании медицинской помощи. <i>Скоскина Д.Г.</i>	52
5. Комплексный подход в лечении остеохондроза позвоночника в санаторно-курортных организациях республики Беларусь. <i>Каминская Е.Н., Липский М.Г., Акулин И.М., Бигунец В.Д.</i>	63
6. Особенности оказания первой помощи на основе действующих государственных нормативных правовых актов Российской Федерации. <i>Лемешкин Р.Н., Кухарчик Г.А., Бигунец В.Д., Акулин И.М., Блинов В.А., Глущенко О.Н.</i>	71
7. Правовое регулирование генной терапии в Российской Федерации. <i>Ширяева О.С., Дячук В.А., Акулин И.М., Бигунец В.Д.</i>	83

8. Значение вины в делах о возмещении вреда здоровью, в следствие оказания медицинских услуг. <i>Шевчук Е.П.</i>	94
9. К вопросу организации юридического сопровождения на этапах конструирования и выпуска опытных экземпляров читающей машины для инвалидов по зрению: GIGACHAT VS DEEPSEEK. <i>Глущенко О.Н., Акулин И.М., Бигунец В.Д., Егорова Е.Б.</i>	106
10. Гарантии прав человека и гражданина при оказании психиатрической помощи в стационарных условиях. <i>Коротченко Д.Д.</i>	118
11. Организационно правовые аспекты лекарственного обеспечения в рамках программы высокотратных нозологий. <i>Листов К.Н. Махова О.А.</i>	136
12. Сравнительный анализ систем обязательного медицинского страхования стран СНГ: Российской Федерации, Беларуси и Казахстана. <i>Колгина А. Д., Кувакина М. В., Нелаева А. В.</i>	141
13. Наследственные права постмортальных детей (POSTHUMOUS CHILD). <i>Гринин С. А.</i>	151



РОЛЬ СЕМЬИ В ДОСТИЖЕНИИ ВЫСОКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ И БЛАГОПОЛУЧИЯ ОБЩЕСТВА

Акулин Игорь Михайлович,

д.м.н., профессор, заведующий кафедрой организации здравоохранения и медицинского права СПбГУ,
руководитель магистерской программы по медицинскому и фармацевтическому праву СПбГУ;

Сарана Андрей Михайлович,

к.м.н., директор Медицинского института СПбГУ;

Баранов Владислав Владиславович,

к.м.н., Председатель Совета директоров «Мой медицинский центр»;

Нам Ирина Леонтьевна,

ассистент кафедры организации здравоохранения и медицинского права СПбГУ.

Аннотация. В статье рассматривается здоровье семьи как главный элемент общественного здоровья. Здоровье конкретного человека, семьи в целом, становится ключевым звеном экономических отношений, как на индивидуальном, так и на общественном уровне. Общественное здоровье рассматривается как совокупность здоровья членов семьи, населения в целом. Благополучие общества оценивается в зависимости от оценки здоровья различных категорий населения с учетом возраста, пола, профессиональной принадлежности и многих других факторов. Подчеркивается, что политика социальной защиты права на жизнь, «благосостояние», «благополучия семьи», основываются на критериях индивидуального качества здоровья, обеспечивающих развитие личности, трудоспособности, самообслуживания, увеличения средней продолжительности жизни и снижения смертности населения в целом и отдельных его категорий. Медико-социальная программа защиты здоровья индивидуума или семьи в целом реализуется через системы учреждений и профессиональных субъектов, где главным для семьи должен быть один профессионально подготовленный специалист – врач общей практики (семейный врач).

Ключевые слова: право, благополучие, семья, общественное здоровье, медицинская помощь, семейный врач.

THE ROLE OF THE FAMILY IN ACHIEVING HIGH LEVELS OF PUBLIC HEALTH AND WELL-BEING OF SOCIETY

Igor Mikhailovich Akulin,

MD, Professor, Head of the Department of Healthcare Organization and Medical Law at St. Petersburg State University, Head of the Master's Program in Medical and Pharmaceutical Law at St. Petersburg State University

Andrey Mikhailovich Sarana,

PhD, Director of the St. Petersburg State University Medical Institute.

Vladislav Vladislavovich Baranov,

PhD, Chairman of the Board of Directors of My Medical Center.

Irina Leontievna Nam,

Assistant Professor of the Department of Healthcare Organization and Medical Law at St. Petersburg State University

Abstract. *The article considers family health as the main element of public health. The health of a particular person, the family as a whole, becomes a key link in economic relations, both on an individual and on a social level. Public health is considered as the totality of the health of family members and the general population. The well-being of society is assessed depending on the assessment of the health of various categories of the population, taking into account age, gender, professional affiliation and many other factors. It is emphasized that the policy of social protection of the right to life, “well-being”, and “family well-being” are based on criteria of individual health quality, ensuring personal development, ability to work, self-service, an increase in life expectancy and a reduction in mortality of the population as a whole and its individual categories. The medical and social program for the protection of the health of an individual or the family as a whole is implemented through the systems of institutions and professional entities, where the main thing for the family should be one professionally trained specialist – a general practitioner (family doctor).*

Keywords: *law, well-being, family, public health, medical care, family doctor..*

Президент Российской Федерации Владимир Владимирович Путин провозгласил 2024 год годом семьи. Наша Конференция №16 «Медицина и право в XXI веке», также посвящена году семьи, а также 300-летию СПбГУ.

Основной темой конференции 21-22 декабря 2024 «Медицина и право в XXI веке» стали правовые вопросы защиты семьи и детства. Этому был посвящен основной доклад Митяниной Анны Владимировны, Уполномоченного по правам ребенка в Санкт-Петербурге, заслуженного юриста Российской Федерации: «Роль Уполномоченного по правам ребёнка в Санкт-Петербурге в профилактике деструктивного поведения несовершеннолетних». Проблемам семьи с точки зрения ее правовой, социальной, психологической защиты были посвящены многочисленные доклады участников конференции 2024 года.

Семья является основой нашего Государства, его суверенитета, традиционных ценностей, культурных и нравственных начал, любви к ближнему, уважения к закону. Для нас, студентов, преподавателей, управленческого персонала – СПбГУ в год 300-летия тоже семья.

Здоровье семьи необходимо рассматривать с различных сторон, так как невозможно оценить здоровье каждого ее члена в отрыве от многочисленных факторов риска, влияющих на здоровье, как каждого ее члена, так и семьи в целом. Здоровье семьи мы можем оценивать как интегрированный показатель и основной критерий эффективности мероприятий направленных на сохранения ее целостности и устойчивости. Оценивая общественное здоровье через призму здоровья семьи, мы не можем обойти вопросы касающиеся оценки здоровья различных категорий населения в зависимости от возраста, пола, профессиональной принадлежности и многих других факторов.

Сохранение и укрепление здоровья населения необходимо решать с учетом многих факторов, определяющих специфику различных регионов РФ, его важнейших характеристик и соответствующего потенциала.

В соответствии с Указом Президента РФ от 06.06.2019 N 254 «О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года», Утверждена Указом Президента Российской Федерации от 6 июня 2019 г. N 254 для РФ современными угрозами и вызовами национальной безопасности в сфере охраны здоровья граждан¹ являются:

¹ <http://www.kremlin.ru/acts/bank/44326>

1) высокий уровень распространенности неинфекционных заболеваний;

2) отток высококвалифицированных медицинских работников из государственных медицинских организаций;

3) высокий уровень распространенности наркомании и алкоголизма, ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов В и С, туберкулеза, увеличение количества случаев травматизма и отравлений;

4) распространение антимикробной резистентности;

5) рост эпидемиологической значимости условно-патогенных микроорганизмов;

6) риск осложнения эпидемиологической ситуации на фоне неблагоприятной ситуации в иностранных государствах по ряду новых и опасных инфекционных заболеваний;

7) риск возникновения новых инфекций, вызываемых неизвестными патогенами, занос редких или ранее не встречавшихся на территории РФ инфекционных и паразитарных заболеваний, природно-очаговые инфекции, возврат исчезнувших инфекций, преодоление микроорганизмами межвидовых барьеров;

8) риск противоправного использования биологических и иных смежных технологий, осуществления опасной техногенной деятельности (в том числе с использованием генно-инженерных технологий), а также биологического терроризма.

Наиболее значимые вызовы национальной безопасности в сфере охраны здоровья граждан являются:

1) старение населения;

2) неудовлетворенность граждан доступностью и качеством медицинской помощи;

3) замещение бесплатных медицинских услуг медицинскими услугами, предоставляемыми на платной основе, что влечет за собой нарастание социальной напряженности в обществе;

4) рост числа детей-инвалидов.

В соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 21 июля 2020 г. № 474 «О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года» Для РФ показатели, характеризующие достижение национальных

целей развития на период до 2024 года и на плановый период до 2030 года ² очень серьезны, которые невозможно достичь, если не мобилизовать население РФ на сохранение и укрепление своего здоровья, прежде всего чрез семейные ценности, профилактические принципы направленные на сохранение здоровья всех ее членов.

Это показатели:

- Обеспечение устойчивого роста численности населения РФ.
- Повышение ожидаемой продолжительности жизни до 78 лет
- Снижение уровня бедности в два раза по сравнению с 2017 г.
- Увеличение доли граждан, систематически занимающихся физической культурой и спортом, до 70 процентов

В условиях этих новых вызовов и угроз появляется риск уязвимости Государства. Устойчивое развитие любого государства невозможно без создания здоровой среды в быту, особенно в семье, и на работе, адекватного состояния общественного здоровья, предоставления возможностей профилактических программ, и, особенно, соблюдения здорового образа жизни (далее - ЗОЖ), сохранения здоровья на основе единой профилактической стратегии Государств, создающей условия для реализации права на здоровье и здоровую среду обитания³. При этом, стремление населения к профилактике, сохранению своего здоровья и поведению, способствующему поддержанию здоровья, необходимо поддерживать на всех уровнях.⁴ В настоящее время появилась возможность развития индивидуальной профилактики, диагностики и лечения, которая становится личностно-целевой, «таргетной» и эффективной в целом для обществен-

² <http://www.kremlin.ru/acts/bank/45726>

³ Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения. К разработке дорожной карты по реализации Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. в Европейском регионе ВОЗ. EUR/RC66/17 (2016 г.) (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0015/319110/66rs04r_SDGs_160763.pdf?ua=1)

⁴ Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения. Приоритетные задачи в области укрепления систем здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ на 2015–2020 гг. Ориентация на нужды людей: от слов к делу. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/283848/65wd13r_HealthSystemsStrengthening_150494.pdf?ua=1).

ного здоровья любой страны.⁵ Однако, новые медицинские технологии весьма дороги. По оценкам ОЭСР к 2050 г. затраты на медико-санитарную помощь удвоятся⁶, поэтому становится актуальными программы, которые не требуют больших финансовых затрат, особенно если научить население, использованию основ семейной профилактики здоровья через соблюдение принципов ЗОЖ.⁷

Профилактические принципы являются основополагающими для России на всех этапах ее развития. Об этом подробнее можно ознакомиться в нашей работе, которая анализирует различные периоды развития профилактических принципов в России.⁸

Однако методы профилактики далеко не исчерпываются только вакцинопрофилактикой и выработкой иммунитета невосприимчивости к болезням, наиболее важными критериями являются программы борьбы с многочисленными факторами риска сохранения здоровья, которые часто формируются на уровне семейного уклада, образа жизни семьи.

В настоящее время четко прослеживается нарастание различий в уровне здоровья различных социальных групп населения, изменение характера течения многих заболеваний, увеличение доли сочетанной патологии. В настоящее время наблюдается самый высокий уровень стрессогенной и криминальной ситуации, неудовлетворенности населения своим социальным и материальным положе-

⁵ Pravettoni, G., & Gorini, A. (2011). A P5 cancer medicine approach: Why personalized medicine cannot ignore psychology. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 17(4), 594–596. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2011.01709.x>.

⁶ De La Maisonnette, C. & Martins, J. O. *Public Spending on Health and Long-term Care*. (2013).

⁷ *Прогресс медицины и право*. Акулин И.М., д.м.н., Белоколодова Т.И., XII ежегодная научно-практическая конференция «Медицина и право в XXI веке», 25–26 декабря 2020 года. Сборник трудов (дополнительные материалы) – СПб.: Нордмедиздат – Санкт-Петербург, 2021 – 112 с.

⁸ Акулин И.М., Чеснокова Е.А., Сопрун Л.А. Исторический анализ развития правового регулирования профилактического принципа в организации охраны здоровья населения России. В сборнике: Медицина и право в XXI веке. материалы XII ежегодной научно-практической конференции с международным участием: круглый стол “Правовые и криминологические проблемы профилактической медицины”. 2020. С. 74–112.

нием. Среди общих закономерностей для семьи выявлены устойчивые тенденции изменения состава и уменьшение числа детей в семье, увеличение количества разводов, доли одиноких и престарелых людей, неполных семей, члены которых более подвержены влиянию неблагоприятных факторов образа жизни и социально-психологической напряженности. В крупных городах особенно выражена тесная взаимосвязь и взаимозависимость медицинских, экономических, экологических, социальных, демографических проблем, что предопределяет необходимость внедрения в систему здравоохранения принципов посемейного обслуживания населения.

Защита конституционных социальных прав личности в новых условиях распределения доходов и формирования бюджетов может быть гарантирована государством только на основе страховых программ, объединяющих в страховом поле все формы (субъекты) собственности для достижения социально значимых результатов.

Российское государство является социальным, что закреплено в Конституции РФ. Социальные страховые программы (пенсионные, медицинское страхование ОМС, несчастного случая и другие) нацелены на защиту личности, адресности ее оказания, однако не учитывают защиту семьи в целом, как комплексную сложную биосоциальную систему с учетом ее возрастающей в российском обществе роли.

До сих пор этого приоритета так и не создано в новых экономических условиях сточки зрения здоровья семьи, хотя намечаются положительные тенденции, прежде всего в предоставлении льгот и материальных компенсаций.

Политика социальной защиты права на жизнь основывается на критериях индивидуального качества здоровья, обеспечивающих развитие, трудоспособность, самообслуживание, без которых понятие “благосостояние” теряет свой смысл. Здоровье конкретного человека, семьи в целом, в нынешней ситуации становится ключевым звеном экономических отношений как на индивидуальном, так и на общественном уровне.

Именно в силу своей наивысшей адресности, конкретности в условиях многоукладной экономики, порождающей ежечасно страховые риски, медико-социальные программы защиты здоровья должны формироваться на основе интеграции всех звеньев социальной

защиты (единого стандарта оценки качества жизни и благополучия общества), а не на основе среднедушевых стандартов (теория массового обслуживания производственных коллективов, отдельных приоритетных коллективов, привилегированных групп населения).

Вся система социальной защиты должна быть включена в единое страховое поле на началах посемейного принципа и адресной ответственности лица, “ведущего” по жизни семью, предупреждая ее о всех факторах риска, как внешнего, так и внутреннего характера, зависящего от самого человека.

Медико-социальная программа семьи, на наш взгляд, должна стать основой для решения проблемы достойного человека “качества жизни” и достижения основного показателя “общественного благополучия” – увеличения средней продолжительности жизни и снижения смертности населения в целом и отдельных его категорий.

Медико-социальная программа защиты здоровья индивидуума или семьи в целом реализуется через системы учреждений и профессиональных субъектов, где главным для семьи должен быть один профессионально подготовленный специалист – врач общей практики (семейный врач). В настоящее время семейный врач наиболее предпочтительная фигура для всей системы ПМСП, т.к. только через одного организатора здоровья семьи возможна социальная система, социальный принцип медицинской помощи в комплексной оценке семьи в целом с учетом ее психологического состояния, медицинских особенностей с точки зрения здоровья как совокупности факторов риска, экономических возможностей семьи в обеспечении ЗОЖ, что возможно только, на наш взгляд, с помощью семейного врача, как адвоката здоровья семьи. При этом возникает вопрос кто является этот специалист: педиатр, участковый терапевт, врач общей практики, семейный врач.

В настоящее время подготовка такого врача становится неразрешимой задачей: 3-х годичная ординатура для врача общей практики, просто «уничтожает» такого врача как главного звена ПМСП, идеи посемейной медико-социальной помощи семье. Не понятно, почему такого специалиста невозможно готовить из участковых врачей путем организации непрерывного медицинского образования (НМО) путем коротких ДОП-модулей. Кроме того, необходимо го-

товить такого специалиста, в том числе, совместно с социальной службой, где уже созданы участковые социальные работники. Такая условная бригада: участковый врач, участковый педиатр, социальный работник и медсестра семейного медицинского обслуживания создаст переходный вариант концепции посемейного обслуживания.

Семья нуждается в таком подходе, так как в мире цифровизации, постоянного «давления» фармацевтических фирм, мира «медикаментозного ширпотреба», различных психологических служб здоровье семьи только ухудшается. Это связано с тем, по нашему мнению, что невозможно пациенту без помощи профессионала разобраться в мире медицинских, лекарственных, цифровых медико-социальных услуг, которые часто, на самом деле, являются всего лишь информированной рекламой. Эта ситуация не способствующих укреплению здоровья каждого члена общества и семьи в целом.

С другой стороны, семья формирует через систему авторитетов, ценностных ориентаций, мотиваций, целевых установок социального поведения своих членов конкретные мероприятия направленные на сохранение или разрушение здоровья:

- включение в процессы здорового образа жизни (питание, двигательная активность и т.д.), которые без личного активного участия индивидуумов не реальны, но чрезвычайно эффективны в силу повышения сопротивляемости организма неблагоприятным условиям среды;

- и наоборот, семья способна на антисоциальное программирование своих членов (алкоголизм, табакокурение, наркомания и др.), которые требуют социальной и медицинской коррекции и соответствующих программ в едином контексте с адресной социальной защитой общественного здоровья.

Необходимо формировать новые подходы в нейтрализации антисоциального программирования и поведения, направленные к социальной мотивации членов семьи, способствующие противостоянию разрушительного влияния деструктивного подхода к семейным ценностям, которые в последнее время продвигаются недружественными государствами.

Здоровье семьи как единое целое должно быть защищено активной поддержкой членов семьи, эта поддержка сама по себе не может

появиться из неоткуда. Необходимо учить население борьбе за свое здоровье через знание о здоровье, особенностям семейного поведения способствующего поддержанию здоровья на высоком уровне, противостоянию факторам риска чрез программы ЗОЖ, негативно влияющих на ОПЖ. «Жизнесохранительное поведение», «здоровьесберегающая» активная позиция семьи – вот главная цель, на наш взгляд, в современной политике сохранения общественного здоровья, основного потенциала суверенитета и экономической мощи Российского Государства.

В настоящее время роль семьи, особенно в условиях санкций, СВО, стремления разрушить семью как основу нашего государства только возрастает. В этих условиях системе здравоохранения РФ принадлежит особая лидирующая миссия, с учетом демографических и социальных проблем общества. Необходимо найти те главные точки приложения сил, которые будут способствовать укреплению здоровья семьи, особенно в профилактических программах.

Первичная медико-санитарная помощи (ПМСП), как известно, наиболее массовая система охраны здоровья, где начинают и заканчивают взаимодействие со здравоохранением до 80% населения, а врач первого контакта (участковый педиатр, терапевт, врач общей практики (ВОП), семейный врач (СВ) – основная фигура отечественного здравоохранения.

Дефицит в системе врачей первого контакта одна из трудно разрешимых проблем. Однако, только чрез систему участковых врачей (ВОП) возможно проводить политику сохранения здоровья семьи в целом, также как отдельных ее членов. Такой врач должен стать адвокатом здоровья семьи, который таковым в наши дни, к сожалению, не является. Формирование профилактических программ здоровьесберегающей политики в отношении семьи необходимо делегировать врачу первого контакта, скорее группе специалистов в которую входят и медицинские сестры, но только на условиях адресности это сложной работы с семьей.

Адресность здесь означает конкретность в нейтрализации негативных факторов риска здоровья семьи (индивидуума), особенно детей, в формировании позитивного режима здорового образа жизни. Раннего выявления факторов развития психосоматических, генетических, инфекционных, адаптационных и других заболеваний,

с учетом социальной взаимопомощи и профессиональной медико-социальной помощи больным и престарелым. Формируя позитивное социальное воспитание в семье можно прогнозировать улучшение медико-демографических показателей и средней ожидаемой продолжительности предстоящей жизни (ОПЖ).

В конечном счете речь идет не о социальной поддержке или о медико-санитарной и медико-социальной помощи, а о социальной защите конституционных прав личности (по критериям индивидуального здоровья). Критерии здоровья, индексы здоровья и нездоровья необходимы для объективного формирования социальных стандартов: прожиточного минимума, или его индексации; социального страхования (пенсионного, медицинского, случаев утраты трудоспособности, компенсации на случай болезни или травмы и т.д.).

Однако на общинном микросоциуме, на уровне конкретной семьи требуется профессионал, который способен профессионально разбираться в сложных взаимосвязях медицинского, социального, семейного и других аспектов, сделать эту помощь конкретной на уровне отдельно взятой семьи.

Семейный врач, врач общей практики, участковый врач - эти субъекты российского здравоохранения, в наше время, становятся главными, ключевыми фигурами в работе с семьей, вернее, могли бы стать таковыми. Для этого мы должны продумать создание специальных программ профессиональной подготовки, алгоритмы поведения при работе с семьей, особенно со «сложными семьями», разработать стандарты и рекомендации. С врачей первого контакта в здравоохранении надо начинать реформу здравоохранения, это кажется всем очевидным фактом, однако, важно разобраться почему подобный подход испытывает большие трудности в реализации.

Многочисленные исследования данного вопроса показывают, что население поддерживает посемейный подход к оказанию медицинской помощи, медицинские работники также считают эту проблему одной из важнейших. Остается только разобраться в причинах торможения посемейного подхода оказания медицинской помощи населению медико-социальной помощи врачом первого контакта в системе здравоохранения РФ.

Анализируя процесс реформирования здравоохранения в нашей стране в последнее десятилетие следует отметить, что он был

вызван к жизни не проблемами состояния здоровья населения и качества его медицинского обслуживания, а малоэффективными организационными мерами внутриведомственного характера. К сожалению, принимаемые меры существенного положительного воздействия на динамику здоровья и медико-демографические процессы не оказали.

В 1992-1993 г.г. в России начался поэтапный переход к организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики.

Министерством здравоохранения РФ был издан прекрасный ПРИКАЗ от 26 августа 1992 г. N 237 «О поэтапном переходе к организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача)». Накоплен уникальный опыт развития общеврачебной практики в РФ, однако широкого распространения эта программа не получила в последующие годы.

В контексте дальнейшего реформирования здравоохранения определение системы функционирования медико-социальной помощи должно было, на наш взгляд, осуществляться с учетом методологических подходов, выработанных в 1978 г., Алма-Атинской конференции.

При этом важно отметить, что на Алма-атинской конференции 1978 года конференции первичную медико-санитарную помощь (ПМСП) рекомендовано было рассматривать с различных, но взаимосвязанных позиций:

- как философский подход, базирующийся на принципах социального равенства людей;
- как стратегию реформирования системы здравоохранения с целью обеспечения всего населения качественной помощью при активном участии “каждого” и “всех” в этом процессе;
- как уровень оказания медицинской помощи;
- как совокупность комплексных программ, определяемых состоянием здоровья населения и окружающей среды.

К сожалению, необходимо констатировать, что система общеврачебной практики в полном объеме не реализована. Существующие программы «Земский врач», «Земская медицина», реализуемая в некоторых субъектах на уровне муниципальной системы, носит фрагментарный, несистемный характер.

Особенно надо отметить, что фигура врача первого контакта так и не стала самостоятельной фигурой, что тормозит развитие врачебной инициативы, основанной на экономической эффективности врача ПМСП. Экономические стимулы работы врача ПМСП, ВОП неоднократно предлагались для улучшения заинтересованности врача на участке обслуживания, но эти критерии используются очень редко.

Приоритет охраны здоровья отдельных лиц и на этой основе населения в целом, установленный Алма-Атинской конференцией (1978) и подтвержденный последующими решениями ВОЗ требует широкого подхода к проблеме.

Прежде всего, необходимо отказаться от приоритета производственно-коллективного подхода в организации медицинской помощи и перейти к исторически более оправданному семейному принципу.

Все вышеизложенное послужило методологической основой для разработки концептуальной модели системы медико-социальной помощи в Санкт-Петербурге в 1995 году, которая стала основной для развития общеврачебной практики в РФ. Однако, за прошедшие годы развитие этого направления затормозилось в связи с дефицитом участковых врачей, особенно в новостройках. Нельзя сказать что система ВОП не реализуется сейчас, отдельные практики созданы в новых районах Санкт-Петербурга и сельских территориях некоторых субъектов РФ, но это не носит комплексного системного характера. Настало время для пересмотра концепции внедрения системы общеврачебной (семейной) практики повсеместно, с учетом региональных особенностей.

В Концепции организации медицинской помощи по системе общеврачебной практики ключевым элементом должна стать семья или группа семей (1-ый уровень медико-социальной помощи), как эквивалент, определяющий потребность в медико-социальных службах и делегирующий этим службам долю их ответственности за свое благополучие медицинского и социального характера.

Этот уровень (уровень семьи) нуждается в государственной, правовой и этической поддержке при высокой степени ответственности населения за свое здоровье (рис. 1).



Рис.1. Правовая модель поддержки семьи.

Семья должна быть активным помощником медицинского персонала в лечебно-профилактических мероприятиях – при диспансерном наблюдении за хроническими больными, лечении, реабилитации, профилактике заболеваний и др. Семья должна знать и выполнять требования, необходимые для поддержания здоровья, знать медико-социальные программы района, города и принимать участие в их выполнении.

Работники здравоохранения и социальных служб должны изучать и анализировать семейные проблемы, дифференцировать семьи по группам приоритетности на основании медико-социальных данных.

Таким образом, в концепции медико-социальной помощи определяется решающее значение семьи в деле укрепления здоровья, профилактики, ранней диагностики и лечения заболеваний, так как основная часть медицинских и санитарных мероприятий проводится в семье еще до того, как возникает контакт с работником здравоохранения.

Концепция здоровья семьи предполагает два основных подхода: подход к семье как к “единице здоровья” и как к “единице медико-социального обслуживания”.

В качестве “единицы обслуживания” семья представляет собой удобный объект воздействия со стороны работников медицинских и социальных учреждений, обеспечивающих индивидуальное обслуживание с учетом динамики внутрисемейных отношений, а также существующих рисков ухудшения здоровья семьи.

В этой связи необходимо различать 3 группы факторов риска:

- социально-гигиенические (материально-бытовые, трудовые и др.);
- медико-демографические (возраст, пол, беременность, наличие детей, болезни и т.д.);
- социально-психологические (образ жизни, культурные потребности, этнические особенности, психологический климат семьи и т.д.).

На основе анализа этих факторов важно выделить семьи социального неблагополучия, основанные на асоциальном поведении (наркомания, алкоголизм и т.д.) и неблагоприятных условиях жизни (неблагоприятные жилищные условия, бедность и т.д.).

Высокие требования к лицу, способному решать весь этот комплекс задач, связывающих семью как социальную ячейку общества и общество в целом, на первый взгляд, делают невозможным или мало реальным в обозримом будущем решить все проблемы здоровья семьи. Перекладывать все проблемы на работников медико-социального комплекса будет величайшей ошибкой, так как они носят комплексный характер, врач не справится с этой задачей.

Поэтому основной упор в достижении здоровья семья должна делать на свои усилия и возможности. Но сформировать в семье основные поведенческие алгоритмы первичной и вторичной профилактики может и должен специалист или группа специалистов медико-социальной службы и прежде всего семейный врач или врача

общей практики (ВОП), в наших современных условиях дефицита врачей, это может делать медсестра, специализирующаяся на этих профилактических программах, а также участковый социальный работник и психолог.

Основные принципы и подходы к решению проблемы общей практики строятся на следующих положениях:

1. Приоритетная роль врача и медсестры общей практики в существующей социально-экономической системе, системах здравоохранения и социального обеспечения. Государственная правовая и этическая поддержка.

2. Преимущественно социальная оценка качества и эффективности работы ВОП. Вторичный характер административного контроля.

3. Переориентация всех служб здравоохранения и социального обеспечения на преимущественное удовлетворение потребностей ВОП в решении проблем семьи по профилактике, лечению, реабилитации и социальной помощи. Создание консультативно-диагностических центров при стационарах, госпиталей сестринского ухода. Прямая связь ВОП с работником социальной службы.

4. Материально-техническое оснащение ВОП должно находиться в зависимости от организационной формы работы ВОП (индивидуальный или бригадный метод) и особенностей микрорайона. Многообразие форм организации деятельности общеврачебной практики.

5. Новые принципы финансирования деятельности ВОП (участие страховых фондов, средств местных бюджетов, других источников), основанных на подушевом финансировании и экономических показателях в зависимости от медицинской эффективности.

6. Изменение системы подготовки медицинских кадров для семейной медицины (непрерывность обучения, ответственность ВУЗа за качество подготовки специалиста, контроль за работой ВОП со стороны профессиональных ассоциаций, страховых компаний).

7. Повышение ответственности населения (семьи) за свое здоровье на основе введения экономических, социальных и психологических механизмов мотивации.

Таким образом, изменение функционирования систем здравоохранения, социального обеспечения и других систем социальной сфе-

ры (народное образование, культура, физкультура и спорт) путем объединения усилий в решении медико-социальных проблем в обществе и обеспечивает соответствующие службы различных уровней необходимыми организационными формами и методами в деле охраны здоровья семьи и нации в целом.

Самостоятельно здравоохранение с данной задачей справиться не может, она “сквозная”, комплексная, затрагивающая весь блок социальных вопросов и поэтому программа формирования ПМСП на основе института врача общей практики должна быть прежде всего решением местных органов власти, единой медико-социальной региональной программой конкретного субъекта РФ.

Список литературы:

1. Акулин И.М., Белоколодова Т.И., Прогресс медицины и право. XII ежегодная научно-практическая конференция «Медицина и право в XXI веке», 25-26 декабря 2020 года. Сборник трудов (дополнительные материалы) – СПб.: Нордмедиздат – Санкт_Петербург, 2021 – 112 с.

2. Акулин И.М., Белоколодова Т.И. Основные организационно-правовые принципы профилактической медицины за рубежом.. В сборнике: Медицина и право в XXI веке. Сборник трудов XXIII ежегодной научно-практической конференции. Санкт-Петербург, 2021. С. 82-100.

3. Акулин И.М., Чеснокова Е.А., Сопрун Л.А. Исторический анализ развития правового регулирования профилактического принципа в организации охраны здоровья населения России / В сборнике: Медицина и право в XXI веке. материалы XII ежегодной научно-практической конференции с международным участием: круглый стол “Правовые и криминологические проблемы профилактической медицины”. 2020. С. 74-112.

4. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения. К разработке дорожной карты по реализации Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. в Европейском регионе ВОЗ. EUR/RC66/17 (2016 г.) (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0015/319110/66rs04r_SDGs_160763.pdf?ua=1)

5. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения. Приоритетные задачи в области укрепления систем здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ на 2015–2020 гг. Ориентация на нужды людей: от слов к делу. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/283848/65wd13r_Health Systems Strengthening_150494.pdf?ua=1).

6. Указ Президента РФ от 06.06.2019 N 254 “О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года». УТВЕРЖ-

ДЕНА Указом Президента Российской Федерации от 6 июня 2019 г. N 254. <http://www.kremlin.ru/acts/bank/44326>

7. Указ Президента Российской Федерации от 21 июля 2020 г. № 474 «О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года». <http://www.kremlin.ru/acts/bank/45726>

8. De La Maisonneuve, C. & Martins, J. O. Public Spending on Health and Long-term Care. (2013).

9. Pravettoni, G., & Gorini, A. (2011). A P5 cancer medicine approach: Why personalized medicine cannot ignore psychology. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 17(4), 594–596. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2011.01709.x>.



**РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ СЛЕДСТВЕННОЙ И
СУДЕБНОЙ ПРАКТИКИ ПО УСТАНОВЛЕНИЮ
ОБСТОЯТЕЛЬСТВ СОБЫТИЯ СУИЦИДА,
СОВЕРШЕННОГО НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМ**

Кушниренко Светлана Петровна,

доцент, к.ю.н., Санкт-Петербургский государственный
университет, кафедра уголовного процесса и криминалистики.
Санкт-Петербургский государственный университет, Россия,
199034, Санкт-Петербург, Университетская наб., 7–9.
s.kushnirenko@spbu.ru

Пристансков Владимир Дмитриевич,

профессор, к.ю.н. Санкт-Петербургский государственный
университет, заведующий кафедрой уголовного процесса и
криминалистики, Санкт-Петербургский государственный
университет, Россия, 199034, Санкт-Петербург,
Университетская наб., 7–9.
v.pristanskov@spbu.ru

Сидорова Наталия Александровна,

доцент, к.ю.н., Санкт-Петербургский государственный
университет, кафедра уголовного процесса и криминалистики,
Санкт-Петербургский государственный университет, Россия,
199034, Санкт-Петербург, Университетская наб., 7–9.
n.sidorova@spbu.ru

**RESULTS OF ANALYSIS OF INVESTIGATIVE AND JUDICIAL
PRACTICE TO ESTABLISH THE CIRCUMSTANCES OF A
SUICIDE EVENT COMMITTED BY MINOR**

Kushnirenko Svetlana P.,

Associate professor. Ph.D. St. Petersburg State University,
Department of Criminal Procedure and Criminalistics. St. Petersburg
State University, 7-9 Universitetskaya nab., Saint Petersburg, 199034,
Russia. s.kushnirenko@spbu.ru

Pristanskov Vladimir D.,

Professor, Ph.D, Saint Petersburg State University, Head of the
Department of Criminal Procedure and Criminalistics,
Saint-Petersburg State University, 7-9 Universitetskaya nab.,
Saint-Petersburg, 199034, Russia. v.pristanskov@spbu.ru

Sidorova Nataliia A.

Associate professor. Ph.D. St. Petersburg State University,
Department of Criminal Procedure and Criminalistics. St. Petersburg
State University, 7-9 Universitetskaya nab., Saint Petersburg, 199034,
Russia. n.sidorova@spbu.ru

Аннотация: действующее уголовное законодательство устанавливает уголовную ответственность за доведение до самоубийства (ст.110 УК РФ), за склонение к совершению самоубийства или содействие совершению самоубийства (ст.110.1УК РФ), за организацию деятельности, направленной на побуждение к совершению самоубийства (ст. 110.2УК РФ). Статистика последних лет свидетельствует об относительно увеличении числа суицидов, как попадающих под признаки вышеуказанных составов, так и не являющихся криминальными. Изучение региональной правоприменительной практики позволило выявить отдельные проблемы, с которыми сталкиваются следователи на первоначальном этапе расследования и сформулировать рекомендации по повышению эффективности процессуальной деятельности.

Ключевые слова: суицид, потерпевший, возбуждение уголовного дела, судебная экспертиза, методика расследования.

Annotation. The current criminal legislation establishes criminal liability for causing suicide (Article 110 of the Criminal Code of the Russian Federation), for inducing suicide or facilitating suicide (Article 110.1 of the Criminal Code of the Russian Federation), for organizing activities aimed at inducing suicide (Article 110.2 of the Criminal Code of the Russian Federation). Recent statistics show a relative increase in the number of suicides, both those that fall under the criteria of the above-mentioned compounds and those that are not criminal. The study of regional law enforcement practice made it possible to identify individual problems faced by investigators at the initial stage of the investigation and formulate recommendations for improving the effectiveness of procedural activities.

Keywords: suicide, victim, initiation of a criminal case, judicial examination, investigation methodology.

Ежегодно, 10 сентября отмечается Всемирный день предотвращения самоубийств¹. Его основная задача привлечь всеобщее внимание к

¹ Live life. An implementation guide for suicide prevention in countries/ World Health Organization. 2021//<https://www.who.int/publications/i/item/9789240026629>

тем лицам, которые нуждаются в помощи и находятся на грани совершения самоубийства По словам А.Ф.Кони: «Черное крыло насильственной смерти от собственной руки все более и более развевается над человечеством, привлекая под свою мрачную тень не только людей, по-видимому обтерпевшихся в жизни, но и нежную юность, и тех, кто дожил до близкой уже могилы. Случаи самоубийства перестали быть единичным, хотя и частым, окончанием расчетов с жизнью, а обратились в целое общественное явление, даже в бедствие, заслуживающее внимательного изучения и обдуманной борьбы с ним»². В 2021 году в России зафиксировано 753 случая самоубийств среди детей, что на 37,4% больше, чем годом ранее. Согласно этим материалам, в 2018 году Следственный Комитет зарегистрировал 788 самоубийств среди несовершеннолетних, в 2019-м – 737, а в 2020 году – 548. Число детей с суицидальным поведением отмечено Генеральной прокуратурой, в 30 субъектах было выявлен рост количества несовершеннолетних с наклонностями к суицидальному поведению с 635 до 882 соответственно в 2020 и 2021 г.г. Уполномоченный по правам ребенка в РФ М. Львова-Белова подчеркнула, что основными причинами для совершения суицида являются внутрисемейные конфликты с родителями, несчастная любовь, проблемы в школе, недовольство внешностью, проблемы с психикой, а также влияние информации из интернета. Она подчеркнула, что дети нуждаются в квалифицированной психологической помощи, и в этой связи, по ее мнению, «необходимо совершенствовать государственную политику в сфере профилактики суицидов среди несовершеннолетних».³ Жизнь ребенка охраняется как международно-правовыми актами, так и внутренним законодательством Российской Федерации, является особой ценностью. Действующее российское уголовное законодательство установило уголовную ответственность за совершение таких действий как, доведение лица до самоубийства или до покушения на самоубийство путем угроз, жестокого обращения или систематического унижения человеческого достоинства потерпевшего, а в качестве квалифицирующего признака установила совершение

² Кони А.Ф. *Самоубийства в законе и жизни* // <https://dspace.spbu.ru/handle/11701/18278>.

³ В России выросло число детских суицидов и их попыток. <https://www.rbc.ru/society/07/07/2022/62c594289a7947eece23ead6>.

таких действий в отношении несовершеннолетнего или лица, заведомо для виновного находящегося в беспомощном состоянии либо в материальной или иной зависимости от виновного; за склонение к совершению самоубийства или содействие совершению самоубийства, за организацию деятельности, направленной на побуждение к совершению самоубийства (ст.ст.110,110-1,110-2 УК РФ). Согласно данным Следственного Комитета РФ в 2020 г было возбуждено 611 уголовных дел по фактам самоубийств, отказано в возбуждении в 3845 случаях, за 6 месяцев 2021 г возбуждено 439 уголовных дел, отказано в возбуждении в 2780 случаях.⁴ Но количество направленных в суд уголовных дел, возбужденных по ст. 110 УК РФ составляет примерно 2,5% от количества возбужденных дел. Остальные уголовные дела прекращаются за отсутствием события или состава преступления.⁵ С 2018 по 2020 гг по признакам ст.ст. 110,110-1,110-2 УК РФ было осуждено 19 человек (2018 г), 24человека (2019), 8 человек (2020).⁶

Проведение проверочных действий в стадии возбуждения уголовного дела и соответственно расследование преступлений анализируемой группы характеризуется особой спецификой и отличается достаточной сложностью, так как механизм доведения до суицидального намерения является зачастую неочевидным, действия абьюзера не всегда являются непосредственно направленными на суицидента, они могут носить опосредованный характер. В ходе проверочных действий уже на стадии возбуждения уголовного дела требуется провести большой объем проверочных мероприятий, в том числе опросить разные категории субъектов – от малолетних до взрослых, которым могли бы сообщить хоть малейшую информацию о событии, количество опрашиваемых зачастую бывает весьма и весьма значительным. Специфика возраста опрашиваемых требу-

⁴ Кот Е.А. *Расследование преступлений, совершенных в сети Интернет, связанных с побуждением несовершеннолетних к суициду*. Автореф. дисс ... канд. юрид. наук. Калининград, 2022. С 3-4

⁵ Старший помощник председателя СКР Игорь Комиссаров – о влиянии сети на подростков и истинных причинах детских суицидов <https://sledcom.ru/press/interview/item/1276735/>

⁶ см. Алпатова С.Ю. *Проблема детского суицида. Причины, статистика, профилактика.* //Закон и право.2021.№12. с.114-117. С.115.

ет привлечения специалистов в области психологии или педагогики. Уже на этом этапе возникает необходимость провести целый ряд экспертных исследований, сроки производства которых объективно выходят за пределы сроков стадии возбуждения уголовного дела. Все это обусловило необходимость изучить правоприменительную практику. Для целей настоящего исследования были проанализированы: материалы проверок, по которым было отказано в возбуждении уголовного дела, прекращенные уголовные дела, приговоры судов. Исследование осуществлялось с учетом характерных для суицидальных событий структур. Было обращено внимание на определение полноты и объективности исследования обстоятельств события, на объеме проведенных следователем действий, на круге проводимых ОРМ на стадиях возбуждения уголовного дела и предварительного расследования. Следует согласиться с позицией Н.Н.Ильина о том, что «ошибки, допущенные на стадии первичного осмотра места происшествия и трупа, как правило, являются невосполнимыми».⁷ В ходе досудебных стадий уголовного судопроизводства основная нагрузка по поисково-познавательной деятельности ложится на следователя. Это и взаимодействие с несовершеннолетними, подготовка материалов для назначения и производства экспертиз, анализ ближайшего окружения суицидента, его взаимоотношения в семье, школе, внешкольных учреждениях, дворовые контакты, следы в социальных сетях и проч. Большое значение имеет психосоматическое состояние лица, особенности его психоэмоционального состояния и прочие характеристики. Все это позволяет прогностически оценить объем необходимой информации для принятия решения по событию и определить очередность проведения следственных действий и оперативно-разыскных мероприятий. В этой ситуации важен правильный выбор тактических приемов и выявление следов.⁸

⁷ Ильин Н. Н. *Вопросы квалификации и расследования доведения до самоубийства несовершеннолетних с помощью сети Интернет: практическое пособие* / Московская академия Следственного комитета. М. 2022. С.30

⁸ Панина Н.А. *Научно-практические рекомендации по тактике и организации расследования преступлений, направленных на побуждение несовершеннолетних к самоубийству* // Гуманитарные, социально-экономические и общественные науки / Humanities, social-economic and social sciences. 2024. №2 (февраль)

В целом по итогам анализа материалов изученных уголовных дел можно констатировать следующее: в основном в плане организации следствия расследование проводится достаточно качественно и полноценно. По нашему мнению, этому способствует создание следственных групп уже на начальном этапе производства по делу, это позволяет более оперативно и качественно провести доследственную проверку в значительном объеме – выявить свидетелей, получить их объяснения, осмотреть место происшествия, выполнить иные неотложные следственные и иные процессуальные действия, направленные на выявление признаков преступления.

В соответствии с основами криминалистической методики расследования преступлений в стадиях возбуждения уголовного дела и предварительного расследования устанавливались следующие обстоятельства: личность и характеристика жертвы, способ самоубийства, место и время самоубийства, характер и размер причиненного вреда, способы доведения до самоубийства (угрозы, жестокое обращение, систематическое унижение человеческого достоинства), личность и характеристика виновного лица, время и место преступных действий (определение каждого преступного действия и весь период совершения преступления), обстоятельства, исключающие преступность и наказуемость деяния, смягчающие и отягчающие наказание, а также могущие повлечь за собой освобождение от уголовной ответственности и наказания. Главный упор в расследовании был сделан на установление мотивов самоубийства. Выдвигались и проверялись все необходимые в таких случаях общие версии: убийство, самоубийство, доведение до самоубийства, несчастный случай. Наиболее часто встречаемые в изученных уголовных делах способы совершения самоубийства – повешение или прыжок с высоты. По данным А.В. Голенкова, К.А. Егоровой, Я.Д. Тайкиной, Ф.В. Орлова, способы самоубийства среди детей и подростков распределяются следующим образом: повешение – 56, 2%, падение с высоты – 32,6%, применение холодного оружия – 4,6%, огнестрельного – 3,1%, отравление – 2,9%, прыжок под поезд – 0,6%.⁹

Следует обратить особое внимание следователей, что при установлении мотивов суицида и мотивов доведения до самоубийства

⁹ Голенков А.В., Егорова К.А., Тайкина Я.Д., Орлов Ф.В. Самоубийства среди детей и подростков в России // Суицидология. Том 14, № 4 (53), 2023. С.74.

необходимо учитывать личностные характеристики абыюзера и суицидента, рассматривать эти обстоятельства в совокупности. Характеристика личности и ее потребности определяют мотивацию поведения, которая, в свою очередь, предоставляет возможность дать оценку исследуемых действий потерпевшим и обвиняемым, отношения обвиняемого к своим действиям и их последствиям, оценку обвиняемым переживаний потерпевшего. Без оценки личности обоих нельзя решить сложный вопрос о том, каким было поведение обвиняемого, по мнению потерпевшего, и понимал ли это обвиняемый и желал ли.

Изучение личности должно осуществляться как биографическим методом, так и методом независимых характеристик. Оба метода должны применяться одновременно.

Однако анализ материалов доследственных процессуальных проверок и материалов уголовных дел в тоже время показал, что полнота и всесторонность исследования обстоятельств события, совершенного несовершеннолетним, не всегда были достаточным для формулировки выводов и обоснования принятых процессуальных решений. Значительная часть опросов и допросов малоинформативна. В целом и общем это сводилось к свободному рассказу на тему «что можете рассказать о поведении конкретного лица», в протоколе отсутствуют вопросы, направленные на детализацию показаний в части характеристики личности суицидента, по установлению обстоятельств и характеристике психотравмирующей ситуации, возможных конфликтов в коммуникативной сфере.

В соответствии с методикой расследования доведения до самоубийства в ходе процессуальной деятельности по изученным делам устанавливались следующие обстоятельства: личность и характеристика жертвы, личность и характеристика виновного лица, способ самоубийства, место и время самоубийства, способы доведения до самоубийства, время и место преступных действий (определение каждого преступного действия и весь период совершения преступления), характер и размер причиненного вреда, обстоятельства, исключющие преступность и наказуемость деяния, смягчающие и отягчающие наказание, влекущие за собой освобождение от уголовной ответственности и наказания. Представляется, что указанный недостаток можно объяснить исключительно тем, что в следствен-

ных органах нет специализации следователей по расследованию этой категории преступлений. На наш взгляд, это организационный дефект, но он заслуживает особого внимания, так как по суицидам среди несовершеннолетних Россия занимает одно из первых мест в мире.¹⁰ Об этом свидетельствуют и тревожные региональные статистики суицидов среди этой возрастной группы.

Следователи, добросовестно исполняют свои профессиональные обязанности (о чем свидетельствует по большинству уголовных дел объем и качество проведенных процессуальных действий), но, не имея специальной подготовки, не владеют тактическими приемами по установления эмоционального состояния подростка, особенностей его поведения в период предшествующий акту самоубийства, так, например, в ходе допросов не акцентируют должного внимания на выявлении и характеристике тех эмоциональных нарушений, которые могли предшествовать суициду и быть его причиной.

Для исключения неполноты исследования обстоятельств суицидального события следователи должны обладать не только знаниями об особенностях подростковой психологии, но и прежде всего, о патопсихологических поведенческих проявлениях, порожденных чаще всего стрессовыми нагрузками на психику несовершеннолетнего. А последние могут быть обусловлены свойственными для этого возраста максимализмом, бескомпромиссностью, демонстративностью, повышенной внушаемостью, выраженным чувством вины, неадекватной самооценкой, фрустрацией и т.п. Поэтому следователю важно знать, как проявляются эти признаки, как они влияют на суицидальную мотивацию и в течение какого времени (это может быть и очень короткий период принятия несовершеннолетним решения совершить самоубийство; какие поведенческие признаки об этом свидетельствуют и т.д.).

Установление мотива суицидального поведения несовершеннолетнего часто позволяет выявить субъекта или круг лиц, которые могли инициировать действия, направленные на дестабилизацию психического поведения суицидента.

Несовершеннолетние свидетели допрашивались с участием педагогов и (или) психологов, но специалисты, судя по протоко-

¹⁰ Голенков А.В., Егорова К.А., Тайкина Я.Д., Орлов Ф.В. указ соч.С.72.

лам, вели себя пассивно, ни вопросов, ни замечаний от них не поступало.

В некоторых случаях (когда необходимо было опросить большой массив несовершеннолетних) следователями были разработаны вопросы, и несовершеннолетние допрашивались сотрудниками ОВД строго по рекомендованному перечню вопросов. С одной стороны, это, как бы, должно было способствовать полноте выясняемых сведений, но, с другой, делало протоколы похожими один на другой с точки зрения формулировок вопросов и информационного разнообразия записанных ответов.

Создавалось впечатление отсутствия психологического контакта с допрашиваемыми, установление которого означает установление взаимного интереса к предстоящему общению и тем самым получение криминалистически значимой значительной информации. И, как уже было ранее отмечено, это и невладение следователями информацией о соответствующих тактических приемах и отсутствие навыков их применения при допросе несовершеннолетних. Не соблюдалась и рекомендация по общей тактике допроса применительно к каждой из его стадий.

По значительному объему исследованных материалов предварительных проверок и прекращенных уголовных дел мотив суицида остался фактически неустановленным. При расследовании дел данной категории нельзя исключать в отношении некоторых родственников, членов семей, близких лиц, педагогов и определенную заинтересованность в том, чтобы скрыть какие-то негативные факторы, которые могли детерминировать суицидальное поведение несовершеннолетнего.

Установить мотивы суицида, безусловно, задача трудная, поскольку и судебные психолого-психиатрические экспертизы не дают ответа на такой вопрос, а могут лишь (посмертно) пытаться восстановить психо-эмоциональное состояние подростка, опять же по материалам уголовного дела. Представляется целесообразным в этой связи привлекать специалиста-психолога к участию в допросах родителей, опекунов, попечителей и других лиц, которым может быть известна какая-либо информация.

По материалам проверок такие экспертизы проводились единично, поэтому даже вопрос о психоэмоциональном состоянии и пере-

живаниях подростка – суицидента следователи (дознаватели) чаще всего определяли по объяснениям родственников и знакомых жертвы. Выяснение мотива суицидального поведения подростка могло бы ориентировать следователя не только на полноту установления обстоятельств суицидального события, но также и на выбор эффективных мер профилактики.

Целенаправленность исследования суицидального происшествия на стадии возбуждения уголовного дела зависит, прежде всего, от понимания следователем специфики суицидального происшествия. Но она обеспечивает объективность установления признаков преступления (или их отсутствие). Поэтому очень важно уже на этом этапе процессуальной деятельности привлекать в качестве специалиста-консультанта, а по возможности и участника опросов и осмотра места происшествия специалиста-суицидолога (или психолога), владеющего необходимым объемом специальных знаний, а также и получать консультативное психолого-психиатрическое заключение. Мнение и участие специалистов на стадии процессуальной проверки важно не только в плане полноты исследования обстоятельств суицидального события, но и обоснования объективности принимаемого процессуального решения по его завершению. По подавляющему числу предварительных процессуальных проверок, материалы которых были нами изучены, привлечение специалиста-суицидолога (психолога) не осуществлялось. Также в материалах проверок отсутствуют и консультативные заключения специалистов (психологов, психиатров). Заключение комплексных психолого-психиатрических экспертиз появлялись только после возбуждения уголовного дела.

Как положительный факт можно отметить, что на практике в качестве предупредительных мер почти по каждому отказному материалу и прекращенному уголовному делу следователями в адрес образовательных учреждений и соответствующих органов были внесены представления по устранению причин и условий, способствовавших суициду, суть которых сводилась к простому информированию о случившемся происшествии. Такие представления не содержат никакой конкретики, что свидетельствует о том, что они носят характер формального уведомления, не требующего реального реагирования. Практическая бесполезность таких мер очевидна.

Список литературы

1. Алпатова С.Ю. Проблема детского суицида. Причины, статистика, профилактика. //Закон и право.2021.№12. с.114-117. С.115.
2. В России выросло число детских суицидов и их попыток <https://www.rbc.ru/society/07/07/2022/62c594289a7947e6e23ead6> (дата обращения 25.01.2025).
3. Голенков А.В., Егорова К.А., Тайкина Я.Д., Орлов Ф.В. Самоубийства среди детей и подростков в России// Суицидология. Том 14, № 4 (53), 2023.с.71-81.
4. Ильин Н. Н. Вопросы квалификации и расследования доведения до самоубийства несовершеннолетних с помощью сети Интернет: практическое пособие / Московская академия Следственного комитета. М. 2022. С.30.
5. Кони А.Ф. Самоубийства в законе и жизни // <https://dspace.spbu.ru/handle/11701/18278> (дата обращения 25.01.2025).
6. Кот Е.А. Расследование преступлений, совершенных в сети Интернет, связанных с побуждением несовершеннолетних к суициду. Автореф. дисс . канд.юрид наук. Калининград, 2022. 27 с. С 3-4.
7. Панина Н.А, Научно-практические рекомендации по тактике и организации расследования преступлений, направленных на побуждение несовершеннолетних к самоубийству. Гуманитарные, социально-экономические и общественные науки / Humanities, social-economic and social sciences. 2024. №2 (февраль).
8. Старший помощник председателя СКР Игорь Комиссаров – о влиянии сети на подростков и истинных причинах детских суицидов <https://sledcom.ru/press/interview/item/1276735/>(дата обращения 25.01.2025).
9. Live life. An implementation guide for suicide prevention in countries/ World Health Organization. 2021//<https://www.who.int/publications/i/item/9789240026629> (дата обращения 25.01.2025).



УДК 614.2:347.9

ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ИНФОРМИРОВАННОГО СОГЛАСИЯ В МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ: ПРОБЛЕМЫ И РЕШЕНИЯ

Игорь Михайлович Акулин,

доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой
организации здравоохранения и медицинского права
Санкт-Петербургского государственного университета
199037 г. Санкт-Петербург, Университетская набережная, 7/9;
e-mail: orgzdrav@spbu.ru.

Козюк Ульяна Юрьевна,

ординатор – гематолог кафедры факультетской терапии
с клиникой Института медицинского образования Национального
исследовательского центра имени В.А. Алмазова, магистрант
направления Юриспруденция Российского университета дружбы
народов имени Патриса Лумумбы;
e-mail: ulanakozuk28888@gmail.com.

***Аннотация.** Статья исследует правовые, психологические и этические аспекты информированного согласия в медицинской практике, акцентируя внимание на российском контексте и международных моделях. Анализируются основные правовые нормы, регулирующие ИС в России, а также проблемы, такие как недостаточная информированность пациентов и психологическое давление. Рассматриваются судебные дела, связанные с согласием, и различные модели согласия, включая специальное, широкое и динамическое согласие. Обсуждаются перспективы развития информированного согласия через внедрение цифровых технологий и образовательные инициативы, что может повысить качество медицинского обслуживания и защиту прав пациентов.*

***Ключевые слова:** информированное согласие, автономия пациента, правовые нормы, этические аспекты, модели согласия, данные о здоровье, Европейский Союз, судебная практика, цифровые технологии, психологическое давление.*

LEGAL ASPECTS OF VOLUNTARY INFORMED CONSENT IN MEDICAL PRACTICE: PROBLEMS AND SOLUTIONS.

Igor M. Akulin,

Doctor of Medical Sciences, Professor. Head of the Department of Health
Care Organization and Medical Law of the Saint Petersburg State Uni-

versity; 199037 Saint Petersburg, Universitetskaya Naberezhnaya, 7/9; e-mail: orgzdrav@spbu.ru.

Ulyana Yu. Kozyuk,

Resident Physician – Hematologist at the Department of Faculty Therapy with Clinic of the Institute of Medical Education of the V.A. Almazov National Research Center, Master's Student in Jurisprudence at the Peoples' Friendship University of Russia named after Patrice Lumumba (e-mail: ulanakozuk28888@gmail.com).

Abstract. *The article examines the legal, psychological and ethical aspects of informed consent in medical practice, focusing on the Russian context and international models. The main legal norms governing informed consent in Russia are analyzed, as well as problems such as insufficient patient awareness and psychological pressure. Court cases related to consent and various consent models, including special, broad and dynamic consent are considered. Prospects for the development of informed consent through the introduction of digital technologies and educational initiatives are discussed, which can improve the quality of medical care and the protection of patients' rights.*

Keywords: *Informed consent, patient autonomy, legal norms, ethical aspects, consent models, health data, European Union, judicial practice, digital technologies, psychological pressure.*

Введение. Информированное согласие (ИС) в медицинской практике представляет собой не только юридическую формальность, но и важный этический принцип, который защищает права пациента и его автономию. В условиях современного здравоохранения, где технологии и методы лечения становятся все более сложными, необходимость в осознанном согласии приобретает особую актуальность [2, 7]. ИС подразумевает, что пациент должен быть полностью уведомлен о предстоящих процедурах, их рисках, преимуществах и возможных последствиях, прежде чем дать свое согласие на лечение или вмешательство [18]. Согласно международным стандартам и законодательству многих стран, ИС является обязательным условием для проведения медицинских процедур. Это право пациента на информацию и возможность выбора основывается на принципах уважения к личности и ее достоинству. Однако на практике реализация этого принципа сталкивается с

множеством проблем. Одной из основных трудностей является недостаточная осведомленность пациентов о своих правах и о сути предлагаемых медицинских вмешательств [1]. Часто пациенты не могут адекватно оценить информацию, предоставляемую врачами, из-за сложности медицинской терминологии или эмоционального давления. Кроме того, правовые аспекты информированного согласия также требуют внимательного рассмотрения. Законодательство в разных странах может по-разному трактовать требования к ИС, что создает правовые пробелы и неопределенности. Например, в некоторых случаях возможно получение согласия после начала процедуры, если это необходимо для спасения жизни пациента [9, 12]. Это вызывает вопросы о том, насколько такое согласие действительно можно считать информированным. В последние годы наблюдается рост интереса к альтернативным моделям информированного согласия, таким как широкое согласие или многоуровневое согласие, которые могут упростить процесс получения ИС и сделать его более гибким. Эти модели позволяют пациентам заранее дать согласие на использование своих данных в неопределенных будущих исследованиях или выбрать конкретные цели использования своих данных.

Информированное согласие (ИС) в России является важным аспектом медицинской практики, который регулируется как этическими нормами, так и законодательством. В соответствии с Конституцией Российской Федерации и Федеральным законом “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” (Закон № 323-ФЗ), каждый гражданин имеет право на защиту своей жизни и здоровья, а также на получение информации о предстоящих медицинских вмешательствах. Это право включает в себя возможность пациента быть должным образом информированным о целях, методах, рисках и последствиях медицинского вмешательства [9].

С момента признания принципа информированного согласия в российском праве, который был внедрен около 30 лет назад, его понимание и применение остаются проблематичными. Многие врачи, пациенты и юридические специалисты по-прежнему не полностью осознают значение ИС, что приводит к различиям в его интерпретации и реализации. Например, часто возникает вопрос о том, насколько

ко пациент действительно способен дать осознанное согласие, учитывая возможное давление со стороны медицинского персонала или недостаток информации [6].

В России также наблюдаются сложности с формулировкой и содержанием документов об ИС. Исследования показывают, что пациенты часто не понимают юридический язык и сложные медицинские термины, что затрудняет их способность принимать обоснованные решения. Это подчеркивает необходимость разработки более доступных форм ИС, которые бы учитывали уровень понимания пациентов [7].

Кроме того, российская судебная практика демонстрирует разнообразие подходов к вопросам ИС. Анализ судебных решений показывает, что правильное оформление ИС может служить защитой интересов как пациентов, так и медицинских учреждений. Однако случаи нарушения прав пациентов на информированное согласие все еще имеют место, что требует более строгого контроля и повышения уровня правовой грамотности как среди врачей, так и среди пациентов [8].

Таким образом, правовые аспекты информированного согласия в России требуют комплексного подхода к решению существующих проблем. Это включает в себя как улучшение образовательных программ для медицинских работников и пациентов, так и разработку более понятных и доступных форм ИС. Важно продолжать исследовать и внедрять новые модели согласия, которые могут обеспечить защиту прав пациентов и повысить уровень доверия к системе здравоохранения. В данной статье будут рассмотрены ключевые проблемы, связанные с ИС, а также предложены возможные пути их решения с учетом современных тенденций в области медицины и права.

Основные аспекты.

1. Правовые основы информированного согласия в России.

Информированное согласие (ИС) в России представляет собой важный элемент медицинской практики, который регулируется рядом законодательных актов. Основным документом, определяющим правовые основы ИС, является Федеральный закон “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” (Закон № 323-ФЗ), принятый в 2011 году. Этот закон устанавливает основные

принципы и требования к получению согласия пациента на медицинское вмешательство [7].

Согласно статье 20 Закона № 323-ФЗ, информированное согласие должно быть получено от пациента до начала любого медицинского вмешательства [8, 10]. Врач обязан предоставить пациенту полную и доступную информацию о:

- Целях и методах медицинского вмешательства.
- Возможных рисках и последствиях.
- Ожидаемых результатах и альтернативных вариантах лечения.

Каждый из этих аспектов должен быть представлен отдельно, чтобы пациент мог осознанно оценить свое решение. Это подчеркивает важность предварительного информирования, которое должно происходить до начала вмешательства, что обеспечивает автономию пациента и его право на выбор [18].

Несмотря на наличие четких правовых норм, реализация принципа информированного согласия в практике сталкивается с рядом проблем. Во-первых, многие пациенты не обладают достаточными знаниями для понимания медицинских терминов и сложных процедур [21, 22]. Это приводит к тому, что они могут не полностью осознавать риски или преимущества предложенного лечения. Во-вторых, существует проблема психологического давления со стороны медицинского персонала [14]. Пациенты могут чувствовать себя обязанными согласиться на лечение из-за авторитета врача или из-за страха перед последствиями отказа. Это поднимает важный вопрос о добровольности согласия: если оно было получено под давлением или без должного информирования, его легитимность может быть поставлена под сомнение.

Анализ судебной практики показывает, что правильно оформленное информированное согласие служит защитой как для пациента, так и для медицинского учреждения [13]. Судебные решения подтверждают необходимость соблюдения требований к ИС и подчеркивают важность его понимания обеими сторонами. Однако случаи нарушения прав пациентов на информированное согласие все еще имеют место, что требует более строгого контроля со стороны органов здравоохранения и повышения правовой грамотности как среди врачей, так и среди пациентов.

2. Психологические и этические аспекты информированного согласия.

Информированное согласие не только юридическая формальность, но и важный этический принцип, который отражает уважение к автономии пациента. Психологические и этические аспекты ИС играют ключевую роль в понимании его значения в медицинской практике, особенно в контексте взаимодействия между врачом и пациентом [15].

Принцип автономии подразумевает, что каждый пациент имеет право на самостоятельное принятие решений о своем здоровье и лечении. Это право закреплено в Конституции Российской Федерации, которая гарантирует личную неприкосновенность и свободу воли [13]. Врач, обладая специализированными знаниями, не вправе навязывать свои решения пациенту; его роль заключается в предоставлении информации и поддержке пациента в процессе принятия решения [4]. Однако на практике часто возникает вопрос о том, насколько пациенты действительно могут дать осознанное согласие. Сложные медицинские термины, неопределенность относительно последствий лечения и эмоциональное давление могут затруднить понимание пациентом сути предлагаемых процедур [5, 6]. Это подчеркивает необходимость не только информирования, но и создания доверительной атмосферы, где пациент может открыто обсуждать свои опасения и вопросы.

Психологические аспекты информированного согласия включают влияние страха, стресса и неопределенности на способность пациента принимать решения. Пациенты, находящиеся в состоянии эмоционального напряжения из-за болезни или необходимости хирургического вмешательства, могут испытывать трудности с оценкой информации. В таких ситуациях врачи должны проявлять чуткость и терпение, чтобы помочь пациентам понять риски и преимущества лечения [14]. Кроме того, существует риск патернализма – когда врач принимает решения за пациента, основываясь на своих убеждениях о том, что является “лучшим” для него. Это может привести к тому, что пациент почувствует себя лишенным контроля над своим лечением, что противоречит принципу автономии [13]. Эффективная коммуникация между врачом и пациентом является ключевым элементом для преодоления этих барьеров.

Этические нормы в области ИС требуют от медицинских работников соблюдения принципов честности и прозрачности при предоставлении информации. Врачи должны быть готовы ответить на все вопросы пациентов и объяснить не только положительные стороны лечения, но и возможные риски. Этика требует от врачей не только передачи информации, но и создания условий для активного участия пациента в процессе принятия решений. Важным аспектом является также необходимость получения согласия на основе полной информации. Это означает, что пациенты должны быть осведомлены о всех возможных альтернативах лечению, а также о последствиях отказа от предложенного вмешательства. Этические принципы требуют уважения к индивидуальности каждого пациента и его праву на выбор [17].

3. Сравнительный анализ моделей информированного согласия.

Модели информированного согласия варьируются в зависимости от законодательства, культурных традиций и практических подходов в разных странах. Основное внимание будет уделено таким моделям, как специальное согласие, широкое согласие, многоуровневое согласие и динамическое согласие [17].

Специальное согласие является стандартом в исследованиях с участием людей и требует от участников информирования о конкретных целях и методах исследования, в котором они участвуют. В контексте медицинских данных это означает, что пациенты должны быть осведомлены и согласны с каждым проектом исследования, использующим их данные. Хотя такая модель обеспечивает высокий уровень защиты прав пациентов, она может создать серьезные препятствия для проведения исследований, так как требует получения согласия на каждое отдельное использование данных [2].

Широкое согласие позволяет пациентам давать согласие на использование своих медицинских данных для неопределенных будущих исследований. Эта модель упрощает процесс получения ИС и способствует более активному использованию данных для научных целей. Например, в некоторых странах Европейского Союза, таких как Эстония и Финляндия, уже реализованы системы широкого согласия, которые позволяют исследователям использовать данные без необходимости получения отдельного согласия на каждое исследование [2, 3, 5, 19].

Модель многоуровневого согласия позволяет пациентам настраивать индивидуальные профили согласия, выбирая между широкими и узкими вариантами использования своих данных. Это дает возможность пациентам корректировать свои предпочтения относительно видов исследований, на которые они готовы дать согласие. Такой подход повышает уровень вовлеченности пациентов в процесс принятия решений относительно использования их данных и способствует соблюдению принципа автономии [2].

Динамическое согласие представляет собой более гибкую структуру получения ИС, которая позволяет пациентам обновлять свои предпочтения по мере изменения обстоятельств или появления новой информации. Эта модель может включать использование интернет платформ для запроса согласия на конкретные исследования и предоставления информации о текущем использовании данных. Динамическое согласие помогает поддерживать актуальность информации и предпочтений пациента.

В России основным подходом к информированному согласию остается специальное согласие, однако существует необходимость адаптации моделей ИС к современным реалиям. Российское законодательство требует от врачей получения информированного согласия перед проведением медицинских процедур, но не всегда учитывает возможности более гибких моделей, таких как широкое или многоуровневое согласие. Проблема заключается в том, что многие пациенты не понимают юридический язык и сложные медицинские термины, что затрудняет их способность принимать обоснованные решения. Внедрение более доступных форм ИС и использование технологий для упрощения процесса могут значительно улучшить ситуацию [9].

4. Судебная практика.

Судебная практика в области информированного согласия в России играет важную роль в формировании правового поля и определении стандартов, касающихся взаимодействия между медицинскими учреждениями и пациентами. Правоприменение в этой области отражает как юридические, так и этические аспекты ИС, а также выявляет существующие проблемы и недостатки в практике [11, 16].

Согласно статье 20 Федерального закона “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” (Закон № 323-ФЗ), инфор-

мированное согласие должно быть получено до начала медицинского вмешательства. Важно, чтобы пациент был осведомлен о целях, методах, рисках и последствиях вмешательства. Однако на практике соблюдение этих требований не всегда происходит должным образом.

Судебные дела, связанные с ИС, часто касаются вопросов о том, было ли согласие действительно информированным и добровольным. Например, случаи, когда пациенты подписывают документы под давлением или без должного понимания их содержания, становятся предметом разбирательств в судах. Судебная практика показывает, что правильное оформление ИС может служить защитой как для пациентов, так и для медицинских учреждений.

Анализ судебных решений по вопросам ИС показывает разнообразие подходов судов к интерпретации законодательства. В ходе исследования, проведенного с использованием системы правовой информации “КонсультантПлюс”, было выявлено более 250 судебных решений за период с 2014 по 2020 годы, из которых 73 дела были отобраны для детального анализа [11]. Эти дела охватывают широкий спектр вопросов, связанных с ИС, включая случаи нарушения прав пациентов и недостаточную информированность.

Основные выводы из анализа судебной практики включают:

- Неправильное оформление документов: Часто возникают споры о том, является ли документ об ИС действительным. Судебные решения подтверждают необходимость четкого и понятного оформления документов [9, 11].

- Недостаток информации: Судьи обращают внимание на то, что пациенты не всегда получают полную информацию о рисках и последствиях вмешательства. Это приводит к тому, что согласие может быть признано недействительным [7, 11].

- Психологическое давление: В некоторых случаях суды рассматривают влияние эмоционального состояния пациента на его способность дать осознанное согласие. Если пациент подписал документ под давлением или в состоянии стресса, это может стать основанием для признания согласия недействительным [7, 14, 20].

В судебной практике можно выделить несколько примеров дел, где вопросы ИС стали ключевыми:

1. Дело о недостаточной информации: Суд признал действия врача неправомерными после того, как пациент не был должным обра-

зом проинформирован о возможных осложнениях операции. Суд установил, что отсутствие информации о рисках привело к нарушению прав пациента.

2. Дело о психологическом давлении: В другом случае суд признал соглашение недействительным из-за того, что пациент подписал его под давлением со стороны медицинского персонала. Суд отметил важность добровольности согласия.

3. Дело о формулировках: В одном из дел суд обратил внимание на сложность языка документа об ИС и признал его трудным для понимания обычным пациентом. Это стало основанием для отмены решения о проведении вмешательства.

5. Проблемы и вызовы в реализации информированного согласия.

Реализация информированного согласия в медицинской практике сталкивается с множеством проблем и вызовов, которые затрудняют процесс получения согласия от пациентов. Эти проблемы касаются как правовых, так и практических аспектов, а также психологических и культурных факторов, влияющих на восприятие ИС [11].

Одной из основных проблем является недостаточная информированность пациентов о своих правах и процессе получения ИС. Многие пациенты не понимают сложные медицинские термины и не могут адекватно оценить информацию, предоставляемую врачами. Это приводит к тому, что они могут подписывать документы об ИС, не осознавая всех рисков и последствий. Исследования показывают, что пациенты часто не понимают суть предлагаемых процедур, что ставит под сомнение легитимность полученного согласия.

Психологическое давление со стороны медицинского персонала также является значительным препятствием для получения осознанного согласия. Пациенты могут чувствовать себя обязанными согласиться на лечение из-за авторитета врача или страха перед последствиями отказа. Это создает ситуацию, когда согласие может быть получено не на основе свободного выбора пациента, а под давлением обстоятельств [15].

Сложности в правоприменении норм законодательства о ИС также создают вызовы для медицинских учреждений. Несмотря на наличие четких правовых требований, реализация этих норм на практике часто оказывается затруднительной. Судебная практика пока-

зывает, что случаи нарушения прав пациентов на информированное согласие все еще имеют место. Это свидетельствует о необходимости более строгого контроля за соблюдением законодательства и повышения уровня правовой грамотности как среди врачей, так и среди пациентов.

Культурные и социальные факторы также играют важную роль в процессе получения ИС. В некоторых культурах традиционно существует высокая степень доверия к медицинским работникам, что может привести к тому, что пациенты не будут задавать вопросы о рисках и последствиях лечения. Это подчеркивает необходимость адаптации подходов к ИС в зависимости от культурных особенностей населения [8, 9, 10].

Еще одной значительной проблемой является сложность формулировок документов об ИС. Часто эти документы написаны юридическим языком, который может быть труден для понимания обычным пациентом. Это создает барьер для осознанного принятия решения о согласии на лечение.

6. Перспективы развития информированного согласия.

Перспективы развития информированного согласия в медицинской практике связаны с необходимостью адаптации к современным вызовам, включая технологические изменения, новые подходы к исследованию данных о здоровье и изменения в правовом регулировании. В этом разделе рассматриваются ключевые направления, которые могут способствовать улучшению процесса получения ИС как в России, так и за рубежом.

Одним из наиболее значимых направлений является использование цифровых технологий для упрощения процесса получения согласия. Электронные платформы могут обеспечить более доступный и удобный способ информирования пациентов о медицинских процедурах и их рисках [3]. Например, создание интерактивных интернет сайтов или мобильных приложений, где пациенты могут получать информацию о предстоящих вмешательствах, задавать вопросы и давать согласие в электронном виде, может значительно повысить уровень понимания и вовлеченности пациентов. В странах Европейского Союза уже реализуются проекты по созданию цифровых инфраструктур для управления данными о здоровье, что позволяет эффективно использовать данные для исследований при

соблюдении прав пациентов. Такие инициативы могут быть адаптированы и в России, что позволит улучшить процесс получения ИС и обеспечить более высокий уровень защиты прав пациентов [20].

Разработка и внедрение гибких моделей согласия, таких как широкое согласие, многоуровневое согласие и динамическое согласие, также представляют собой важное направление. Эти модели позволяют пациентам настраивать свои предпочтения относительно использования данных о здоровье для исследований, что увеличивает уровень вовлеченности и контроля со стороны пациентов. Например, многоуровневое согласие позволяет пациентам выбирать между различными вариантами использования своих данных, что может быть особенно полезно в контексте научных исследований. Динамическое согласие предоставляет возможность обновлять свои предпочтения по мере изменения обстоятельств или появления новой информации [5].

Образовательные программы для медицинских работников и пациентов играют ключевую роль в успешной реализации ИС. Врачи должны быть обучены эффективным методам коммуникации с пациентами, чтобы обеспечивать более открытый диалог и лучшее понимание информации. Это включает в себя обучение использованию простого языка при объяснении медицинских процедур и рисков. Для пациентов необходимо разработать образовательные материалы, которые помогут им лучше понять свои права и процесс получения ИС. Это может включать видео инструкции, брошюры или онлайн курсы, которые объясняют важность ИС и его содержание.

Необходимость правовых реформ также является важным аспектом развития ИС. Актуализация законодательства о медицинском вмешательстве с учетом современных реалий может способствовать улучшению процесса получения согласия. Это может включать уточнение требований к содержанию документов об ИС и упрощение процедур их оформления. Кроме того, важно создать механизмы контроля за соблюдением норм законодательства о ИС на уровне медицинских учреждений. Это поможет предотвратить случаи нарушения прав пациентов на информированное согласие и повысить уровень доверия к системе здравоохранения [11].

Вывод. Информированное согласие является ключевым элементом медицинской практики, который обеспечивает защиту прав пациентов и их автономию в принятии решений о собственном здоровье. В ходе исследования было проанализировано множество аспектов, связанных с ИС, включая правовые основы, психологические и этические аспекты, а также судебную практику и проблемы, возникающие при его реализации. Несмотря на наличие четких правовых норм в России, реализация принципа информированного согласия сталкивается с множеством вызовов. Недостаточная информированность пациентов, психологическое давление со стороны медицинского персонала и сложности с формулировками документов об ИС создают значительные барьеры для осознанного принятия решений. Судебная практика показывает, что случаи нарушения прав пациентов на информированное согласие все еще имеют место, что подчеркивает необходимость повышения уровня правовой грамотности, как среди врачей, так и среди пациентов. Перспективы развития ИС в России связаны с внедрением цифровых технологий, разработкой гибких моделей согласия и необходимостью образовательных инициатив. Использование современных технологий может значительно улучшить процесс получения согласия и повысить уровень вовлеченности пациентов. Гибкие модели согласия, такие как широкое и многоуровневое согласие, могут помочь адаптировать процесс к индивидуальным потребностям пациентов. В заключение, успешная реализация информированного согласия требует комплексного подхода к решению существующих проблем. Необходимы совместные усилия со стороны медицинских работников, законодателей и образовательных учреждений для создания более доверительных отношений между врачами и пациентами. Это позволит не только повысить качество медицинского обслуживания, но и обеспечить защиту прав пациентов в условиях быстро меняющегося мира здравоохранения.

Литература

1. Белов С.А. Правовые нормы vs. представления врачей и пациентов о содержании и значении информированного согласия на медицинское вмешательство // Журнал медицинского права, 2023.

2. Декларация Тайбэя Всемирной медицинской ассоциации о согласии на участие в исследованиях с людьми // Всемирная медицинская ассоциация, Тайбэй, 2016.

3. Общий регламент по защите данных (GDPR) Европейского Союза / Официальный журнал Европейского Союза, 2018.

4. Останина Е. А. Право на своё тело: распоряжения в отношении органов, тканей, клеток и эмбрионов с позиций гражданского права // Вестник экономического правосудия Российской Федерации. – 2019. – № 8. – С. 156–195.

5. Ревазова Е. А. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство // Мониторинг правоприменения. Санкт-Петербургский государственный университет. Дата обращения: 10.08.2021. URL: <https://pravoprim.spbu.ru/yurisprudentsiya/zashchitaprav-grazhdan/item/504-informirovannoe-dobrovolnoe-soglasie-na-meditsinskoe-vmeshatelstvo.html>.

6. Ревазова Е. А., Руднева Е. А. Проблемы информированного согласия в практике здравоохранения // Вестник здравоохранения, 2023.

7. Рудых С. Н., Демченко Василий А. Информированное добровольное согласие пациента на медицинское вмешательство // Деятельность правоохранительных органов в современных условиях: сборник материалов XXI международной научно-практической конференции. Т. 2. – 2016. – С. 113–118.

8. Русина Н. С. Правовые проблемы ненадлежащего оформления добровольного информированного согласия пациента на медицинское вмешательство // Актуальные проблемы российского права. – 2009. – № 3. – С. 146–150.

9. Русина Н. С. Правовые проблемы ненадлежащего оформления добровольного информированного согласия пациента на медицинское вмешательство // Актуальные проблемы российского права. 2009. № 3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/pravovye-problemy-nenadlezhashego-oformleniya-dobrovolnogo-informirovannogo-soglasiya-patsienta-na-meditsinskoe-vmeshatelstvo> (дата обращения: 14.01.2025).

10. Седова Н. П., Еремцова И. А. Проблемы получения информированного добровольного согласия на медицинскую помощь, оказываемую несовершеннолетним пациентам // Вестник магистратуры. 2021. № 6-1 (117). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/problemy-polucheniya-informirovannogo-dobrovolnogo-soglasiya-na-meditsinskuyu-pomosch-okazyvaemuyu-nesovershennoletnim-patsientam> (дата обращения: 14.01.2025).

11. Старчиков, Михаил Ю. «Информированное добровольное согласие пациента на медицинское вмешательство: нормативные положения и судебная практика» // Гражданин и право. – 2019. – № 7. – С. 80–87.

12. Цапп Л. А., Киселёва Н. А. Правовые проблемы получения информированного добровольного согласия на медицинское вмешатель-

ство или отказ от него // Забайкальский государственный университет, Чита, 2021.

13. Юдин, Егор В. «Принцип автономии пациента и право на информированное добровольное согласие при оказании медицинской помощи: некоторые правовые и биоэтические аспекты» // Вопросы российского и международного права. – 2021. – № 1А. – С. 239–252.

14. Alekseeva S.S., Starodubtsev M.E. Informed consent to medical intervention: the figure and role of a doctor // Journal of Medical Internet Research, 2024.

15. Austin, John L. How to do things with words: The William James lectures delivered at Harvard University in 1955. Oxford: Clarendon Press, 1962.

16. Brenneis, Donald L. “Reforming promise” // Documents: Artifacts of modern knowledge / eds Annelise Riles. – 2006. – P. 41–70.

17. Faden, Ruth R., Tom L. Beauchamp, Nancy M.P.King. A history and theory of informed consent. New York: Oxford University Press, 1986.

18. Guidelines on Informed and Substitute Consent in Health Science Research Projects // European Commission, Brussels, 2017.

19. Hall D.E., Prochazka A.V., Fink A.S., Wiertz S., Boldt J. Ethical, Legal, and Practical Concerns Surrounding the Implementation of New Forms of Consent for Health Data Research: Qualitative Interview Study // J Med Internet Res. 2024 Aug 7;26:e52180. doi: 10.2196/52180.

20. Harper, Richard. Inside the IMF: An ethnography of documents, technology and organizational action. New York: Academic Press, 1998.

21. Hull, Mathew S. “Documents and bureaucracy” // The annual review of anthropology. – 2012. – Vol. 41. – P. 251–267.

22. Hull, Mathew S. Government of paper: The materiality of bureaucracy in urban Pakistan. Los Angeles: University of California Press, 2012.



УГОЛОВНО-ПРАВОВАЯ ОХРАНА РЕПРОДУКТИВНЫХ ПРАВ ОТ ПОСЯГАТЕЛЬСТВ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Скоскина Дарья Григорьевна,

магистратура, программа «Медицинское и фармацевтическое право», СПбГУ, 2 курс.

***Аннотация.** Несмотря на то, что в российском уголовном законодательстве нельзя выделить преступления против репродуктивных прав в качестве отдельной группы, в отечественной правовой системе существуют особые механизмы уголовно-правовой защиты репродуктивных прав. Особо в ряду преступных посягательств на репродуктивные права необходимо выделить преступления, совершаемые медицинскими работниками при оказании медицинской помощи. Предметом рассмотрения настоящей работы выступил механизм уголовно-правовой охраны репродуктивных прав граждан от посягательств при оказании медицинской помощи, в том числе в сравнении с уголовно-правовым регулированием некоторых зарубежных стран.*

***Ключевые слова:** репродуктивные права, медицинская помощь, уголовно-правовая охрана.*

CRIMINAL LAW PROTECTION OF REPRODUCTIVE RIGHTS FROM ENCASHMENTS WHILE PROVIDING MEDICAL CARE

Skoskina Darya Grigoryevna,

Master's degree, program "Medical and Pharmaceutical Law", St. Petersburg State University, 2nd year student

***Annotation.** Despite the fact that Russian criminal legislation does not consider crimes against reproductive rights as a separate group, the domestic legal system has special mechanisms for the criminal-legal protection of reproductive rights. It is especially important to highlight crimes committed by medical workers when providing medical care among criminal attacks on reproductive rights. The subject of this work is the mechanism for the criminal-legal protection of citizens' reproductive rights from attacks when providing medical care, including in comparison with the criminal-legal regulation of some foreign countries.*

***Key words:** Reproductive rights, medical care, criminal law protection.*

На сегодняшний день не существует легального определения репродуктивных прав человека, однако данная категория прав, разработка которой началась в XX веке с принятием ряда международных декларативных документов, на данный момент занимает важное место в ряду соматических прав. Довольно емким представляется определение, предложенное Типовым проектом законодательного акта «Об общих принципах охраны репродуктивного здоровья государств-членов ЕврАзЭС», в рамках которого репродуктивные права рассматриваются как «права граждан на охрану их здоровья и свободное принятие и реализацию решений в отношении рождения или отказа от рождения ребенка в браке или вне брака, методов зачатия и рождения детей, а также на медико-социальную, информационную и консультативную помощь в этой сфере»¹. Целью настоящей работы выступает анализ разработанных отечественным уголовным законодательством механизмов защиты репродуктивных прав от посягательств в рамках оказания медицинской помощи, а также их сравнение с опытом некоторых зарубежных стран.

Традиционно репродуктивные права делятся на две категории — позитивные репродуктивные права (реализация которых направлена на рождение детей и использование лицом своего репродуктивного потенциала) и негативные репродуктивные права, предполагающие возможность человека отказаться от появления детей, предпринимать меры для недопущения их рождения, в том числе в тот момент, когда беременность уже наступила, с помощью арсенала медицинских средств². Представляется, что в прямой зависимости от данного деления находится классификация преступных деяний и их негативных последствий, которые могут вытекать из действий медицинских работников при оказании медицинской помощи и затрагивать репродуктивные права пациента. Если говорить о позитивных репродуктивных правах, то их нарушение в рамках оказания медицинской помощи, чаще всего связано, в первую очередь, с при-

¹Об общих принципах охраны репродуктивного здоровья государств-членов ЕврАзЭС»: типовый проект законодательного акта [Электронный ресурс] // Доступ из справ.-правовой системы «ГАРАНТ»

²Василевич Д.Г. Понятие репродуктивных прав // Вестник Московского университета МВД России. 2023. №1. С. 56-61.

чинением тяжкого вреда здоровью, который выражается либо в утрате пациентом репродуктивной функции либо прерывании беременности³. Кроме того, почву для преступного вмешательства в сферу репродуктивных прав создают вспомогательные репродуктивные технологии (далее — ВРТ): за счет того, что данные методы преодоления бесплодия основаны на реализации отдельных этапов зачатия и развития эмбрионов *in vitro*, существенно ограничивается возможность контроля данного процесса со стороны генетических родителей с одной стороны и увеличивается возможность незаконного вмешательства в него третьих лиц (в первую очередь, врачей), с другой. Классическим примером может послужить дело «Парадизо и Кампанелли против Италии»⁴. Заявительница г-жа Парадизо утверждала, что привезла из Италии в Россию биологический материал своего мужа с тем, чтобы в России в одной из клиник его подсадили суррогатной матери. Впоследствии выяснилось, что ребенок, родившийся в результате данной процедуры, не является генетически родным для г-на Кампанелли. Происхождение ребенка и личность его генетических родителей так и не были установлены. Хотя вина клиники в подобной ситуации не может презюмироваться, она не была надлежащим образом и опровержена. Представители клиники позднее в Европейском суде по правам человека заявляли, что по данному факту было проведено внутреннее расследование, но виновные так и не были выявлены. Данный пример ярко показывает, что использование ВРТ сопряжено с угрозой подмены биологического материала, намеренной или непредумышленной, что напрямую нарушает право пациентов стать родителями генетически родных детей или, в определенных ситуациях, — детей, появившихся на свет в результате использования биологического материала выбранных

³Постановление Правительства Российской Федерации от 17.08.2007 №522 «Об утверждении Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека» [Электронный ресурс] // Доступ из справочно-правовой системы «Консультант.Плюс»

⁴Постановление Европейского суда по правам человека от 24.01.2017 по делу «Парадизо и Кампанелли против Италии» (жалоба №25358/12) [Электронный ресурс] // Доступ из справочно-правовой системы «Консультант.Плюс»

ими доноров. Что касается репродуктивных прав негативного характера, то во главе угла преступлений, влекущих их нарушение, стоит право на искусственное прерывание беременности. Необходимо отметить, что именно в вопросе криминализации тех или иных действий врачей при проведении аборта или подготовке к нему законодательство разных стран обнаруживает значительное разнообразие (отдельные примеры из зарубежного законодательства будут рассмотрены в работе далее). С одной стороны, в данную группу можно включить преступления, связанные непосредственно с регулированием проведения самой по себе процедуры аборта: проведение аборта с нарушением требований законодательства, проведение аборта лицом, не имеющим на то полномочий в силу отсутствия профильного образования, и т.д. С другой, в ряде стран уголовно-правовая охрана репродуктивных прав негативного характера обеспечивается криминализацией деяний, препятствующих добровольности принятия женщиной решения о прерывании беременности.

Начать разговор о российском уголовном законодательстве, обеспечивающем уголовно-правовую охрану репродуктивных прав граждан, представляется необходимым с защиты права женщины на искусственное прерывание беременности, поскольку такая защита обеспечена отдельной статьей Уголовного кодекса Российской Федерации (далее – УК РФ) – статьей 123, в соответствии с которой уголовно наказуемым является проведение искусственного прерывания беременности лицом, не имеющим высшего медицинского образования соответствующего профиля, в том числе если такое деяние повлекло причинение тяжкого вреда здоровью или смерти потерпевшей⁵. Право на искусственное прерывание беременности в свете статьи 123 УК РФ рассматривается, прежде всего, как право на получение медицинской помощи такого вида от квалифицированного медицинского работника, имеющего образование соответствующего профиля, что является важным фактором обеспечения безопасности и качества медицинского вмешательства для пациента. Интересно, что несмотря на тот факт, что сама по себе процедура искусственного прерывания беременности направлена на реализа-

⁵Уголовный кодекс Российской Федерации [Электронный ресурс] // Доступ из справочно-правовой системы «Консультант.Плюс»

цию негативных репродуктивных прав женщины, неправомерные действия медицинского работника при ее проведении могут привести к нарушению репродуктивных прав позитивного характера, когда в случае некачественного проведения аборта женщина утрачивает репродуктивную функцию (приговор Грибановского районного суда Воронежской области от 26.09.2023 по делу №1-55/2023: выбор врачом максимально рискованного вида аборта привел к удалению матки⁶). Зачастую субъектами данного преступления являются медицинские работники, не имеющие образования соответствующего профиля.

Что касается уголовно-правовых норм, обеспечивающих охрану «волевого» компонента проведения аборта со стороны пациентки, то есть предусматривающих наказание за ограничение добровольности принятия решения о прерывании беременности, то таких норм в УК РФ на данный момент не имеется. В целом необходимо отметить, что уголовно-правовая охрана репродуктивных прав пациентки при проведении искусственного прерывания беременности в отечественном праве имеет довольно узкий характер, криминализация замыкается лишь на фигуре лица, проводящего аборт, и уровне его квалификации, оставляя за рамками данного состава сами по себе действия медицинского работника и их соответствие установленным федеральным законодательством нормам и правилам. Так, например, нарушение норм законодательства об ИДС при проведении аборта и нарушение сроков при проведении аборта образуют состав административного правонарушения (статья 6.32 КоАП РФ⁷) и не представляют собой состава уголовно наказуемых деяний. В случае же причинения вреда здоровью пациентки действия врача будут рассматриваться в рамках главы 16 УК РФ «Преступления против жизни и здоровья». Состав, предусмотренный статьей 123 УК РФ, характеризуется, преж-

⁶Приговор Грибановского районного суда Воронежской области от 26.09.2023 по делу №1-55/2023 [Электронный ресурс] // Доступ из справочно-правовой системы «ГАРАНТ»

⁷Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях [Электронный ресурс] // Доступ из справочно-правовой системы «Консультант.Плюс»

де всего тем, что является единственным в УК РФ «репродуктивным составом», то есть направленным конкретно на защиту репродуктивных прав. Составы всех других ятрогенных преступлений, посягающих на репродуктивные права, охватываются статьями, составляющими главу 16 УК РФ «Преступления против жизни и здоровья».

Самым распространенным составом указанной категории является состав преступления, предусмотренного частью 2 статьи 118 УК РФ (причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности, совершенное вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей)⁸. Возможность квалификации преступных деяний врачей, затрагивающих именно репродуктивные права, по данной статье, обусловлена положениями Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, утвержденными постановлением Правительства Российской Федерации от 17.08.2017 №522, в соответствии с которыми признаками тяжкого вреда, причиненного здоровью, являются, в частности, прерывание беременности и потеря органа либо утрата органом его функции⁹. Распространены при этом случаи привлечения к уголовной ответственности врачей, действия и решения которых приводили к необоснованному удалению детородных органов, вследствие чего пациентки теряли возможность к зачатию либо самостоятельному вынашиванию ребенка (кассационное определение судебной коллегии по уголовным делам Третьего кассационного суда общей юрисдикции от 22.06.2021 по делу №7У-3135/2021¹⁰). Интересен с точки зрения квалификации приговор Новгородского районного

⁸Уголовный кодекс Российской Федерации [Электронный ресурс] // Доступ из справочно-правовой системы «Консультант.Плюс»

⁹Постановление Правительства Российской Федерации от 17.08.2007 №522 «Об утверждении Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека» [Электронный ресурс] // Доступ из справочно-правовой системы «Консультант.Плюс»

¹⁰Кассационное определение судебной коллегии по уголовным делам Третьего кассационного суда общей юрисдикции от 22.06.2021 по делу №7У-3135/2021 [Электронный ресурс] // Доступ из справочно-правовой системы «ГАРАНТ»

суда Новгородской области от 31.08.2020 по делу №1-138/2020¹¹. Врач-гинеколог хирургического отделения обвинялась в том, что при отсутствии медицинских показаний приняла решение об удалении яичников пациентки. Органами предварительного следствия действия врача были квалифицированы по ч. 2 ст. 118 и п.п. «б», «з» ч. 2 ст. 111 УК РФ. Остановимся на вопросе о причинении умышленного вреда здоровью в данной ситуации. Органы предварительного следствия полагали, что удаление второго яичника в данном случае было умышленным и преследовало цели скрыть необоснованность удаления первого. Впоследствии судом данная квалификация поддержана не была, поскольку эксперты показали, что по оставшемуся яичнику невозможно было бы определить, имелись ли основания для удаления другого яичника. Однако данный пример показывает, что неосторожность не является обязательным признаком причинения медицинскими работниками вреда репродуктивному здоровью пациентов.

Довольно интересно сравнить российское уголовное законодательство с опытом зарубежных стран в вопросах уголовно-правовой охраны репродуктивных прав в рамках оказания медицинской помощи. Условно их можно поделить на две группы: те страны, чье уголовное законодательство в указанной области близко к российскому, и страны, где уголовно-правовая охрана репродуктивных прав пациентов реализуется применением разветвленной системы специальных норм.

Относительно недавно, в марте 2024 года правоохранительные органы Чехии сообщили об ужасающем происшествии¹². В одной из пражских больниц перепутали двух пациенток, одна из которых должна была пройти плановое обследование, поскольку была беременна, а второй из них должна была быть проведена гинекологическая операция, которая может проводиться в определенных случаях в том

¹¹Приговор Новгородского районного суда Новгородской области от 31.08.2020 по делу №1-138/2020 [Электронный ресурс] // Доступ из справочно-правовой системы «ГАРАНТ»

¹²В Праге провели аборт женщине, которую врачи перепутали с другой пациенткой [Электронный ресурс] // ТАСС – новости в России и мире. Режим доступа: <https://tass.ru/obschestvo/20396629/amp>

числе в целях прерывания беременности. В результате неправомерных действий врачей операция была проведена женщине, которая должна была пройти плановое обследование и которая впоследствии потеряла ребенка. Правоохранительные органы сообщили о возбуждении уголовного дела по факту причинения тяжкого вреда здоровью. Как мы видим, правовое регулирование в данном случае очень схоже с российским: во главу угла ставится здоровье пациентки, и прерывание беременности рассматривается, в первую очередь, как вред здоровью, а не как нарушение права становиться родителем.

Совершенно иную картину можно наблюдать в испанском законодательстве, в котором особое внимание уделяется охране репродуктивных прав. Так, например, сразу три статьи Уголовного кодекса (далее – УК) Испании связаны с проведением аборта. В соответствии со ст. 144 УК Испании является уголовно наказуемым осуществление аборта без согласия женщины или же в случае, если это согласие получено путем насилия, угроз или обмана¹³. Статья 145 УК Испании предусматривает наказание для лица, производившего аборт с согласия женщины, но в случаях, когда это запрещено законом, а статья 146 – за производство аборта вследствие грубой неосторожности¹⁴. Некоторые исследователи полагают, что, хотя отдельно субъект преступления в статьях 144, 145 УК Испании не поименован, из санкций указанных статей можно сделать вывод о том, что субъектом преступления в таких случаях являются именно медицинские работники: обе статьи в качестве наказания предусматривают вместе с лишением свободы лишение права на занятие лечебной практикой или предоставление услуг любого рода в частных и государственных клиниках и гинекологических консультациях¹⁵. Уголовно-правовую охрану репродуктивных прав женщины, кроме уже перечисленных, обеспечивает также статья 162 УК Испании, предусматривающая ответственность за произ-

¹³ *Уголовный кодекс Испании / под ред. Н.Ф. Кузнецовой и Ф.М. Решетникова. — М.: Зерцало. 1998*

¹⁴ *Там же.*

¹⁵ *Самойлюк Н.В. Преступления против жизни и здоровья по законодательству Испании / Н.В. Самойлюк // Право и государство: теория практика. — 2020. — №1. — С. 134-136.*

ведение «искусственного размножения в женском организме без согласия женщины»¹⁶.

Дополнительно можно отметить статью 149 УК Испании, предусматривающую наступление уголовной ответственности для лица, причинившего другому лицу телесные повреждения, приведшие, в частности, к импотенции или бесплодию¹⁷. В целом конструкция данного состава преступления очень похожа на отечественное уголовно-правовое регулирование с применением части 2 статьи 118 УК РФ.

Интересно отметить, что в 2022 году УК Испании был дополнен новым составом преступления, также связанным с реализацией права на прерывание беременности. Согласно новой редакции УК Испании, уголовную ответственность теперь несут, в том числе, медицинские работники за склонение женщины к отказу от аборта.

Польша, в свою очередь, известна своим жестким законодательным регулированием абортот: в стране крайне ограниченный перечень случаев, когда женщина может сделать аборт: это наличие медицинских показаний или беременность в результате изнасилования. Отражением данной правовой политики государства является уголовно-правовая охрана, в первую очередь, репродуктивных прав позитивного характера. Так, согласно §1 статьи 153 УК Польши, лицо, применяющее насилие к беременной женщине или иным способом без ее согласия прерывающее беременность либо путем насилия, противозаконной угрозы или путем обмана доводит беременную женщину до прерывания беременности, подлежит наказанию в виде лишения свободы на срок от 6 месяцев до 8 лет¹⁸. Лишение свободы увеличивается на срок до 10 лет в случае, если плод к этому моменту достиг жизнеспособности вне организма матери. Как видно из приведенных положений, конструкция состава данного преступления такова, что не подразумевает наличие специального субъекта в виде медицинского работника, но при этом и не исключает его.

¹⁶ Уголовный кодекс Испании / под ред. Н.Ф. Кузнецовой и Ф.М. Решетникова. — М.: Зерцало. 1998

¹⁷ Там же.

¹⁸ Уголовный кодекс Республики Польша. СПб, 2001

Законодательство Польши, таким образом, характеризуется явной тенденцией к жесткой охране, с одной стороны, позитивных репродуктивных прав, с другой — жизни нерожденного ребенка, и отличается от законодательства Испании, тяготеющего, напротив, к защите автономии личности в вопросах реализации репродуктивного потенциала.

Подводя итог проведенному исследованию, необходимо отметить следующее. В целом для отечественного права не свойственно выделение репродуктивных прав в отдельную категорию прав, нуждающихся в дополнительной уголовно-правовой защите. В связи с этим, в отличие от некоторых европейских стран, для российского права не характерна постановка этих прав во главу угла: удаление детородных органов, лишение репродуктивной функции и проч. рассматриваются именно как вред здоровью, а не как ограничение права на реализацию своего репродуктивного потенциала. Уголовно-правовая охрана репродуктивных прав от посягательств со стороны медицинских работников в России на данный момент обеспечивается рядом составов, образующих преступления против здоровья. Кроме того, остается открытым вопрос криминализации некоторых действий врачей в рассматриваемой области, — в частности, умышленная подмена биологического материала в рамках применения ВРТ.

Список использованных источников

1. Василевич Д.Г. Понятие репродуктивных прав // Вестник Московского университета МВД России. 2023. №1. С. 56-61.
2. В Праге провели аборт женщине, которую врачи перепутали с другой пациенткой [Электронный ресурс] // ТАСС – новости в России и мире. Режим доступа: <https://tass.ru/obschestvo/20396629/amp>
3. Кассационное определение судебной коллегии по уголовным делам Третьего кассационного суда общей юрисдикции от 22.06.2021 по делу №7У-3135/2021 [Электронный ресурс] // Доступ из справочно-правовой системы «ГАРАНТ»
4. Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях [Электронный ресурс] // Доступ из справочно-правовой системы «Консультант.Плюс»
5. «Об общих принципах охраны репродуктивного здоровья государственных членов ЕврАзЭС»: типовый проект законодательного акта [Электронный ресурс] // Доступ из справ.-правовой системы «ГАРАНТ»

6. Постановление Правительства Российской Федерации от 17.08.2007 №522 «Об утверждении Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека» [Электронный ресурс] // Доступ из справочно-правовой системы «Консультант.Плюс»

7. Приговор Грибановского районного суда Воронежской области от 26.09.2023 по делу №1-55/2023 [Электронный ресурс] // Доступ из справочно-правовой системы «ГАРАНТ»

8. Приговор Новгородского районного суда Новгородской области от 31.08.2020 по делу №1-138/2020 [Электронный ресурс] // Доступ из справочно-правовой системы «ГАРАНТ»

9. Уголовный кодекс Испании / под ред. Н.Ф. Кузнецовой и Ф.М. Решетникова. – М.: Зерцало. 1998

10. Уголовный кодекс Российской Федерации [Электронный ресурс] // Доступ из справочно-правовой системы «Консультант.Плюс»

11. Уголовный кодекс Республики Польша. СПб, 2001



КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЗВОНОЧНИКА В САНАТОРНО- КУРОРТНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Каминская Е.Н.¹, Липский М.Г.¹, Акулин И.М.², Бигунец В.Д.^{2,3}

¹ Кафедра медицинской реабилитации и спортивной медицины с курсом повышения квалификации и переподготовки
УО «Белорусский Государственный Медицинский Университет»,
г. Минск, Республика Беларусь;

² Санкт-Петербургский государственный университет,
Санкт-Петербург, Российская Федерация;

³ ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Министерства
здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург,
Российская Федерация.

Аннотация. В статье рассматриваются наиболее распространённые и эффективные методы восстановительного лечения остеохондроза позвоночника в условиях санаторно-курортных организаций Республики Беларусь. В настоящее время санаторная сеть республики включает 187 оздоровительных и 100 санаторно-курортных организаций, которые предоставляют лечебно-оздоровительные услуги более, чем 1,4 млн человек в год. Значительная доля указанных услуг направлена на профилактику заболеваний и восстановление функционирования костно-мышечной системы при различной патологии, в т.ч. при остеохондрозе позвоночника. Приведены ведущие нормативные правовые акты, регулирующие деятельность санаторно-курортной службы в Республике в настоящее время.

Ключевые слова: восстановительная медицина, физиотерапия, остеохондроз позвоночника.

AN INTEGRATED APPROACH TO THE TREATMENT OF SPINAL OSTEOCHONDROSIS IN SANATORIUM-RESORT ORGANIZATIONS OF THE REPUBLIC OF BELARUS

Kaminskaya E.N.¹, Lipsky M.G.¹, Akulin I.M.², Bigunets V.D.^{2,3}

¹ Department of medical rehabilitation and sports medicine with advanced training and retraining courses, Belarusian State Medical University, Minsk, Republic of Belarus.

² St. Petersburg State University, St. Petersburg, Russian Federation.

³ Almazov National Medical Research Centre, St. Petersburg, Russian Federation.

Annotation. *The article discusses the most common and effective methods of restorative treatment of the osteochondrosis in the conditions of sanatorium and resort organizations of the Republic of Belarus. Currently, the republic's sanatorium network includes 187 health-improving and 100 sanatorium-resort organizations that provide health-improving services to more than 1.4 million people a year. A significant share of these services is aimed at preventing diseases and restoring the functioning of the musculoskeletal system in various pathologies, including osteochondrosis. The leading normative legal acts regulating the activities of sanatorium and resort organizations in the Republic at the present time are given.*

Keywords: *restorative medicine, physiotherapy, osteochondrosis.*

Введение. Остеохондроз позвоночника — одна из лидирующих нозологий в структуре заболеваний опорно-двигательного аппарата взрослого населения, которая остается значительной проблемой для здравоохранения как в Республике Беларусь, так и в мире в настоящее время. В связи с поражением людей в трудоспособном возрасте и распространённостью данной патологии не теряет своей актуальности проблема поиска наиболее эффективных методов профилактики, лечения и реабилитации.

Такие факторы, как длительное нахождение в неподвижном положении, постоянные физические нагрузки, плохое питание, травматизация способствуют активному распространению патологии костно-мышечной системы среди взрослого населения, особенно в годы наибольшей активности.

Остеохондроз позвоночника мультифакторное заболевание, характеризующееся дегенеративно-дистрофическим поражением позвоночных двигательных сегментов и проявляющееся полиморфными неврологическими синдромами. Это хронически рецидивирующее заболевание, выступает одной из самых частых причин временной нетрудоспособности.

В основе патогенеза неврологических синдромов лежат два патофизиологических механизма: рефлекторный и компрессионный, в связи с чем, комплексное лечение, направленное на выключение данных механизмов в большинстве случаев наиболее эффективно.

Преимущество лечения остеохондроза позвоночника в санаторно-курортных организациях.

Опасность остеохондроза связана с тем, что не всегда его клинические проявления коррелируют со степенью дегенеративно-дистрофических изменений тканей и люди не обращаются за медицинской помощью своевременно, что определяет преимущество санаторно-курортного лечения и оздоровления:

- возможность назначения комплекса лечебных мероприятий, направленных на профилактику остеохондроза позвоночника и укрепление опорно-двигательного аппарата в любом возрасте;

- пациентам с установленным диагнозом и после проведенного лечения амбулаторно или в стационаре, санаторно-курортные организации предоставляют возможность пройти процедуры, закрепляющие результаты лечения с целью достижения устойчивой ремиссии и возвращения к полноценной трудовой деятельности;

- уникальное сочетание природных и преформированных (получаемых искусственно) факторов в каждом отдельном случае позволяет воздействовать на разные этапы патологического процесса и восстанавливать нормальную реактивность организма.

Санаторно-курортное лечение наиболее физиологично и позволяет минимизировать или полностью исключить приём лекарственных препаратов при многих хронических заболеваниях, в т.ч. при неврологических проявлениях остеохондроза позвоночника.

Положительное воздействие и эффективность проводимых процедур и оздоровительных мероприятий определяется правильной организацией внутри санаторного режима, который зависит от профиля санатория и его специализации.

Санаторно-курортное лечение и оздоровление в Республике Беларусь организовывается в соответствии со следующими нормативными правовыми актами:

1. Закон Республики Беларусь от 18.06.1993 года (ред. от 25.10.2023) № 2435-XII «О здравоохранении»;

2. Указ Президента Республики Беларусь от 28.08.2006 года № 542 «О санаторно-курортном лечении и оздоровлении населения»;

3. Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 15.07.2024 года № 509 «Об организации оздоровления детей в образовательно-оздоровительных центрах, воспитательно-оздоровительных и спортивно-оздоровительных лагерях»;

4. Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 04.11.2006 года № 1478 «Об утверждении Концепции санаторно-курортного лечения и оздоровления населения Республики Беларусь и признании утратившими силу некоторых постановлений Совета Министров Республики Беларусь»;

5. Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 01.11.2006 года № 1450 «О государственной аттестации санаторно-курортных и оздоровительных организаций»;

6. Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 17.09.1997 года № 1225 «Об образовании Республиканского центра по оздоровлению и санаторно-курортному лечению населения»;

7. Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 26.08.2002 года № 1155 «О некоторых вопросах оздоровления и санаторно-курортного лечения населения».

В санаторно-курортных и оздоровительных организациях Республики Беларусь представлены наиболее эффективные и распространенные методы профилактики и восстановительного лечения заболеваний костно-мышечной системы, включая физиотерапевтические процедуры, лечебную физкультуру, массаж, тракционное лечение, рефлексотерапию, бальнео- и теплолечение, психотерапию, диетотерапию и некоторые методы нетрадиционного лечения.

Один из основных методов восстановительного лечения при вертеброгенной патологии – физиотерапия. Лечебные физические факторы обладают выраженным саногенетическим действием и повышают сопротивляемость организма. Рациональное сочетание физиотерапии и других методов способствует повышению эффективности лечения и развитию стойкой ремиссии при хронической патологии опорно-двигательного аппарата.

Основные эффекты физиотерапии при остеохондрозе позвоночника:

- улучшение кровообращения в поражённой области;
- миорелаксация;
- противовоспалительный эффект;
- купирование болевого синдрома;
- восстановление двигательных функций.

Наиболее часто при остеохондрозе позвоночника применяют следующие физиопроцедуры: электролечение (постоянный, импульс-

ный и переменный ток), ультразвук в сочетании с лекарственными препаратами – ультрафонофорез, магнитотерапия, лазеротерапия и ударно-волновая терапия.

Комплексный подход при назначении лечения остеохондроза позвоночника в условиях санатория реализуется с включением лечебной физкультуры, массажа, бальнеопроцедур, теплолечения и некоторых других методов.

Лечебная физкультура (ЛФК) – совокупность методов профилактики и лечения, основанных на использовании специально разработанных и индивидуально подобранных физических упражнений.

Занятия в условиях санаториев проводятся как в группах, так и индивидуально; в специально оборудованном зале или в бассейне. Использование тренажёров во время занятий позволяет повысить лечебную эффективность физических нагрузок.

Основные эффекты ЛФК при остеохондрозе позвоночника:

- укрепление мышц спины;
- расслабление спазмированных и стимуляция расслабленных мышц;
- развитие гибкости позвоночника;
- формирование правильной осанки и оптимального стереотипа движений;
- улучшение общей физической формы.

Разнообразные физические упражнения в условиях санаториев способствует не только восстановлению полноценного функционирования опорно-двигательного аппарата, но и психологической разгрузке оздоравливающихся.

Массаж представляет собой комплекс приёмов механического воздействия на организм человека с целью профилактики, лечения и реабилитации после перенесённых заболеваний. При остеохондрозе позвоночника массаж является одной из обязательных процедур в лечебно-оздоровительном комплексе процедур.

Эффекты массажа включают:

- улучшение кровоснабжения и иннервации всей области позвоночника;
- устранение мышечного напряжения;
- укрепление мышечного корсета;

- улучшение эластичности связок и сухожилий;
- повышение общего тонуса организма и физической работоспособности.

В санаторно-курортных организациях Беларуси представлены разные виды массажа, что позволяет подобрать процедуру индивидуально в зависимости от показаний и желания оздоравливающегося.

Вытяжение (тракция) позвоночника – процедура, направленная на возвращение межпозвоночных дисков в анатомически правильное положение, что приводит к декомпрессии нервных корешков и устранению болевого синдрома. Большинство санаториев республики имеет необходимое оборудование для проведения различных видов вытяжения. Целесообразно применение сухого либо подводного вытяжения при рефлекторных нарушениях на стадии стихающего обострения. Тракционное лечение позвоночника проводится строго по показаниям.

Рефлексотерапия - совокупность диагностических и лечебных методик, в основе которых лежит воздействие на акупунктурные точки тела человека.

Применение данного метода в лечении остеохондроза позвоночника позволяет:

- активизировать восстановительные процессы в тканях, улучшить трофику;
- купировать болевой синдром;
- снизить общее нервно-мышечное напряжение.

При лечении остеохондроза воздействуют на акупунктурные точки в пораженной области и точки общего действия.

Широко распространено применение бальнео- и теплечения при заболеваниях опорно-двигательного аппарата в условиях санаторных и оздоровительных организаций республики. Различные виды ванн, сапропелевые и сакские грязи, парафино-озокеритовые аппликации, фитоаппликации, аппаратная термотерапия, сауны и фитобочки. Перечисленные процедуры оказывают положительное воздействие на метаболические и вазомоторные процессы и активно назначаются по показаниям при заболеваниях костно-мышечной системы, в т.ч. при остеохондрозе позвоночника.

Психотерапия предполагает выработку у оздоравливающихся активных установок на трудовую и общественную деятельность,

мотивацию к регулярному повторению комплексов упражнений самостоятельно.

Заключение. Применение комплексного и многоуровневого подхода в профилактике и лечении остеохондроза позвоночника в санаторно-курортных организациях Республики Беларусь, позволяет устранить клинические проявления заболевания, неврологические осложнения и достичь стойкой ремиссии. В долгосрочной перспективе это позволяет снизить затраты по временной нетрудоспособности и значительно улучшить качество жизни населения. Своевременное правовое регулирование и актуализация основных нормативных документов позволяет гарантировать защиту прав пациентов и минимизировать риски, повысить эффективность оздоровления в санаторно-курортных организациях с развитием персонализированного подхода в медицине.

Список литературы

1. Закон Республики Беларусь от 18.06.1993 года (ред. от 25.10.2023) № 2435-ХП «О здравоохранении».
2. Избранные вопросы медицинской реабилитации. / под общ. ред. доктора медицинских наук, профессора С.Г. Щербака. – СПб.: «Издательство «Корона-Век», 2016. – 192 с.
3. Использование комплексного консервативного метода для лечения остеохондроза поясничного отдела позвоночника / Т.Ж. Султанбаев, О.Ю. Рыжкова, Б.Ж. Рахимбеков [и др.]. // Ежемесячный научно-практический медицинский журнал. – 2011. – № 4. – С.41-42.
4. Использование средств физической реабилитации при шейном остеохондрозе в условиях санатория / Н.Н. Викулова, Е.Ю. Шишко, А.О. Сухомлинов // Научный вестник Крыма. – 2020. – № 4(27). – С. 1-6.
5. Медицина и право в XXI веке: XV ежегодная научно-практическая Конференция с международным участием «Медицина и право в XXI веке», 22-23 декабря 2023 года. Сборник трудов – СПб.: Центр современной литературы и книги на Васильевском. – Санкт-Петербург, 2024. – 256 с.
6. Медицинская реабилитация / под ред. В.А. Епифанова, Е.Е. Ачкасова, А.В. Епифанова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 672 с.
7. Медицинская реабилитация : учебник / под ред. В.А. Епифанова, А.Н. Разумова, А.В. Епифанова. – 3-е изд., перераб. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2023. – 688 с.
8. Медицинская реабилитация : учебное пособие / В.Я. Латышева, В.Б. Смышчек, Н.В. Галиновская, А.С. Барбарович. – Минск: Вышэйшая школа, 2020. – 351 с.

9. Особенности комплексного лечения остеохондроза поясничного отдела позвоночника / П.М. Гиоев, А.Т. Худяев // Гений ортопедии. – 2009. – № 3. – С. 107-111.

10. Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 01.11.2006 года № 1450 «О государственной аттестации санаторно-курортных и оздоровительных организаций».

11. Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 04.11.2006 года № 1478 «Об утверждении Концепции санаторно-курортного лечения и оздоровления населения Республики Беларусь и признании утратившими силу некоторых постановлений Совета Министров Республики Беларусь».

12. Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 15.07.2024 года № 509 «Об организации оздоровления детей в образовательно-оздоровительных центрах, воспитательно-оздоровительных и спортивно-оздоровительных лагерях».

13. Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 17.09.1997 года № 1225 «Об образовании Республиканского центра по оздоровлению и санаторно-курортному лечению населения».

14. Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 26.08.2002 года № 1155 «О некоторых вопросах оздоровления и санаторно-курортного лечения населения».

15. Реабилитация и экспертиза в Республике Беларусь: современное состояние и перспективы // Физическая и реабилитационная медицина. – 2019. – Т.1, № 3, с.5-13.

16. Рефлексотерапия как метод выбора для амбулаторного лечения рефлекторных проявлений остеохондроза поясничного отдела позвоночника / С.А. Миронов, П.А. Денисёнок // Бюллетень медицинских Интернет-конференций. – 2016. – Т. 6. – № 10. – С. 1547.

17. Традиционные и современные технологии теплолечения и бальнеотерапии в комплексном восстановительном лечении пациентов с остеохондрозом позвоночника / В.Н. Шпаковский, Ю.В. Бобрик, В.А. Пономарёв // Крымский журнал экспериментальной и клинической медицины. – 2017. – Т. 7. – № 1. – С. 95-103.

18. Указ Президента Республики Беларусь от 28.08.2006 года № 542 «О санаторно-курортном лечении и оздоровлении населения».



ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ НА ОСНОВЕ ДЕЙСТВУЮЩИХ ГОСУДАРСТВЕННЫХ НОРМАТИВНЫХ ПРАВОВЫХ АКТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Лемешкин Р.Н.^{1,2}, Кухарчик Г.А.¹, Бигунец В.Д.^{1,3},
Акулин И.М.³, Блинов В.А.^{1,2}, Глушченко О.Н.¹

¹ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Санкт-Петербург, Российская Федерация;

²Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, Санкт-Петербург, Российская Федерация;

³Санкт-Петербургский государственный университет, Российская Федерация

Резюме. *Осуществлен анализ изменений, действующих государственных нормативных правовых актов, регламентирующих порядок и особенности оказания первой помощи. Отмечены изменения в перечне состояний, при которых оказываются мероприятия первой помощи и в перечне мероприятий. Рассмотрены нормативные правовые документы, характеризующие оснащение лиц, оказывающих первую помощь и порядок их подготовки. Представлены особенности организации оказания мероприятий первой помощи с учетом факторов и условий проведения специальной военной операции, ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций. Определены проблемные вопросы образовательной деятельности и междисциплинарной взаимосвязи вопросов первой помощи.*

Ключевые слова: *первая помощь, состояния по оказанию первой помощи, мероприятия по оказанию первой помощи, порядок оказания первой помощи.*

FEATURES OF FIRST AID BASED ON THE CURRENT STATE REGULATORY LEGAL ACTS OF THE RUSSIAN FEDERATION

Lemeshkin R.N.^{1,2}, Kukharchik G.A.¹, Bigunets V.D.^{1,3},
Akulin I.M.³, Blinov V.A.^{1,2} Glushchenko O.N.¹

¹Almazov National Medical Research Centre, St. Petersburg, Russian Federation

²S.M. Kirov Military Medical Academy, St. Petersburg, Russian Federation

³St Petersburg University, St. Petersburg, Russian Federation

Summary. *An analysis of changes in existing state regulatory legal acts regulating the procedure and features of first aid was carried out. Changes were noted in the list of conditions in which first aid measures are provided and in the list of measures itself. Regulatory legal documents characterizing the equipment of persons providing first aid and the procedure for their preparation are considered. The features of the organization of first aid measures are presented, taking into account the factors and conditions of a special military operation, the elimination of the health consequences of emergencies. The problematic issues of educational activities and the interdisciplinary interconnection of first aid issues have been identified.*

Keywords: *first aid, first aid conditions, first aid measures, first aid procedure.*

Введение. Действующее нормативное правовое сопровождение организации обучения, подготовки и оказания первой помощи пострадавшему населению, прежде всего, основано на положении статьи 31 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [19]. Данный закон не в полной мере раскрывает имеющиеся проблемы в рассматриваемой области исследования. В ходе исследования были проанализированы доступные действующие нормативные правовые акты с 2011 года, которые, на наш взгляд, являются базовыми для всех категорий участников оказания первой помощи, и могут быть использованы всеми гражданами Российской Федерации.

Целью исследования является обобщение и анализ изменений, действующих государственных нормативных правовых актов, регламентирующих порядок и особенности оказания первой помощи.

Материалы и методы. Были проанализированы Российские нормативные правовые акты в сфере оказания первой помощи, содержащиеся в справочно-правовых системах «Консультант Плюс» и «Гарант», решения Профильной комиссии Минздрава России по направлению «Первая помощь», размещенные на официальной сайте для работы комиссии «Все о первой помощи» [1]. Методологическую основу данного исследования составили сравнительно-правовой, литературно-аналитический и контент-анализ.

Результаты и обсуждение. Согласно Федеральному закону от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в

Российской Федерации» медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями, на основе клинических рекомендаций, а также с учетом стандартов медицинской помощи, за исключением медицинской помощи, оказываемой в рамках клинической апробации [19].

С учетом порядков оказания медицинской помощи и на основе стандартов медицинской помощи, а также с учетом особенностей половозрастного состава, уровня и структуры заболеваемости населения Российской Федерации, основанных на данных медицинской статистики, формируются программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи [2, 3, 6].

С 1 сентября 2024 г. вступил в силу приказ Министерства здравоохранения РФ от 03.05.2024 г. № 220н «Об утверждении Порядка оказания первой помощи» [12]. Согласно данному документу, перечень состояний, при которых оказывается первая помощь, дополнен *случаями укусов или ужаливания ядовитых животных, су- дорожными приступами, сопровождающимися потерей сознания, острыми психологическими реакциями на стресс*. Травмы различных областей тела, ожоги и отморожения объединены в «*Травмы, ранения и поражения, вызванные механическими, химическими, электрическими, термическими поражающими факторами, воздействием излучения*» [12].

В перечне мероприятий по оказанию первой помощи появились нововведения.

До проведения мероприятий по оказанию первой помощи необходимо *проинформировать* пострадавшего и окружающих лиц (законного представителя) о готовности оказать первую помощь и начале ее оказания (допускается ее оказание в случае отсутствия выраженного отказа).

При наличии сознания *провести подробный опрос* пострадавшего для оказания помощи в отношении принятия лекарственных препаратов (при необходимости) ранее назначенных ему врачом.

Приоритет оказания первой помощи должен отдаваться несовершеннолетним детям и пострадавшим исходя из тяжести состояния.

Вызов скорой медицинской помощи и других специальных служб следует осуществлять после проведения обзорного осмотра для выявления продолжающегося наружного кровотечения и его временной остановки, если он не был осуществлен ранее окружающими лицами [12].

Оказание первой помощи в современных условиях мегаполиса, крупных производств, учебных заведениях и на удаленных предприятиях не возможен без обеспечения работников (служащих, обучающихся и др. категорий граждан) соответствующим медицинским имуществом (медицинскими изделиями, лекарственными препаратами). С 1 марта 2025 г. вступает в силу новый приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 09.08.2024 г. № 398н «Об утверждении требований к размещению, хранению и использованию аптечки для оказания работниками первой помощи пострадавшим с применением медицинских изделий» и действует до 1 марта 2031 г. [14]. Требования к комплектации упадков, наборов, комплектов и аптечек для оказания первой помощи с применением медицинских изделий или лекарственных препаратов утверждаются Министерством здравоохранения РФ *по согласованию с федеральными органами исполнительной власти*, осуществляющими функции по выработке государственной политики и нормативному правовому регулированию в соответствующей сфере, *если иное не предусмотрено федеральными законами*. Требования к размещению, хранению и использованию упадков, наборов, комплектов и аптечек утверждаются федеральными органами исполнительной власти *по согласованию с Министерством здравоохранения РФ*.

Также с 13 сентября 2024 года вступил в силу приказ Министерства здравоохранения РФ от 30.07.2024 г. № 397н «О признании утратившими силу некоторых приказов и отдельных положений приказов Министерства здравоохранения Российской Федерации о стандартах медицинской помощи» [13].

Вступление в силу новых нормативных правовых актов позволяет использовать понятие «Первая помощь», изменяет перечень мероприятий первой помощи и состав упадков, наборов, комплектов и аптечек для ее оказания, включив в них дополнительные медицинские изделия и/или лекарственные препараты, требует актуализации документов, содержащих порядок оказания первой помощи, программ обучения.

Согласно ч.3 ст.214, ч.2 ст.219 Трудового кодекса РФ работодатель обязан обеспечить обучение по охране труда, в том числе обучение по оказанию первой помощи пострадавшим на производстве, инструктаж по охране труда и принятие мер по предотвращению аварийных ситуаций, сохранению жизни и здоровья работников при возникновении таких ситуаций, а также по оказанию первой помощи пострадавшим [16].

Согласно п.34, п.50 постановления Правительства РФ от 24.12.2021 г. № 2464 «О порядке обучения по охране труда и проверки знания требований охраны труда» обучение по оказанию первой помощи пострадавшим может проводиться работодателем в т.ч. самостоятельно, при наличии отдельно разработанных программ обучения, актуализированных в соответствии с изменениями государственных нормативных правовых актов, на основе примерного перечня тем [10].

Внеплановое обучение работников не проводится, так как Порядок оказания первой помощи [12] не содержит требований о проведении внепланового обучения работников требованиям охраны труда, а подтверждающие проверку у работников знания требований охраны труда документы действительны до окончания срока их действия (п.2 постановления № 2464).

Внеплановый инструктаж необходимо проводить при изменениях нормативных правовых актов, содержащих государственные нормативные требования охраны труда (п.16 постановления № 2464).

В тоже время, не всегда проводится надлежащий контроль за образовательной деятельностью. Так, в постановлении Правительства Российской Федерации от 24.12.2021 г. № 2464 «О порядке обучения охране труда и проверки знаний требований по охране труда» в п. 2 отмечено, что «организации и индивидуальные предприниматели, оказывающие услуги по обучению работодателей и работников вопросам охраны труда, *должны быть аккредитованы и соответствовать требованиям*, установленным постановлением Правительства Российской Федерации от 16.12.2021 г. № 2334 «Об утверждении Правил аккредитации организаций, индивидуальных предпринимателей, оказывающих услуги в области охраны труда, и требований к организациям и индивидуальным предпринимателям, оказывающим услуги в области охраны труда» [20].

В последние годы в Российской Федерации уделяется всестороннее внимание совершенствованию оказания первой помощи, не менее важной задачей является сопоставление формирующегося российского законодательства в сфере оказания первой помощи с международным опытом, совершенствование комплекса учебно-методических материалов отвечающих требованиям законодательства и современным подходам к оказанию первой помощи [9].

Одной из задач Профильной комиссии Министерства здравоохранения РФ по направлению «Первая помощь», является унификация нормативных правовых актов и учебно-методических материалов по первой помощи, обеспечение их соответствия современным международным стандартам в сфере оказания первой помощи [4].

До недавнего времени, роль Министерства здравоохранения РФ заключалась в формировании основного вектора направлений по совершенствованию нормативного правового регулирования перечня состояний и мероприятий оказания первой помощи для не входящих в систему министерств, агентств и служб силовых ведомств.

С 06.01.2023 г. действует приказ Министра обороны РФ от 09.12.2022 г. № 760 «Об утверждении перечня состояний, при которых оказывается первая помощь военнослужащим Вооруженных Сил Российской Федерации, войск национальной гвардии Российской Федерации, спасательных воинских формирований Министерства Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий, Службы внешней разведки Российской Федерации, органов федеральной службы безопасности, органов государственной охраны, органов военной прокуратуры, военных следственных органов Следственного комитета Российской Федерации, Главного управления специальных программ Президента Российской Федерации в условиях военного времени, ведения военных (боевых) действий, выполнения боевых (учебно-боевых), служебно-боевых (оперативно-служебных) задач в области обороны, а также правил ее оказания» [15], содержание мероприятий первой помощи в котором было приведено в соответствие с приказом Минздравсоцразвития РФ № 477н [11].

Очевидна необходимость выработки единых подходов к содержанию организации оказания первой помощи в гражданской и военной медицине.

Предметом научных дискуссий остаются особенности организации оказания, расширения перечня мероприятий первой помощи в военных (боевых) условиях (владение немедицинскими специалистами такими навыками, как внутрикостная трансфузия кровезаменяющих жидкостей, коникотомия, устранение напряженного пневмоторакса и др.) [8, 18].

Медико-тактические, тыловые и иные условия и факторы специальной военной операции и ряда контртеррористических операций, проводимых Российской Федерацией, сформировали текущее определение «тактической медицины» в рамках оказания мероприятий первой помощи. Сегодня под тактической медициной понимается отдельный элемент предмета обучения «военно-медицинская подготовка», имеющий своей целью подготовку военнослужащих и сотрудников силовых министерств (ведомств) к оказанию первой помощи раненым на поле боя с учетом тактики применения подразделений при обеспечении приоритета выполнения боевой задачи.

В целях совершенствования системы оказания первой помощи военнослужащим при выполнении задач в области обороны, с учетом опыта проводимой специальной военной операции 11.06.2022 г. вступил в силу Федеральный закон № 166-ФЗ «О внесении изменений в статью 17.1 Федерального закона «Об обороне» и в статью 31 Федерального закона «Об основах здоровья граждан в Российской Федерации» [21]. Данные изменения затрагивают заинтересованные силовые ведомства в перечне состояний, правилах оказания первой помощи и порядке организации подготовки военнослужащих по её оказанию. Таким образом, отсутствует преемственность и последовательность в подготовке граждан в условиях повседневной деятельности.

В производственно-промышленной сфере, к сожалению, не снижается уровень аварий (катастроф), связанных с проливом или выбросом опасных химических веществ, биологического заражения, формирования обширных зон радиоактивного загрязнения [5]. Остается напряженной санитарно-эпидемиологическая обстановка (активизация природных очагов, возникновение, занос и распространение инфекций). Сохраняется риск использования химических отравляющих веществ и биологического оружия.

Рассматривая комплекс мероприятий первой помощи, как отдельный, но необходимый и важный элемент системы этапного лечения раненых, больных и пораженных с эвакуацией по назначению в ходе ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций, следует отметить, что в этой плоскости практической деятельности находятся следующие элементы:

- 1) перечень состояний, при которых оказывается первая помощь, а также правила ее оказания;
- 2) стандарт оснащения аптек, сумок и комплектов медицинского имущества для оказания первой помощи;
- 3) порядок организации подготовки граждан к оказанию первой помощи.

Организация оказания первой помощи в гражданской и военной медицине, в чрезвычайных ситуациях различного характера всецело зависит от единого понимания медицинскими и не медицинскими работниками требований действующего законодательства и применяемых технологий, что требует координации соответствующих медицинских сил заинтересованных министерств, агентств и служб в области специальных мероприятий, образования населения и подготовки кадров.

Проблемным остается вопрос унификации системы обучения правилам и навыкам оказания первой помощи населения, медицинских и немедицинских работников, в т.ч. обучающихся в медицинских образовательных организациях высшего и среднего профессионального образования [7, 9].

Следует обратить внимание на блок обучения правилам оказания первой помощи «случаи укусов или ужаливания ядовитых животных..., поражения, вызванные ... химическими, ... термическими поражающими факторами, воздействием излучения». Данный блок перекликается с гражданской и военной медициной в части *чрезвычайных ситуаций характерных для населения региона*, химических отравляющих веществ, биологического и ядерного оружия, авариях на объектах атомной промышленности, которые включены в дисциплину *медицина чрезвычайных ситуаций*.

Аптечки для оказания первой помощи работникам должны быть укомплектованы в соответствии с новыми требованиями приказа Министерства здравоохранения РФ от 24.05.2024 г. № 262н «Об

утверждении требований к комплектации аптечки для оказания работниками первой помощи пострадавшим с применением медицинских изделий», при этом в соответствии п.2 аптечки, произведенные до 01.09.2024 г., могут применяться до истечения срока годности содержащихся в них медицинских изделий, но не позднее 01.09.2027 г. [17].

Введение военных учебных центров и военной подготовки в ВУ-Зах, совершенствование ФГОС предусматривает преподавание таких дисциплин, как токсикология, радиология и медицинская защита, медицинское обеспечение мероприятий гражданской обороны, мобилизационная подготовка здравоохранения, организация обеспечения медицинским имуществом в чрезвычайных ситуациях, эпидемиология, безопасность жизнедеятельности, медицина чрезвычайных ситуаций, медицина катастроф.

При этом многие как общее, так и специальные дисциплины:

- 1) разрозненны, не всегда скоординированы друг с другом;
- 2) носят общий характер, определяя сугубо организационные вопросы;

- 3) не всегда охватывают в полной мере выполнение необходимых требований стандартов (смежные дисциплины усиливают подготовку обучающихся в целом, но часто утрачивают интегративную функцию, предпочитая углубленное изучение присущих только им специфических областей, и уступая простым отдельным вопросам, практическим умениям и навыкам);

- 4) в ряде случаев теряют свою актуальность в силу социально-экономических и организационных изменений в здравоохранении и образовании (изменение ФГОСов, профессиональных стандартов, квалификационных требований, профессиональных компетенций);

- 5) не всегда отвечают требованиям нормативных и правовых документов в части обучения медицине катастроф (в т.ч. правовым аспектам в сфере здравоохранения) и гражданской обороны – организации медицинской (медико-биологической) защиты (в т.ч. населения и территорий) в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях мирного и военного времени;

- 6) не отвечают требованиям качественной подготовки и формированию у обучающихся практических умений и навыков в оказа-

ния первой и первичной медико-санитарной помощи раненым, больным и пораженным в экстренной (неотложной) форме.

Заключение. Проведенный анализ изменений действующих государственных нормативных правовых актов оказания первой помощи, показал наличие проблемных вопросов в области медицинского обеспечения граждан Российской Федерации в различных условиях жизнедеятельности. Отсутствует преемственность и последовательность в подготовке граждан по оказанию мероприятий первой помощи, отмечается разный подход заинтересованных министерств, агентств и служб в организации подготовки и реализации мероприятий (в зависимости от условий и задач окружающей обстановки – несчастный случай на производстве, режим чрезвычайной ситуации, ведение военных (боевых) действий, выполнение боевых (учебно-боевых), служебно-боевых (оперативно-служебных) задач по оказанию медицинской помощи и оснащению аптечками (комплектами, наборами, медицинскими изделиями).

Существует потребность в актуализации нормативных правовых документов действующего законодательства в вопросах межведомственного взаимодействия и координации, разработке единой терминологии, базовых понятий, формировании, интеграции накопленных знаний навыков и умений, организации подготовки – обучения мероприятиям первой помощи в гражданской и военной медицине (унификация ключевых гражданских и военных блоков обучения).

Также актуально повышение уровня подготовки медицинских кадров по рекомендованной программе обучения первой помощи, постоянно совершенствующейся и отвечающей современным требованиям, проведении надлежащих контрольных и надзорных мероприятий в отношении организаций, осуществляющих образовательную деятельность.

Список литературы

1. Все о первой помощи. URL: <https://allfirstaid.ru>
2. Гарант: справочно-правовая система: НПП «Гарант-Сервис». URL: <https://www.garant.ru>
3. Консультант Плюс: справочно-правовая система. URL: <https://www.consultant.ru>

4. Опыт профильной комиссии Минздрава России по направлению «первая помощь» по совершенствованию перечня мероприятий по оказанию первой помощи: организационно-правовой аспект / Дежурный Л.И., Закурдаев А.Ю., Гуменюк С.А., Колодкин А.А. // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики, 2024. – № 1. – С.667-682.

5. Организация мер безопасности и особенности деятельности при угрозах в области медицины катастроф, гражданской обороны и чрезвычайных ситуаций. Учебно-методическое пособие. / А.А. Крюков, В.Д. Бигунец, Р.Н. Лемешкин, И.М. Акулин и др. – СПб.: Изд-во НУ «Центр стратегических исследований», 2021. – 106 с.

6. Официальный интернет-портал правовой информации. URL: <https://www.pravo.gov.ru>

7. Первая помощь в образовательных организациях: нормативно-правовые аспекты / А.И. Махновский, И.М. Барсукова, Л.И. Дежурный и др. // Журнал Неотложная хирургия им. И.И. Джанелидзе, 2022. – №4. – С. 73-77.

8. Первая помощь военнослужащим в боевых условиях – организационно-правовой аспект / С.В. Кульнев, В.К. Журавлев, С.П. Таранов, С.В. - Елизарьев, В.А. Рева // Известия Российской Военно-медицинской академии, 2020. – № 4. – С.3-10.

9. Подготовка преподавателей для обучения оказанию первой помощи и участников её оказания в Российской Федерации: организационно-методические основы / Колодкин А.А. // Медицина катастроф, 2024. – № 1. – С.21-27.

10. Постановление Правительства РФ от 24.12.2021 г. № 2464 «О порядке обучения по охране труда и проверки знания требований охраны труда».

11. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 04.05.2012 г. № 477н «Об утверждении перечня состояний, при которых оказывается первая помощь, и перечня мероприятий по оказанию первой помощи».

12. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 03.05.2024 г. № 220н «Об утверждении Порядка оказания первой помощи».

13. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 30.07.2024 г. № 397н «О признании утратившими силу некоторых приказов и отдельных положений приказов Министерства здравоохранения Российской Федерации о стандартах медицинской помощи».

14. Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 09.08.2024 г. № 398н «Об утверждении требований к размещению, хранению и использованию аптечки для оказания работниками первой помощи пострадавшим с применением медицинских изделий».

15. Приказ Министра обороны РФ от 09.12.2022 г. № 760 «Об утверждении перечня состояний, при которых оказывается первая помощь военнослужащим Вооруженных Сил Российской Федерации, войск националь-

ной гвардии Российской Федерации, спасательных воинских формирований Министерства Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий, Службы внешней разведки Российской Федерации, органов федеральной службы безопасности, органов государственной охраны, органов военной прокуратуры, военных следственных органов Следственного комитета Российской Федерации, Главного управления специальных программ Президента Российской Федерации в условиях военного времени, ведения военных (боевых) действий, выполнения боевых (учебно-боевых), служебно-боевых (оперативно-служебных) задач в области обороны, а также правил ее оказания».

16. Трудовой кодекс Российской Федерации от 30.12.2001 г. № 197-ФЗ (ред. от 08.08.2024, с изм. от 22.11.2024) // Собрание законодательства Российской Федерации. – ч.3 ст.214, ч.2 ст.219.

17. Приказа Министерства здравоохранения РФ от 24.05.2024 г. № 262н «Об утверждении требований к комплектации аптечки для оказания работниками первой помощи пострадавшим с применением медицинских изделий».

18. Проблемные вопросы использования военно-медицинской терминологии в Службе медицины катастроф Министерства обороны Российской Федерации / Р.Н. Лемешкин, П.К. Котенко, И.Ф. Савченко, Г.В. Косяков, В.А. Блинов, А.В. Синкевич, А.В. Степанов, Д.А. Чепурненко, А.Г. Климзов // Вестник Российской Военно-медицинской академии, 2020. – №4 (72). – С.117-126.

19. Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

20. Постановление Правительства РФ от 16.12.2021 г. № 2334 «Об утверждении Правил аккредитации организаций, индивидуальных предпринимателей, оказывающих услуги в области охраны труда, и требований к организациям и индивидуальным предпринимателям, оказывающим услуги в области охраны труда».

21. Федеральный закон от 11.06.2022 г. № 166-ФЗ «О внесении изменений в статью 17.1 Федерального закона «Об обороне» и статью 31 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».



ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ГЕННОЙ ТЕРАПИИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Ширяева О.С.¹, Дячук В.А.¹, Акулин И.М.², Бигунец В.Д.^{1,2}

¹ ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург, Российская Федерация;

² Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург, Российская Федерация.

Аннотация. Правовое регулирование генной терапии в Российской Федерации представляет собой многоуровневый подход и выделяет ключевые этапы, необходимые для допуска препаратов к использованию в клинической практике. Осуществлен анализ действующих государственных нормативных правовых актов, регламентирующих порядок и особенности доклинических и клинических исследований, а также процедуры одобрения со стороны регулирующих органов. Рассмотрены нормативные правовые документы, включая Федеральный закон от 12 апреля 2010 года № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств», и его влияние на процессы разработки и регистрации генотерапевтических продуктов. Определены проблемные вопросы ответственности за возможный вред, причиненный в результате применения таких препаратов, включая обязательное страхование и уголовную ответственность исследователей. Перспективы развития индивидуально созданных биотехнологических препаратов (персонализированной медицины) в России.

Ключевые слова: генная терапия, персонализированная медицина, нормативные правовые акты.

LEGAL REGULATION OF GENE THERAPY IN THE RUSSIAN FEDERATION

Shiryaeva O.S.¹, Dyachuk V.A.¹, Akulin I.M.¹, Bigunets V.D.^{1,2}

¹ Almazov National Medical Research Centre,
St. Petersburg, Russian Federation;

² St. Petersburg State University, St. Petersburg, Russian Federation.

Summary. The legal regulation of gene therapy in the Russian Federation is a multi-level approach and highlights the key stages necessary for the admission of drugs to use in clinical practice. The analysis of the current state regulatory legal acts regulating the procedure and features of preclinical and clinical trials, as well as regulatory approval procedures,

has been carried out. Regulatory legal documents, including Federal Law No. 61-FZ dated April 12, 2010 «On the Circulation of Medicines», and its impact on the processes of development and registration of gene therapy products are considered. Problematic issues of liability for possible harm caused as a result of the use of such drugs, including compulsory insurance and criminal liability of researchers, have been identified. Prospects for the development of individually created biotechnological preparations (personalized medicine) in Russia.

Key words: *Gene therapy, personalized medicine, normative legal acts.*

Введение. Генетические и редкие заболевания, остаются значительной проблемой для здравоохранения, как в России, так и в мире. Хотя каждое отдельное редкое заболевание встречается не чаще чем у одного человека на 2000 населения, их общее количество затрагивает тысячи людей. Комплексность и разнообразие этих заболеваний создают предпосылки к поиску новых методов лечения, которые могли бы воздействовать непосредственно на причины заболеваний. Именно в этих случаях генная терапия демонстрирует свой потенциал.

Исторически, генная терапия стала активно развиваться в конце XX века и на сегодняшний день охватывает широкий спектр заболеваний. За последние годы успехи в этой области позволили улучшить качество жизни многих людей с ранее неизлечимыми болезнями, требующих сложных и дорогостоящих процедур. Среди заболеваний, на лечение которых нацелена генная терапия, можно выделить врожденные нарушения иммунитета, такие как синдром Вискотта-Олдрича и тяжелый комбинированный иммунодефицит [2]. Также успешно разрабатываются подходы для лечения метаболических нарушений, таких как мукополисахаридоз VII типа [13] и синдром Гурлера [4]. С помощью генной терапии компенсируют функцию в мутантных генах при наследственных заболеваниях, таких как гемоглобинопатии [7], моногенные заболевания: муковисцидоз [7], гемофилия [11], миодистрофия Дюшена [9] и наследственные заболевания сетчатки [5]. С увеличением распространенности онкологических заболеваний растет и потребность в генной терапии, которая применяется для лечения таких состояний, как острый лимфобластный лейкоз [10], меланома [10] и неходжкинская лимфома [10]. Кроме того, генная терапия показывает обнадежива-

ющие результаты в лечении инфекционных патогенов, таких как цитомегаловирус [1], ВИЧ (NCT05143307) и гепатит С [6].

По последним данным [1-15], с учетом большого числа патологий, которые генная терапия способна корректировать, темпы развития и значимость этого направления возрастают, в нормативно-правовых и организационно-методических документах [19,20] на данный момент ожидается их совершенствование и актуализация. Текущее состояние правового регулирования в области генной терапии в Российской Федерации рассмотрены, начиная с постепенных изменений и их влияния на возможности развития генной терапии, с 2014 года.

Принципы генной терапии. Генная терапия, в соответствии с определением Управления по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов США (FDA), представляет собой медицинское вмешательство, основанное на модификации генетического материала живых клеток [3]. Эта область медицины нацелена на исправление нарушенных функций генов, снижение их активности или внесении новых генов, позволяющих организму приобретать недостающие функции.

Генная терапия классифицируется на две основные категории: *ex vivo* и *in vivo*. *Ex vivo* терапия предполагает модификацию клеток пациента вне организма, после чего они возвращаются обратно в измененном виде. Этот подход широко распространен в лечении заболеваний крови и гематологических злокачественных новообразований с использованием гемопоэтических стволовых клеток. Одним из наиболее перспективных методов является генная иммунная терапия CAR-T, когда Т-лимфоциты модифицируются с использованием вирусных векторов, в результате чего они приобретают химерные рецепторы CAR, распознающие опухолевые антигены и способные атаковать злокачественные клетки. Альтернативными методами являются TCR-терапия, при которой модифицируется Т-клеточный рецептор для лучшего распознавания опухолевых антигенов, и TIL-терапия, направленная на использование активированных Т-лимфоцитов, полученных из опухолей.

В свою очередь, генная терапия *in vivo* подразумевает модификацию клеток непосредственно в организме пациента, что наиболее важно при воздействии на причины наследственных патологий.

В этом случае используются различные методы генной инженерии. Одним из первых и достаточно эффективных методов генной терапии является терапия с использованием вирусных векторов, которые способны эффективно доставлять генотерапевтические агенты в целевые ткани. Однако существуют и альтернативные методы, такие как терапия олигонуклеотидами, включающая антисмысловые олигонуклеотиды и методы РНК-интерференции. Все они могут лишь временно влиять на экспрессию целевых генов. В последние годы [8] активно развивается ген-редактирующая терапия с использованием технологий CRISPR/Cas9, способная вносить стойкие изменения в геном. Однако на сегодняшний день применение этой методики ограничено из-за опасений, связанных с нецелевым встраиванием.

Несмотря на эффективность и перспективы применения генной терапии, необходимо подчеркнуть, что безопасность и эффективность этих методов не являются абсолютными. В некоторых случаях возникают нежелательные реакции, которые могут быть связаны как с вмешательством в генетический материал клеток, так и с системами векторной доставки. Например, среди реакций на вирусные векторы могут появляться гиперчувствительность и воспалительные реакции, что иногда приводит к серьезным последствиям, вплоть до анафилаксии и летального исхода [12].

По этим причинам, необходимо комплексное правовое регулирование использования генной терапии в России, которое должно включать детальное определение нормативно-правового взаимоотношения прав и обязанностей врачей, пациентов, производителей лекарственных средств, а также условия для проведения клинических и доклинических исследований и постмаркетинговый мониторинг безопасности.

Общие принципы регулирования генной терапии. Генная терапия, как одна из наиболее высокотехнологичных медицинских практик, требует строгого контроля и регулирования, поскольку она связана с модификацией генетического материала и потенциальными рисками для здоровья пациентов. В разных странах существуют свои подходы к регулированию генной терапии, и каждое государство назначает соответствующие научные и медицинские организации для контроля данной области.

В Соединенных Штатах Америки вопросами регулирования генной терапии занимается Управление по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов (FDA). Оно отвечает за безопасность и эффективность всех новых медицинских препаратов, включая препараты генной терапии, и проводит необходимую экспертизу клинических испытаний [3]. В Европейском Союзе регулирующим органом является Европейское агентство по лекарственным средствам (ЕМА), которое также отвечает за оценку научных данных, необходимых для одобрения генных препаратов, и обеспечивает соблюдение стандартов безопасности и эффективности [3]. В Российской Федерации (РФ) вопросы регулирования генной терапии осуществляются Министерством здравоохранения РФ (Минздрав) и Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (Росздравнадзор). Эти органы контролируют обеспечение пациентов безопасными и эффективными методами лечения, а также разрабатывают нормативные акты, регулирующие особенности осуществления генной терапии.

Нормативно-правовые основы генной терапии в Российской Федерации. В РФ основным нормативным актом, регламентирующим оказание медицинской помощи, является Федеральный закон от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [17]. Согласно этому закону, генная терапия относится к специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи. Высокотехнологичная помощь направлена на использование новых методов лечения, применяемых на основе научных достижений.

Генная терапия *in vivo* регулируется Федеральным законом от 12 апреля 2010 года № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» [16]. Изменения, внесенные в этот закон в 2014 году интерпретируют генотерапевтический лекарственный препарат, как рекомбинантную нуклеиновую кислоту, которая позволяет регулировать и модифицировать генетический материал, таким образом охватывая все современные методы генной терапии, такие как использование вирусных векторов, РНК-интерференция и технологии CRISPR/Cas9.

Генная терапия *ex vivo*, ранее регулировалась Федеральным законом от 23 июня 2016 года № 180-ФЗ «О биомедицинских клеточ-

ных продуктах» [18]. В этом законе биомедицинский клеточный продукт определяется как набор клеток, полученных из организма человека и модифицированных вне тела, с последующим возвращением в организм пациента. Однако с внесенными изменениями 466-ФЗ от 04.08.2023 года, статус генотерапевтического препарата был пересмотрен, и теперь он относится к высокотехнологичным лекарственным препаратам, что существенно изменяет подход к его регулированию.

Таким образом, начиная с 2024 года, и генная терапия *in vivo*, и *ex vivo* регулируется Федеральным законом от 12 апреля 2010 года № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств».

Процесс доступа продуктов генной терапии к рынку. Процесс доступа продуктов генной терапии к рынку и их применение в клинической практике строго регламентирован, основываясь также на общем законодательстве, касающемся лекарственных средств.

Первым этапом в процессе допуска к клиническому использованию являются доклинические исследования, выполняемые с соблюдением принципов надлежащей лабораторной практики (GLP), что закреплено в 61-ФЗ [16] и в Решении Совета Евразийской экономической комиссии от 3 ноября 2016 года № 81 [15]. Основное внимание в рамках доклинических исследований уделяется оценке безопасности и биологической активности препаратов на опытных животных, при этом руководитель исследования несет полную ответственность за безопасность проведённых испытаний для здоровья человека и окружающей среды, это особенно важно в случаях, когда генная терапия проводится с использованием вирусных векторов.

По успешному завершению доклинических испытаний препараты вступают в клинические исследования, состоящие из трех фаз. Первая фаза предоставляет данные о безопасности, позволяет определить дозу, и проводится на небольшой группе здоровых добровольцев или пациентов. На второй фазе препарат тестируется на более крупной выборке пациентов, что позволяет более детально изучить его эффективность и продолжить оценку безопасности. Третья фаза представляет собой масштабные испытания, в которых участвуют сотни или тысячи участников. Здесь сравниваются новые препараты с существующими лечебными методами, а также осу-

ществляется крупномасштабный мониторинг побочных эффектов и общей эффективности.

Регулирование клинических исследований осуществляется тем же законодательством, в частности 7 главой 61-ФЗ [16]. В статье 43 освещены права пациентов на информирование по вопросам применения клинического исследования, ожидаемой эффективности, возможных нежелательных реакций и действиях в случае их возникновения. Участие в клинических исследованиях является исключительно добровольным и на любом из этапов пациент вправе выйти из эксперимента.

Статьей 44 предусмотрено обязательное страхование жизни и здоровья участников клинических исследований. В случае возникновения вреда здоровью участникам возмещается ущерб в размере от 300 тыс. до 2 млн рублей в зависимости от тяжести причиненного вреда. В случае зафиксированной небрежности со стороны исследователей, например, при невыполнении необходимых предварительных испытаний, возможно их привлечение к уголовной ответственности за халатное отношение.

Лекарственные препараты, предназначенные для проведения доклинических и клинических исследований не нуждаются в государственной регистрации по решению Совета Евразийской экономической комиссии от 3 ноября 2016 года № 78 «Правила регистрации и экспертизы лекарственных средств для медицинского применения» [14]. Процесс регистрации продукции генной терапии начинается только после успешного завершения всех трёх фаз клинических испытаний. Полный отчет, включающий результаты всех тестов и план обеспечения качества, направляется в Росздравнадзор, который принимает решение о принятии препарата для использования.

Однако в случаях, когда биотехнологические лекарственные препараты, создаются индивидуально под конкретного пациента на основе его генетической информации, специальной регистрации не требуют даже после утверждения конкретной технологии в клинических и доклинических исследованиях. Порядок их изготовления и применения устанавливается индивидуально Правительством Российской Федерации. Это открывает огромные возможности для персонализированной медицины, позволяя более гибко подходить

к лечению заболеваний с учетом индивидуальных характеристик пациента.

Таким образом, правовое регулирование в области генной терапии в России отражает строгий подход к обеспечению, как безопасности, так и эффективности новых методов лечения, обеспечивая права пациентов и ответственность исследователей на всех этапах.

Заключение. Правовое регулирование генной терапии в РФ представляет собой комплексный и многоуровневый подход, обеспечивающий безопасность, эффективность и этичность применения методов генной терапии. Все этапы, начиная от доклинических и клинических исследований, до регистрации препаратов, регулируются четкими законодательными нормами, которые охватывают все стадии их разработки и внедрения. Это позволяет гарантировать защиту прав пациентов и минимизировать риски, связанные с возможными нежелательными реакциями. Система обязательного страхования и возможность привлечения исследователей к ответственности за нарушения обеспечивают дополнительный уровень защиты для участников клинических испытаний. Важным аспектом также является возможность индивидуального подхода к терапии, создаваемой на основе генетических данных конкретного пациента, что позволяет развивать персонализированный подход в медицине.

Существующие нормативно-правовое регулирование не всегда «успевает» за быстрым развитием новых технологий и методов лечения, требует постоянной актуализации законодательства. Тем не менее, генная терапия и генотерапевтические продукты в Российской Федерации продолжают совершенствоваться, создают предпосылки для достижения новых результатов в лечении заболеваний и улучшении качества жизни пациентов.

Список литературы:

1. Buthelezi L.A. et al. Antisense Therapy for Infectious Diseases // Cells. 2023. – Vol. 12, № 16. – P.2119.
2. Fox T.A. et al. Gene therapy for primary immunodeficiencies // Br Haematol., 2021. – Vol. 193, № 6. – P. 1044-1059.
3. Halioua-Haubold C.-L. et al. Regulatory Considerations for Gene Therapy Products in the US, EU, and Japan // Yale J Biol Med., 2017. – Vol. 90, № 4. – P. 683-693.

4. Hematopoietic Stem- and Progenitor-Cell Gene Therapy for Hurler Syndrome // New England Journal of Medicine. Massachusetts Medical Society, 2021. – Vol.385, № 21. – P.1929-1940.

5. Hu M.L. et al. Gene therapy for inherited retinal diseases: progress and possibilities // Clinical and Experimental Optometry. Taylor & Francis, 2021. – Vol. 104, № 4. – P.444-454.

6. Janssen H.L.A. et al. Treatment of HCV Infection by Targeting MicroRNA // New England Journal of Medicine. Massachusetts Medical Society, 2013. – Vol. 368, № 18. – P. 1685-1694.

7. Kirschner J., Cathomen T. Gene Therapy for Monogenic Inherited Disorders // Dtsch Arztebl Int., 2020. – Vol.117, № 51–52. – P.878-885.

8. Klinkovskij A. et al. Advances of Genome Editing with CRISPR/Cas9 in Neurodegeneration: The Right Path towards Therapy // Biomedicines. 2023. Vol. 11, № 12. P. 3333.

9. Mendell J.R. et al. Assessment of Systemic Delivery of rAAVrh74.MHCK7.micro-dystrophin in Children With Duchenne Muscular Dystrophy: A Nonrandomized Controlled Trial // JAMA Neurology, 2020. – Vol. 77, № 9. – P.1122-1131.

10. Papaioannou I., Owen J.S., YanezMucoz R.J. Clinical applications of gene therapy for rare diseases: A review // Int J Exp Pathol, 2023. – Vol. 104, № 4. – P.154-176.

11. Pasi K.J. et al. Multiyear Follow-up of AAV5-hFVIII-SQ Gene Therapy for Hemophilia A // New England Journal of Medicine. Massachusetts Medical Society, 2020. – Vol. 382, № 1. – P.29-40.

12. Sibbald B. Death but one unintended consequence of gene-therapy trial // CMAJ, 2001. – Vol. 164, № 11. – P. 1612.

13. Watson G.L. et al. Treatment of lysosomal storage disease in MPS VII mice using a recombinant adeno-associated virus // Gene Ther. Nature Publishing Group, 1998. – Vol.5, № 12. – P.1642–1649.

14. Решение Совета Евразийской экономической комиссии от 3.11.2016 г. № 78 «Правила регистрации и экспертизы лекарственных средств для медицинского применения».

15. Решение Совета Евразийской экономической комиссии от 03.11.2016 года № 81 «Об утверждении Правил надлежащей лабораторной практики Евразийского экономического союза в сфере обращения лекарственных средств».

16. Федеральный закон от 12.04.2010 года № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств».

17. Федеральный закон от 21.11.2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

18. Федеральным законом от 23.06.2016 года № 180-ФЗ «О биомедицинских клеточных продуктах».

19. Гарант: справочно-правовая система: НПП «Гарант-Сервис». URL: <https://www.garant.ru>.

20. Консультант Плюс: справочно-правовая система. URL: <https://www.consultant.ru>.

УДК 347.42

ЗНАЧЕНИЕ ВИНЫ В ДЕЛАХ О ВОЗМЕЩЕНИИ ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ, В СЛЕДСТВИЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Шевчук Елена Павловна,

старший преподаватель ,

Восточно-Сибирский филиал

«Российский университет правосудия» Россия,

г. Иркутск, 664074 ул. Ивана Франко, 23а.

Аннотация. В статье анализируется значение вины и ее форм в случаях причинения вреда, вследствие оказание медицинских услуг. Выявляется, что все условия и обстоятельства «медицинского дела» в суде необходимо обосновать и доказать. В силу презумпции вины причинителя вреда, которая закреплена законодателем в целях защиты прав потерпевшего сводит к доказыванию со стороны истца только объективных условий, иначе в большинстве случаев права остались бы нарушенными. Доказывание субъективного отношения причинителя вреда к совершенному им деянию было бы затруднительно для потерпевшего, особенно в медицинской сфере как чрезвычайно специфической области человеческой деятельности. Делается вывод о том, что вина причинителя вреда в гражданском праве представляет собой психическое отношение причинителя вреда к своим делам и обязанностям. Вина медицинской организации выражается в совокупности вины медицинского персонала, действующего от имени организации. Наличие вины (ее формы) имеет непосредственное значение в судебном процессе - в одних случаях это влияет на усиление или на уменьшение ее масштабов, а в других на освобождение от нее. Важно учитывать и соотношение вины самого потерпевшего с виновностью медицинской организации. Но такая категория как имущественное положение организации не могут и не должны влиять на оценку размера возмещения с учетом неосторожной формы вины такой организации, даже при наличии финансовых проблем.

Ключевые слова: медицинская организация, причинение вреда, здоровье, вина, случай, потерпевший, причинитель вреда.

THE IMPORTANCE OF GUILT IN CASES OF COMPENSATION FOR HARM TO HEALTH AS A RESULT OF THE PROVISION OF MEDICAL SERVICES

Shevchuk Elena Pavlovna,

senior lecturer, East Siberian branch of the “Russian University of Justice” Russia, Irkutsk, 664074 st. Ivana Franko, 23a.

Annotation. *The article analyzes the meaning of guilt and its forms in cases of harm resulting from the provision of medical services. It turns out that all the conditions and circumstances of the “medical case” must be justified and proven in court. By virtue of the presumption of guilt of the harm-doer, which is enshrined by the legislator in order to protect the rights of the victim, it comes down to proving only objective conditions on the part of the plaintiff, otherwise in most cases the rights would remain violated. Proving the subjective attitude of the harm-doer to the act he committed would be difficult for the victim, especially in the medical field as an extremely specific area of human activity. It is concluded that the guilt of the harm-doer in civil law is the mental attitude of the harm-doer to his affairs and responsibilities. The guilt of a medical organization is expressed in the totality of the guilt of medical personnel acting on behalf of the organization. The presence of guilt (its form) is of direct importance in the judicial process - in some cases it affects the increase or decrease in its scope, and in others it affects the release from it. It is important to take into account the relationship between the guilt of the victim himself and the guilt of the medical organization. But such a category as the property status of an organization cannot and should not influence the assessment of the amount of compensation, taking into account the careless form of guilt of such an organization, even if there are financial problems.*

Key words: *medical organization, harm, health, guilt, case, victim, harm-doer.*

Вина причинителя вреда является субъективным и необходимым условием наступления деликтной ответственности и представляет собой психическое отношение лица к своему противоправному поведению и их последствия¹, советские же исследователи ориентировались на нарушение правопорядка, рассматривая ее через объективную категорию в разных формах проявления, а также как опре-

¹ Матвеев Г.К. Вина в советском гражданском праве. С.136.

деленное психическое состояние правонарушителя² или через совокупность психологических элементов каждого индивида, что вполне очевидно является субъективным явлением. При этом следует учитывать волевой и интеллектуальный критерий и их порочность, работу высшей нервной деятельности человека, а психическое отношение к объективным обстоятельствам правонарушения может быть положительным, отрицательным или нейтральным³.

Современный Гражданский кодекс РФ не раскрывает понятия вины, но можно выделить следующие формы вины: умысел, грубую неосторожность и простую неосторожность. Если поведение лица сознательно направлено на правонарушение, имеет место умысел. Если же вина имеет место в форме неосторожности, то причинитель не стремится к достижению негативных последствий, а относится к ним безразлично. При оказании медицинских услуг вред жизни и здоровью чаще причиняется в неосторожной форме вины, не имея намерения причинить вред.

Существует иное мнение по поводу вины – это психическое отношение лица к своим делам и обязанностям, а не к поведению и его результату. Для этого используется абстрактная модель ожидаемого поведения разумного и добросовестного участника гражданского правоотношения в той или иной ситуации, где критерием определения вины и ее формы служит степень заботливости и осмотрительности лица. Думается, данные критерии следует принимать во внимание при установлении вины причинителя вреда и потерпевшего, а также при определении формы их вины, которые в совокупности повлияют на определение судом размера возмещения.

Медицинская организация, в лице врача, принимает волевые решения по поводу сбора объективных данных обследования и выбора необходимого метода диагностики. На основе собранных объективных данных о больном врачу необходимо верно интерпретировать данные инструментальных и лабораторных методов исследования и определить заболевание, т.е. поставить диагноз. После определения характера заболевания с учетом особенностей больного

² Агарков М.М. *Обязательство по советскому гражданскому праву*. М., 1940. С. 145-146.

³ См.: Савицкая. А.Н. *Указ. соч.* С. 176.

и течения его заболевания требуется назначить необходимое лечение. На всех этапах этого процесса врачу необходимо обладать не только глубокими знаниями, но и совершенствовать их постоянно с учетом современной действительности. На современном этапе возникают новые заболевания, изменяется клиническая картина течения заболеваний и патогенез, а также появляются новые методы обследования и диагностики заболеваний. Медицинский работник должен быть в курсе всех этих новшеств и в соответствии со ст. 69 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» каждые пять лет обязан проходить аккредитацию специалиста. Более того, врачу, как и другому медицинскому работнику - фельдшеру, акушеру, медсестре – для принятия верного решения необходим клинический опыт и клиническое мышление⁴. Принимая решение о том или ином поведении, медицинский работник осознает его последствия и самоопределяется с учетом состояния больного и факторов объективной реальности (материально-технической базы медицинской организации). Решение медицинский работник включает в круг обстоятельств, которые детерминируют его поведение в процессе оказания медицинских услуг.

Иногда, даже обладая глубокими знаниями, медицинский работник приходит к неверному диагнозу и неверному в связи с этим лечению, т.е. добросовестно заблуждается. Познание абсолютной истины невозможно, как мы уже отмечали, в силу ограниченности медицинской науки. Способность личности избирать тот или иной вариант действия (бездействия) и осознавать его последствия определяет юридическую вину при наличии противоправного характера поведения.

Некоторые авторы отождествляют понятия противоправность и вина. Нам видится, что смешение понятий вина и противоправность недопустимо как соотношение субъективных и объективных категорий⁵. Так, формируется некая идеальная модель поведения абст-

⁴ В США при оказании медицинской помощи врач не дает гарантии благоприятных результатов, но врач обещает применить знания и умения среднего врача и проявить разумную заботу и свое лучшее суждение в стараниях достигнуть благоприятных результатов (См.: L. P. Stryker. *Courts and doctors*. New York, Macmillan, 1932, p. 16-17).

⁵ Матвеев Г.К. *Вина в советском гражданском праве*. С. 175.

рактного субъекта оказания медицинской услуги, закреплённая в стандартах оказания медицинской помощи и других актах. При этом оценивается его заботливость и осмотрительность, а именно: как он относится к своей обязанности по оказанию медицинской услуги с учетом состояния больного и существующих независимо от него объективных факторов. Возможность медицинского работника при оказании медицинских услуг сделать тот или иной выбор поведения соотносится с этой идеальной моделью, и на ее основе делается вывод о том, проявил он в необходимой мере заботливость и осмотрительность или нет. В зависимости от этого его поведение следует квалифицировать как невиновное, совершенное в состоянии простой или грубой неосторожности. Намеренное же противоправное поведение медицинского работника, направленное на причинение вреда больному при оказании медицинских услуг, следует рассматривать как умысел.

Напомним, что в соответствии со ст. 1068 ГК РФ при оказании медицинских услуг ответчиком в гражданском процессе является не конкретный медицинский работник, а медицинская организация, поэтому необходимо говорить о вине юридического лица, поскольку независимо от организационно-правовой формы медицинской организации она отвечает за действия медицинских работников. Если же медицинские услуги оказывает непосредственно индивидуальный предприниматель без образования юридического лица, то вред, причиненный жизни и здоровью, он возмещает самостоятельно, и тогда имеет значение вина этого индивидуального предпринимателя, который оказал данную медицинскую услугу. В судебной практике выявится тенденция оценки степени вины причинителя вреда – медицинских организаций в определении размера компенсации морального вреда и отдельных видов имущественного вреда (например, утраченного заработка).⁶

Вина медицинской организации состоит из вины этого персонала, который и осуществляет медицинскую деятельность. «Подобно тому, как коллективная воля юридического лица не сво-

⁶ Кассационное определение Пермского краевого суда от 01.07.2010 по делу № 33-5459 // Консультант Плюс [Электронный ресурс]: Справочно-правовая система (документ официально опубликован не был).

дится механически к сумме индивидуальных волей, а представляет собой новое качество, так и вина предприятия, учреждения и организации качественно отлична от своих слагаемых»^{7,8}. Отдельные случаи из медицинской практики показывают, что не всегда действия медицинского персонала следует рассматривать от имени организации, а значит и виновность такой организации, например: пациент поступил в отделение травматологии с резаными ранами в состоянии алкогольного опьянения. Пациент начал оскорблять врача и медицинских сестер, которые оказывали ему помощь. В результате врач нанес пациенту несколько ударов, чтобы успокоить. По смыслу ст. 1068 ГК РФ организация отвечает за своих работников если это было связано с его фикциями в рамках трудовой или иной деятельности и под контролем над безопасным ведением работ со стороны работодателя. Думается, что медицинская организация должна доказать отсутствие этих условий для возложения на медицинского работника ответственности за причиненный вред. В этом случае причиненный здоровью вред врач должен возмещать самостоятельно, поскольку его воля никаким образом не связана с волей медицинской организации, с выполнением трудовых обязанностей и лечебным процессом. Поэтому и вину врача нельзя рассматривать как вину этой организации, так как в этом случае не выражалась деятельность юридического лица, а исключительно его воля, которая не связана с выполнением его функций от имени организации⁹.

⁷ Кассационный суд Франции в своем решении от 21.05.1996 по делу Бониччи постановил: «презюмируется, что клиника несёт ответственность за заражение больного инфекцией (внутрибольничной) в операционном зале, если не сможет доказать отсутствие вины со своей стороны». (Решение палаты по гражданским делам Кассационного суда Франции по делу «Доктор Николя против супруга Мерсье» от 20.05.1936 [Art «Dr. Nicolas c. poux Mercier», 20 mai 1936 / Cour de cassation, Chambre civile] // http://droit.wester.ouisse.free.fr/pages/support_responsabilite/arret_mercier_20_mai_1936.htm).

⁸ Матвеев Г.К. Вина в советском гражданском праве. С. 216-217; 2. Басин Б.Г. Вина как условие ответственности за нарушение обязательства // Басин Ю.Г. Избранные труды по гражданскому праву. СПб., 2003. С. 381.

⁹ См.: Братусь С.Н. Субъекты гражданского права. М., 1950. С. 211-212.

Все условия и обстоятельства медицинского дела в суде необходимо обосновать и доказать, но в силу презумпции вины причинителя вреда, которая закреплена законодателем в ст. 401 ГК РФ и ст. 1064 ГК РФ в целях защиты прав потерпевшего, иначе в большинстве случаев права остались бы нарушенными. Доказывание субъективного отношения причинителя вреда к совершенному им деянию было бы затруднительно для потерпевшего, особенно в медицинской сфере как чрезвычайно специфической области человеческой деятельности.

Следует оценивать характер конкретного обязательства по оказанию медицинских услуг и по выполнению необходимых по характеру обязательства действий. Если медицинская организация выполнила не все необходимые действия, то имеет место простая неосторожность. Если никакие из необходимых действий не были совершены, а совершены ненужные действия, которые по характеру обязательства не требовались, – грубая неосторожность.

Разграничение неосторожной формы вины на простую и грубую¹⁰ имеет значение при определении формы вины причинителя вреда и потерпевшего. Важно понимать, что именно грубая неосторожность влияет на определения размера вомещения, за исключением случаев, указанных в законе (ст. 1083 ГК РФ, Ст. 1101 ГК РФ). Простая же неосторожность потерпевшего не учитывается вовсе. И хотя данная точка зрения была в свое время подвергнута критике¹¹, на наш взгляд, она раскрывает сущность психического отношения лица к своим действиям при неосторожной форме вины в случае оказании медицинских услуг. Так, если врач не назначил необходимого лечения, обследования, превысил дозировку лекарственного препарата

¹⁰ Интересно мнение М.М. Агаркова, который предпринял попытку обосновать формы виновности в гражданском праве и пришел к выводу: «умысел можно охарактеризовать как упречное состояние воли, неосторожность как упречное состояние интеллекта» (См.: Агарков М. М. К вопросу о договорной ответственности // Избранные труды по гражданскому праву: в 2 т. Т. 2. М., 2002. С. 116).

¹¹ Г.К. Матвеев отмечает бесплодность такой формально-юридической конструкции формы вины в гражданском праве и отсутствие в ней материального содержания (См.: Матвеев Г.К. Вина в советском гражданском праве. С.248).

или неверно истолковал данные лабораторных и инструментальных методов исследования, его действия или бездействие в данном случае являются противоправными, то вина выражена в форме грубой неосторожности. Интеллект такого врача, его клиническое мышление, недостаточный опыт, отсутствие необходимых знаний не позволили ему сделать правильный выбор, хотя его воля и была направлена на оказание помощи, а не на причинение вреда. Нельзя сказать, что он к своим действиям и здоровью больного относился безразлично, а специальность и опыт работы конкретных врачей значение не имеют – организация отвечает за их действия¹².

Представляется наиболее верной позиция В.А. Ойгензихта по поводу неосторожной формы вины. Она, по мнению автора, выражена «не только и не столько в предположении предотвращения этих последствий, сколько в необоснованной уверенности, что они не произойдут»¹³. Так, врач, действуя или бездействуя противоправно, рассчитывает на то, что негативные последствия не наступят, хотя такая уверенность необоснованна. Отсутствует в данном случае внимательность, осмотрительность и заботливость по отношению к больному и его охраняемому законом благу – здоровью и жизни. Можно ли приравнивать невозможности предвидения и предотвращения вреда к отсутствию вины, является ли это разновидностью случая или непреодолимой силы? Зависит от доказательственной базы в судебном процессе. Действительно, в этом случае ответственность исключается, но не из-за отсутствия вины, а из-за отсутствия противоправности в поведении соответствующих лиц. Так, например, если у больного в период введения лекарственного препарата развилась гиперчувствительность немедленного типа в виде анафилактического шока, то вины в действиях медиков нет, а имеет место

¹² Если, например, врач не произвёл обязательных действий - не обследовал больного, не назначил даже самый необходимый метод обследования, что обычно всегда назначается, и, в конечном счете, это привело к неверному диагнозу и отсутствию необходимого лечения. Всего этого можно было избежать, если бы врач проявил элементарную заботливость и осмотрительность и обследовал больного, как этого требует стандарт и медицинская наука, с учетом современных лабораторных и инструментальных методов обследования.

¹³ Ойгензихт В.А. Указ. соч. С. 58.

случай. Но ответственность не наступает в связи с тем, что отсутствует противоправность в действиях врача. Аналогичные примеры приводятся в литературе. Невинные действия врача не влекут гражданско-правовой ответственности лечебного учреждения. Известны и случаи, когда после проведения безукоризненной операции наступал неблагоприятный исход, обусловленный течением основного заболевания. И здесь также имеет место отсутствие вины, но прежде всего отсутствует противоправность в действиях врача, что и является основанием исключения ответственности.

При квалификации умышленного¹⁴ поведения медицинского персонала следует руководствоваться определением, где усматриваются два признака умысла: предвидение вредных последствий и желание их наступления или безразличное отношение к наступлению таких последствий. Умысел характеризуется единством воли и сознания. Волевой момент проявляется в стремлении лица к причинению вреда либо допущение его. Сознание - интеллектуальный элемент, который выражается в понимании конкретной обстановки причинения вреда и предвидении последствий¹⁵. Умышленные действия причинителя вреда сводятся не только к психическому отношению противоправности своего поведения и наступлению негативных последствий, но и объективной причинной связи между ними. Думается, что для рассматриваемой сферы это вообще не свойственно и такие ситуации возможны лишь в исключительных случаях.

Медицинская наука, современные методы исследования и лечения направлены на оказание помощи больному, облегчение боли, поддержание и восстановление здоровья, профилактику заболевания, но именно в этой сфере чаще всего совершаются правонарушения

¹⁴ Умышленная форма вины встречается редко в гражданских правонарушениях и характеризуется намеренными действиями причинителя вреда, при этом к негативному результату он может относиться безразлично. При оказании медицинских услуг противоправные действия или бездействие врача направлены на оказание медицинской помощи, и трудно себе представить, что противоправное поведение он совершает намеренно, причиняя вред жизни и здоровью, или относится безразлично к наступлению негативных последствий.

¹⁵ См.: Матвеев Г.К. Вина в советском гражданском праве. С. 252.

ния. Однако обусловлены они практически всегда не намеренным, а неосторожным противоправным поведением медицинского персонала. В исключительных случаях можно говорить об умышленной форме вины при неоказании помощи больному: врач осознает противоправный характер своего поведения, в данном случае бездействия, и относится к возможным негативным последствиям безразлично. Ситуация же, при которой врач причиняет вред жизни и здоровью больного сознательно, практически не встречается. Если врач, нарушая схему лечения либо превышая обоснованный риск, не нацелен причинить вред здоровью пациента, к такому поведению и последствиям он может относиться без должной осмотрительности, но это уже не является умыслом. Следует отметить, что данное бездействие является уголовно наказуемым, хотя потерпевший имеет право требовать возмещения имущественного и морального вреда по правилам гражданского законодательства.

Неосторожная форма вины характеризуется психологическим отношением причинителя вреда к наступлению последствий, когда причинитель вреда не предвидел последствия, не желал их наступления, но самонадеянно рассчитывал на их предотвращение. Анализируя неосторожную форму вины, Г.К. Матвеев признает необходимость использования объективного масштаба (критерия). Именно этот масштаб обеспечит дифференцированный подход, при котором оценка субъективной способности одного лица, которое берется за образец, дается путем сопоставления с другими лицами. Если в результате неосмотрительных действий медицинского персонала было повреждено здоровье пациента, суд удовлетворяет требования истца¹⁶. Хорошего врача и плохого сравнивать бесполезно, поскольку у каждого врача, как и у любого человека, психика различна, как различны опыт, мышление, интеллект и знания. Думается, что необходимо оценивать, выполнены ли врачом все необходимые действия в конкретной ситуации (ст. 401 ГК РФ) надлежащим образом. Положение этой статьи применяется к случаям договорной ответственности. При оценке поведения медицинского персо-

¹⁶ *Определение Астраханского областного суда от 18.03.2015 по делу № 33-994/2015 // Консультант Плюс [Электронный ресурс]: Справочно-правовая система (документ официально опубликован не был).*

нала, причинившего вред здоровью гражданина, следует оценивать все возможности избежать причинения вреда.

Так же не влияет на исход дела уверенность врача в благоприятном исходе может быть проявлена тогда, когда необходимо было проявить внимательное отношение к здоровью больного и предположить с учетом его особенностей возможные неблагоприятные последствия. Так, например, хирург провел санацию раны, установил дренаж, но не назначил антибактериальные препараты, самонадеянно рассчитывая, что организм и так справится¹⁷, но произошло нагноение раны. «Врача, совершившего ошибку по невежеству, нельзя оставить для дальнейшей работы, так как не исключается возможность повторения ошибки и в другом случае. Невежественным следует считать такого врача, который в определенном конкретном случае проявил отсутствие элементарных знаний, которые обязаны иметь все врачи»¹⁸. Из данного примера, видно, что отсутствие элементарных знаний у врача привело к неправильному поведению: он не предпринял самые элементарные меры предосторожности, известные в медицинской практике, что повлекло неблагоприятный исход для здоровья пациента. Недостаточный опыт и знания приводят к необоснованной уверенности, что неблагоприятные последствия не наступят, опосредуют уверенность врача в благоприятном исходе заболевания.

Известны случаи, когда оказание ненадлежащей медицинской помощи имело место по причине отсутствия в медицинской организации необходимых медикаментов или оборудования, при этом нет вины врача. Так, например, неопытному врачу поручили вести больного со сложной клинической ситуацией или не обеспечили необходимым оборудованием, медикаментами. При этом имеет место вина, но уже не врача, а других лиц, которые за данные действия отвечают. В любом случае ответственность несет медицинская орга-

¹⁷ Воля и сознание проявляются при неосторожности, как и при умысле, с той лишь разницей, что там и тут они проявляются с неодинаковой интенсивностью и в разных конкретных формах: в активной - при умысле и в недопустимо пассивной форме - при неосторожности. (См.: Матвеев Г.К. Вина в советском гражданском праве. С. 295).

¹⁸ Огарков И.Ф. Указ. соч. С.129.

низация, и вина работающих в ней лиц при выполнении ими своих должностных, служебных и других обязанностей рассматривается как вина юридического лица.

Таким образом, вина причинителя вреда в гражданском праве презюмируется и представляет собой психическое отношение причинителя вреда к своим делам и обязанностям. Вина медицинской организации выражается в совокупности вины медицинского персонала, действующего от имени организации. Наличие вины (ее формы) имеет непосредственное значение в судебном процессе - в одних случаях это влияет на усиление или на уменьшение ее масштабов, а в других на освобождение от нее. Важно учитывать и соотношение вины самого потерпевшего с виновностью медицинской организации. Но такая категория как имущественное положение организации не могут и не должны влиять на оценку размера возмещения с учетом неосторожной формы вины такой организации, даже при наличии финансовых проблем.

Список литературы

1. Агарков М.М. Обязательство по советскому гражданскому праву / М.М. Агарков. – М.: Юридическое издательство НКЮ СССР, 1940. – 192 с.
2. Басин Ю.Г. Вина как условие ответственности за нарушение обязательства // Избранные труды по гражданскому праву. СПб.: Юридический центр Пресс, 2003. - 380с.
3. Братусь С.Н. Субъекты гражданского права [Текст] / проф. С. Н. Братусь. — Москва : Гос. изд-во юрид. лит-ры, 1950. — 368 с.
4. Кассационное определение Пермского краевого суда от 01.07.2010 по делу № 33-5459 // Консультант Плюс [Электронный ресурс]: Справочно-правовая система (документ официально опубликован не был).
5. Савицкая А.Н. Возмещение ущерба, причиненного ненадлежащим лечением. Львов, 1982. – 193с.
6. Ойгензихт В.А. Проблема риска в гражданском праве. Часть общая / Ойгензихт В.А. - Душанбе: Ирфон, 1972. - 224 с.
7. Определение Астраханского областного суда от 18.03.2015 по делу № 33-994/2015 // Консультант Плюс [Электронный ресурс]: Справочно-правовая система (документ официально опубликован не был).
8. Матвеев Г.К. Вина в советском гражданском праве / Матвеев Г.К.; Отв. ред.: Николаев К.П. - Киев: Изд-во Киев. ун-та, 1955. - 307 с.
9. Решение палаты по гражданским делам Кассационного суда Франции по делу «Доктор Николя против супруга Мерсье» от 20.05.1936

[Arrt «Dr. Nicolas c.oux Mercier», 20 mai 1936 / Cour de cassation, Chambre civile] // http://droit.wester.ouisse.free.fr/pages/support_responsabilite/arret_mercier_20_mai_1936.htm.

References

1. Agarkov M.M. Obyazatel'stvo po sovetскому grazhdanskomu pravu / M.M. Agarkov. – M.: Yuridicheskoye izdatel'stvo NKYU SSSR, 1940. – 192 s.
2. Basin YU.G. Vina kak usloviye otvetstvennosti za narusheniye obyazatel'stva // Izbrannyye trudy po grazhdanskomu pravu. SPb.: Yuridicheskiy tsentr Press, 2003. - 380 s.
3. Bratus' S.N. Sub"yekty grazhdanskogo prava [Tekst] / prof. S. N. Bratus'. – Moskva : Gos. izd-vo yurid. lit-ry, 1950. — 368 s.
4. Kassatsionnoye opredeleniye Permskogo krayevogo suda ot 01.07.2010 po delu № 33-5459 // Konsul'tant Plyus [Elektronnyy resurs]: Spravochno-pravovaya sistema (dokument ofitsial'no opublikovan ne byl).
5. Savitskaya A.N. Vozmeshcheniye ushcherba, prichinennogo nenadlezhashchim vrachevaniyem. L'vov, 1982. – 193 s.
6. Oygenzikht V.A. Problema riska v grazhdanskom prave. Chast' obshchaya / Oygenzikht V.A. - Dushanbe: Irfon, 1972. - 224 c.
7. Opredeleniye Astrakhanskogo oblastnogo suda ot 18.03.2015 po delu № 33-994/2015 // Konsul'tant Plyus [Elektronnyy resurs]: Spravochno-pravovaya sistema (dokument ofitsial'no opublikovan ne byl).
8. Matveyev G.K. Vina v sovetском grazhdanskom prave / Matveyev G.K.; Otv. red.: Nikolayev K.P. - Kiyev: Izd-vo Kiyev. un-ta, 1955. - 307 c.
9. Resheniye palaty po grazhdanskim delam Kassatsionnogo suda Frantsii po delu «Doktor Nikol'ya protiv supruga Mers'ye» ot 20.05.1936 [Arrt «Dr. Nicolas c.oux Mercier», 20 mai 1936 / Cour de cassation, Chambre civile] // http://droit.wester.ouisse.free.fr/pages/support_responsabilite/arret_mercier_20_mai_1936.htm.



К ВОПРОСУ ОРГАНИЗАЦИИ ЮРИДИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ НА ЭТАПАХ КОНСТРУИРОВАНИЯ И ВЫПУСКА ОПЫТНЫХ ЭКЗЕМПЛЯРОВ ЧИТАЮЩЕЙ МАШИНЫ ДЛЯ ИНВАЛИДОВ ПО ЗРЕНИЮ: GIGACHAT VS DEEPSEEK

Глущенко О.Н.^{1,2} Акулин И.М.², Бигунец В.Д.^{1,2}, Егорова Е.Б.³

¹ ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Министерства
здравоохранения Российской Федерации, г. Санкт-Петербург,
Российская Федерация

² Санкт-Петербургский государственный университет,
Российская Федерация

³ Адвокатская палата Санкт-Петербурга,
г. Санкт-Петербург, Российская Федерация

Резюме. Концепции стратегий сформированы сервисами искусственного интеллекта GigaChat и DeepSeek. Проведенный анализ с использованием метода Walker & Avant, показал, что стратегия, предложенная GigaChat, включает комплексный план, разработанный на основе многоаспектного подхода. Процедура юридического сопровождения DeepSeek основывается на системной методике. Определены ключевые атрибуты стратегий: GigaChat фокусируется на нормативной базе, договорной работе, защите интеллектуальной собственности и рыночном позиционировании; DeepSeek делает акцент на комплексном юридическом сопровождении, включая сертификацию, защиту прав потребителей и подготовку отчетной документации для инвесторов. В комплексном методе юридического сопровождения создания читающей машины эмпирическими референтами выступают патенты, договоры, товарные знаки и лицензии. В системном подходе — внутренний аудит, экспертные оценки и корректировки стратегии в сроках и финансах. Полученные результаты планируется применить для разработки более детализированной стратегии, учитывающей особенности каждого из подходов, с возможностью их интеграции для повышения эффективности юридического сопровождения на всех этапах создания опытных экземпляров.

Ключевые слова: юридическое сопровождение, читающая машина для инвалидов по зрению, GigaCha, DeepSeek, анализ концепций, стратегия, метод Уокера и Аванта.

ON THE ORGANIZATION OF LEGAL SUPPORT AT THE STAGES OF DESIGN AND PRODUCTION OF PROTOTYPES OF A READING MACHINE FOR THE VISUALLY IMPAIRED: GIGACHAT VS DEEPSEEK

Glushchenko O.N.^{1,2}, Akulin I.M.², Bigunets V.D.^{1,2},

¹Almazov National Medical Research Centre,
St. Petersburg, Russian Federation;

²St Petersburg University, St. Petersburg, Russian Federation

Summary. *The strategy concepts were developed by the artificial intelligence services GigaChat and DeepSeek. The analysis conducted using the Walker & Avant method revealed that the strategy proposed by GigaChat includes a comprehensive plan based on a multifaceted approach. DeepSeek's legal support procedure is built on a systematic methodology. The key attributes of the strategies have been identified: GigaChat focuses on regulatory frameworks, contract work, intellectual property protection, and market positioning, while DeepSeek emphasizes comprehensive legal support, including certification, consumer rights protection, and the preparation of reporting documentation for investors.*

In the comprehensive legal support method for the creation of a reading machine, empirical referents include patents, contracts, trademarks, and licenses. In the systematic approach, they include internal audits, expert assessments, and strategic adjustments in terms of timing and financial planning. The obtained results are planned to be used for the development of a more detailed strategy that takes into account the specifics of each approach, with the possibility of integrating them to enhance the efficiency of legal support at all stages of prototype development.

Keywords: *legal support, reading machine for visually impaired people, GigaChat, DeepSeek, concept analysis, strategy, Walker and Avant method.*

Объект исследования: процедура юридического сопровождения на этапах конструирования и выпуска опытных экземпляров технических устройств реабилитации.

Предмет исследования: анализ концепций стратегий юридического сопровождения на этапах конструирования и выпуска опытных экземпляров технических устройств реабилитации с применением метода Walker & Avant.

Цель исследования: Анализ стратегий юридического сопровождения создания читающей машины для инвалидов по зрению, сформированных с помощью сервисов искусственного интеллекта GigaChat и DeepSeek. На основе полученных результатов планируется разработать детализированную стратегию, учитывающую особенности каждого подхода и возможности их интеграции, что позволит повысить эффективность юридического сопровождения на всех этапах создания опытных экземпляров.

Введение. Читающая машина для инвалидов по зрению — это техническое устройство реабилитации, преобразующее печатный или рукописный текст в доступный для незрячих и слабовидящих людей аудиоформат.

Личный опыт общения с членами (ВОС) позволяет сделать вывод, что наличие таких приборов в повседневной жизни способствует повышению качества жизни незрячих людей. Действительно, читающая машина:

- обеспечивает доступ к информации (книгам, газетам, документам и т.д.);
- оказывает помощь в изучении учебных материалов и, таким образом, предоставляет возможность получения образования наравне со зрячими;
- помогает в социальной адаптации путем личного развития и культурного обогащения;
- в профессиональной деятельности — облегчает работу с документами, электронной почтой, техническими текстами и другими рабочими материалами;
- в быту незаменима для самостоятельного использования рецептов, счетов, писем, завещаний и другой важной информации.

Необходимо отметить, что наличие такого устройства позволило члену ВОС провести небольшое научное исследование в области некрополистики и доложить результаты на конференции. В ходе изысканий Виктор Иванович Б. просматривал с помощью читающей машины газетные подшивки и изучал редкую литературу, не имеющую аудиоверсий.

Кроме того, специалисты из Санкт-Петербургской государственной библиотеки для слепых и слабовидящих отмечали, что читающие машины подходят для использования людям с дислексией, в

частности детям для прослушивания сказок и другой детской литературы.

Главным недостатком зарубежных аналогов читающих устройств является их высокая стоимость. Российские инженеры, конструкторы и медики накопили определенный опыт в разработке и создании реабилитационных средств для инвалидов по зрению, в частности, читающая машина «Ариадна» [1], «Говорящая книга «Оказание первой помощи» [2], планы обучения оказания первой помощи [3]. Однако отсутствие методик юридического сопровождения на этапах конструирования и выпуска опытных образцов, а также недостаток понимания у разработчиков принципов применения этих методик приводят к тому, что многие перспективные отечественные разработки так и остаются на стадии прототипов.

Как показывает личный опыт участия в проектах создания таких машин, основной проблемой разработчика является отсутствие «взгляда сверху» на проект, то есть понимания значимости проекта в социальной жизни инвалидов. Кроме того, разработка юридического сопровождения помогает разработчикам привлекать частное финансирование, участвовать в государственных программах поддержки, а также обеспечивает соответствие устройства требованиям сертификации.

Постановка задачи. Сервисы на основе искусственного интеллекта GigaChat [4] и DeepSeek [5] предложили каждый свой, отличающийся один от другого, подход к формированию процедуры юридического сопровождения создания опытных экземпляров читающей машины для инвалидов по зрению.

GigaChat (вариант 1):

1. Определение целей и задач проекта (определить, какие именно юридические услуги потребуются).

2. Анализ правовой среды (анализ существующей нормативно-правовой базы, касающейся создания и эксплуатации устройств для людей с ограниченными возможностями).

3. Защита интеллектуальной собственности (защита уникальных разработок и инноваций, заложенных в проект).

4. Составление договоров (на этапе конструирования и производства требуется привлечение внешних ресурсов и специалистов. Для этого необходимо заключить следующие виды договоров: дого-

вора на выполнение научно-исследовательских и опытно-конструкторских работ (НИОКР); договора с поставщиками оборудования и материалов; трудовые договора с инженерами и конструкторами; лицензионные соглашения на использование сторонних технологий и программного обеспечения.

5. Проверка соответствия нормативным требованиям (необходимо удостовериться, что устройство соответствует всем установленным стандартам и требованиям; тестирование и сертификацию устройства в аккредитованных лабораториях).

6. Организация производства (выпуск опытной партии технических устройств с минимальными затратами и высокой производительностью).

7. Разрешение споров и конфликтов (актуально в случае возникновения споров с партнерами или подрядчиками; нарушения авторских прав или патентов; претензий со стороны контролирующих органов).

8. Вывод продукта на рынок (Организовать маркетинговую кампанию и продвижение продукта; подготовить документы для заключения договоров с дистрибьюторами и розничными сетями; провести оценку рыночной конъюнктуры и конкурентов).

9. Постоянный мониторинг и обновление (важно продолжать: мониторинг изменений в законодательстве и адаптацию к ним; поддержание актуальности патентов и лицензий; решение возникающих правовых вопросов и споров).

10. Обратная связь и улучшение (По итогам каждого этапа следует проводить анализ эффективности принятых мер и корректировку плана действий. Это позволит улучшить процесс юридического сопровождения и минимизировать риски в будущем).

DeepSeek (вариант 2):

1. Подготовительный этап (сбор команды, анализ проекта).

2. Этап конструирования (патентная защита, договорная работа, соответствие стандартам, финансирование и гранты).

3. Этап выпуска опытных экземпляров (сертификация и тестирование, защита прав потребителей, правовая защита опытных образцов, подготовка к коммерциализации).

4. Контроль и сопровождение (мониторинг изменений законодательства, защита от рисков, обучение команды).

5. Документация и отчётность

(ведение реестра документов, отчётность перед инвесторами или грантодателями).

Как видно из представленных выше кратких характеристик следует, что в варианте 1 рассматриваются различные стороны и аспекты стратегии и используются знания из разных областей науки и практики для полного понимания проблемы.

Вариант 2 характеризуется иерархичностью во времени (элементы образуют подсистемы разного уровня сложности) и взаимосвязью подсистем.

Таким образом, можно сделать вывод, что стратегия, предложенная GigaChat, представляет собой комплексный план, основанный на многоаспектном подходе, тогда как процедура юридического сопровождения, разработанная DeepSeek, опирается на системную методику.

Необходимо отметить, что ни один из предложенных вариантов не уделяет должного внимания выявлению «уязвимостей» на наиболее творческом этапе создания читающей машины: разработке программного обеспечения, написании скриптов, анализе оптимальной топологической схемы размещения элементов и выборе элементной базы.

Поскольку цель данного исследования заключается в разработке оптимальной организации юридического сопровождения на этапах конструирования опытных экземпляров читающей машины, представляется целесообразным проанализировать концепции «стратегия на основе комплексного плана» и «стратегия на основе системного подхода», чтобы выбрать наиболее эффективный метод.

Методы исследования. В качестве метода анализа концепций выбран метод Уокер и Авант (Walker & Avant) [6]. Обоснованием его применения в данном исследовании является, во-первых, его широкое использование в медицине, в частности в сестринском деле, где функциональные обязанности включают работу с приборами, в том числе реабилитационными. Во-вторых, поскольку метод структурирован, он помогает выявить ключевые характеристики концепций и адаптировать их к решению поставленной цели исследования.

Результаты и обсуждение.

Типовой метод Уокера и Авант для анализа концепций проводится согласно следующему плану:

1. Причины (логика) выбора концепции для анализа. Выбранная концепция должна отражать наиболее интересующую тему или область.

2. Определение цели анализа концепции.

3. Обзор литературы (изучается, как концепция определяется в различных источниках, таких как научные статьи, учебники, нормативные документы, выявляются существующие определения и контексты использования).

4. Определение отличительных признаков концепции (атрибутов или ключевых характеристик концепции).

5. Описание реальной модели использования концепции, содержащий все критические атрибуты. Реальная модель может быть формализована до, во время или после выделения атрибутов.

6. Описание пограничных, смежных, противоположных, вымышленных и нелегитимных моделей.

Пограничная модель: содержит некоторые критические атрибуты, но не все.

Смежная модель: связан с концепцией, но не содержит критических атрибутов.

Противоположная модель: полностью противоречит концепции.

Вымышленная модель: создан искусственно, но не существует в реальности.

Нелегитимная модель: концепция в другом контексте.

7. Определение предшествующих событий (антецедентов) и последствий.

Антецеденты: условия, которые должны возникнуть перед появлением концепции.

Последствия: события, возникающие в результате реализации концепции.

8. Определение эмпирических референтов.

Референты – это классы или категории явлений, которые демонстрируют существование концепции. Эмпирические референты полезны для разработки инструментов измерения и повышения их валидности.

В таблице представлены результаты анализа концепции «Стратегия организации юридического сопровождения на этапах конструирования и выпуска опытных экземпляров читающей машины для инвалидов по зрению» на основе комплексного и системного подходов (соответственно, для GigaChat и DeepSeek.

Таблица. Результаты анализа концепций по методу Уокер и Авант

GigaChat	DeepSeek
1. Причины выбора концепции для анализа	
Комплексный подход – учитывает аспекты процесса организации юридического сопровождения.	В системном методе учитывается наличие иерархии между компонентами, наличие прямых и обратных связей, целостность процесса.
2. Цель анализа концепции	
Предложенные стратегии одинаково эффективны, или есть необходимость разработать новую, учитывающую положительные аспекты комплексного и системного подхода?	
3. Обзор литературы	
Комплексный подход - охватывающий целую группу предметов, явлений, процессов; представляющий собой комплекс чего-либо [8].	Системный подход - направление методологии научного познания, основанное на рассмотрении объекта как системы, представляющей собой целостную структуру взаимосвязанных элементов [9].
4. Отличительные признаки концепции	
Юридическое сопровождение отражает определенные аспекты конструирования и выпуска опытных экземпляров.	Концепция строится на основе временной иерархии событий.
5. Формализация реальной модели	
На первом этапе проекта формируются команды, отвечающие за нормативно-правовую базу, инжиниринг, сертификацию, защиту интеллектуальной собственности и маркетинг. В состав каждой команды включается юрист с соответствующей специализацией.	Юридическое сопровождение осуществляется поэтапно: задачи решаются последовательно, обеспечивая контроль на всех этапах разработки и оперативное реагирование на возникающие правовые вопросы. Важно обеспечить преемственность юридического сопровождения проекта с учетом временной иерархии.

GigaChat	DeepSeek
6. Описание пограничных (А), смежных (Б), противоположных (В), вымышленных (Г), нелегитимных моделей (Д)	
<p>А. На этапе формирования команд руководитель проекта принимает решение о необходимости включения юриста в каждую из них в зависимости от специфики задач.</p> <p>Б. Юристы не входят в команду, отвечающую за инжиниринг, но включаются в состав других групп, где обеспечивают юридическое сопровождение соответствующих аспектов проекта, и подчиняются непосредственно руководителю проекта.</p> <p>В. Правовая поддержка носит системный характер, охватывая все этапы конструирования и выпуска опытных экземпляров, обеспечивая согласованность юридических решений с техническими, организационными и регуляторными требованиями проекта.</p> <p>Г. Юридическое сопровождение на каждом этапе проекта сгенерировано сервисами на основе искусственного интеллекта.</p> <p>Д. Юридическое сопровождение в проекте отсутствует.</p>	<p>А. Юридическое сопровождение осуществляется на этапах конструирования, выпуска опытных экземпляров, ведение реестра документов.</p> <p>Б. Юрист не входит в состав команды на постоянной основе, а привлекается для организации юридического сопровождения на подготовительном и заключительном этапах.</p> <p>В. Правовая поддержка носит комплексный характер, сфокусирована на различных аспектах проекта, а именно на нормативно-правовом регулировании, договорных отношениях, вопросах интеллектуальной собственности и соответствии требованиям сертификации и стандартизации.</p> <p>Г. Руководитель проекта с юридическим образованием курирует правовое сопровождение.</p> <p>Д. Правовая поддержка осуществляется только на этапе создания программного обеспечения.</p>
7. Антецеденты (А) и последствия (Б)	
<p>А. Подтверждена принципиальная возможность разработки читающей машины с необходимыми функциями.</p> <p>Б. Проект обладает потенциалом для развития на альтернативной элементной базе.</p>	
8. Эмпирические референты	
Количество патентов, договоров, лицензионных соглашений и т.д.	Разработанная методика внутреннего аудита, направленного на совершенствование тайминга и экономии ресурсов.

Заполнение таблицы основано на экспертных оценках исследователей. Ниже приведены комментарии, поясняющие процесс заполнения таблицы.

1. Концепция «Стратегия организации юридического сопровождения на этапах конструирования и выпуска опытных экземпляров читающей машины для инвалидов по зрению» имеет четко сфокусированную направленность, ориентированную на обеспечение правовой поддержки в рамках создания инновационного устройства. В связи с этим представляется целесообразным изучить данную концепцию с целью уточнения её значения и применения в науке и практике.

2. К этапу цели анализа концепции: в предлагаемом проекте метод Walker & Avant применяется параллельно для моделей, сгенерированных чат-ботами GigaChat и DeepSeek. Предполагается, что проведенный анализ либо позволит выявить эффективную стратегию, либо способствует выработке новой.

3. В предлагаемой исследовательской работе применялись следующие формулировки:

- комплексный подход – методика, учитывающая все аспекты процедуры юридического сопровождения, включая внутренние ресурсы предприятия и внешние факторы, а также взаимодействие между ними;

- системный подход – методика, рассматривающая процедуру юридического сопровождения как целостную систему, где каждый элемент влияет на другие части системы.

4. Отличительными признаками варианта 1 (GigaChat), основанного на комплексном подходе, являются такие аспекты, как нормативно-правовая база, инжиниринг, сертификация, защита интеллектуальной собственности и маркетинг. В то же время атрибутами варианта 2, сгенерированного нейросетью DeepSeek, является иерархия подсистем (подготовительный этап, конструирование, выпуск опытных экземпляров, контроль).

5-6. Построение реальных, пограничных, смежных, противоположных, вымышленных, нелегитимных моделей обеспечивает границы концепции и позволяет выделить ее фундаментальные характеристики.

7. Формулирование antecedenta необходимо для определения объекта регулирования. Antecedent в исследуемых концепциях совпадает (создание прототипа).

Стандартными последствиями анализа концепции «юридическое сопровождение инновационного проекта» по методу Уокер и Авант являются правовая защита интеллектуальной собственности, соответствие продукта нормативным требованиям и другие аспекты. Однако практика показывает, что при конструировании читающей машины процедура юридического сопровождения должна учитывать дополнительные нюансы, такие как регулирование программного обеспечения, распространяемого под лицензией GNU GPL (обязательства по открытому коду), а также предотвращение аппаратных ограничений (так называемой тивоизации, tivoization).

8. На заключительном этапе выявляются эмпирические референты: определяются конкретные индикаторы, которые можно измерить или наблюдать. Этот этап необходим для перевода концепции в измеряемую категорию. Можно предположить, что при формальном подходе в концепции «Стратегия организации юридического сопровождения на этапах конструирования и выпуска опытных экземпляров читающей машины для инвалидов по зрению» на основе комплексного подхода эмпирическими референтами могут быть наличие патентов, договоров, зарегистрированных товарных знаков и лицензионных соглашений.

В концепции, основанной на системном подходе, в качестве эмпирических референтов целесообразно предложить результаты внутреннего аудита, экспертные оценки, а также корректировки стратегического плана, выраженные в более экономном тайминге или денежном эквиваленте. В конкретном исследовании под таймингом понимается синхронизация действий и выбор оптимального времени для выполнения задачи или принятия решения.

Практика показывает, что выявление референтов при анализе концепций является наиболее творческим этапом, во многом определяющим эффективность проекта. В связи с этим целесообразно рассматривать данный этап как объект отдельного исследования.

Выводы: В работе проанализированы две стратегии юридического сопровождения, предложенные искусственным интеллектом: GigaChat, ориентированная на комплексный подход, и DeepSeek, основанная на системной методике. Метод Уокера и Авант позволяет детально структурировать и проанализировать обе концепции, выявляя их ключевые характеристики и antecedents, что помогает

лучше понять применимость каждой стратегии в контексте создания читающей машины. Этот анализ показал, что ни одна из предложенных стратегий не акцентирует внимание на специфических проблемах этапа разработки программного обеспечения, что является критически важным для успешного функционирования устройства.

Заключение: В следующей статье будет предложена детализированная стратегия, учитывающая особенности каждого из подходов, с возможностью их интеграции для повышения эффективности процедуры юридического сопровождения на всех этапах создания опытных экземпляров.

Список литературы

1. Читающая машина «Ариадна» [Видеозапись] // Андрей Глушенко : [канал пользователя Rutube]. – Санкт-Петербург. – 16.06.2015. – (5 мин 21 с) : цв. – URL: <https://rutube.ru/channel/1069444/> (дата обращения: 31.01.2025).

2. Оказание первой помощи. Говорящая книга [аудио] / В. Д. Бигунец, В. К. Михальский, А. Л. Смышляев, К. В. Днов. – Санкт-Петербург: Санкт-Петербургское государственное учреждение культуры «Государственная специальная библиотека для слепых и слабовидящих», 2019. – (6:01:01) – Электронная копия доступна на сайте Elibrary. URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=41659679> (дата обращения: 01.02.2025). – Доступ после регистрации.

3. Глушенко О. Н. Личный опыт применения искусственного интеллекта в составлении учебных планов по обучению основам первой помощи инвалидов / О. Н. Глушенко, В. Д. Бигунец, В. А. Блинов, А. А. Глушенко / Медицина катастроф 2024 и Первая помощь 2024 / Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Медицина катастроф – 2024» совместно с 6-й Всероссийской научно-практической конференцией с международным участием «Первая помощь – 2024», Москва, 25–27 сентября 2024 года. – Москва: Колмогоров, 2024. – 263 с. – С. 48–50.

4. GigaChat : русскоязычная нейросеть от Сбера: [сайт]. – URL: <https://giga.chat/> (дата обращения: 01.02.2025).

5. DeepSeek : Передовая нейросеть для генерации контента : [сайт]. – URL: <https://chat.deepseek.com/> (дата обращения: 01.02.2025).

6. Walker L.O., Avant K.C. Strategies for Theory Construction in Nursing. 5th ed. New Jersey: Pearson/Prentice Hall; 2011.

7. Fitzpatrick J.J. Concept Analysis / Joyce J. Fitzpatrick and Geraldine McCarthy // Nursing concept analysis : applications to research and practice /

Joyce J. Fitzpatrick, Geraldine McCarthy, editors. – New York : Springer Publ. Co, [2016]. – Pt. I, ch. 1. – P. 3-5. – Электрон. версия доступна на сайте изд-ва. URL: <https://connect.springerpub.com/content/book/978-0-8261-2682-5/part/part01/chapter/ch01> (дата обращения: 05.02.2025).

8. Словарь русского языка: В 4-х т. / РАН, Ин-т лингвистич. исследований; Под ред. А. П. Евгеньевой. — 4-е изд., стер. — М.: Рус. яз.; Полиграфресурсы, 1999; Электронная копия сборника доступна на сайте Фундаментальной электронной библиотеки URL: <https://feb-web.ru/feb/mas/mas-abc/11/ma208529.htm?cmd=0&istext=1> (дата обращения: 31.01.2025).

9. Словарь русского языка: В 4-х т. / РАН, Ин-т лингвистич. исследований; Под ред. А. П. Евгеньевой. — 4-е изд., стер. — М.: Рус. яз.; Полиграфресурсы, 1999; Электронная копия сборника доступна на сайте Фундаментальной электронной библиотеки URL: <https://feb-web.ru/feb/mas/mas-abc/18/ma409903.htm?cmd=0&istext=1> (дата обращения: 31.01.2025).



ГАРАНТИИ ПРАВ ЧЕЛОВЕКА И ГРАЖДАНИНА ПРИ ОКАЗАНИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ

Коротченко Дарья Дмитриевна,

Санкт-Петербургский государственный университет,
Россия, 199034, Санкт-Петербург, Университетская наб., 7–9
daryann_k@bk.ru, +7-(908)-728-80-31

Аннотация. В работе исследуется законность ограничений прав пациентов психиатрических стационаров с точки зрения соответствия закона требованиям «качества закона» и наличия гарантий защиты прав человека от необоснованного и незаконного ограничения. В качестве гарантий рассматриваются контроль и надзор со стороны государства, порядок обжалования действий по оказанию психиатрической помощи, норма «наименее ограничительной альтернативы», критерии и порядок ограничения прав пациента, независимость врача в качестве гарантий. Автор приходит к выводу о несоответствии Закона РФ «о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании» в части ограничения прав пациентов наиболее важному критерию «качества закона» – гарантированности прав человека.

Ключевые слова: ограничения конституционных прав, качество закона, гарантии прав и свобод, законность ограничений, контроль и надзор, обжалование действий медицинских работников, независимость врача.

GUARANTEES OF HUMAN AND CIVIL RIGHTS IN THE PROVISION OF PSYCHIATRIC CARE IN INPATIENT SETTINGS

Korotchenko Darya Dmitrievna

St. Petersburg State University, 7–9, Universitetskaya nab.,
St. Petersburg, 199034, Russia, daryann_k@bk.ru, +7-(908)-728-80-31

Annotation. The paper examines the legality of restrictions on the rights of psychiatric hospital patients from the point of view of the compliance of the law with the requirements of the “quality of the law” and the availability of guarantees for the protection of human rights from unjustified and illegal restrictions. The guarantees include State control and supervision, the procedure for appealing against psychiatric care, the “least restrictive alternative” rule, criteria and procedures for restricting patient rights, and

the independence of the doctor as guarantees. The author comes to the conclusion that the Law of the Russian Federation “on psychiatric care and guarantees of citizens’ rights in its provision” does not comply with the most important criterion of the “quality of the law” – the guarantee of human rights.

Keywords: *restrictions on constitutional rights, quality of the law, guarantees of rights and freedoms, legality of restrictions, control and supervision, appeal of actions of medical workers, independence of the doctor.*

Введение. Лица, страдающие психическими расстройствами, относятся к наиболее уязвимой категории населения, представители которой не способны в полной мере реализовывать субъективные права, а равно и самостоятельно обеспечивать их защиту. Кроме того, они не всегда способны отдавать отчет в своих действиях и адекватно оценивать окружающую действительность, что представляет угрозу не только для окружающих их лиц, но и для них самих. Вследствие чего, государством должны быть предусмотрены особые юридические гарантии защиты прав лиц, нуждающихся в психиатрической помощи¹.

Пункт 3 статьи 37 Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» от 02.07.1992 N 3185-1² (далее – Закон о психиатрической помощи, Закон N 3185-1) фактически лишает пациента связи со внешним миром путём временного ограничения его конституционного права на тайну переписки, телефонных переговоров, почтовых, телеграфных и иных сообщений (ч. 2 ст. 23 Конституции Российской Федерации (далее – Конституция РФ)), права на доступ к информации (ч. 4 ст. 29 Конституции РФ). К тому же ограничивается право пациента на судебную защиту своих прав и свобод, гарантированное ч. 1 ст. 46 Конституции РФ, поскольку вводимые ограничения существенно затрудняют доступ к правосудию: пациент может направить заявление напрямую в соответству-

¹Абрамян С. К. Нормативное регулирование прав лиц, страдающих психическими расстройствами // Общество и право. – 2010. – № 3. – С. 55-58. – С. 55.

² Закон РФ от 02.07.1992 N 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (ред. от 04.08.2023). // «Ведомости СНД и ВС РФ». – 20.08.1992 – N 33. – Ст. 1913. // Режим доступа: СПС «КонсультантПлюс».

ющую судебную инстанцию, однако оно может быть подвергнуто цензуре или удержано администрацией медицинского учреждения, где содержится пациент, обращение же в суд через законного представителя или адвоката также затрудняется, поскольку ст. 37 позволяет ограничить круг лиц, с которыми может встречаться пациент, в том числе с лицами, уполномоченными обращаться в суд от его имени.

Законодательное закрепление возможности ограничения прав пациентов психиатрических стационаров, как отмечает Ю. Н. Аргунова, обосновано тем, что законодатель должен обеспечивать баланс между правами отдельного субъекта правоотношений и потребностью общества в безопасности³. Названные ограничения вводятся федеральным законом в интересах здоровья и безопасности как самого пациента, так и окружающих его лиц, что соответствует требованиям ч. 3 ст. 55 Конституции РФ. Однако соответствия требованиям и целям, установленным ст. 55 Конституции РФ, недостаточно для признания ограничений законными. Требования ст. 55, по мнению А. Троицкой, формальны, а цели сформулированы законодателем таким образом, что «позволяют практически любое ограничение рассматривать как соответствующее какой-либо из них»⁴. Помимо указанных в законе требований, в качестве основного критерия законности вводимых ограничений выделяют соответствие закона требованиям «качества закона»⁵ или принципу правовой определенности, сформулированному во многих Постановлениях Конституционного Суда РФ⁶. Конституционный Суд РФ выделяет в

³ Аргунова Ю. Н. *Права граждан с психическими расстройствами (Вопросы и ответы)*. Изд. 4-е, перераб. и доп. – М.: Грифон. – 2015. – 768 с. – с. 29.

⁴ Троицкая А. *Пределы прав и абсолютные права: за рамками принципа пропорциональности? Теоретические вопросы и практика Конституционного Суда РФ* // СКО. – 2015. – №2 (105). – С. 45-69. – С. 57.

⁵ Шухарева А.В. *Законность правового акта и его качество (техничко-юридический аспект)* / А.В. Шухарева // *Юридическая наука и практика: Вестник Нижегородской академии МВД России*. – 2014. – № 2. – С. 36-39. – С. 36.

⁶ *Постановление Конституционного Суда РФ от 22.04.2014 N 12-П «По делу о проверке конституционности пунктов 2 - 6 статьи 13 Федерального закона «Об обороте земель сельскохозяйственного назначения» в связи с жалобой граждан В.Л. Герасименко и Л.Н. Герасименко»*. // Режим доступа: СПС «КонсультантПлюс».

качестве одного из критериев законности наличие гарантий защиты прав человека от необоснованного и незаконного ограничения⁷.

Понятие правовых гарантий в доктрине неоднозначно. С одной стороны, под гарантиями понимается законодательное закрепление прав, свобод и обязанностей и обеспечение их реализации⁸, с другой стороны, наиболее распространённой дефиницией выступает определение гарантий как совокупности средств, мер и условий, обеспечивающих реализацию прав и их защиту от незаконных посягательств⁹. Настоящая работа опирается на последний вариант определения, поскольку полноценная и эффективная реализация прав и свобод немыслима без создания соответствующих содержанию права средств их осуществления и защиты. Нормативного закрепления гарантий недостаточно, они должны соответствовать принципам полноты и комплексности¹⁰.

Следовательно, чтобы определить законность устанавливаемых ограничений, необходимо определить, соответствует ли Закон N 3185-1 в редакции от 4 августа 2023 года критериям «качества закона», предусматривает ли он, как и законодательство в целом, полноценные гарантии защиты прав граждан, нуждающихся в особой юридической защите¹¹. Вопросы соразмерности и пропорциональ-

⁷ Пункт 5 Постановления Конституционного Суда РФ от 24.11.2023 N 54-П «По делу о проверке конституционности пунктов «а», «в» части первой статьи 97, статей 99 и 100, частей первой и третьей статьи 102 Уголовного кодекса Российской Федерации в связи с запросами Салехардского городского суда Ямало-Ненецкого автономного округа». // Режим доступа: СПС «КонсультантПлюс».

⁸ Хазов Е. Н., Халилов Р. М. Правовые гарантии конституционных прав и свобод человека и гражданина в России // Вестник Московского университета МВД России. – 2020. – №3. – С. 147-151. – С. 147-148.

⁹ Мирская Т. И. К вопросу о понятии гарантий прав и свобод человека и гражданина в Российской Федерации // Юридическая наука. – 2013. – №2. – С. 23-27. – С. 25.

¹⁰ Хазов Е. Н., Хазова В. Е. Юридические гарантии прав и свобод человека и гражданина и механизм их реализации // Вестник Московского университета МВД России. – 2017. – №5. – С. 120-123. – С. 120.

¹¹ Абрамян С. К. Нормативное регулирование прав лиц, страдающих психическими расстройствами // Общество и право. – 2010. – № 3. – С. 55-58. – С. 55.

ности ограничений прав пациентов остаются за рамками исследования.

Понятие и требования «качества закона». Российское законодательство не содержит официального определения «качества закона», наиболее общее определение понятию формулирует Н. А. - Матвеева: « ... качество закона можно определить как целостную устойчивую совокупность правовых свойств закона, которая является одной из предпосылок эффективного действия закона в соответствии с поставленными при его издании целями»¹².

Понятие «качества закона» как основного критерия законности ограничений, вводимых тем или иным нормативно-правовым актом, часто используется в практике ЕСПЧ. Основные критерии оценки законодательного акта на соответствие требованиям «качества закона», Европейский Суд приводит в Постановлениях по делам «Быков против России»¹³ и «Бордовский против России»¹⁴. К ним относятся: чёткость и ясность положений закона, закреплённость пределов допустимости усмотрения, регламентированность порядка регулирования правоотношений.

В российской практике выделяют дополнительные критерии «качества закона»: доступность закона для заинтересованных лиц¹⁵, недопустимость ссылки на ещё не разработанные законы и подзаконные акты¹⁶, гарантированность прав человека¹⁷.

¹² Матвеева Н. А. *Качество закона – многообразие понятий научной категории* // *Евразийский Союз Ученых*. – 2014. – №8-10. – С. 39-41. – С. 40.

¹³ *Постановление Европейского Суда по правам человека от 10 марта 2009 г. Дело «Быков (Bykov) против Российской Федерации» (жалоба N 4378/02) (Большая Палата).* // Режим доступа: СПС «Гарант».

¹⁴ *Постановление Европейского Суда по правам человека от 8 февраля 2005 г.. Дело «Бордовский (Bordovskii) против Российской Федерации» (жалоба N 49491/99).* // Режим доступа: СПС «КонсультантПлюс».

¹⁵ Шишкина О. Е. *Ответственность за административные правонарушения: стандарты ЕСПЧ и Российская практика* // *Азиатско-Тихоокеанский регион: экономика, политика, право*. – 2019. – №3. – 135-141.

¹⁶ Савенко, Ю. С. *Актуальные проблемы правового регулирования медицинской деятельности.* // *Юрист*. – 2003. – С. 46-47.

¹⁷ Пищита А. Н. *Правовой статус российского пациента* / А. Н. Пищита // *Журнал российского права*. – 2005. – № 11(107). – С. 46-53.

В настоящей работе ограничения, вводимые Законом N 3185-1, будут рассмотрены с точки зрения требований, предъявляемых к пределам усмотрения врача-психиатра, регламентации порядка ограничения соответствующих прав и, в особенности, гарантированности ограничиваемых прав. К числу гарантий в работе отнесены: контроль и надзор со стороны государства, порядок обжалования действий по оказанию психиатрической помощи, норма «наименее ограничительной альтернативы»¹⁸, критерии и порядок ограничения прав пациента, независимость врача.

Контроль и надзор со стороны государства. Анализ наличия гарантий в Законе о психиатрической помощи стоит начать с контроля за оказанием психиатрической помощи со стороны государства, предусмотренного ст. 45 указанного закона. Он осуществляется Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и её территориальными органами (далее – Росздравнадзор) посредством организации и проведения контрольно-надзорных мероприятий в форме плановых и внеплановых проверок¹⁹. Из ст. 9 ФЗ N 294-ФЗ «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля» следует, что плановые проверки проводятся при условии предварительного уведомления проверяемой организации путём размещения ежегодного плана проведения проверок, после согласования его содержания с органами Прокуратуры РФ. Поскольку медицинские организации, оказывающие психиатрическую помощь в стационарных условиях, заранее извещаются о плановых проверках, реальное положение дел в учреждении, в том числе следы незаконных действий, может быть сокрыто путём корректирования медицинской документации. Проведение плановых проверок в данной ситуации не может считаться достаточной гарантией прав пациентов.

¹⁸ Калинина О. И. *Этические проблемы оказания психиатрической помощи* // Вестник Кузбасского государственного технического университета. – 2011. – № 1. – С. 153-155.

¹⁹ Глава 2 Федерального закона «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля» от 26.12.2008 N 294-ФЗ. // Режим доступа: СПС «КонсультантПлюс».

С 2016 года контрольно-надзорная деятельность находится в процессе реформирования в связи с реализацией приоритетной программы «Реформа контрольной и надзорной деятельности», направленной на снижение количества плановых проверок и повышение роли внеплановых проверок медицинских организаций²⁰. После введения моратория на проведение плановых проверок медицинских организаций в марте 2022 года²¹ основной формой государственного контроля за деятельностью психиатрических стационаров стало проведение внеплановых выездных и документарных проверок.

Периодичность проведения плановых контрольно-надзорных мероприятий зависит от принадлежности учреждения к определенной категории риска причинения вреда. Приказом от 29.09.2022 № 9231 Росздравнадзор²² относит организации, оказывающие психиатрическую помощь в стационарных условиях, к умеренной и средней категории, следовательно, плановые контрольно-надзорные мероприятия проводятся не чаще 1 раза в 6 лет в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 29.06.2021 N 1048 (ред. от

²⁰ *Мустафина-Бредихина Д. М., Соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья - ключевая обязанность медицинских организаций. Часть 3. Государственный контроль и надзор качества и безопасности медицинской деятельности // Неонатология: Новости. Мнения. Обучение. – 2022. – №3 (37). – С. 63-67.*

²¹ *Пивень Д. В., Кицул И. С., Иванов И. В. Особенности проведения проверок в 2022 году: к чему надо быть готовыми медицинским организациям // Менеджер здравоохранения. – 2022. – №6. – С. 4-11. – С.5.*

²² *Приказ Росздравнадзора от 29.09.2022 N 9231 «Об отнесении объектов федерального государственного контроля (надзора) качества и безопасности медицинской деятельности к категориям риска причинения вреда (ущерба) и включении их в Перечни объектов федерального государственного контроля (надзора) качества и безопасности медицинской деятельности, которые отнесены к категориям риска причинения вреда (ущерба)» // Режим доступа: СПС «Гарант».*

²³ *Постановление Правительства РФ от 29.06.2021 г. N 1048 «Об утверждении Положения о федеральном государственном контроле (надзоре) качества и безопасности медицинской деятельности».* // Режим доступа: СПС «Гарант».

30.11.2021)²³. Частота проведения плановых проверок также не гарантирует их эффективности в качестве гарантии прав пациентов психиатрических стационаров.

Пункт 3 Постановления Правительства РФ от 10.03.2022 N 336 (ред. от 29.02.2024) «Об особенностях организации и осуществления государственного контроля (надзора), муниципального контроля»²⁴ устанавливает исключительные основания для проведения внеплановых проверок, одним из которых является требование прокурора о проведении проверки в рамках надзора за соблюдением прав и свобод человека по поступившим в органы прокуратуры материалам и обращениям. Однако ограничения, вводимые ст. 37, существенно затрудняют обращение пациента к прокурору так же, как и обращение к адвокату.

Следовательно государственный контроль в сфере оказания психиатрической помощи в стационарных условиях не является гарантией прав человека как с точки зрения проведения плановых контрольно-надзорных мероприятий, так и с точки зрения проведения внеплановых проверок.

Обжалование действий медицинских работников. Право на самостоятельную защиту своих прав всеми не запрещенными законом способами закрепляется Конституцией РФ (ст. 45). Одним из таких способов является обжалование действий медицинских работников, которые нарушают права лица или препятствуют их реализации. Пациенты психиатрических стационаров обладают всеми правами человека и гражданина, они наделены правом защищать свои права посредством обжалования. Закон предусматривает как судебный порядок обжалования, так и обжалование через обращение в прокуратуру или в вышестоящий орган (п. 1 ст. 47 Закона о психиатрической помощи). Согласно п. 2 ст. 47 пациент вправе подавать жалобу самостоятельно, через законного представителя, организацию, которой законом или ее уставом (положением) предоставлено право защищать права граждан.

²⁴ *Постановления Правительства РФ от 10.03.2022 N 336 (ред. от 29.02.2024) «Об особенностях организации и осуществления государственного контроля (надзора), муниципального контроля» // Режим доступа: СПС «Гарант».*

Жалоба, подаваемая дееспособным лицом, страдающим психическими расстройствами и чьи права ограничены администрацией психиатрического стационара, самостоятельно, может быть подвергнута цензуре или удержана в учреждении до снятия с пациента соответствующих ограничений. Если же жалоба будет подаваться через законного представителя, администрация учреждения на основании ст. 37 имеет возможность ограничить право пациента на приём посетителей и подвергнуть его сообщения цензуре, тем самым лишив представителя доступа к пациенту и возможности получения от последнего достоверной информации о нарушении его прав. В обоих случаях предельно возможный срок, на который могут вводиться ограничения, а именно – 15 суток²⁵, составляет половину допустимого периода, в который может быть направлена жалоба о нарушении прав и свобод граждан²⁶. Пациенту и его представителю гарантировано право подавать соответствующие жалобы, однако реализовать своё право они смогут в случае, если ограничения не будут продлены дополнительным решением главного врача.

Из вышесказанного следует, что обжалование действий по оказанию психиатрической помощи не является полноценной гарантией прав дееспособных пациентов и не является гарантией прав недееспособных и не полностью дееспособных граждан в принципе.

Норма «наименее ограничительной альтернативы». На другую гарантию прав пациентов психиатрических стационаров обращает внимание О. И. Калинина, говоря о том, что в психиатрии распространено использование этической нормы «наименее ограничительной

²⁵ Пункт 5 Постановления Правительства Российской Федерации от 14.03.2024 № 298 «Об утверждении Правил принятия решения об ограничении прав пациента, находящегося в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, выбора формы и продолжительности устанавливаемых ограничений прав пациента, а также извещения пациента о принятии такого решения» // Режим доступа: СПС «КонсультантПлюс».

²⁶ Пункт 2 статьи 47 Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». // Режим доступа: СПС «КонсультантПлюс».

альтернативы»²⁷, которая коррелирует с этическим принципом «не навреди» и признаёт необходимость причинения вреда пациенту, но ущерб для здоровья пациента должен быть сведён к минимуму, необходимому для достижения цели. Норма «наименее ограничительной альтернативы» выражена в правовой форме – п. 1 ст. 30 Закона РФ от 02.07.1992 N 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Психиатрическая помощь в стационарных условиях должна оказываться с наименьшими ограничениями, необходимыми для обеспечения безопасности пациента и других лиц. Важным в содержании статьи является указание на обязанность медицинских работников соблюдать права и законные интересы пациента. Следовательно, ограничения прав пациентов в соответствии с п. 3 ст. 37 Закона N 3185-1 должны проходить по нижней границе необходимого для защиты здоровья и безопасности пациентов и иных лиц.

Критерии, позволяющие оценить ограничения прав пациентов с точки зрения необходимого минимума, законодательно не установлены. Какие формы ограничений и каких именно прав считаются минимальными также не ясно. Следовательно, норма «наименее ограничительной альтернативы» не может выступать достаточной гарантией прав человека при оказании психиатрической помощи в стационарных условиях.

Независимость врача-психиатра. Поскольку критерии ограничения прав пациента и опасности его поведения для третьих не конкретизированы, невозможно сделать однозначный вывод о том, на какие факторы должен обращать внимание лечащий врач при принятии решения о необходимости ограничения прав – усмотрение врача становится основным критерием оценки в данной ситуации. Законодательное определение и закрепление оснований введения ограничений не гарантирует прав пациентов психиатрического стационара, поскольку кроме указания целей ограничения, из которых вытекает опасность пациента как основной критерий, иные критерии прямо не установлены не только в самом Законе N 3185-1, но и в других нормативных актах.

²⁷ Калинина О. И. *Этические проблемы оказания психиатрической помощи* // Вестник Кузбасского государственного технического университета. – 2011. – № 1. – С. 153-155.

Из содержания Закона о психиатрической помощи следует, что врач – основной инициатор ограничения прав пациента. Его независимость является одним из решающих факторов в вопросе об ограничении прав пациента. П. 1 ст. 21 указывает на независимость врача в принятии решений и определяет критерии, которыми он обязан руководствоваться при их принятии, а именно: медицинскими показаниями, врачебным долгом и законом. Важно отметить, что перечень критериев является закрытым, иные факторы не должны влиять на решения врача-психиатра. Соответственно, в контексте гарантий прав пациента психиатрического стационара следует рассмотреть не только независимость врача от внешнего влияния, но и то, насколько указанные выше критерии могут гарантировать его независимость.

Поскольку в порядке ограничения прав пациента задействованы лечащий врач и главный врач (или заведующий отделением), необходимо рассмотреть требования, предъявляемые к ним законодателем.

В качестве гарантии независимости врача от влияния других специалистов п. 1 и 3 ст. 69 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан РФ» предусмотрены **квалификационные требования**: как лицо, осуществляющее медицинскую деятельность, врач обязан иметь медицинское или фармацевтическое образование, пройти аккредитацию специалиста по окончании им соответствующей образовательной программы, которая проводится повторно не реже одного раза в 5 лет²⁸.

Для врача-психиатра предусмотрены дополнительные квалификационные требования: помимо высшего образования по специальности «Лечебное дело» или «Педиатрия», он должен пройти подготовку в интернатуре или ординатуре по специальности «Психиатрия»²⁹. Специалист, оказывающий психиатрическую помощь в условиях психиатрического стационара, должен иметь узко специа-

²⁸ *Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 28.12.2024) “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” // Режим доступа: СПС «КонсультантПлюс».*

²⁹ *Приказ Министерства здравоохранения РФ от 2 мая 2023 г. № 206н «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием». // Режим доступа: СПС «Гарант».*

лизированное медицинское образование, которое позволит оказывать пациентам качественную психиатрическую помощь, основанную на медицинских показаниях.

Главным врачом психиатрической больницы или заведующим психиатрическим отделением назначается специалист с высшим образованием по специальностям «Психиатрия» и «Организация здравоохранения и общественное здоровье». То есть главный врач должен обладать не только знаниями в области организации деятельности больницы, но и соответствующим ее специализации уровнем квалификации, в нашем случае – в области психиатрии.

Лечащий врач должной квалификации может полагаться на свои знания в силу высоких квалификационных требований без необходимости обсуждения своих решения с кем-либо ещё, в данном аспекте он независим. Главный врач также может оценивать рекомендацию лечащего врача объективно, опираясь на свои знания в области психиатрии, и на их основе принимать решение об ограничении соответствующих прав пациента. В квалификационном аспекте врач-психиатр независим.

Иным аспектом независимости является юридическая ответственность врача за осуществляемую им медицинскую деятельность. Основные запреты в отношении деятельности врача отражены в клятве врача, которую сегодня даёт каждый выпускник медицинского факультета, однако обязательность её соблюдения ставится под сомнение. И. А. Ефремов в статье «Клятва врача обязательна для исполнения» аргументирует обязательность исполнения соответствующей клятвы следующим образом: во-первых, клятва законодательно закреплена в ст. 71 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»; во-вторых, клятва имеет структуру нормы; и в-третьих, некоторые положения клятвы корреспондируются с нормами названного закона, закрепляющими права, обязанности и запреты для медицинских работников³⁰, например, со ст. 45, 72, 73. Также поло-

³⁰ Ефремов И. А. Клятва врача обязательна для исполнения / И. А. Ефремов. - Текст: непосредственный // Медицинское право: федеральный научно-практический журнал / Национальная ассоциация медицинского права. - Москва: Юрист. - 2022. - № 2 (102). - С. 19-24.

жения клятвы находят отражение в иных нормативно-правовых актах, например, в ст. 124 УК РФ, которая устанавливает уголовную ответственность за неоказание помощи больному.

Неисполнение клятвы напрямую не влечёт юридической ответственности, однако врач, нарушивший её, так или иначе будет привлечён к юридической ответственности за нарушение прав в сфере охраны здоровья, причинение вреда жизни и (или) здоровью при оказании гражданам медицинской помощи³¹. Законодательством РФ для врача предусмотрены следующие виды ответственности: дисциплинарная (ст. 81 и 192 ТК РФ), гражданская (ст. 151 ГК РФ), административная (ст. 6.2, 6.3, 13.14 КоАП РФ) и уголовная (ст. 109, 118, 122, 124, 137, 235, 293 УК РФ). Серьёзная юридическая ответственность направлена на побуждение сотрудников медицинского учреждения к более критической оценке не только своих действий и их последствий, но и решений и распоряжений руководства больницы, следовательно, в аспекте ответственности как перед законом, так и перед моральным долгом, врач независим.

Законодатель устанавливает ответственность за нарушение прав и свобод человека при оказании ему медицинской помощи, в том числе психиатрической, однако конкретно за необоснованное ограничение прав пациентов психиатрического стационара ответственность не предусмотрена, врачи могут полагаться только на свой опыт и квалификацию при определении необходимости введения ограничений в соответствии со ст. 37. Поскольку, как уже было сказано, законодательно критерии обоснованности ограничений не закреплены, в аспекте ответственности за необоснованное ограничение прав пациентов психиатрического стационара врачи независимы и обладают свободой усмотрения. Таким образом независимость врача как гарантия прав лиц, страдающих психическими расстройствами, не является полноценной и однозначной, но является более надёжной, чем ранее описанные гарантии.

Порядок ограничения прав. Дополнительно следует рассмотреть порядок введения ограничений прав пациента психиатрического

³¹ *Часть 2 статьи 98 ФЗ от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 25.12.2023) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».* // Режим доступа: СПС «КонсультантПлюс».

стационара, описываемый в Постановление Правительства Российской Федерации от 14.03.2024 № 298.

Пункты 3 и 4³² воспроизводят содержание п. 3 и 3.1 ст. 37 Закона N 3185-1: решение об ограничении прав пациента психиатрического стационара должно опираться на конкретные обстоятельства и приниматься заведующим отделением или главным врачом по рекомендации лечащего врача. Пункт 5, как и пункты 3 и 4 Постановления, в значительной степени воспроизводит комментарии В.С. Ястребова к ст. 37 Закона «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» в редакции 1993 года о сроке ограничения прав пациента и возможности его продления.

Дополнительных гарантий прав человека и гражданина при оказании психиатрической помощи в стационарных условиях Постановление не устанавливает, но указывает на критерии, которыми должен руководствоваться врач при принятии решения об ограничении прав пациента, а именно: конкретные обстоятельства, обусловленные психическим состоянием пациента, и потенциальная опасность пациента для окружающих, связанная с реализацией соответствующих прав. Однако критериев оценки обстоятельств и опасности пациента, как достаточных для введения ограничений ни Постановление, ни законодательство не устанавливает, что препятствует не только правоприменителю оценить законность устанавливаемых главным врачом и заведующим отделением, но и лечащему врачу объективнее оценить состояние пациента психиатрического стационара и необходимость ограничения его прав.

Заключение. Ввиду отсутствия чётко прописанных критериев, как было сказано выше, врач-психиатр наделяется почти неограниченной свободой усмотрения, поскольку Закон N 3185-1 не устанавливает пределов допустимости, которые ограничивали бы его усмотрение в данном вопросе, следовательно, закон не соответствует одному из требований качества закона. Также Закон о психиатричес-

³² *Постановления Правительства РФ «Об утверждении правил принятия решения об ограничении прав пациента, выбора формы и продолжительности устанавливаемых ограничений прав пациента, а также извещения пациента о принятии такого решения»* [<http://publication.pravo.gov.ru/document/0001202403220062?index=3>]

кой помощи устанавливает только цели, ради достижения которых к пациенту могут быть применены положения ст. 37, порядок же регламентируется актами Правительства РФ, которые не регламентируют порядок ограничения прав пациентов в достаточной степени, устанавливая лишь общие положения в виде максимального срока ограничений, порядка принятия решений и абстрактные критерии, которыми должны руководствоваться врачи.

К тому же, Закон РФ от 02.07.1992 N 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» не устанавливает нормативных средств, обеспечивающих возможность реализации пациентами психиатрического стационара своих прав и свобод в контексте вводимых ст. 37 ограничений. Иные нормативно-правовые акты также не предусматривают гарантий прав лиц, которым оказывается психиатрическая помощь в стационарных условиях. Следовательно, Закон N 3185-1 не соответствует наиболее важному критерию «качества закона» – гарантированности прав человека.

Нормативно-правовые акты

1. Постановление Европейского Суда по правам человека от 10 марта 2009 г. Дело «Быков (Bykov) против Российской Федерации» (жалоба N 4378/02) (Большая Палата). // Режим доступа: СПС «Гарант».

2. Постановление Европейского Суда по правам человека от 8 февраля 2005 г. «Дело «Бордовский (Bordovskiy) против Российской Федерации» (жалоба N 49491/99). // Режим доступа: СПС «КонсультантПлюс».

3. Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993 с изменениями, одобренными в ходе общероссийского голосования 01.07.2020). // Официальный интернет-портал правовой информации <http://pravo.gov.ru>, 06.10.2022. // Режим доступа: СПС «КонсультантПлюс».

4. Постановление Конституционного Суда РФ от 24.11.2023 N 54-П «По делу о проверке конституционности пунктов «а», «в» части первой статьи 97, статей 99 и 100, частей первой и третьей статьи 102 Уголовного кодекса Российской Федерации в связи с запросами Салехардского городского суда Ямало-Ненецкого автономного округа». // Официальный интернет-портал правовой информации <http://pravo.gov.ru>, 29.11.2023. // Режим доступа: СПС «КонсультантПлюс».

5. Постановление Конституционного Суда РФ от 22.04.2014 N 12-П «По делу о проверке конституционности пунктов 2 - 6 статьи 13 Федерального закона «Об обороте земель сельскохозяйственного назначения» в связи

с жалобой граждан В.Л. Герасименко и Л.Н. Герасименко». // Режим доступа: СПС «КонсультантПлюс».

6. Гражданский кодекс Российской Федерации. Часть первая: от 30.11.1994 N 51-ФЗ (ред. от 11.03.2024) // Собрание законодательства РФ, 05.12.1994, N 32, ст. 3301, Российская газета, N 238-239, 08.12.1994. // Режим доступа: СПС «КонсультантПлюс».

7. Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 N 63-ФЗ (ред. от 06.04.2024) // Собрание законодательства РФ, 17.06.1996, N 25, ст. 2954, Российская газета, N 113, 18.06.1996, N 114, 19.06.1996, N 115, 20.06.1996, N 118, 25.06.1996. // Режим доступа: СПС «КонсультантПлюс».

8. Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях от 30.12.2001 N 195-ФЗ (ред. от 06.04.2024). // Российская газета, N 256, 31.12.2001, Парламентская газета, N 2-5, 05.01.2002, Собрание законодательства РФ, 07.01.2002, N 1 (ч. 1), ст. 1. // Режим доступа: СПС «КонсультантПлюс».

9. Трудовой кодекс Российской Федерации от 30.12.2001 N 197-ФЗ (ред. от 06.04.2024). // Российская газета, N 256, 31.12.2001, Парламентская газета, N 2-5, 05.01.2002, Собрание законодательства РФ, 07.01.2002, N 1 (ч. 1), ст. 3. // Режим доступа: СПС «КонсультантПлюс».

10. Закон РФ от 02.07.1992 N 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (ред. от 04.08.2023). // «Ведомости СНД и ВС РФ». – 20.08.1992 – N 33. – Ст. 1913. // Режим доступа: СПС «КонсультантПлюс».

11. Федеральный закон от 26.12.2008 N 294-ФЗ (ред. от 24.07.2023) «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.04.2024). // Российская газета, N 266, 30.12.2008, Собрание законодательства РФ, 29.12.2008, N 52 (ч. 1), ст. 6249, Парламентская газета, N 90, 31.12.2008. // Режим доступа: СПС «КонсультантПлюс».

12. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.04.2024). Официальный интернет-портал правовой информации <http://pravo.gov.ru>, 22.11.2011, Российская газета, N 263, 23.11.2011, Парламентская газета, N 50, 24.11-01.12.2011, Собрание законодательства РФ, 28.11.2011, N 48, ст. 6724. // Режим доступа: СПС «КонсультантПлюс».

13. Федеральный закон от 24.04.2008 N 48-ФЗ (ред. от 10.07.2023) «Об опеке и попечительстве». // Собрание законодательства РФ, 28.04.2008, N 17, ст. 1755, Российская газета, N 94, 30.04.2008, Парламентская газета, N 31-32, 07.05.2008. // Режим доступа: СПС «КонсультантПлюс».

14. Постановление Правительства РФ от 29.06.2021 г. N 1048 «Об утверждении Положения о федеральном государственном контроле (надзоре) качества и безопасности медицинской деятельности». // Режим доступа: СПС «Гарант».

15. Постановления Правительства РФ от 10.03.2022 N 336 (ред. от 29.02.2024) «Об особенностях организации и осуществления государственного контроля (надзора), муниципального контроля» // Режим доступа: СПС «Гарант».

16. Постановления Правительства Российской Федерации от 14.03.2024 № 298 «Об утверждении Правил принятия решения об ограничении прав пациента, находящегося в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, выбора формы и продолжительности устанавливаемых ограничений прав пациента, а также извещения пациента о принятии такого решения» // Режим доступа: СПС «КонсультантПлюс».

17. Приказ Министерства Здравоохранения РФ от 14.10.2022 г. N 668н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения». // Режим доступа: СПС «Гарант».

18. Приказ Росздравнадзора от 29.09.2022 N 9231 «Об отнесении объектов федерального государственного контроля (надзора) качества и безопасности медицинской деятельности к категориям риска причинения вреда (ущерба) и включении их в Перечни объектов федерального государственного контроля (надзора) качества и безопасности медицинской деятельности, которые отнесены к категориям риска причинения вреда (ущерба)» // Режим доступа: СПС «Гарант».

Литература

1. Абрамян С. К. Нормативное регулирование прав лиц, страдающих психическими расстройствами // Общество и право. – 2010. – № 3. – С. 55-58.

2. Аргунова Ю. Н. Права граждан с психическими расстройствами (Вопросы и ответы). Изд. 4-е, перераб. и доп. – М.: Грифон. – 2015. – 768 с.

3. Ефремов И. А. Клятва врача обязательна для исполнения / И. А. Ефремов. - Текст: непосредственный // Медицинское право: федеральный научно-практический журнал / Национальная ассоциация медицинского права. – Москва: Юрист. – 2022. – № 2 (102). – С. 19-24.

4. Калинина О. И. Этические проблемы оказания психиатрической помощи // Вестник Кузбасского государственного технического университета. – 2011. – № 1. – С. 153-155.

5. Матвеева Н. А. Качество закона – многообразие понятий научной категории // Евразийский Союз Ученых. – 2014. – №8-10. – С. 39-41.

6. Мирская Т. И. К вопросу о понятии гарантий прав и свобод человека и гражданина в Российской Федерации // Юридическая наука. – 2013. – №2. – С. 23-27.

7. Мустафина-Бредихина Д. М., Соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья - ключевая обязанность медицинских организаций. Часть 3. Государственный контроль и надзор качества и безопасности медицинс-

кой деятельности // Неонатология: Новости. Мнения. Обучение. – 2022. – №3 (37). – С. 63-67.

8. Пивень Д. В., Кицул И. С., Иванов И. В. Особенности проведения проверок в 2022 году: к чему надо быть готовыми медицинским организациям // Менеджер здравоохранения. – 2022. – №6. – С. 4-11.

9. Пищита А. Н. Правовой статус российского пациента / А. Н. Пищита // Журнал российского права. – 2005. – № 11(107). – С. 46-53.

10. Савенко Ю. С. Актуальные проблемы правового регулирования медицинской деятельности. // Юрист. – 2003. – С. 46-47.

11. Троицкая А. Пределы прав и абсолютные права: за рамками принципа пропорциональности? Теоретические вопросы и практика Конституционного Суда РФ // СКО. – 2015. – №2 (105). – С. 45-69.

12. Шишкина О. Е. Ответственность за административные правонарушения: стандарты ЕСПЧ и Российская практика // Азиатско-Тихоокеанский регион: экономика, политика, право. – 2019. – №3. – С. 135-141.

13. Шухарева А.В. Законность правового акта и его качество (техно-юридический аспект) / А.В. Шухарева // Юридическая наука и практика: Вестник Нижегородской академии МВД России. – 2014. – № 2. – С. 36-39.

14. Хазов Е. Н., Хазова В. Е. Юридические гарантии прав и свобод человека и гражданина и механизм их реализации // Вестник Московского университета МВД России. – 2017. – №5. – С. 120-123.

15. Хазов Е. Н., Халилов Р. М. Правовые гарантии конституционных прав и свобод человека и гражданина в России // Вестник Московского университета МВД России. – 2020. – №3. – С. 147-151.



ОРГАНИЗАЦИОННО ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ ВЫСОКОЗАТРАТНЫХ НОЗОЛОГИЙ

Листов К.Н.¹. SPIN-код: 4100-0746,

Махова О.А.^{1,2} SPIN-код: 6183-1457

¹ Управление по организации работы фармацевтических учреждений и предприятий Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга;

² Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный университет»,
г. Санкт-Петербург

Аннотация. Внедрение и развитие программы высокозатратных нозологий централизованного лекарственного обеспечения граждан РФ привели к существенным изменениям в структуре финансирования здравоохранения. Успешная реализация Программы позволила увеличить доступность обеспечения дорогостоящими лекарственными препаратами пациентов с тяжелыми заболеваниями. В то же время, возможности программы ограничены. Требуется ее дальнейшее совершенствование.

Ключевые слова: лекарственное обеспечение, высокозатратные нозологии, Фонд «Круг добра».

ORGANIZATIONAL AND LEGAL ASPECTS OF DRUG PROVISION WITHIN THE FRAMEWORK OF THE HIGH-COST NOSOLOGY PROGRAM

Sheets K.N. SPIN code: 4100-0746,

Makhova O.A. (SPIN code: 6183-1457)

¹The Department for the Organization of work of pharmaceutical institutions and enterprises of the Health Committee of St. Petersburg;

²Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education “Saint Petersburg State University”, Saint Petersburg

Annotation. The introduction and development of the high-cost nosology program for centralized drug provision to Russian citizens has led to significant changes in the structure of healthcare financing. The successful implementation of the Program has made it possible to increase the availability of expensive medicines for patients with serious illnesses.

At the same time, the program's capabilities are limited. Its further improvement is required.

Keywords: *drug provision, high-cost nosology, Circle of Goodness Foundation.*

Внедрение централизованного лекарственного обеспечения в рамках программы высокозатратных нозологий (программа ВЗН) в 2008 году привело к существенным изменениям в структуре финансирования здравоохранения на федеральном уровне.

В частности, в 2008 году на программу ВЗН приходилось более 88% бюджетных ассигнований, выделенных на амбулаторную помощь. Это было связано с тем, что в тот период межбюджетные трансферты, в том числе на обеспечение федеральных льготников по программе обеспечения необходимыми лекарственными препаратами (ОНЛС) для отдельных категорий граждан, не были отнесены к разделу “амбулаторная помощь”.

Таким образом, внедрение программы ВЗН существенно изменило структуру финансирования здравоохранения, значительно увеличив долю средств, направляемых на обеспечение пациентов с высокозатратными заболеваниями дорогостоящими лекарственными препаратами.[1]

Нормативно-правовая база льготного лекарственного обеспечения пациентов постоянно совершенствуется. За последние годы значительно расширился перечень нозологий, для которых предоставляется льготное обеспечение дорогостоящими лекарственными препаратами. Кроме того, внедряются современные компьютерные технологии в управление лекарственным обеспечением. Это способствовало упорядочению ведения регионального сегмента Федерального Регистра лиц, имеющих право на получение государственной социальной помощи. В результате внедрения этих мер отмечается положительная динамика показателей лекарственного обеспечения данной категории пациентов. Это свидетельствует об улучшении доступности лекарственной помощи для нуждающихся в ней граждан. Таким образом, совершенствование нормативно-правового регулирования и внедрение информационных технологий способствуют повышению эффективности системы льготного лекарственного обеспечения пациентов с высокозатратными нозологиями[2].

Численность пациентов ежегодно растет, соответственно растет стоимость заявок исполнительных органов субъектов Российской Федерации, в том числе в Санкт-Петербурге. За последние 5 лет в Санкт-Петербурге количество пациентов, нуждающихся в терапии, возросло в 1,3 раза. Как показал анализ, наибольший рост численности пациентов отмечен в нозологических группах «Рассеянный склероз» и «Злокачественные новообразования». По среднегодовому приросту выделяются такие нозологии как рассеянный склероз, гипопизарный нанизм и наследственный дефицит факторов свертывания крови.

Перечень заболеваний в программе ВЗН расширялся дважды. Ряд заболеваний, которые ранее были включены в перечень утвержденный Постановлением Правительства №403, то есть относились к финансовым обязательствам региональных органов власти, стали относиться к программе ВЗН. На сегодняшний день программа ВЗН насчитывает 14 нозологий. Порядок организации обеспечения описан в Постановлении Правительства №1416¹.

Необходимо отметить, программа ВЗН ограничена не только 14 нозологиями, но и перечнем лекарственных препаратов, закупаемых централизованно для каждой из этих нозологий. Так, например, для пациентов с муковисцидозом централизованно закупается только лекарственный препарат «Дорназа альфа». Другие препараты, необходимые для комплексной терапии заболевания, закупаются за счет средств субъектов Российской Федерации, что ограничивает равную доступность лекарственной терапии для пациентов.

¹ *Постановление Правительства РФ от 26.11.2018 N 1416 (ред. от 15.02.2023) "О порядке организации обеспечения лекарственными препаратами лиц, больных гемофилией, муковисцидозом, гипопизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, гемолитико-уремическим синдромом, юношеским артритом с системным началом, мукополисахаридозом I, II и VI типов, апластической анемией неуточненной, наследственным дефицитом факторов II (фибриногена), VII (лабильного), X (Стюарта - Прауэра), лиц после трансплантации органов и (или) тканей, а также о признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации"* // https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_311869/

С введением в перечень заболеваний таких нозологий, как мукополисахаридоз I, II, VI типов и юношеский артрит с системным началом, возросло число пациентов детского возраста, имеющих право на льготное лекарственное обеспечение в рамках программы ВЗН. В Санкт-Петербурге более 700 пациентов детского возраста страдают заболеваниями «14 ВЗН» и нуждаются в лекарственном обеспечении.

В рамках повышения качества оказания медицинской помощи и льготного лекарственного обеспечения пациентов детского возраста в Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан»² были внесены изменения. Источники финансирования, указанные в ст. 83 были скорректированы ст.1 Федерального закона от 05.12.2022 №469-ФЗ «О внесении изменения в статью 83 Федерального закона “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации”»³.

Так с 1 января 2023 года источником финансирования организации обеспечения лекарственными препаратами пациентов детского возраста в рамках программы ВЗН стали бюджетные ассигнования, предусмотренные в федеральном бюджете Министерству здравоохранения Российской Федерации для Фонда поддержки детей с тяжелыми жизнеугрожающими и хроническими заболеваниями, в том числе редкими (орфанными) заболеваниями (“Круг добра”).

Принятая мера позволила направить дополнительные средства на обеспечение пациентов детского возраста и обеспечить целевое использование этих средств. В то же время исполнительные органы субъектов Российской Федерации стали вести отдельный учет лекарственных препаратов, централизованно закупаемых в рамках программы ВЗН, что не позволяет передавать лекарственные препараты, закупленные для взрослых пациентов детям и наоборот.

² Федеральный закон “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” от 21.11.2011 N 323-ФЗ// https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/

³ Федеральный закон “О внесении изменения в статью 83 Федерального закона “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” от 05.12.2022 N 469-ФЗ// https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_433211/

Федеральное казенное учреждение «Федеральный центр планирования и организации лекарственного обеспечения граждан» Министерства здравоохранения Российской Федерации, осуществляющее закупку лекарственных препаратов, внесло соответствующие корректировки в аукционную документацию. Учитывая, что периодически складывается ситуация, когда необходимый лекарственный препарат закуплен и поставлен в льготные отделы аптечных учреждений только для пациентов одной возрастной категории, невозможность его отпуска при фактическом наличии обуславливает рост обращений граждан.

Таким образом, за период с 2008 года и до сегодняшнего дня с помощью механизмов государственного регулирования и федерального финансирования многократно увеличивается доступность обеспечения дорогостоящими лекарственными препаратами пациентов с тяжелыми заболеваниями. В то же время, возможности программы ВЗН ограничены. Требуется ее дальнейшее совершенствование.

Список литературы

1. Современные подходы в организации лекарственного обеспечения лиц, страдающих высокозатратными нозологиями / Н. Д. Бреднева, М. Г. Губайдуллина, Н. П. Фирсенко [и др.] // Медицинская наука и образование Урала. – 2020. – Т. 21, № 2(102). – С. 117-122. – DOI 10.36361/1814-8999-2020-21-2-117-122. – EDN PNMFWC.

2. Рябова, Е. И. О лекарственном обеспечении программы “7 высокозатратных нозологий” / Е. И. Рябова // Конгресс “Человек и лекарство. УРАЛ - 2019” : Сборник материалов (тезисы докладов), Тюмень, 28 октября – 05 2019 года. – Тюмень: Рекламно-издательский центр “Айвекс”, 2019. – С. 74-75. – EDN OJILSU.



СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СИСТЕМ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ СТРАН СНГ: РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, БЕЛАРУСИ И КАЗАХСТАНА

Колгина Арина Данииловна,
Кувакина Мария Владимировна,
Нелаева Анастасия Вадимовна,

студенты, медицинский институт СПбГУ.

Аннотация. Данная статья представляет собой сравнительный анализ систем обязательного медицинского страхования (ОМС) в трех странах СНГ: Российской Федерации, Республики Беларусь и Республики Казахстан. Основное внимание уделяется законодательным основам и ключевым особенностям функционирования этих систем, предусмотренным Федеральным законом Российской Федерации № 326-ФЗ (2010), Законом Республики Беларусь № 2435-ХІІ (1993), а также Законом Республики Казахстан № 405-V (2015), с изменениями и дополнениями на 2024 год. В статье рассматриваются особенности формирования и финансирования, а также организация медицинских услуг системы ОМС в этих странах.

Оценка сходств и различий позволяет выявить основные направления реформирования и улучшения систем здравоохранения в СНГ. Обязательное медицинское страхование (ОМС) играет ключевую роль в обеспечении доступности и качества медицинской помощи для граждан этих стран. В странах СНГ каждая система ОМС имеет свои особенности, обусловленные историческими, экономическими и социальными факторами. Сравнительно-правовой анализ позволяет выявить как схожие черты, так и различия, которые оказывают влияние на эффективность функционирования этих систем.

Ключевые слова: обязательное медицинское страхование, система здравоохранения, Российская Федерация, Республика Беларусь, Республика Казахстан, законодательство, финансирование, медицинские услуги, преимущества, недостатки.

Резюме. Система обязательного медицинского страхования (ОМС) представляет собой ключевую часть государственной системы здравоохранения России, Беларуси и Казахстана. Каждое из этих государств имеет уникальный подход к организации и финансированию медицинского страхования, что обусловлено отличительными чертами в законодательных и экономических особенностях

стран. В статье подробно рассматриваются ключевые особенности работы системы ОМС, источники её финансирования, а также положительные и отрицательные стороны моделей каждой из стран. Исходя из сравнительного анализа, выявлены как общие черты, так и отличия в системах ОМС. Это важно для дальнейшего совершенствования и оценки эффективности работы системы здравоохранения.

COMPARATIVE ANALYSIS OF COMPULSORY MEDICAL INSURANCE SYSTEMS IN THE CIS COUNTRIES: THE RUSSIAN FEDERATION, BELARUS AND KAZAKHSTAN

Arina Danielovna Kolgina,

Maria Vladimirovna Kuvakina,

Anastasia Vadimovna Nelaeva,

students, St. Petersburg State University Medical Institute

Annotation. *This article is a comparative analysis of compulsory medical insurance (CHI) systems in three CIS countries: the Russian Federation, the Republic of Belarus and the Republic of Kazakhstan. The main focus is on the legislative framework and key features of the functioning of these systems, provided for by Federal Law of the Russian Federation No. 326-FZ (2010), Law of the Republic of Belarus No. 2435-XII (1993), as well as Law of the Republic of Kazakhstan No. 405-V (2015), with amendments and additions for 2024. The article discusses the specifics of the formation and financing, as well as the organization of medical services of the compulsory health insurance system in these countries.*

The assessment of similarities and differences makes it possible to identify the main directions of reforming and improving healthcare systems in the CIS. Compulsory medical insurance (CHI) plays a key role in ensuring the availability and quality of medical care for citizens of these countries. In the CIS countries, each compulsory health insurance system has its own characteristics due to historical, economic and social factors. Comparative legal analysis makes it possible to identify both similarities and differences that affect the effectiveness of these systems.

Keywords: *Compulsory medical insurance, healthcare system, Russian Federation, Republic of Belarus, Republic of Kazakhstan, legislation, financing, medical services, advantages, disadvantages.*

Введение. Обязательное медицинское страхование (ОМС) является важным элементом системы здравоохранения в странах СНГ, играя ключевую роль в обеспечении равного доступа граждан к медицинским услугам. После распада Советского Союза страны СНГ столкнулись с необходимостью реформирования своих систем здравоохранения, в том числе внедрения механизмов обязательного медицинского страхования. В разных странах СНГ приняты различные подходы к организации ОМС, что обуславливает значительные различия в структурах этих систем.

Цель данной работы – провести анализ систем ОМС, определить их преимущества, недостатки и эффективность, рассмотреть источники финансирования, принципы работы, а также общие черты и отличия, что может заложить основы для дальнейшего совершенствования системы здравоохранения.

Материалы и методы. Для проведения сравнительного анализа использовались следующие нормативно-правовые акты:

1. Федеральный закон Российской Федерации от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

2. Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

3. Закон Республики Беларусь от 18 июня 1993 года № 2435-XII «О здравоохранении».

4. Закон Республики Казахстан от 16 ноября 2015 года № 405-V «Об обязательном социальном медицинском страховании» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 01.09.2024 г.).

Анализ основывается на изучении этих нормативных документов, а также на сравнении структуры и механизмов ОМС, описанных в них. Метод исследования включает контент-анализ и анализ законов с выделением основных принципов, особенностей и проблем, с которыми сталкиваются эти системы в разных странах.

Основная часть

1. Система обязательного медицинского страхования в Российской Федерации

1.1. Ключевые особенности. В России обязательное медицинское страхование регулируется Федеральным законом №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Этот закон вступил в силу в 2011 году и стал основой для организации системы ОМС в стране.

ОМС в России включает в себя как государственные, так и частные страховые компании, которые предоставляют полисы обязательного медицинского страхования гражданам страны. ОМС в России является обязательным для всех граждан и финансируется через систему государственных субсидий и взносов работодателей. Каждый гражданин России обязуется участвовать в ОМС и получает возможность пользоваться медицинскими услугами в государственных и частных учреждениях, с которыми заключены договоры.

1.2. Источники финансирования. Основным источником финансирования ОМС в России являются страховые взносы работодателей, которые составляют 5,1% от фонда оплаты труда работников. Это система относится к социальному страхованию, к которому относится также и пенсионное страхование, формирующая пенсионный фонд (у компаний без льгот 22% из всей суммы пойдет на пенсионное страхование, 2,9% — на социальное). Таким образом, общий страховой взнос в социальный фонд составляет 30%. Однако, льготы по уплате в социальный фонд имеют малые и средние предприятия (по реестру МСП) общепита с 56 ОКВЭДом, даже если их среднесписочная численность более 250 человек, ИТ-компании, производители электроники, кино-, видео-и мультиндустрия, организации, выплачивающие зарплату экипажам судов из Российского международного реестра, участники особого административного района в Калининградской области, Участники «Сколково» и научных техноцентров с инновационными проектами, резиденты особых экономических зон. Это связано с особым положением этих предприятий и вкладом в экономику страны и возможностью их дальнейшего развития. Важно отметить, что по всем видам страхования застрахованы иностранцы: взносы с их дохода начисляют так же, как гражданам РФ. Исключение — высококвалифицированные иностранные специалисты с временным пребыванием: с их выплат начисляют только взносы на страхование от «несчастного случая» взносы (ст. 425 НК РФ, ст. 2 закона от 14.07.2022 № 239-ФЗ, ст. 5 закона от 24.07.98 №125-ФЗ). Иностранцы, живущие в стране по визе или миграционной карте, считаются застрахованными в системе медицинского страхования. Тариф для взносов за подрядчиков на договорах ГПХ такой же, как для штатных сотрудников.

1.3. Принцип работы системы. Основным принципом работы системы заключается в финансировании бесплатной медицинской помощи Федеральным Фондом ОМС (ФФОМС), в соответствии Программой государственных гарантий, через свои филиалы – территориальные фонды ОМС (ТФОМС) субъектов РФ, через систему финансовых договоров со страховыми медицинскими организациями (СМО), которые в свою очередь оплачивают счета медицинских организаций при наступлении страхового случая (факт обращения пациента в медицинскую организацию, аккредитованную в системе медицинского страхования РФ). Участники системы ОМС могут выбирать страховую медицинскую организацию и лечиться в учреждениях, которые имеют договор с данной компанией на организацию и финансирование медицинской помощи застрахованному лицу в системе ОМС РФ.

1.4. Преимущества системы:

- Широкий охват населения: все граждане России, в силу закона об ОМС, застрахованы, что обеспечивает универсальность системы;
- Централизованное управление, что способствует эффективно-му распределению средств;
- Обеспечение прав пациента: законодательство защищает права граждан на получение бесплатных медицинских услуг, включая экстренную помощь;
- Наличие конкуренции: в системе ОМС участвуют как частные, так и государственные страховые компании, что создает конкуренцию и даёт возможность выбрать страховщика.

1.5. Недостатки системы:

- Неравенство в качестве предоставляемых услуг: есть существенные различия в уровне медицинских услуг в разных регионах страны, особенно в сельских и удаленных районах;
- Недостаточное финансирование: несмотря на высокие взносы, система всё ещё сталкивается с дефицитом средств, что ведёт к очередям, нехватке медикаментов и проблемам с качеством оказания медицинских услуг в государственных учреждениях;
- Коррупция и бюрократия: в некоторых случаях страховые компании и медицинские учреждения сталкиваются с коррупционными схемами, что снижает качество обслуживания.

2. Система обязательного медицинского страхования в Беларуси

2.1. Ключевые особенности. Система обязательного медицинского страхования в Беларуси основана на Законе № 2435-ХІІ «О здравоохранении», принятом 18 июня 1993 году, и является универсальной для всех граждан страны.

В отличие от России, в Беларуси отсутствует система страховых медицинских организаций; все медицинские учреждения являются государственными, а финансирование происходит через общий государственный бюджет. Каждый гражданин обязан быть зарегистрирован в системе ОМС и имеет право на получение медицинских услуг в рамках государственного пакета. В Беларуси государственное страхование больше централизовано и активно поддерживается государственными фондами.

2.2. Источник финансирования. Финансирование системы ОМС в Беларуси осуществляется за счёт обязательных взносов работодателей и государственного бюджета. Работодатель выплачивает 4% от фонда заработной платы сотрудников в фонд обязательного медицинского страхования. Для граждан, не имеющих постоянного дохода (пенсионеры, инвалиды и др.), взносы оплачиваются государством.

2.3. Принцип работы системы. Все медицинские учреждения работают в рамках государственного финансирования. Граждане, зарегистрированные в системе, получают медицинские услуги бесплатно в государственных учреждениях.

2.4. Преимущества:

- Государственное финансирование: все граждане получают доступ к бесплатным медицинским услугам, что способствует высокой социальной защищенности;

- Централизованное управление: позволяет эффективно контролировать и координировать систему здравоохранения на всех уровнях;

- Доступность медицинских услуг: в сравнении с рядом других стран, в Беларуси наблюдается высокая доступность медпомощи для граждан, а также простота и ясность системы;

- Минимизация бюрократии.

2.5 Недостатки системы:

- Ограниченные возможности для частного сектора: ограниченный выбор медицинских учреждений, так как большинство услуг предоставляются государственными учреждениями;

- Перегрузка государственной системы: система сталкивается с проблемами из-за недостаточного финансирования и нехватки врачей в некоторых областях;

- Необходимость реформирования: несмотря на высокий уровень государственной поддержки, системы нуждаются в улучшении качества и расширении доступных медицинских услуг.

3. Система обязательного медицинского страхования в Казахстане

3.1. Ключевые особенности. В Казахстане система обязательного социального медицинского страхования была введена с 1 января 2017 года на основании Закона от 16 ноября 2015 года № 405-V.

В отличие от России и Беларуси, казахстанская система предусматривает двухступенчатое финансирование: обязательные взносы граждан и работодателей, а также государственное софинансирование для определенных категорий граждан.

В 2020 году была введена система двухуровневого страхования, где основная часть медицинских услуг покрывается за счёт обязательных взносов, а дополнительные услуги – через добровольное страхование. Таким образом, базовое медицинское обеспечение предоставляется через государственные учреждения, а дополнительные услуги могут быть оказаны частными медицинскими организациями, что способствует более широкому выбору для граждан. Т.е. Казахстан ориентируется на более гибкую модель, где важную роль играют частные страховые компании.

3.2. Источник финансирования. Финансирование ОМС в Казахстане происходит за счёт взносов работодателей и граждан. Работодатели обязаны платить 1,5% от фонда заработной платы работников, а работники – еще 2%. Для определённых категорий граждан (пенсионеры, многодетные семьи, инвалиды) государство оплачивает взносы. Также существует система дополнительного добровольного страхования.

3.3. Принцип работы системы. Граждане могут выбрать страховую компанию и медицинское учреждение. В рамках ОМС граждане могут получать широкий спектр медицинских услуг, включая амбулаторное лечение, стационарное лечение и профилактические мероприятия.

3.4. Преимущества системы:

- Гибкость системы: возможность выбирать страховую компанию и медицинские учреждения;
- Смешанная модель финансирования: механизм обязательных взносов вместе с добровольными страховыми услугами улучшает доступ к медицинской помощи;
- Наличие конкуренции: высокий уровень конкуренции среди медицинских учреждений, способствующий улучшению качества услуг;
- Доступ к современным медицинским услугам: Казахстан активно развивает систему и внедряет новые подходы в оказании медицинской помощи.

3.5. Недостатки системы:

- Высокая зависимость от частных страховых компаний: это создаёт неравенство в доступе к медицинским услугам в зависимости от уровня доходов;
- Неравенство в качестве предоставляемых услуг: проблемы с доступностью качественных медицинских услуг в сельских районах сохраняются;
- Проблемы с информационной системой: малая осведомлённость населения о своих правах и обязанностях в рамках ОМС, а также недостаточная интеграция и цифровизация системы, что затрудняет контроль за качеством предоставляемых услуг.

4. Сходства:

- Обязательность страхования, как формы социального страхования: во всех трёх странах ОМС является обязательным для граждан, что отражает общий подход к обеспечению населения медицинскими услугами;
- Финансирование через взносы: все три страны используют модель, основанную на обязательных страховых взносах как от граждан, так и от работодателей. Это обеспечивает стабильное финансирование системы;
- Гарантированный перечень медицинских услуг: В каждой стране предусмотрен гарантированный минимальный перечень медицинских услуг, который предоставляется гражданам бесплатно или за счёт страховых взносов.

Различия:

- Степень централизации: Белорусская система ОМС более централизована, с доминированием государственных медицинских

учреждений. В России также преобладает государственный сектор, но с возможностью выбора страховых компаний и медицинских учреждений. В Казахстане же отмечается развитие частного сектора, где граждане могут выбирать между государственными и частными медицинскими учреждениями для получения дополнительных услуг.

- Финансирование: В Казахстане существует двухступенчатое финансирование — обязательные взносы и государственное софинансирование для отдельных категорий граждан. В России и Беларуси основным источником финансирования является система обязательных страховых взносов без значительного государственного софинансирования.

- Модели медицинских услуг: В России и Беларуси основным поставщиком медицинских услуг является государственный сектор. В Казахстане же возможно обращение как в государственные, так и в частные медицинские учреждения для получения базовых и дополнительных услуг, что предоставляет гражданам больше выбора и возможности для улучшения качества обслуживания.

Эффективность

Казахстанская модель ОМС может служить примером гибкости и повышения качества обслуживания за счет конкуренции между частными и государственными учреждениями. В то же время системы России и Беларуси могут предложить более стабильное финансирование и широкую доступность услуг для всех граждан, но сталкиваются с проблемами качества обслуживания в государственных учреждениях.

Выводы. Сравнительный анализ систем обязательного медицинского страхования в России, Беларуси и Казахстане показывает, что каждая страна имеет свои уникальные подходы к организации ОМС. В России система включает как государственное, так и частное участие, где важным элементом является роль страховых организаций. Беларусь, в свою очередь, сохраняет централизованный подход, с полным финансированием системы из государственного бюджета. Казахстан развивает модель социального медицинского страхования, которая сочетает обязательные взносы с элементами добровольного страхования.

Каждая система имеет свои плюсы и минусы. Основные проблемы включают недостаточную доступность медицинских услуг в уда-

ленных регионах, а также необходимость улучшения качества обслуживания и повышения эффективности финансирования.

Заключение. Системы обязательного медицинского страхования в странах СНГ продолжают развиваться, сталкиваясь с рядом вызовов, таких как повышение качества медицинских услуг, справедливость распределения средств и расширение доступа к медицинской помощи. Для дальнейшего совершенствования этих систем необходимо учитывать опыт других стран, а также адаптировать законодательные и финансовые модели в соответствии с реалиями каждой страны. Важно, чтобы реформы в области здравоохранения были направлены на обеспечение равного доступа к качественным медицинским услугам для всех граждан.

Список литературы

1. Федеральный закон Российской Федерации от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

2. Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

3. Закон Республики Беларусь от 18 июня 1993 года № 2435-XII «О здравоохранении».

4. Закон Республики Казахстан от 16 ноября 2015 года № 405-V «Об обязательном социальном медицинском страховании» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 01.09.2024 г.).



УДК: 347.65/.68

НАСЛЕДСТВЕННЫЕ ПРАВА ПОСТМОРТАЛЬНЫХ ДЕТЕЙ (*POSTHUMOUS CHILD*)

Гринин Сергей Александрович,

студент, Санкт-Петербургский государственный университет.

Санкт-Петербургский государственный университет,

Россия, 199034, Санкт-Петербург,

Университетская наб., 7–9.

Аннотация: на существующем этапе развития технологий жизнь бросает праву все новые вызовы. Без сомнения одним из них является вопрос о наделении ребенка, зачатого после смерти наследодателя, правом наследовать ему. Ведь если фигура *nasciturus* (ребенка, зачатого до смерти наследодателя, но к моменту открытия наследства еще не рожденного) хорошо известна развитым правовым порядкам, в том числе и российскому (п. 1 ст. 1116 ГК РФ), то наследственные права постмортальных детей остаются мало проработанными в доктрине. В связи с недавно вышедшем постановлением КС РФ от 11.02.2025 № 6-П, затронувшим некоторые аспекты прав постмортальных детей, автором было принято решение по мере возможностей освятить ряд интересных для частного права вопросов, таящихся в данной области.

Ключевые слова: наследство, наследственные права, постмортальные дети.

INHERITANCE RIGHTS OF POSTHUMOUSLY CONCEIVED CHILDREN

Grinin Sergey Alexandrovich,

university student, St. Petersburg State University.

St. Petersburg State University,

7-9 Universitetskaya nab.,

Saint Petersburg, 199034, Russia.

Annotation. At the current state of technological development, law faces brand new challenges. Without a doubt, one of these is the issue of granting a child conceived after the death of the testator the right to inherit. After all, if the figure of *nasciturus* (a child conceived before the death of the testator, but not yet born at the time of opening of the inheritance) is well known to developed legal systems, including the Russian one (clause 1

of Article 1116 of the Civil Code of the Russian Federation), then the inheritance rights of postmortem children remain poorly developed in the doctrine. In connection with the recently issued decision of the Constitutional Court of the Russian Federation dated 11.02.2025 No. 6-P, which affected some aspects of the rights of postmortem children, the author decided to cover, as far as possible, several interesting issues for private law hidden in this area.

Keywords: inheritance, inheritance rights, postmortem children.

I. Общие вопросы российского регулирования постмортального зачатия

Возможность применения технологий постмортального зачатия *de facto* содержится в ст. 55 № 323-ФЗ. Как отметил КС РФ право на применение данных технологий имеют как состоящие и не состоящие в браке мужчина и женщина (за исключением суррогатного материнства, право на применение которого не распространяется на мужчину и женщину, не состоящих в браке), так и одинокая женщина; граждане имеют право на криоконсервацию и хранение своих половых клеток за счет личных средств и иных средств, предусмотренных законодательством РФ; порядок использования таких технологий, противопоказания и ограничения к их применению утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти (ч. 2, 3 и 5 ст. 55 № 323-ФЗ)¹.

Однако однозначное *expressis verbis* решение российского законодателя по рассматриваемому вопросу отсутствует, что также подчеркивает КС РФ².

Тем не менее, в отсутствии законодательного запрета и существующих политико-правовых тенденций³ есть основания ожидать даль-

¹ Постановление КС РФ от 11.02.2025 № 6-П / https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_498341/

² См. там же.

³ Например, если обратиться к введенной недавно ст. 67.1. Конституции РФ и т. п.

нейшего развития данной сферы, несмотря на отрицающий, в настоящий момент, подход правоприменителя⁴.

Также стоит указать на крайнюю противоречивость решения данного вопроса в других юрисдикциях⁵ (к примеру, в Германии, Франции, Швейцарии, Дании и Швеции использование постмортальной репродукции запрещено⁶).

II. Наследственные права постмортальных детей в российском частном праве

П. 1 ст. 1116 ГК РФ гласит: «К наследованию могут призываться граждане, находящиеся в живых в момент открытия наследства, а также зачатые при жизни наследодателя и родившиеся живыми после открытия наследства.»

⁴ Так в 2022 году Московский областной суд рассмотрел дело, в котором отец (отец) пытался признать право на часть наследственного имущества за ребенком, родившимся от суррогатной матери после смерти покойной биологической матери (апелляционное определение Московского областного суда от 02.02.2022 № 33–4577/2022). В указанном деле суд однозначно высказался о том, что эмбрион не может приобрести статус наследника в смысле ст. 1116 ГК РФ, если его имплантация (наступление зачатия) не была произведена до открытия наследства (смерти наследодателя), и еще не произошло его живорождение / Все, что останется после нас: как защитить права ЭКО-детей умершего родителя / https://rapsinews.ru/incident_publication/20250214/310631721.html

⁵ Gesetz zum Schutz von Embryonen (Embryonenschutzgesetz - ESchG) § 4. / https://www.gesetze-im-internet.de/eschg/__4.html

⁶ Шелютто М. Л. / Дети, зачатые после смерти родителя: установление происхождения и наследственные права / <https://cyberleninka.ru/article/n/deti-zachatye-posle-smerti-roditelya-ustanovlenie-proishozhdeniya-i-nasledstvennyye-prava#:~:text=1116%20%D0%93%D0%9A%20%D0%A0%D0%A4%2C%20%D0%BA%D0%BE%D1%82%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%B5%20%D0%BD%D0%B5,%D1%83%D1%81%D1%82%D0%B0%D0%BD%D0%BE%D0%B2%D0%BB%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5%20%D0%B5%D0%B3%D0%BE%20%D0%BF%1%80%D0%BE%D0%B8%D1%81%D1%85%D0%BE%D0%B6%D0%B4%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D1%8F%20%D0%BE%D1%82%20%D0%BD%D0%B0%D1%81%D0%BB%D0%B5%D0%B4%D0%BE%D0%B4%D0%B0%D1%82%D0%B5%D0%BB%D1%8F>

В российской догматике данную статью принято толковать лишь в смысле предоставления права наследования *nasciturus*. Фигура *nasciturus*, созданная римским правом во времена, когда технологии были слишком далеки от возможности постмортального зачатия. Не потребностью ли нашего времени является распространение наследственных прав на рожденных от такого зачатия?

В этом ключе резонансным является неоднократно указанное выше постановление КС РФ от 11.02.2025 № 6-П, где была поддержана возможность получения страховой пенсии по потере кормильца постмортальными детьми⁷.

III. Наследственные права постмортальных детей в иностранных правопорядках

Ряд иностранных юрисдикций ушли вперед в вопросе наследования постмортальными детьми⁸. Наиболее интересным с точки зрения частного права видится опыт США⁹, а именно дело *WOODWARD1 v. COMMISSIONER OF SOCIAL SECURITY* (2002)¹⁰,

⁷ Необходимо отметить, что данная пенсия складывается, в том числе, из отчисленных в Социальный фонд России средств умершего. Таким образом, КС РФ косвенным образом положительно высказался о возможности наследования постмортальными детьми своему умершему родителю.

⁸ См. например: *Assisted Reproductive Treatment Act 1988 (SA) s9* / https://www.austlii.edu.au/cgi-bin/viewdoc/au/legis/sa/consol_act/arta1988360/s9.html; *Australian Government, National Health and Medical Research Council, Ethical Guidelines on the Use of Assisted Reproductive Technology in Clinical Practice and Research* (2017) / <https://www.nhmrc.gov.au/about-us/publications/art>; *Unif. Probate Code § 2–120 (amended 2010)*, 8 pt. 1 U.L.A. 130 (2013); *In re Daniel Thomas Christy*, No. EQVO68545 (Johnson Cnty., Sept. 14, 2007); *Nachmani v. Nachmani* (50(4) P.D. 661 (Isr)) / <https://versa.cardozo.yu.edu/opinions/nahmani-v-nahmani>; *Evans v. the United Kingdom* (Application no. 6339/05) / [https://hudoc.echr.coe.int/eng#{%22itemid%22:\[%22001-80046%22\]}](https://hudoc.echr.coe.int/eng#{%22itemid%22:[%22001-80046%22])

⁹ *Dead Money: A Posthumously Conceived Child's Inheritance Rights under the Social Security Act & State Intestacy Law* / Heather LaCount Suffolk University Law School / <https://dc.suffolk.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1362&context=jtaa-suffolk>

¹⁰ Решение см. на <https://caselaw.findlaw.com/court/ma-supreme-judicial-court/1154125.html>.

рассматриваемое Верховным судом Массачусетса (*SJC*)¹¹.

При разрешении дела Верховный суд Массачусетса указал на интересы, которые должны быть приняты во внимание:

1) Интересы детей: защита прав и благополучия детей как приоритет законодательства.

Все дети, независимо от обстоятельств их рождения, имеют право на одинаковую защиту и поддержку. В том числе право на финансовую поддержку со стороны родителей и их имущества. Законодатель также активно поддерживает вспомогательные репродуктивные технологии, что делает нелогичным предположение, что дети, зачатые с использованием этих технологий, должны иметь меньше прав, чем другие дети.

2) Упорядоченное управление имуществом: обеспечение стабильности и предсказуемости положения наследственной массы (закон о наследовании требует определенности в установлении родства и устанавливает сроки для предъявления требований к наследству). Права постмортальных детей на наследство должны быть сбалансированы с другими интересами (предоставление прав наследования посмертно зачатым детям может уменьшить долю наследства, других детей, что может привести к конфликтам в семьях).

3) Уважение репродуктивных прав умершего: закон также защищает репродуктивные права личности. Для того чтобы посмертно зачатый ребенок мог наследовать имущество умершего генетического родителя, необходимо доказать, что последний дал четкое и недвусмысленное согласие на посмертное зачатие и поддержку лю-

¹¹ Примечательно, что фабула дела схожа с постановлением КС РФ от 11.02.2025 № 6-П: Карен Вудвард использовала криоконсервированную сперму своего покойного мужа, Уоррена Вудварда, чтобы зачать близнецов. Проблема возникла, когда Карен попыталась получить пособия по социальному обеспечению для детей как наследников, но ей было отказано на том основании, что дети не считались «изживенцами» в соответствии с Законом о социальном обеспечении, так как они были зачаты после смерти отца (возможность наследования опосредовала возможность получения социального пособия – по этой причине суд высказывался о наследственных правах постмортальных детей).

бого ребенка, который может быть зачат с использованием его биологического материала. Это требование направлено на предотвращение неопределенности и возможных злоупотреблений (для наследования имущества родителя посмертно зачатый ребенок должен получить судебное решение, подтверждающее его происхождение). Это требование направлено на предотвращение мошеннических претензий и обеспечение стабильного положения наследственного имущества. Современные технологии, такие как ДНК-тестирование, делают установление генетического родства надежным и точным.

Затем суд сформулировал следующие основные выводы:

1) Генетическое отцовство – наследованию: для наследования имущества недостаточно только генетической связи. Необходимо доказать, что умерший дал согласие на использование своего биологического материала, посмертное зачатие и поддержку детей.

2) Доказательства согласия: родитель может представить дополнительные доказательства согласия умершего на зачатие, такие как письменные заявления, финансовые записи или документы из института фертильности.

3) Роль суда: нижестоящие суды в каждом конкретном деле решают, какой объем доказательств для подтверждения фактов родства, согласия на зачатие и поддержку ребенка будет достаточным.

4) Ограничения по времени: могут существовать временные ограничения для подачи иска о наследственных правах от имени посмертно зачатого ребенка.

5) Уведомление заинтересованных лиц: в любом деле, касающемся установления наследственных прав, необходимо уведомлять всех заинтересованных лиц, чтобы обеспечить защиту прав всех сторон.

Суд отказался устанавливать жесткие правила, не имея соответствующих законодательных указаний. Вместо этого суд признал, что в определенных ограниченных обстоятельствах дети, зачатые посмертно, могут иметь право на наследство.

Приведенное дело было одним из самых значительных событий в области регулирования наследственных прав постмортальных детей, повлекшее законодательное закрепление таких прав в

ряде актов¹², по существу добавивших некоторые новые критерии для предоставления наследственных прав постмортальным детям:

- 1) Ограничения срока зачатия после смерти наследодателя
- 2) Необходимость уведомления остальных наследников о наличии биологического материала и возможности зачатия ребенка (стандарт объективной добросовестности).

Анализируя опыт других стран возможно представить, как институт наследования постмортальных детей может быть включен в российское частное право.

IV. Возможный вариант внедрения наследственных прав постмортальных детей в российское частное право

1. Требования к форме волеизъявления наследодателя.

А) При наследовании по завещанию воля наследодателя на предоставление наследственных прав постмортальному ребенку должна быть зафиксирована в завещании.

Б) Ситуация более трудная, если наследование для постмортальных детей также будет предусматриваться по закону. В отсутствии завещания волю наследодателя на использование его биологического материала для зачатия ребенка, а также его имущественную поддержку установить гораздо труднее. Фактически при таких обстоятельствах единственным внятным доказательством согласия умершего на использование его биологического материала для зачатия и поддержки постмортальных детей является договором наследодателя с медицинской организацией о хранении и последующей возможности использовании его биологического материала.

¹² Шелютто М. Л. / Дети, зачатые после смерти родителя: установление происхождения и наследственные права / <https://cyberleninka.ru/article/n/deti-zachatye-posle-smerti-roditelya-ustanovlenie-proishozhdeniya-i-nasledstvennye-prava>#:~:text=1116%20%D0%93%D0%9A%20%D0%A0%D0%A4%2C%20%D0%BA%D0%BE%D1%82%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%B5%20%D0%BD%D0%B5%D1%83%D1%8F%D1%82%D0%B0%D0%BD%D0%BE%D0%B2%D0%BB%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5%20%D0%B5%D0%B3%D0%BE%20%D0%BF%D1%80%D0%BE%D0%B8%D1%8F%D1%85%D0%BE%D0%B6%D0%B4%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D1%8F%20%D0%BE%D1%82%20%D0%BD%D0%B0%D1%81%D0%BB%D0%B5%D0%B4%D0%BE%D0%B4%D0%B0% D1%82%D0%B5%D0%BB%D1%8F

В настоящий момент в РФ такой договор, как правило, составляется в простой письменной форме¹³, что потенциально создает повышенные риски для других наследников, а также возможности для злоупотреблений. И если сам факт родства с наследодателем возможно с большой точностью установить в судебном порядке, то а) посмертное согласие лица на использование его биоматериала и б) последующую имущественную поддержку ребенка установить сложнее. Между тем, последние элементы являются существенными для возможности наследования постмортальными детьми (защита «репродуктивной воли» лица¹⁴).

Возможным снижением подобных рисков является введение обязательной государственной регистрации подобных договоров и создание специализированного реестра или требование нотариального удостоверения под угрозой ничтожности таких сделок (ст. 168 ГК РФ). Быть может, этот шаг, во всяком случае, повысит потенциальную достоверность таких доказательств.

2. Срок заявления требований о наследственных правах постмортальных детей.

Согласно ст. 1154 ГК РФ общий срок принятия наследства составляет шесть месяцев. Для сохранения стабильности сложившегося порядка возможно предположить наследование постмортальными детьми при условии их зачатия и заявления требований от их лица в пределах установленного срока¹⁵. В обеспечении еще большей стабильности

¹³ По п. 1 ч. 1 ст. 68 ФЗ от 21.11.2011 № 323-ФЗ использование тела, органов и тканей умершего в медицинских, научных и учебных целях допускается при наличии его письменного прижизненного волеизъявления о возможности такого использования, удостоверенного нотариально. Однако половые клетки, которые были криоконсервированы еще при жизни лица, а также и существующие ко дню смерти эмбрионы к данному перечню не относятся. Таким образом, российский правопорядок не устанавливает особенных требований к форме таких договоров.

¹⁴ Что подчеркивалось в приведенном выше деле *WOODWARD1 v. COMMISSIONER OF SOCIAL SECURITY* (2002).

¹⁵ Однако такое решение может быть раскритиковано с моральных позиций. Устанавливая столь краткий срок, мы требуем от лица, обладающего правом использовать биологический материал наследодателя для зачатия ребенка, добиваться успеха в таком зачатии во время траура по усопшему. Этот аргумент также высказывался в деле *WOODWARD1 v. COMMISSIONER OF SOCIAL SECURITY* (2002).

оборота и учета интересов остальных наследников возможно рассматривать данный срок в качестве пресекательного для принудительного осуществления права, не подлежащего восстановлению в порядке ст. 1155 ГК РФ (т. е. по истечении шести месяцев притязание на наследственное имущество для посмертно зачатого ребенка переходит в категорию «натуральных обязательств», которые лишь могут быть добровольно удовлетворены другими наследниками). Однако представляется возможным увеличить данный срок при достижении соглашения остальными наследниками с лицом, которое обладает правом использовать биологический материал наследодателя для зачатия ребенка¹⁶. Видится, что срок такого соглашения не может быть беспредельным, т. к. имущественные интересы третьих лиц (например, интересы кредиторов, желающих получить дополнительную имущественную массу для удовлетворения, или наследники наследников, имеющие интерес в увеличении будущей наследственной массы) не должны находиться в подвешенном состоянии продолжительное время.

В то же время возможно и не рассматривать указанный срок в качестве пресекательного, и допускать его восстановление при соблюдении требований ст. 1155 ГК РФ в интересах посмертно зачатых детей. Но негативной стороной данного подхода будет являться потенциально нестабильное положение наследственного имущества в течение десятилетнего срока объективной исковой давности, когда будет возможно заявить о восстановлении срока на принятие наследства и потребовать перераспределения долей в наследственном имуществе, что существенно может затронуть интересы других наследников и повредить стабильности сложившихся отношений.

В любом случае окончательное решение данного вопроса требует тщательного взвешивания политико-правовых ценностей.

V. Постмортальное зачатие – «вторичное право» в руках распорядителя биологического материала

Пожалуй, одним из наиболее интересных и будоражающих вопросов в данной сфере является фактическое предоставление лицу,

¹⁶ Например, выделить долю из массы наследственного имущества, на которую потенциально может претендовать постмортальный ребенок, и учредить управление наследством на срок до его зачатия в порядке ст. 1173 ГК РФ.

имеющему право распоряжаться биологическим материалом наследодателя для зачатия ребенка, возможности своим реальным актом решить вопрос о наследственных правах иных лиц. Вполне резонно подвергать такую возможность критическому осмыслению.

Представим, что супруга покойного, обладающая правом использовать его биологический материал, продолжительное время хранит его и только через семь лет производит зачатие (при условии, что шестимесячный срок для принятия наследства не является пресекательным), впоследствии восстанавливая срок для принятия наследства и обращаясь в интересах постмортального ребенка для перераспределения наследственного имущества (ст. 1155 ГК РФ). Невозможно отрицать, что подобное нежданно возникшее требование способно значительным образом подорвать всякие разумные ожидания и интересы других наследников, вовлекая их в спор о праве и вынуждая отдать часть активов в натуре или возместить их стоимость. Большие сложности могут возникать и в сфере интеллектуальных прав (например, исключительных прав на произведения, действующих продолжительный срок после смерти автора и переходящие к наследникам, влекущих потенциальную возможность на получения дохода от разрешения использовать результаты интеллектуального труда наследодателя). При распространенности подобной практики или значительного размера спорного наследства о повышении стабильности гражданского оборота говорить не приходится.

Однако еще большую опасность право распоряжения биологическим материалом наследодателя и последующее постмортальное зачатие способно принести в руках недобросовестных лиц, ведь иногда коварство человеческое выходит за все мыслимые пределы. Ничто не ограничивает нас вообразить ситуацию, при которой распорядитель биологического материала специально выжидает максимально напряженное, с имущественной точки зрения, положение других наследников для осуществления постмортального зачатия, чтобы в последующем вызвать перенапряжение имущественных возможностей других лиц, учинив перераспределение наследственной массы, попросту осуществляя «шikanу» (п. 4 ст. 1 ГК РФ и ст. 10 ГК РФ). Или же, обладая подобной возможностью, будет угрожать наследникам или иным лицам применить ее в любой момент, получая от

этого какие-либо выгоды. Должны ли мы в таком случае позволить частноправовыми методами против подобного поведения? И если допустимость взыскания убытков (п. 4 ст. 10, ст. 15 ГК РФ) за подобное недобросовестное поведение представить возможно, то как быть с иными способами защиты? Например, допустим ли мы, в ряде случаев, вынесения запрета в отношении лица, обладающего биологическим материалом, использовать его для зачатия, чтобы не подрывать интересы иных наследников или же через суд поставим осуществление такого зачатия в определенные временные рамки, после которых наследственные права постмортального ребенка уже не могут возникнуть (абз. 3 ст. 12 ГК РФ)? А если данные решения возымеют место и постмортальный ребенок фактически лишится наследства из-за недобросовестного поведения своего родителя, допустим ли мы требование о взыскании убытков, которое теоретически в интересах ребенка могут заявить публичные органы власти?¹⁷

Таким образом, право распоряжения биологическим материалом наследодателя в потенциально значительном числе случаев способно выступать источником многочисленных проблем. В силу его особой специфики можно говорить о необходимости выработки стандартов и критериев добросовестного поведения для его обладателей. Применение доктрины добросовестности к секундарным (преобразовательным) правам не ново для частного права, однако в анализируемой ситуации на кону стоят интересы не только недобросовестного лица, но и абсолютно невиновного человека, а если допустить потенциальную возможность лишения права распоряжаться биологическим материалом – и возможность его жизни. Несомненно, что для частного права эти испытания могут стать серьезной проверкой на прочность.

VI. Проблемы наследования личных неимущественных прав постмортальными детьми.

Ст. 58 СК РФ предусматривает право ребенка на имя, отчество и фамилию. Возможно представить ситуацию, при которой время постмортального зачатия будет так отсрочено от смерти наследодате-

¹⁷ См. например абз. 8 ч. 1 ст. 8 ФЗ от 24.04.2008 № 48-ФЗ (ред. от 08.08.2024).

ля, что всякие имущественные права в отношении наследственной массы прекратятся, однако право на отчество и фамилию отца, а также возможность в судебном порядке признания родства с наследодателем сохранится. Бесспорно подобные права являются, в известном смысле, естественными правами каждого человека, однако в случае сильно отсроченного во времени постмортального зачатия, а впоследствии рождение ребенка - наследника пусть не по имуществу, но по крови способно поставить под угрозу интересы иных детей и родственников наследодателя. Так неожиданно появившийся родственник по крови, пусть и не претендующий на имущественные права, может иным образом создать угрозу для интересов других лиц (например, обычаи народов с сильными родовыми традициями, где на основании кровного родства выстраивается социальная иерархия), вызвав конфликты в семьях. Подобные интересы хоть и могут казаться призрачными, однако все же заслуживают внимания. Сообразуясь с ними, может возникнуть вопрос о запрете официального установления факта родства постмортальных детей по истечении определенного срока после смерти родителя. Однако разрешение этого вопроса также является попыткой взвесить абсолютные по своему характеру ценности.

Список литературы

1. Постановление КС РФ от 11.02.2025 № 6-П / https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_498341/

2. Все, что останется после нас: как защитить права ЭКО-детей умершего родителя / https://rapsinews.ru/incident_publication/20250214/310631721.html

3. Gesetz zum Schutz von Embryonen (Embryonenschutzgesetz - ESchG) § 4. / https://www.gesetze-im-internet.de/eschg/_4.html

4. Шелютто М. Л. / Дети, зачатые после смерти родителя: установление происхождения и наследственные права / <https://cyberleninka.ru/article/n/deti-zachatye-posle-smerti-roditelya-ustanovlenie-proishozhdeniya-i-nasledstvennye-prava#:~:text=1116%20D0%93%D0%9A%20D0%A0%D0%A4%2C%20D0%BA%D0%BE%D1%82%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%B5%20D0%BD%D0%B5,%D1%83%D1%81%D1%82%D0%B0%D0%BD%D0%BE%D0%B2%D0%BB%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5%20D0%B5%D0%B3%D0%BE%20D0%BF%D1%80%D0%BE%D0%B8%D1%81%D1%85%D0%BE%D0%B6%D0%B4%D0%B5%D0%BD%D0%B8>

D 1 % 8 F % 2 0 % D 0 % B E % D 1 % 8 2 % 2 0 % D 0 % B D % D 0 % B 0 %
D 1 % 8 1 % D 0 % B B % D 0 % B 5 % D 0 % B 4 % D 0 % B E % D 0 % B 4 % D 0 %
B 0 % D 1 % 8 2 % D 0 % B 5 % D 0 % B B % D 1 % 8 F

5. Assisted Reproductive Treatment Act 1988 (SA) s9 / https://www.austlii.edu.au/cgi-bin/viewdoc/au/legis/sa/consol_act/arta1988360/s9.html

6. Australian Government, National Health and Medical Research Council, Ethical Guidelines on the Use of Assisted Reproductive Technology in Clinical Practice and Research (2017) / <https://www.nhmrc.gov.au/about-us/publications/art>

7. Unif. Probate Code § 2–120 (amended 2010), 8 pt. 1 U.L.A. 130 (2013).

8. In re Daniel Thomas Christy, No. EQVO68545 (Johnson Cnty., Sept. 14, 2007).

9. Nachmani v. Nachmani (50(4) P.D. 661 (Isr)) / <https://versa.cardozo.yu.edu/opinions/nahmani-v-nahmani>

10. Evans v. the United Kingdom (Application no. 6339/05) / [https://hudoc.echr.coe.int/eng#{%22itemid%22:\[%22001-80046%22\]}](https://hudoc.echr.coe.int/eng#{%22itemid%22:[%22001-80046%22]})

11. Dead Money: A Posthumously Conceived Child's Inheritance Rights under the Social Security Act & State Intestacy Law / Heather LaCount Suffolk University Law School / <https://dc.suffolk.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1362&context=jtaa-suffolk>





Подписано в печать 07.04.2025 г. Печать цифровая
Отпечатано в типографии “Турусел”. Санкт-Петербург, пр.Попова, д.38
Тираж 500 экз. Заказ №14000