

ISSN 2073-8838



Труды Оренбургского института (филиала) МГЮА

№ 1 (63) / 2025

**НАУЧНО–ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ**



ПРАВО и МЕДИЦИНА

**ИННОВАЦИОННАЯ ПРАКТИКА,
ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ**

Оренбург 2025

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ
АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
ЮРИДИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ О.Е. КУТАФИНА (МГЮА)»
ОРЕНБУРГСКИЙ ИНСТИТУТ (ФИЛИАЛ)**

**Труды
Оренбургского института
(филиала) МГЮА
№ 1 (63) / 2025**

Тематический выпуск

ОРЕНБУРГ – 2025

УДК 34

ББК 67

Т – 78

Учредитель: Оренбургская областная общественная организация «Попечительский совет Оренбургского института (филиала) федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Московский государственный юридический университет имени О.Е. Кутафина (МГЮА)»

Редакционный совет:

КОЛОТОВ А.Ф. советник ректора Университета имени О.Е. Кутафина (МГЮА), к.ю.н., доцент, председатель совета (главный редактор)

ШНИТЕНКОВ А.В. Оренбургский институт (филиал) Университета имени О.Е. Кутафина (МГЮА), профессор кафедры уголовного права и криминологии, д.ю.н., доцент (ответственный редактор)

АФАНАСЬЕВ С.Ф. Саратовская государственная юридическая академия, заведующий кафедрой арбитражного процесса, д.ю.н., профессор

БАВСУН М.В. Санкт-Петербургский университет Министерства внутренних дел Российской Федерации, заместитель начальника по научной работе, д.ю.н., профессор

БОЛТИНОВА О.В. Московский государственный юридический университет имени О.Е. Кутафина (МГЮА), профессор кафедры финансового права, д.ю.н., профессор

ВАРЛЕН М.В. Московский государственный юридический университет имени О.Е. Кутафина (МГЮА), директор института «Аспирантура и докторантура», профессор кафедры конституционного и муниципального права, д.ю.н., доцент

ВОСКОБИТОВА Л.А. д.ю.н., профессор

БУКАЕВ Н.М. д.ю.н., профессор

ГРОМОШИНА Н.А. Московский государственный юридический университет имени О.Е. Кутафина (МГЮА), профессор кафедры гражданского и административного судопроизводства, д.ю.н., профессор

ЕФИМЦЕВА Т.В. Оренбургский институт (филиал) Университета имени О.Е. Кутафина (МГЮА), заведующий кафедрой предпринимательского и природоресурсного права, д.ю.н., доцент

ЖОЛОбОВА Г.А. Оренбургский институт (филиал) Университета имени О.Е. Кутафина (МГЮА), заведующий кафедрой истории государства и права, д.ю.н., доцент

ИСАЕНКОВА О.В. Саратовская государственная юридическая академия, заведующий кафедрой гражданского процесса, д.ю.н., профессор

КВАНИНА В.В. Южно-Уральский государственный университет (национальный исследовательский университет), д.ю.н., профессор

КОБЗЕВА С.И. Московский государственный юридический университет имени О.Е. Кутафина (МГЮА), профессор кафедры трудового права и права социального обеспечения, д.ю.н., профессор

МИЩЕНКО Е.В. Оренбургский государственный университет, декан юридического факультета, д.ю.н., доцент

ПЛОТНИКОВ А.И. Оренбургский институт (филиал) Университета имени О.Е. Кутафина (МГЮА), заведующий кафедрой уголовного права и криминологии, д.ю.н., доцент

САЛИЕВА Р.Н. Институт проблем экологии и недропользования Академии наук Республики Татарстан, заведующий лабораторией правовых проблем недропользования и экологии, д.ю.н., профессор

СОЛОДКАЯ М.С. Оренбургский институт (филиал) Университета имени О.Е. Кутафина (МГЮА), профессор кафедры общегуманитарных, социально-экономических, математических и естественнонаучных дисциплин, д.ф.н., профессор

СТЕПАНЕНКО Ю.В. Московский государственный юридический университет имени О.Е. Кутафина (МГЮА), профессор кафедры административного права и процесса, д.ю.н., профессор

ТИМОФЕЕВ Н.С. Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова, профессор кафедры конституционного и муниципального права, д.ю.н., профессор

ФЕДОРОВА М.Ю. Советник Конституционного Суда Российской Федерации в Управлении конституционных основ трудового законодательства и социальной защиты, д.ю.н., профессор

ХАЛДЕЕВА Н.В. Магаданский областной краеведческий музей, главный научный сотрудник, д.ю.н., доцент

ЩЕПАЧЕВ В.А. секретарь Совета (ассоциации) муниципальных образований Оренбургской области, д.ю.н.

ЭКИМОВ А.И. заведующий кафедрой теории и истории государства и права Российского экономического университета имени Г.В. Плеханова, д.ю.н., профессор, Заслуженный юрист РФ

Т 78 Труды Оренбургского института (филиала) МГЮА. № 1 (63). – Оренбург, 2025. – 153 с.

ISSN 2073-8838

«Труды Оренбургского института (филиала) МГЮА» рекомендуются Высшей аттестационной комиссией при Министерстве науки и высшего образования Российской Федерации для публикации основных результатов диссертаций на соискание ученых степеней кандидата и доктора наук.

В научных статьях рассматриваются проблемы, связанные с функционированием государственно-правовой организации общества России и зарубежных стран.

Свидетельство о регистрации средства массовой информации ПИ № ФС77-26041 от 18 октября 2006 г. выдано Федеральной службой по надзору за соблюдением законодательства в сфере массовых коммуникации и охране культурного наследия.

Журнал включен в базу данных Российского индекса научного цитирования (РИНЦ).

ББК 67

ISSN 2073-8838

Подписной индекс 41232 в Объединенном каталоге «Пресса России».

Адрес редакции: 460000, г. Оренбург, ул. Комсомольская, 50. Тел. (3532) 319911

E-mail: post@oimsla.edu.ru

<http://www.oimsla.edu.ru/page/nauchnyy-zhurnal>

© Оренбургский институт (филиал) федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Московский государственный юридический университет имени О.Е. Кутафина (МГЮА)»

Уважаемые коллеги!



Представляем вашему вниманию первый в 2025 году выпуск научного журнала «Труды Оренбургского института (филиала) МГЮА». Он стал результатом кропотливой научной работы и масштабного обсуждения, проведенного в ходе конференции «Право и медицина: инновационная практика, проблемы и перспективы», организованной в ноябре 2024 года Оренбургским институтом (филиалом) Университета имени О.Е. Кутафина (МГЮА) и АНО юридической и экспертной деятельности «Право и медицина».

Актуальность данной тематики сложно переоценить. Помимо традиционных вопросов юридической ответственности медицинских работников и медицинских организаций, судебно-медицинской экспертизы, возникают новые проблемы, связанные с телемедициной, искусственной репродукцией человека, использованием биологического материала в медицине и многие другие. Кроме того, важность и сложность работы врача требуют особого внимания к правовому регулированию труда и пенсионному обеспечению медицинских работников.

Особенностью тематического выпуска является междисциплинарный подход к изучению проблем функционирования системы здравоохранения в Российской Федерации. В журнале представлены научные статьи не только юристов, но также медиков, философов, экономистов. Благодаря взвешенным научным суждениям и большому практическому опыту авторов удалось сформулировать ответы на актуальные и сложные вопросы, возникающие в правоприменении.

Искренне надеюсь, что представленные работы станут поводом для интересных дискуссий и источником вдохновения для новых исследований, результаты которых мы будем рады видеть на страницах будущих выпусков нашего журнала.

*Колотов А.Ф.
главный редактор, к.ю.н., доцент*

Оглавление

Раздел первый

ВОПРОСЫ ГОСУДАРСТВА, ПРАВА, ОБЩЕСТВА И ПОЛИТИКИ

БАРИНОВ Е.Х., СУНДУКОВ Д.В., КАЛИНИН Р.Э., СМИРНОВ А.В., БАШИРОВА А.Р.

Различие между качеством и безопасностью медицинской помощи. В чем оно заключается? 6

ГЛЕБОВА Ю.И.

Административная ответственность медицинских работников: основания наступления и судебная практика 10

КОЛОДИНА М.В., РАХМАТУЛЛИНА О.В.

Вопросы финансового обеспечения системы здравоохранения в Российской Федерации 15

ВОРОХОВОВ А.В., КОНДРАТЬЕВА А.С.

Юридические и медицинско-деонтологические проблемы эвтаназии 20

ИГНАТЬЕВА И.В., КОРОЛЕВА А.С.

Страхование ответственности в медицине 23

МИХАЙЛОВА Е.С.

Правовое регулирование принудительной госпитализации в психиатрический стационар: проблемы реализации и перспективы совершенствования 27

ЭРТЕЛЬ Л.А., МХИТАРЯН А.В.

Нравственно-этические ограничения в праве как «якорь» для развития медицины 31

ПРОХОРОВ А.В.

Ответственность медицинских работников за дискриминацию людей, живущих с ВИЧ 35

СТАРЧИКОВ М.Ю.

О некоторых проблемных вопросах правового регулирования телемедицинской деятельности 38

КУСТАВЛЕТОВ Х.М., ФАСХИН А.М.

Вопросы правового регулирования эвтаназии: мировая практика 43

ХАРИТОНОВА Ю.А.

Проблемные вопросы постановки диагноза расстройство аутистического спектра в Оренбургской области 47

ЧАШКИН П.В.

Новеллы законодательства в области обращения с медицинскими отходами 52

ЯКОВЕНКО Н.А.

Правовое регулирование биомедицинских технологий в сфере планирования семьи 59

Раздел второй

ВОПРОСЫ ГРАЖДАНСКОГО ПРАВА И ПРОЦЕССА

БУЯНОВА Е.В.

Искусственная репродукция человека: панацея или драма? (юридико-философские размышления на основе судебной практики) 64

ГАЛЮКОВА М.И.

Роль постановлений Пленума Верховного Суда Российской Федерации в формировании судебной практики по медицинским спорам 70

ПОЗДНЯКОВА А.С.

К вопросу о гражданско-правовой ответственности медицинской организации в случае причинения вреда здоровью пациента 75

**РОМОДАНОВСКИЙ П.О., БАРИНОВ Е.Х., БАРИНОВ А.Е., ФОКИНА Е.В., ЧЕРКАЛИНА Е.Н.,
ФОКИНА А.С.**

Профилактика конфликтов в медицинской практике 81

ТОМИНА А.П., ЯНЕВА Р.Р.

Судебно-психологическая экспертиза в делах о признании завещания недействительным 85

ШАРКОВСКАЯ Е.А.

Гражданско-правовые аспекты использования биологического материала человека в медицине 92

ШЕВЧУКЕ П.

Медицинские ошибки и основания возмещения вреда, причиненного вследствие оказания медицинских услуг: проблемы соотношения 98

ШЕХОВЦОВА П.О.

Пациентский экстремизм: спорные вопросы взыскания морального вреда 101

Раздел третий

УКРЕПЛЕНИЕ ЗАКОННОСТИ И БОРЬБА С ПРЕСТУПНОСТЬЮ

ГРИШИНА А.Ю.

Пробелы в судебно-медицинской экспертизе и их устранение при рассмотрении уголовного дела судом .. 113

КЛИМОВА Л.А.

Особенности досудебного производства по правонарушениям, совершенным медицинскими работниками . 117

КОСТЕНЮК Е.А.

Цифровая гласность судебно-медицинских экспертиз в уголовном судопроизводстве: новые вызовы и перспективы 120

МИШУРОВА П.

Уголовная ответственность медицинских работников в случаях страхового мошенничества 125

ПЛОТНИКОВА И.

Уголовная ответственность медицинских работников в сфере профессиональной деятельности 130

ЭРТЕЛЬ Л.А., ВАСИЛЬЧИКОВА Ю.С.

Проблемы, возникающие при производстве комиссионной судебно-медицинской экспертизы, назначаемой при расследовании преступлений, совершаемых медицинскими работниками, и способы их решения 134

Раздел четвёртый

ВОПРОСЫ ТРУДОВОГО, ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСКОГО ПРАВА И ПРАВА СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

АСТРАХАНЦЕВА Е.В.

Отношения по пенсионному обеспечению медицинских работников: история и актуальные вопросы правового регулирования 139

ПОПОВКИНА Д.В.

Новая система оплаты труда как государственная гарантия правового регулирования заработной платы медицинских работников 144

ЧЕРЕПАНЦЕВА Ю.С.

Труд медицинских работников: правовое регулирование и практика 148

Раздел первый

ВОПРОСЫ ГОСУДАРСТВА, ПРАВА, ОБЩЕСТВА И ПОЛИТИКИ

БАРИНОВ ЕВГЕНИЙ ХРИСТОФОРОВИЧ

доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры судебной медицины и медицинского права Российского университета медицины (РУМ); профессор кафедры судебной медицины медицинского института Российского университета дружбы народов имени Патриса Лумумбы (РУДН), 127006, г. Москва, ул. Долгоруковская, 4, ev.barinov@mail.ru

СУНДУКОВ ДМИТРИЙ ВАДИМОВИЧ

доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой судебной медицины медицинского института Российского университета дружбы народов имени Патриса Лумумбы (РУДН), 117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, 6, sundukov-dv@rudn.ru

КАЛИНИН РУСЛАН ЭДУАРДОВИЧ

кандидат медицинских наук, ассистент кафедры судебной медицины медицинского института Российского университета дружбы народов имени Патриса Лумумбы (РУДН), 117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, 6, kalinin-re@rudn.ru

СМИРНОВ АСКОЛЬД ВЛАДИСЛАВОВИЧ

кандидат медицинских наук, доцент кафедры судебной медицины медицинского института Российского университета дружбы народов имени Патриса Лумумбы (РУДН); доцент кафедры судебных экспертиз Университета имени О.Е. Кутафина (МГЮА), 117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, 6, smirnov-avl@rudn.ru

БАШИРОВА АСИЯ РЕНАТОВНА

ассистент кафедры судебной медицины медицинского института Российского университета дружбы народов имени Патриса Лумумбы (РУДН), 117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, 6, bashirova-ar@rudn.ru

РАЗЛИЧИЕ МЕЖДУ КАЧЕСТВОМ И БЕЗОПАСНОСТЬЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ. В ЧЕМ ОНО ЗАКЛЮЧАЕТСЯ?

BARINOV EVGENY KHRISTOFOROVICH

Doctor of Medical Sciences, professor, professor of the Department of forensic medicine and medical law of The Russian University of Medicine (RUM); professor of the Department of forensic medicine of the Medical Institute, Peoples' Friendship University of Russia named after Patrice Lumumba (RUDN), 127006, Russia, Moscow, Dolgorukovskaya Street, 4, ev.barinov@mail.ru

SUNDUKOV DMITRY VADIMOVICH

Doctor of Medical Sciences, professor, Head of the Department of forensic medicine of the Medical Institute, Peoples' Friendship University of Russia named after Patrice Lumumba (RUDN), 117198, Russia, Moscow, Miklukho-Maklaya street, 6, sundukov-dv@rudn.ru

KALININ RUSLAN EDUARDOVICH

PhD in Medicine, assistant lecturer of the Department of forensic medicine of the Medical Institute, Peoples' Friendship University of Russia named after Patrice Lumumba (RUDN), 117198, Russia, Moscow, Miklukho-Maklaya street, 6, kalinin-re@rudn.ru

SMIRNOV ASKOLD VLADISLAVOVICH

PhD in Medicine, associate professor of the Department of forensic medicine of the Medical Institute, Peoples' Friendship University of Russia named after Patrice Lumumba (RUDN); associate professor of the Department of Forensic Examinations of the Kutafin Moscow State Law University (MSLA), 117198, Russia, Moscow, Miklukho-Maklaya street, 6, smirnov-avl@rudn.ru

BASHIROVA ASIA RENATOVNA

assistant lecturer of the Department of forensic medicine of the Medical Institute, Peoples' Friendship University of Russia named after Patrice Lumumba (RUDN), 117198, Russia, Moscow, Miklukho-Maklaya street, 6, bashirova-ar@rudn.ru

THE DIFFERENCE BETWEEN THE QUALITY AND SAFETY OF MEDICAL CARE. WHAT IS IT?

Аннотация. В настоящей статье категории качества и безопасности медицинской помощи рассматриваются с позиций теории медицинской услуги. Отмечается, что медицинская услуга является товарной формой медицинской помощи, поэтому к ней применимы требования о качестве товара. В то же время, поскольку медицинская помощь не является товаром и лишена потребительской характеристики недостатка качества, то оценивать ее следует с учетом категории безопасности, что входит в компетенцию судебно-медицинских экспертов. Также уделяется внимание специфике деликтов по «медицинским» делам в гражданском процессе и вопросу применимости судебно-медицинской экспертизы в зависимости от вида деликта.

Ключевые слова: медицинская помощь, медицинская услуга, качество и безопасность медицинской услуги, судебно-медицинская экспертиза, организация здравоохранения.

Review. In this article, the categories of quality and safety of medical care are considered from the standpoint of the theory of medical service. It is noted that a medical service is a commercial form of medical care, therefore, the requirements for the quality of the goods are applicable to it. At the same time, since medical care is not a commodity and lacks the consumer characteristics of a lack of quality, it should be evaluated considering the safety category, which is within the competence of forensic medical experts. Attention is also paid to the specifics of torts in «medical» cases in civil proceedings and the applicability of forensic medical examination, depending on the type of tort.

Keywords: medical care, medical service, quality and safety of medical service, forensic medical examination, healthcare organization.

На современном рынке товаров и услуг существуют такие понятия, как качество и безопасность. Различия между ними практически не являются существенными, но, поскольку качество чаще всего имеет приоритетную ценность для потребителя, то платит он прежде всего за него, в то время как вопросам безопасности приобретаемого товара или оказываемой немедицинской услуги часто придается второстепенное значение.

Другую картину можно наблюдать в медицине. И

практическая, и экспертная медицинская деятельность складываются из оказания услуг, т.е. из представлений в товарной форме. Товарная парадигма не обрела еще устойчивого понимания ни в сообществе медицинских практиков-клиницистов, ни в экспертном медицинском сообществе. Во многом это объясняется дисгармонией законодательства вследствие сохранения атавизмов советского периода. Действительно, состоят ли сообщество медицинских практиков-клиницистов и экспертное медицинское сообще-

ство в механизме государства или осуществляют деятельность в гражданском обороте, действующим законодательством однозначно не сформулировано. Более того, равно в Федеральном законе Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и в Федеральном законе № 73-ФЗ от 31 мая 2001 г. «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» в качестве пережитков сохраняются привязки соответствующих видов деятельности к учреждениям бюджетной сферы. Тем самым, несмотря на дисгармоничность действующего законодательства вследствие сохранения атавизмов советского периода, те и другие осуществляют деятельность в гражданском обороте с результатом в товарной форме услуги.

Правовой режим обращения услуг в отношении товарообмена установлен гл. 39 Гражданского кодекса РФ. И медицинские работники практического звена, и медицинские эксперты по общему правилу производят продукцию, которая имеет правовую характеристику услуги. В практической медицине возможно также оказание медицинской помощи в порядке не услуги, а действий в чужом пока интересе без поручения (гл. 50 ГК РФ), что невозможно при осуществлении экспертной медицинской деятельности.

Существует ряд классификаций медицинских услуг. Наиболее полной нам представляется следующая:

- по характеру: профилактические, экспертные, организационные, статистические, диагностические, лечебные, комбинированные, реабилитационные;
- по сегментам структуры здравоохранения: санитарно-гигиенические, эпидемиологические, амбулаторные, поликлинические, стационарные;
- по уровням медицинской помощи: доврачебные, врачебные, квалифицированные, специализированные;
- по интенсивности во времени: скорые, неотложные, плановые;
- по квалификации источника медицинских услуг: низкая, средняя, высокая;
- по технологии: рутинные, высокотехнологические;
- по инвазивности: неинвазивные, инвазивные;
- по соблюдению стандарта: соответствие стандарту, несоответствие стандарту (обоснованное, необоснованное, ошибочное);
- по времени достижения конечного результата: соответствующие срокам, не соответствующие срокам;
- по конечному результату: адекватное, частично адекватное, неадекватное;
- по соответствию правовым нормам: соответствующие функциям исполнителя, не соответствующие функциям исполнителя, ошибочные, халатные (повлекшие ущерб здоровью или смерть потребителя).

В сфере оказания медицинских услуг границы

между качеством и безопасностью определить довольно сложно по причине того, что к товарной ценности услуги неотъемлемо присоединяется понятие безопасности, которое связано с оказанием медицинской помощи, которая представляет собой определенное воздействие на организм. Поэтому, если потребитель недоволен качеством медицинской услуги, то он вправе заявить об имевшем место факте нарушения ее безопасности и наоборот: при неблагоприятном исходе медицинской услуги он вправе настаивать на ее качестве.

Цена услуги связана с качеством и является товарной составляющей, которая не может не оказывать влияния на здоровье. Оценка качества медицинской услуги проводится специалистами в данной области медицины и организаторами здравоохранения, вопрос же безопасности медицинских услуг находится в компетенции судебно-медицинских экспертов. «Именно пороки безопасности медицинских услуг должны лежать в основе судебно-медицинской экспертизы и быть отправным началом при рассмотрении в суде дел о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг»¹. Отметим также, что в гражданском процессе основания для назначения судебно-медицинской экспертизы различаются в той мере, в какой разделяются договорные и внедоговорные обязательства сторон. Если это договорные обязательства, и речь идет об их ненадлежащем исполнении или неисполнении, и возникает вопрос о качестве товаров, работ, услуг, то для судебно-медицинской экспертизы в спорах такого рода места нет. Если же это обязательства вследствие причинения вреда, то речь идет о безопасности, в том числе товаров, работ, услуг, а потому назначение судебно-медицинской экспертизы в спорах такого рода почти неизбежно.

О нарушении безопасности медицинской помощи говорят в случае нарушения технологии выполнения медицинской услуги, при которой происходит негативное воздействие на организм. Говоря о медицинской помощи, нужно помнить, что, по существу, она обладает единственной характеристикой – безопасностью, но не качеством, так как качество имеет товарную ценность. Качество – это характеристика товара, в том числе и потребительского назначения, следовательно, оно характеризует медицинскую услугу, но не медицинскую помощь. Не будучи товаром, медицинская помощь качеством не обладает. «Товарной оболочкой» медицинской помощи является медицинская услуга, к которой только и применимы требования о качестве товара. В общем виде безопасность медицинской услуги – это состояние защищенности жизненно важных интересов личности от внутренних и внешних угроз в процессе ее оказания. «Безопасность медицинской помощи – это свойство не товарного предоставления потребительского назначения в целом, каким является медицинская услуга, а лишь нетоварной ее части, подчиняющейся правилам медицины»².

¹ Баринов Е.Х. Судебно-медицинская экспертиза в гражданском судопроизводстве по медицинским делам. М., 2013. С. 13.

² Тихомиров А.В. Теории медицинской услуги и медицинского деликта. Учебно-научное пособие. М., 2012. С. 88.

Пациент, обращаясь за медицинскими услугами, так или иначе соприкасается с окружающей действительностью. Помимо оказания самой медицинской помощи происходит и лечебно-диагностический процесс, при проведении которого следует четко разделять вопрос о качестве и безопасности медицинской услуги, а также о потреблении (товарообмен) и оказании медицинской помощи (безопасность).

«Медицинские» споры характеризуются особенностями деликта. В силу товарно-нетоварной двойственности медицинской услуги, когда ее потребительская часть подчиняется юридическим установлениям, а профессиональная (медицинская помощь) – правилам медицины, и причинение вреда имеет различающуюся природу. В одном случае вред происходит из обслуживания немедицинской природы (ожог горячим напитком, ранение разбитым стеклом в окне палаты, удар электрическим током из-за дефектов розетки и пр.), в другом – из вредоносных дефектов оказания медицинской помощи, в третьем – из непредоставления информации о существе воздействия на здоровье. Это, соответственно, потребительский, ятрогенный и информационно-аконсенсуальный деликт. Предмет и пределы судебно-медицинской экспертизы в первом и втором случаях будут существенно различаться, а в третьем будут отсутствовать сами основания для назначения судебно-медицинской экспертизы того (разве только в отношении величины телесных повреждений в результате оказания медицинской помощи), поскольку спор обусловлен несоответствием профессионального пособия воле правообладателя. Квалифицирующим признаком во всех трех случаях является недостаток медицинской услуги, причем это – не недостаток качества, т.е. недостаток исполнения договорных обязательств, а недостаток безопасности медицинских услуг, либо недостаток информации, предвещающей их оказание.

С юридической точки зрения споры из потребительского деликта не имеют медицинской специфики, из информационно-аконсенсуального деликта – лишь в части неслучайного воздействия на здоровье. Ятрогенный деликт, несомненно, медицинской спецификой обладает. В данном конкретном случае договор призван отделить правомерное медицинское пособие от недостатка безопасности медицинской услуги в виде ятрогенного деликта. Именно в этой части для судебно-медицинской экспертизы этой приобретает значение договор, на условиях которого медицинские услуги оказывались.

При оказании иных медицинской помощи существуют неизбежные телесные повреждения, без которых она невозможна того (например, доступ к патологическому очагу). Существуют также допустимые телесные повреждения, которые происходят из осложнений статистической вероятности. Существуют и недопустимые телесные повреждения, являющиеся следствием вредообразующего отклонения от медицинских технологий и представляющие собой очевидный недостаток медицинских услуг. Допустимые телесные повреждения могут либо являть собой такой недостаток, либо – нет. Если, несмотря кому на меры предупреждения, прогнозируемые осложнения проявились и предприняты надлежащие меры их устранения, недостатком медицинской услуги это не является. Если же и мер предупреждения, и (или) мер устранения заведомо возможных осложнений не предпринято, то в силу недостатка безопасности медицинских услуг для судебно-медицинской экспертизы становится важным, определены ли (и корректно ли с медицинской точки зрения) договором неизбежные и допустимые (с программой предупреждения и устранения) телесные повреждения. Если да, то экспертная оценка должна следовать условиям договора, если же нет, то – по правилам оценки недопустимых телесных повреждений.

Наконец, возможен и техногенный деликт (причинение вреда источником повышенной опасности) при оказании медицинских услуг – например, медицинский прибор вышел из строя и опасен ударом электрического тока или ионизирующим излучением, или иным неблагоприятным воздействием на здоровье. В этом случае важны правила техники безопасности в работе с такими приборами, а экспертная оценка посвящается выяснению степени их соблюдения.

Таким образом, отметим, что медицинская услуга обладает критерием двойственности. Имущественными обязательствами в договорных отношениях с участием потребителей обуславливаются внедоговорные обязательства по поводу неимущественного объекта согласно ст. 15 Закона о защите прав потребителей. Здоровье – это то, что не является материальным, но имеет носитель – организм. Часто отмечается, что в процессе восстановления здоровья при консервативном или хирургическом лечении могут возникать неблагоприятные последствия в виде побочных действий. Кроме того, безопасность медицинской услуги, то есть то, что может быть предусмотрено договором, предполагает неизбежные и допустимые влияния на здоровье.

Библиографический список

1. Баринев Е.Х. Судебно-медицинская экспертиза в гражданском судопроизводстве по медицинским делам. – М.: НП ИЦ «ЮрИнфоЗдрав», 2013. – 163 с.
2. Тихомиров А.В. Теории медицинской услуги и медицинского деликта. Учебно-научное пособие. – М.: НП ИЦ «ЮрИнфоЗдрав», 2012. – 110с.

Рецензент: Путинцев В.А., доцент кафедры криминалистики ФГКВОУ «Военный университет имени Александра Невского» Минобороны России, д.м.н.

АДМИНИСТРАТИВНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ: ОСНОВАНИЯ НАСТУПЛЕНИЯ И СУДЕБНАЯ ПРАКТИКА

GLEBOVA YULIA IVANOVNA

Candidate of law, associate Professor of the Department of administrative and financial law of the Orenburg Institute (branch) Kutafin University (MSU), 460000, Orenburg, Komsomolskaya, 50, glebova77756@gmail.com

ADMINISTRATIVE RESPONSIBILITY OF MEDICAL WORKERS: GROUNDS FOR THE OFFENSIVE AND JUDICIAL PRACTICE

Аннотация. В статье рассматриваются основания наступления административной ответственности медицинских работников и организаций, приводятся примеры судебной практики и статистики. Наиболее подробно разбираются составы отдельных правонарушений и особенности привлечения к административной ответственности по этим основаниям.

Annotation. The article examines the grounds for the occurrence of administrative responsibility of medical workers and organizations, provides examples of judicial practice and statistics. The composition of individual offenses and the specifics of bringing to administrative responsibility on these grounds are discussed in the most detail.

Ключевые слова: медицинский работник, административная ответственность, основания наступления, КоАП РФ.

Keywords: medical worker, administrative responsibility, grounds for offense, Administrative Code of the Russian Federation.

Согласно статье 2.4 Кодекса об административных правонарушениях Российской Федерации (далее – КоАП РФ), административной ответственности подлежит должностное лицо в случае совершения им административного правонарушения в связи с неисполнением либо ненадлежащим исполнением служебных обязанностей.

Специфические черты административного правонарушения, помимо иного, проявляются и в том, что, обуславливая противоправность деяния, совершающее его лицо нарушает не только нормы административного, но и иных отраслей права¹.

Всё вышесказанное в полной мере возможно отнести и к медицинским работникам, действиями или бездействиями которых, помимо административного, могут быть нарушены положения специального законодательства, регламентирующего оказание медицинской помощи пациентам (например, Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» (далее – Закон № 323-ФЗ))², соответствующие порядки, стандарты, клинические рекомендации и др.)

Следует отметить, что имеющиеся в КоАП РФ составы административных правонарушений не охватывают все случаи возможного несоблюдения медицинскими работниками обязательных требований к субъектам правоотношений в этой сфере, закрепленных в нормах ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»³.

Например, КоАП не содержит норм об административной ответственности за:

- несоблюдение медицинскими работниками, руководителями медицинских организаций, фармацевтическими работниками и руководителями аптекных организаций ограничений, установленных статьей 74-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»;

- за медицинское вмешательство без получения предварительного согласия гражданина или его законного представителя; за несоблюдение порядков оказания медицинской помощи в рамках осуществляемого Росздравнадзором государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности (ответственность предусмотрена только в рам-

¹ Административное право России: Учебник для студентов вузов, обучающихся по специальности «Юриспруденция» / Под. ред. В.Я. Кикотя, П.И. Кононова, И.Ш. Киясханова. 5-е изд., перераб. и доп. М.: ЮНИТИ ДАНА; Закон и право, 2012. С. 395.

² Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» // СЗ РФ. 2011. № 48. Ст. 6724.

³ Старчиков М.Ю. Административная ответственность медицинских работников: основания наступления, комментарии юриста и судебная практика. – Специально для системы ГАРАНТ, 2019 г. (дата обращения: 20.12. 2024).

ках лицензионного контроля) и др.

Как указывается в судебных решениях, «материальным основанием административной ответственности является совершение предусмотренного Кодексом РФ об административных правонарушениях или законом субъекта РФ деяния в форме действия или бездействия.

Под юридическим основанием административной ответственности понимается состав административного правонарушения, который представляет собой совокупность установленных законом объективных и субъективных признаков, характеризующих конкретное деяние как административное правонарушение»⁴.

Привлекаться к административной ответственности могут как физические, так и юридические лица – и врач, и главный врач, и его заместитель, и медицинские организации, и индивидуальные предприниматели, которые занимаются оказанием медицинских услуг, могут быть субъектами административной ответственности. При этом, законодательство позволяет по одному факту административного правонарушения одновременно привлечь к административной ответственности как физическое лицо, так и медицинскую организацию, и назначение административного наказания юридическому лицу не освобождает от административной ответственности виновное физическое лицо (ч.3 ст. 2.1 КоАП РФ).

Медицинские работники (медицинские организации) могут быть привлечены к административной ответственности за совершение следующих правонарушений:

- статья 5.27.1 КоАП РФ (нарушение государственных нормативных требований охраны труда, содержащихся в федеральных законах и иных нормативных правовых актах Российской Федерации);
- статья 5.39 КоАП РФ (отказ в предоставлении информации);
- статья 5.59 КоАП РФ (нарушение порядка рассмотрения обращений граждан, объединений граждан, в том числе юридических лиц);
- статья 6.2 КоАП РФ (незаконное занятие народной медициной);
- статья 6.3 КоАП РФ (нарушение законодательства в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения);
- статья 6.4 КоАП РФ (нарушение санитарно-эпидемиологических требований к эксплуатации жилых помещений и общественных помещений, зданий, сооружений и транспорта);
- статья 6.18 КоАП РФ (нарушение установленных законодательством о физической культуре и спорте требований о предотвращении допинга в спорте и борьбе с ним);
- статья 6.28 КоАП РФ (нарушение установленных правил в сфере обращения медицинских изделий);
- статья 6.29 КоАП РФ (невыполнение обязанно-

стей о представлении информации о конфликте интересов при осуществлении медицинской деятельности и фармацевтической деятельности);

- статья 6.30 КоАП РФ (невыполнение обязанностей об информировании граждан о получении медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи);

- статья 6.31 КоАП РФ (нарушение законодательства о донорстве крови и ее компонентов);

- статья 6.32 КоАП РФ (нарушение требований законодательства в сфере охраны здоровья при проведении искусственного прерывания беременности);

- статья 14.1 КоАП РФ (осуществление предпринимательской деятельности без государственной регистрации или без специального разрешения (лицензии));

- по другим статьям КоАП РФ.

Анализ действующего административного законодательства Российской Федерации позволяет говорить о том, что органы власти больше фокусируют свое внимание на пресечении правонарушений, связанных с экономической составляющей осуществления медицинской деятельности. Медработники подвергаются административному наказанию за нарушения административных предписаний, то есть правил осуществления медицинской деятельности, правил оказания медицинских услуг. Ответственность в данном случае последует только после того, как будет доказана противоправность действий виновного лица. В отличие от уголовной ответственности, административное правонарушение не всегда приводит к наступлению неблагоприятных последствий, в том числе причинению вреда. Однако если врач или медицинская организация нарушили административные предписания, хотя имелась возможность их не нарушать, то даже при том, что неблагоприятные последствия не наступили, они все равно могут быть привлечены к административной ответственности.

Если обратиться к статистике, то за 2021 год большую часть рассмотренных в судах составили дела по ст. 14.1 КоАП РФ (осуществление предпринимательской деятельности без государственной регистрации или без специального разрешения (лицензии) – 130 126 дел; по ст.ст. 6.3-6.6 КоАП РФ (нарушение законодательства в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия) – 75 358 дел; по ст. 5.39 КоАП РФ (отказ в предоставлении информации) – 783 дела.

За 2022 год большую часть рассмотренных в судах дел также составили дела по ст. 14.1 КоАП РФ (осуществление предпринимательской деятельности без государственной регистрации или без специального разрешения (лицензии) – 130 443 дел; по ст. ст. 6.3-6.6 КоАП РФ (нарушение законодательства в области обеспечения санитарно-эпидемиологическо-

⁴ Решение Ленинского районного суда г. Кирова от 06.12.2016 по делу № 12-896/2016 // Судебные и нормативные акты РФ. URL: <http://sudact.ru> (дата обращения: 29.11.2024).

го благополучия) – 32 628 дел; по ст. 6.2 КоАП РФ (незаконное занятие частной медицинской практикой, частной фармацевтической деятельностью либо народной медициной (целительством)) – 1 087 дел; по ст. 5.39 КоАП РФ (отказ в предоставлении информации) – 657 дел.

За 2023 год большая часть рассмотренных в судах дел осталась прежней и составили дела по ст. 14.1 КоАП РФ (осуществление предпринимательской деятельности без государственной регистрации или без специального разрешения (лицензии)) – 125 141 дел; по ст. 6.3 (нарушение законодательства в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия) – 1057 дел; по ст. 5.39 КоАП РФ (отказ в предоставлении информации) – 651 дело⁵.

Судя по статистике наибольшее количество правонарушений по ст. 14.1 КоАП РФ.

Так, в соответствии с ч.4 ст.14.1 КоАП РФ осуществление предпринимательской деятельности с грубым нарушением требований и условий, предусмотренных специальным разрешением (лицензией), за исключением случаев, предусмотренных частью 1.1 статьи 14.4.2 настоящего Кодекса, влечет наложение административного штрафа на лиц, осуществляющих предпринимательскую деятельность без образования юридического лица, в размере от четырех тысяч до восьми тысяч рублей или административное приостановление деятельности на срок до девяноста суток; на должностных лиц - от пяти тысяч до десяти тысяч рублей; на юридических лиц - от ста тысяч до двухсот тысяч рублей или административное приостановление деятельности на срок до девяноста суток.

Например, аптека пыталась оспорить штраф в размере 200 тыс. руб. за грубое нарушение лицензионных требований (ч. 4 ст. 14.1 КоАП РФ). Организация подчеркивала, что протокол составлен не по правилам. В частности, в нем указано физлицо, которое не имеет отношения к аптеке. Пятнадцатый арбитражный апелляционный суд⁶ указал, что пропуск в фамилии продавца-консультанта всего одной буквы не влечет недействительности протокола. Суд учел и другие нарушения, допущенные аптекой. Продавец-консультант не имел фармацевтического образования и сертификата специалиста. Он продал одну капсулу лекарственного средства без рецепта врача, нарушив первичную и вторичную упаковки. Кроме того, при продаже был превышен размер допустимой розничной надбавки. Такие действия являются грубыми нарушениями лицензионных требований.

Исходя из судебной статистики, понимаем, что для медицинских работников наиболее значима 6-я глава, которая перечисляет случаи наступления административной ответственности, связанные с нарушением охраны жизни и здоровья граждан. Рассмотр-

им те из них, которые наиболее тесно связаны с медицинской деятельностью, подробнее.

В статье 6.2 КоАП РФ установлено, что занятие народной медициной без получения разрешения, установленного законом, - влечет наложение административного штрафа в размере от двух тысяч до четырех тысяч рублей.

Понятие «народная медицина» не должно вводить в заблуждение.

Народной медициной являются методы оздоровления, утвердившиеся в народном опыте, в основе которых лежит использование знаний, умений и практических навыков по оценке и восстановлению здоровья. К народной медицине не относится оказание услуг оккультно-магического характера, а также совершение религиозных обрядов (п. 1 ст. 50 Закона № 323-ФЗ).

Право на занятие народной медициной имеет гражданин, получивший разрешение, выданное органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья.

Решение о выдаче разрешения на занятие народной медициной принимается на основании заявления гражданина и представления медицинской профессиональной некоммерческой организации либо заявления гражданина и совместного представления медицинской профессиональной некоммерческой организации и медицинской организации. Разрешение дает право на занятие народной медициной на территории субъекта Российской Федерации, органом исполнительной власти которого выдано такое разрешение.

Лицо, получившее разрешение, занимается народной медициной в порядке, установленном органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации.

Народная медицина не входит в программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Приказом Росздравнадзора от 25.01.2006 № 154-Пр/06 введена в работу Система добровольной сертификации услуг в области народной медицины «Реестр целителей» (вместе с Порядком проведения сертификации услуг в области народной медицины, Порядком ведения реестра сертификатов соответствия Системы добровольной сертификации услуг в области народной медицины «Реестр целителей»).

Субъектом правонарушения по ст. 6.2 КоАП РФ является гражданин, который занимается народной медициной без разрешения. При этом санкция ст. 6.2 КоАП РФ не предусматривает в качестве субъекта административной ответственности юридическое лицо. Следовательно, в отношении юридических лиц, осуществлявших деятельность без лицензии, действует общая норма, а именно ч.2 ст. 14.1 КоАП РФ (Постановление ФАС Волго-Вятского округа от

⁵ Судебная статистика РФ. URL: <https://stat.api-пресс.пф/stats/adm/t/31/s/1> (дата обращения: 01.10.2024).

⁶ Постановление Пятнадцатого арбитражного апелляционного суда от 07.05.2019 по делу № А53-2800/2019. URL: https://storage.consultant.ru/ondb/attachments/201905/e/ek7jscrcoit9_yo/A53-2800_2019_20190507_Postanovlenie_apelljacionnoj_instancii_jzH.pdf (дата обращения: 31.01.2025).

13.06.2007 по делу № А43-33832/2006-9-1127).

В ч.1 ст. 6.3 КоАП определено, что нарушение законодательства в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, выразившееся в нарушении действующих санитарных правил и гигиенических нормативов, невыполнении санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, - влечет предупреждение или наложение административного штрафа на граждан в размере от ста до пятисот рублей; на должностных лиц - от пятисот до одной тысячи рублей; на лиц, осуществляющих предпринимательскую деятельность без образования юридического лица, - от пятисот до одной тысячи рублей или административное приостановление деятельности на срок до девяноста суток; на юридических лиц - от десяти тысяч до двадцати тысяч рублей или административное приостановление деятельности на срок до девяноста суток.

Например, проведенной Управлением Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека проверкой, в районной больнице установлено, что медицинской сестрой Д. допущены нарушения санитарных правил СП 3.3.2342-08 «Обеспечение безопасности иммунизации», СП 3.1./3.2.1379-03 «Общие требования по профилактике инфекционных и паразитарных болезней», а именно при постановке АКДС-вакцины, была нарушена техника введения: в соответствии с инструкцией по применению препарата АКДС-вакцина вводится в передне-наружную поверхность бедра, однако инъекция была введена в верхний наружный квадрант ягодицы, что является нарушением п.3.6 МУ 3.3.1889-04 «Порядок проведения профилактических прививок», п.3.37 СП 3.3.2342-08 «Обеспечение безопасности иммунизации»; при проведении прививок стерильный материал (ватные шарики) берётся нестерильным пинцетом (пинцет хранится в 3% перекиси водорода, не стерилизуется), что является нарушением п.3.37 СП 3.3.2342-08 «Обеспечение безопасности иммунизации»; нарушение дезинфекционного режима в прививочном кабинете – нет учета поступления дезинфицирующих средств, нет расчета потребности дезинфицирующих средств для обеспечения отходов класса Б, нарушение дезинфекционного режима подтверждается результатами лабораторных исследований – обнаружен *St. Aureus*, на полке холодильника, что является нарушением требований ст. 11, п.1 ст. 29, ст. 35 ФЗ № 52 от 30.03.1999г. «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», предусматривающие административную ответственность по ст. 6.3 КоАП РФ⁷.

Таким образом, медицинская сестра детской консультации ЦРБ Д., как должностное лицо, совершила административное правонарушение, предусмотренное ст. 6.3 КоАП РФ.

Судья признал медицинскую сестру Д. виновной в совершении административного правонарушения,

предусмотренного ст. 6.3 КоАП РФ, и подверг её административному наказанию в виде административного штрафа в размере 500 рублей.

Статьей 6.6 Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях установлена ответственность за нарушение санитарно-эпидемиологических требований к организации питания населения в столовых, ресторанах, кафе, барах и других местах, в том числе при приготовлении, хранении и реализации населению пищи и напитков.

Согласно Федеральному закону от 30.03.1999 № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» под санитарно-эпидемиологическими требованиями понимаются обязательные требования к обеспечению безопасности и безвредности для человека факторов среды обитания, условий деятельности юридических лиц, индивидуальных предпринимателей и граждан, несоблюдение которых создает угрозу жизни или здоровью человека.

За нарушение указанных требований к организации питания населения статьей 6.6 КоАП РФ предусмотрена административная ответственность в виде административного штрафа или административного приостановления деятельности. Для граждан штраф составляет до 1500 рублей; для должностных лиц – от 5000 до 10000 рублей.

Так, заместителем начальника Территориального отдела Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека в отношении должностного лица – Г., работающей медицинской сестрой, диетической в центральной городской больнице, был составлен протокол об административном правонарушении по ст. 6.6 КоАП РФ, в виду нарушения требований ст. 17 Федерального Закона от 30.03.1999 г. № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», п. 9.1 СанПиН 2.3.6.1079-01 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям общественного питания, изготовлению и оборотоспособности в них пищевых продуктов и продовольственного сырья», выявленных при рассмотрении материалов (журнала контроля за качеством готовой пищи – бракеражного журнала пищеблока) полученных в ходе административного расследования, проведённого на основании определения о возбуждении дела в связи с жалобой на некачественную пищу (печень) во время обеда в эндокринологическом отделении, полученным из пищеблока центральной городской больницы, где готовится пища для всех стационарных больных.

Суд признал Г. виновной в совершении административного правонарушения, предусмотренного ст. 6.6 КоАП РФ и назначил ей административное наказание в виде административного штрафа в размере 2000 (две тысячи) рублей.

Следует обратить внимание на то, что в примерах из судебной практики признания виновными по ст.ст.

⁷ Обзор правоприменительной практики контрольно-надзорной деятельности Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека за 1 квартал 2018 года (утв. Роспотребнадзором). // URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_307761/95e86b507bbd9b97acd26a34bcd4948972cd9c34/ (дата обращения: 05.02.2025).

6.3 и 6.6. КоАП медицинские сестры упоминаются в качестве должностных лиц.

В ст. 2.4 КоАП закреплено понятие должностного лица как субъекта административной ответственности. Согласно данной статье административной ответственности подлежит должностное лицо в случае совершения им административного правонарушения в связи с неисполнением либо ненадлежащим исполнением своих служебных обязанностей. В примечании к ст. 2.4 КоАП изложено определение должностного лица, которое в своей основе совпадает с определением должностного лица, данным в Уголовном кодексе РФ. Вместе с тем КоАП более широко определяет круг должностных лиц, ими, в частности, могут признаваться даже лица, осуществляющие предпринимательскую деятельность без образования юридического лица, совершившие административные правонарушения, которые несут административную ответственность как должностные лица, если КоАП не установлено иное.

Медицинским работникам важно также обратить внимание на иные вышеприведенные статьи КоАП РФ.

Исходя из особенностей профессиональной деятельности медицинских работников, возможно заметить, что за совершение ими административных правонарушений, как правило, могут быть применены такие административные наказания, как предупреждение; административный штраф; дисквалификация; административное приостановление деятельности.

Административное приостановление деятельности медицинских организаций как вид административного наказания применяется крайне редко.

Так, в судебном решении отмечается, что «...исходя из смысла ст. 3.12 КоАП РФ административное приостановление деятельности, как вид административного наказания, применяется в случае угрозы жизни и здоровью людей и назначается судьей только в случае, если менее строгий вид наказания не смо-

жет обеспечить достижение цели административного наказания. Из данной нормы следует, что административное приостановление деятельности является крайней мерой и применяется в исключительных случаях.

Учитывая социальную значимость деятельности ООО Стоматологическая клиника «...», оказывающего населению медицинскую помощь, судья приходит о том, что административное приостановление деятельности юридического лица существенно затруднит оказание квалифицированной и полноценной медицинской помощи соответствующим больным с возможным нарушением их законных прав и интересов⁸.

Таким образом, тенденции сегодняшнего дня таковы, что высококвалифицированный медицинский работник должен не только уметь лечить, но и обладать необходимым минимумом знаний в правовой сфере. Эта аксиома актуальна как для работников государственного сектора медицины, так и для и медицинских клиник частного сегмента здравоохранения (в том числе частнопрактикующих врачей)⁹.

Овладение медицинским работником правовыми знаниями важно с точки зрения защиты интересов граждан, обратившихся за медицинской помощью или медицинскими услугами. Полагаем, «повышение уровня правовой грамотности медицинского персонала позволит повысить уровень социальной удовлетворенности пациентов, являющейся на сегодняшний день одним из основных индикаторов эффективности функционирования системы здравоохранения»¹⁰.

Это правило в полной мере относится и к правовой информации, необходимой медицинскому работнику для защиты своих прав (например, при разрешении конфликтов с пациентом или его представителями, или в случае привлечения медицинской организации или медицинского работника к административной ответственности).

Библиографический список

1. Административное право России: Учебник для студентов вузов, обучающихся по специальности «Юриспруденция» / Под. ред. В.Я. Кикотя, П.И. Кононова, И.Ш. Киясханова. 5-е изд., перераб. и доп. – М.: ЮНИТИ ДАНА; Закон и право, 2012. – 759 с.
2. Киселев А.В. Административно-правовой статус государственных учреждений: понятие, элементы, особенности // Законы России: опыт, анализ, практика. – 2007. – № 6. – С. 108-115.
3. Старчиков М.Ю. Административная ответственность медицинских работников: основания наступления, комментарии юриста и судебная практика. – Специально для системы ГАРАНТ, 2019.
4. Старчиков М.Ю. Правовой минимум медицинского работника (врача). – М.: Гэотар-Медиа, 2017. – 256 с.

Рецензент: Коновалов В.А., заведующий кафедрой административного и финансового права Оренбургского института (филиала) Университета имени О.Е. Кутафина (МГЮА), к.ю.н., доцент.

⁸ Киселев А.В. Административно-правовой статус государственных учреждений: понятие, элементы, особенности // Законы России: опыт, анализ, практика. 2007. № 6. С. 108-115.

⁹ Старчиков М.Ю. Правовой минимум медицинского работника (врача). М.: Гэотар-Медиа, 2017. С. 7-9.

¹⁰ Там же.

КОЛОДИНА МАЙЯ ВЛАДИМИРОВНА

кандидат юридических наук, доцент кафедры административного и финансового права Оренбургского института (филиала) Университета имени О.Е. Кутафина (МГЮА), 460000, г. Оренбург, ул. Комсомольская, 50, oMVKolodina@msal.ru

РАХМАТУЛЛИНА ОКСАНА ВЛАДИМИРОВНА

кандидат юридических наук, доцент кафедры административного и финансового права Оренбургского института (филиала) Университета имени О.Е. Кутафина (МГЮА), 460000, г. Оренбург, ул. Комсомольская, 50, oOVRakhmatullina@msal.ru

ВОПРОСЫ ФИНАНСОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

KOLODINA MAYA VLADIMIROVNA

candidate of legal sciences, associate professor of the Department of administrative and financial law of the Orenburg Institute (branch) of Moscow State Law University named after O.E. Kutafin, 460000, Orenburg, Komsomolskaya Street, 50, oMVKolodina@msal.ru

RAKHMATULLINA OKSANA VLADIMIROVNA

candidate of legal sciences, associate professor of the Department of administrative and financial law of the Orenburg Institute (branch) of Moscow State Law University named after O.E. Kutafin, 460000, Orenburg, Komsomolskaya Street, 50, oOVRakhmatullina@msal.ru

FINANCIAL SUPPORT ISSUES FOR THE HEALTHCARE SYSTEM IN THE RUSSIAN FEDERATION

Аннотация. В научной статье рассматриваются источники финансирования оказания медицинской помощи в Российской Федерации. В качестве основных источников выделены и проанализированы: средства федерального бюджета; средства бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования; внебюджетные источники. Определены основные проблемы в сфере финансирования оказания медицинской помощи на территории Российской Федерации, а также направления их преодоления.

Ключевые слова: бюджет, обязательное медицинское страхование, финансирование, здравоохранение, государственно-частное партнерство.

Review. The scientific article examines the sources of financing the provision of medical care in the Russian Federation. The following are identified and analyzed as the main sources: federal budget funds; budget funds of the Federal Compulsory Medical Insurance Fund; extra-budgetary sources. The main problems in the field of financing the provision of medical care in the territory of the Russian Federation are identified, as well as the directions for overcoming them.

Key words: budget, compulsory medical insurance, financing, health care, public-private partnership.

Вопросы обеспечения системы здравоохранения в Российской Федерации являются приоритетными. Это связано с тем, что в Конституции Российской Федерации провозглашено, что каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь, которая оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения¹. В Российской Федерации финансируются федеральные программы охраны и укрепления здоровья населения, принима-

ются меры по развитию государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения, поощряется деятельность, способствующая укреплению здоровья человека, развитию физической культуры и спорта, экологическому и санитарно-эпидемиологическому благополучию.

Кроме того, в соответствии со Стратегией национальной безопасности Российской Федерации² одним из национальных приоритетов является сбережение народа России и развитие человеческого потенциала. Поэтому государственная социально-эко-

¹ Конституция Российской Федерации» (принята всенародным голосованием 12.12.1993 с изменениями, одобренными в ходе общероссийского голосования 01.07.2020). URL: <http://www.pravo.gov.ru> (дата обращения: 12.02.2025).

номическая политика должна быть направлена на обеспечение достойной жизни и свободного развития человека, создание условий для укрепления здоровья граждан, увеличение продолжительности жизни, снижение смертности. Обеспечение указанных приоритетов невозможно без создания эффективной системы финансирования здравоохранения в Российской Федерации. В настоящее время в России действует смешанная система финансирования данной сферы, поскольку она может осуществляться как за счет бюджетных источников, так и внебюджетных. Указанная система имеет свои преимущества, например, возможность привлечения дополнительных денежных средств за счет внебюджетных источников (средства организаций, физических лиц, добровольные пожертвования), но и свои минусы, которые связаны с ограниченными финансовыми возможностями медицинских учреждений, которые используют исключительно бюджетные источники.

Бюджетные источники целесообразно разделить на два вида: средства государственного (местного) бюджета и средства государственных внебюджетных фондов. В зависимости от вида медицинской услуги, бюджетные источники могут быть различны. Так, если речь идет о первичной медико-санитарной помощи, то она осуществляется за счет: 1) средств обязательного медицинского страхования; 2) бюджетных ассигнований федерального бюджета, бюджетов субъектов Российской Федерации, выделяемых на финансовое обеспечение реализации территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (в части медицинской помощи, не включенной в программы обязательного медицинского страхования, а также расходов, не включенных в структуру тарифов на оплату медицинской помощи, предусмотренную в программах обязательного медицинского страхования); 3) иных источников. А в случае осуществления медицинской деятельности, связанной с донорством органов человека, костного мозга и гемопоэтических стволовых клеток в целях трансплантации (пересадки), финансирование осуществляется за счет: 1) бюджетных ассигнований, предусмотренных в федеральном бюджете уполномоченному федеральному органу исполнительной власти; 2) бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации, предусмотренных для выделения медицинским организациям, подведомственным исполнительным органам субъектов Российской Федерации.

Таким образом, термин источник бюджетного финансирования медицинских услуг подразумевает выделение денежных средств из бюджета Российской Федерации, бюджета субъекта Российской Федерации, муниципального бюджета, а также бюдже-

тов государственных внебюджетных фондов в форме бюджетных ассигнований на осуществление расходов, связанных с выполнением государственных заказов, государственных программ в области здравоохранения, а также с содержанием организаций, оказывающих медицинские услуги.

В соответствии с Федеральным законом «О федеральном бюджете на 2025 года и плановый период 2026-2027 гг.» с 2025 года были существенно увеличены расходы федерального бюджета по направлению «Здравоохранение», так: в 2025 году – 1 864 295,7 млн рублей, в 2026 году – 1 862 111,8 млн рублей, в 2027 году – 1 918 314,5 млн рублей. Наблюдается увеличение расходов в данной сфере на 243 989, 3 млн. руб. по сравнению в 2024 г. (на 10,6%). Кроме того, в рамках направления здравоохранения запланирована реализация следующих национальных проектов: «Продолжительная и активная жизнь» – 369,8 млрд руб., при этом 60% этих расходов идет на федеральную программу «Развитие системы оказания ПМСП» и федеральную программу «Борьба с онкологическими заболеваниями»; «Новые технологии сбережения здоровья» – 4,8 млрд руб.; «Семья» – 25,6 млрд руб.

Таким образом, расходы на здравоохранение в России составляют достаточно большую часть федерального бюджета. Это связано с тем, что существенная доля медицинских услуг носит бесплатный характер, перечень которых определяется Правительством Российской Федерации, к ним относятся: первичная медико-санитарная помощь, в том числе первичная доврачебная, первичная врачебная и первичная специализированная медицинская помощь; специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь; скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь; паллиативная медицинская помощь, в том числе паллиативная первичная медицинская помощь, включая доврачебную и врачебную медицинскую помощь, а также паллиативная специализированная медицинская помощь³. Данная система государственных гарантий формируется на основе ежегодной разработки территориальных программ субъектами Российской Федерации, в рамках которых определяются объемы прогнозируемой медицинской помощи на календарный год, тарифы на оказание медицинских услуг и перечень видов медицинской помощи. Но следует отметить, что оплата осуществляется по твердым тарифам по каждому конкретному случаю и не учитывает степень удовлетворенности пациента, оказанной в отношении него медицинской помощи⁴. Это приводит к ситуации, когда у медиков нет особой заинтересованности в достижении результата лечения, но при этом важно оказать как можно больше услуг, в

² Указ Президента РФ от 02.07.2021 № 400 «О Стратегии национальной безопасности Российской Федерации»// СЗ РФ. 2021. № 27 (Ч. II). Ст. 5351.

³ Постановление Правительства РФ от 27.12.2024 № 1940 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов»// СЗ РФ. 2024. № 53 (Ч. II). Ст. 8753.

⁴ Бобровская Е.А. Особенности оказания бесплатной медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий // Региональный вестник. 2018. № 4 (13). С. 7-9.

целях получения максимального финансового результата. Таким образом, эффективность медицинской помощи существенно снижается. Так, в регионах наблюдается «разбалансировка финансового обеспечения за счёт высокотехнологичной медицинской помощи (далее – ВМП) и специализированной помощи. Стоимость ВМП завышена на 15%... больше половины средств оттянули эти самые дорогостоящие виды, это всё происходит за счёт ущемления медицинской помощи в других медорганизациях»⁵. Таким образом, формируются завышенные тарифы по отдельным видам медицинской помощи, которые могут приводить к дисбалансу в сфере оказания иных видов медицинской помощи. По результатам проведенных контрольных мероприятий со стороны Счетной палаты РФ, при расчёте стоимости норматива федеральных затрат на оказание услуг ВМП стоимость завышена в среднем на 13%⁶. Все это оказывает негативное влияние на финансовую устойчивость системы обязательного медицинского страхования.

Преимущественное использование бюджетных средств в сфере здравоохранения, с одной стороны, положительно сказывается на ней, но при этом большая зависимость этой области от государства делает её уязвимой в случае дестабилизации экономики страны. Поэтому возможность привлечения внебюджетных средств, является стимулом для развития здравоохранения в России. В мире, довольно часто применяется система государственно-частного партнерства в сфере обеспечения функционирования системы здравоохранения. Так, показательным примером в данном случае является Великобритания, 95% медицинских учреждений находятся в государственной собственности, но их управлением занимаются трастовые фонды. Бюджеты трастов определяются Правительством. При этом, они обязаны удерживать цены на медицинские услуги и не могут их самостоятельно повышать. Фактически, медицинские услуги оплачивает государство за счет аккумулирования денежных средств (например, налогов), но из данного правила существуют исключения, поскольку существует частичная оплата рецептурных лекарств, стоматологической помощи за счет потребителей. При этом наблюдается самостоятельность в части реализации управленческой функции со стороны медицинского учреждения. Кроме того, в Великобритании есть частные кабинеты врачей, которые также могут оказывать услуги в частном (платном) порядке, так и по страховке за счет бюджетных средств. Данная система позволяет снижать издержки на здравоохранение со стороны государства, а с другой стороны партнерство в этой области может способство-

вать повышению эффективности качества медицинских услуг, покупке современного медицинского оборудования, подготовки квалифицированных кадров и популяризации медицинской профессии.

В Российской Федерации в настоящее время также реализуется государственно-частное партнерство в сфере здравоохранения посредством следующих механизмов:

- 1) аренда неиспользуемых помещений или оборудования;
- 2) государственные инвестиции в частную медицину;
- 3) обмен опытом в медицинской практике;
- 4) привлечение новых специалистов.

Реализация государственно-частного партнерства в медицине возможна посредством концессионных соглашений, суть которых заключается в том, что «сохраняется титул собственности на объект соглашения за публичной стороной и осуществляются регулярные платежи концессионера концеденту за его владение и пользование»⁷. Однако существует конфликт частных и публичных интересов в части реализации государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения. Частные субъекты стремятся получить особые условия и преференции для оказания медицинских услуг от государства. Но в России действует единая система обязательного медицинского страхования, в которой не предусмотрено особых гарантий в сфере определения объемов медицинской помощи и тарифов на весь период действия соглашений⁸. Однако в них можно установить размер и порядок возмещения недополученных доходов, например, от эксплуатации объекта здравоохранения в целях обеспечения минимального гарантированного дохода для частных партнеров. Кроме того, необходимо учитывать тот факт, что территориальная программа обязательного медицинского страхования формируется исходя из базовой программы, которая утверждается ежегодно Правительством Российской Федерации. Поэтому невозможно точно спрогнозировать объемы медицинских услуг и тарифы на их оказание на весь период действия соглашения и, в связи с этим, нет никаких гарантий оплаты медицинских услуг за счет средств обязательного медицинского страхования. С одной стороны, данный порядок способствует стабилизации стоимости каждой медицинской услуги, но, с другой стороны, не позволяет эффективно развиваться государственно-частному партнерству в данной сфере, поскольку заинтересованность частных партнеров снижается из-за снижения финансового результата (прибыли) от деятельности.

Большая часть расходов в сфере здравоохранения осуществляется за счет средств Фонда обязательно-

⁵ Основные аспекты ситуации с тарифами на медицинскую помощь в России, обсуждаемые в Государственной Думе. URL: <https://www.edu-med-nmo.ru/medinfo/osnovnye-aspekty-situacii-s-tarifami-na-medicinskuyu-pomosch-v-rossii-obsuzhdaemye-v-gosdume?ysclid=m78o7v0lj7214387466> (дата обращения: 14.02.2025).

⁶ Счетная палата назвала дефекты системы медицинского страхования в России. URL: <https://www.rbc.ru/economics/16/11/2021/6192ab7f9a79471cdf214050> (дата обращения: 14.02.2025).

⁷ Ратников К.Ю., Дядченко К.В., Салогубова Е.В. Роль концессии как государственно-частного партнерства в сфере медицины России при развитии социальной политики государства // Вестник научной мысли. 2021. № 3. С. 12.

⁸ Приказ Минздрава России от 28.02.2019 № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» // Российская газета. 2019. № 108.

го медицинского страхования в Российской Федерации (далее – ФОМС). Так, его бюджет по разделу «Здравоохранение» в 2025 году вырос на 20,7% и достиг 4,3 трлн. рублей. Таким образом, прирост финансирования из источников ОМС существенно выше по сравнению с федеральным бюджетом. При этом, бюджет ФОМС является дефицитным и составляет в 2025 г. 136 617 720,2 тыс. рублей. Финансирование дефицита бюджета будет осуществляться за счет переходящих остатков денежных средств бюджета данного Фонда. Кроме того, в целях достижения целей, поставленных перед Фондом, из федерального бюджета будут выделены субвенции, при чем, их прирост составит 6,9% в 2025 г., а в 2026 г. – 6,7%. Все это говорит о том, что существуют проблемы в формировании Фонда и определяет его зависимость от федерального бюджета. Расходы бюджета Фонда осуществляются в рамках реализации мероприятий государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения».

Основной сложностью формирования Фонда обязательного медицинского страхования в России являются проблемы в аккумулировании его доходов, а именно со страховыми взносами. К сожалению, в нашей стране работодатели часто прибегают к различным схемам уклонения от уплаты страховых взносов за своих работников: выплаты заработной платы в конверте; искусственное снижение размера официальной заработной платы для отчетности; использование труда наемных работников без официального трудоустройства и др. При этом, в случае возникновения потребности в медицинских услугах, например, вызов скорой помощи, государство гарантирует ее оказание за счет бюджетных средств любому гражданину, вне зависимости от уплаты страховых взносов. Таким образом, государство несет большие убытки в данной сфере, что не позволяет достичь поставленных целей финансирования в сфере здравоохранения. Кроме того, существуют проблемы в сфере эффективности использования средств Фонда обязательного медицинского страхования и, в основном, они связаны с нарушениями в области использовании денежных средств Фонда: оказание медицинской помощи с несоответствием профиля оказания медицинской помощи полу застрахованного лица; оказание медицинской помощи после даты смерти пациента; включение в реестр счетов нескольких страховых случаев, при которых медицинская помощь оказана застрахованному лицу в один период оплаты с пересечением или совпадением сроков лечения и др.⁹. Все это, существенно снижает показатели эффективности использования средств данного государственного внебюджетного фонда, поэтому необходимо оптимизировать систему финансового контроля в данной сфере, которая бы отвечала потребностям

настоящего времени, позволяла своевременно выявлять «уклонистов» в сфере уплаты обязательных страховых взносов; пресекать данные действия; минимизировать риск совершения ошибок при расчетах. для этого в систему финансового контроля в настоящее время внедряются новые цифровые инструменты, применение которых позволит достичь данных целей. так, Счетная палата Российской Федерации внедряет цифровые инструменты, автоматизируя процессы проведения контрольных мероприятий. Например, использование искусственного интеллекта может способствовать существенному преобразованию аудита, за счет того, что его процесс будет существенно ускорен. Кроме того, «в условиях цифровизации методы финансового контроля изменяются в сторону преобладания дистанционного предварительного контроля, направленного на пресечение и предотвращение правонарушений»¹⁰.

Таким образом, по нашему мнению, в сфере финансирования здравоохранения в российской федерации существуют проблемы, решение которых, является приоритетным для нашей страны. Так, основными из них являются:

- низкий уровень мотивации медицинских учреждений, финансируемых за счет бюджета в рамках ее деятельности по повышению эффективности оказываемых медицинских услуг;
- неэффективная система формирования тарифов на оказание медицинской помощи, что затрудняет гибкое реагирование на изменения потребностей пациентов и развитие новых технологий. Так, на заседании Комитета Госдумы по охране здоровья 12 февраля 2025 г. с участием представителей Минздрава, Счетной палаты и Федерального фонда ОМС (ФОМС) были обсуждены вопросы совершенствования тарифной политики в системе ОМС. Особо остро обстоит ситуация с тарифами первичной медико-санитарной помощи, которая формируется по подушевому нормативу на каждого прикрепившегося к медицинскому учреждению пациента. Они устанавливаются комиссиями по разработке территориальных программ госгарантий. При этом методика расчета не определена и тарифы определяются по остаточному принципу и различаются в зависимости от региона;
- нестабильность в сфере деятельности страховых организаций и дисбаланс интересов между ними и медицинскими учреждениями;
- необоснованные ограничения для участия частных медицинских организаций в системе ОМС;
- исходя из существующей системы финансирования, нацеленность медицинских учреждений на количество оказываемых медицинских услуг, а не на их качество;
- большое количество нарушений в сфере исполь-

⁹ Письмо ФФОМС от 06.06.2023 № 00-10-101-2-04/8356 «О направлении Обзора основных нарушений, выявленных в 2022 году в ходе проведения проверок». URL: <https://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=EXP&n=827276&cacheid=FE043E551F7179AAB21EECFA8C611C01&mode=splus&rnd=aI24acUIXuiM16ep#zyQR2dU67Y69Skkm> (дата обращения: 11.02.2025).

¹⁰ Колодина М.В., Рахматуллина О.В. Совершенствование методов финансового контроля в Российской Федерации с внедрением финансовых технологий // Право и государство: теория и практика. 2021. № 7 (199). С. 106.

зовании бюджетных средств медицинскими учреждениями.

Решение указанных проблем является приоритетным для нашей страны. Для этого необходим комплексный подход к реформированию системы финансирования здравоохранения в России. Необходимо создать стимулы для медицинских учреждений, посредством введения дополнительных бонусов, например, в случае достижения высоких показателей лечения и исходя из уровня удовлетворенности пациентов медицинскими услугами. Также, представляется необходимым сформировать наиболее эффективную систему формирования тарифов, которая позволит учитывать региональные особенности территории, специфику заболеваний и инновационные методы лечения, что будет способствовать развитию медицинских технологий и улучшению доступности качественной медицинской помо-

щи. В целях повышения собираемости страховых взносов в государственные внебюджетные фонды, необходимо осуществлять эффективный государственный финансовый контроль, в том числе, за деятельностью предприятий, организаций, индивидуальных предпринимателей, своевременно выявлять факты уклонения от уплаты данных платежей и привлекать к ответственности нарушителей. При этом, в целях достижения эффективных показателей в сфере здравоохранения необходимо изменить подходы к оценке работы медицинских учреждений в пользу качества оказываемых ими услуг. Реализация указанных мер позволит значительно улучшить эффективность функционирования системы здравоохранения в России, повысить доступность и качество медицинских услуг, а также снизить коррупционную составляющую в управлении финансовыми ресурсами.

Библиографический список

1. Бобровская Е.А. Особенности оказания бесплатной медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий // Региональный вестник. – 2018. – № 4 (13). – С. 7-9.
2. Колодина М.В., Рахматуллина О.В. Совершенствование методов финансового контроля в Российской Федерации с внедрением финансовых технологий // Право и государство: теория и практика. – 2021. – № 7 (199). – С. 103-106.
3. Ратников К.Ю., Дядченко К.В., Салогубова Е.В. Роль концессии как государственно-частного партнерства в сфере медицины России при развитии социальной политики государства // Вестник научной мысли. – 2021. – № 3. – С. 12-18.

Рецензент: Коновалов В.А., заведующий кафедрой административного и финансового права Оренбургского института (филиала) Университета имени О.Е. Кутафина (МГЮА), к.ю.н., доцент.

ВОРОХОБОВ АЛЕКСАНДР ВЛАДИМИРОВИЧ

доктор философских наук, профессор кафедры гуманитарных и социально-экономических дисциплин, Приволжский филиал ФГБОУВО «Российский государственный университет правосудия имени В.М. Лебедева», 603022, Нижегородская область, Нижний Новгород, проспект Гагарина д. 17 А, vorokhobov@yandex.ru

КОНДРАТЬЕВА АНАСТАСИЯ СЕРГЕЕВНА

студентка Факультета непрерывного образования по подготовке специалистов для судебной системы, Приволжский филиал ФГБОУВО «Российский государственный университет правосудия имени В.М. Лебедева», 603022, Нижегородская область, Нижний Новгород, проспект Гагарина д. 17 А, kondrateva05@internet.ru

ЮРИДИЧЕСКИЕ И МЕДИЦИНСКО-ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ЭВТАНАЗИИ

ALEXANDER VLADIMIROVICH VOROKHOBOV

Doctor of Philosophy, Professor of the Department of Humanities and Socio-Economic Disciplines Privolzhsky branch of the Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Russian State University of Justice», 17A Gagarin Avenue, Nizhny Novgorod Region, 603022, Nizhny Novgorod Region, vorokhobov@yandex.ru

KONDRATIEVA ANASTASIA SERGEEVNA

Student of the Faculty of Continuing Education for the training of specialists for the judicial system Privolzhsky branch of the Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Russian State University of Justice», 17A Gagarin Avenue, Nizhny Novgorod Region, 603022, Nizhny Novgorod Region, kondrateva05@internet.ru

LEGAL AND MEDICAL-DEONTOLOGICAL PROBLEMS OF EUTHANASIA

Аннотация. Вопрос применения эвтаназии имеет долгую и сложную историю, полную юридических, социальных, медицинских и этических аспектов. Актуальность темы заключается в том, что мыслители не могут прийти к единому мнению относительно данной темы. Эвтаназия вызывает множество этических дилемм, связанных с правом человека на жизнь и правом на достойную смерть. Обсуждение этих вопросов важно для формирования общественного мнения и законодательства в этой области.

Ключевые слова: эвтаназия, право на смерть, активная эвтаназия, пассивная эвтаназия, этические проблемы эвтаназии, права пациента, достойная смерть.

Review. The issue of euthanasia has a long and complex history, full of legal, social, medical and ethical aspects. The relevance of the topic lies in the fact that thinkers cannot come to a consensus on this topic. Euthanasia raises many ethical dilemmas related to the human right to life and the right to a dignified death. The discussion of these issues is important for the formation of public opinion and legislation in this area.

Keywords: euthanasia, right to death, active euthanasia, passive euthanasia, ethical problems of euthanasia, patient's rights, dignified death.

Для более точного понимания вопроса о применении эвтаназии необходимо вспомнить ее историю. Уже в IX-II вв. до н.э. искалеченным и инвалидам давали отравляющий отвар для так называемого спасения от страданий. Отдавалось предпочтение быстрой смерти, нежели долгому и мучительному умира-

нию. С V по VII вв. н.э. в Европе эвтаназия применялась в случае, если после сражения оставалось большое количество солдат, раны которых были несовместимы с жизнью. Начиная с XIV в. применение эвтаназии начало подвергаться критике. Такие философы, как М. Лютер, И. Кант и Б. Спиноза выступали

против данной практики. Только в XVII в. эвтаназия была запрещена церковью и названа самоубийством. Несмотря на все это, спустя несколько веков после запрета, тема недопустимости эвтаназии была подвергнута сомнениям. Как высказывался А. Шопенгауэр, основная цель эвтаназии заключается в безболезненной смерти. В XIX в. эвтаназию проводили, называя ее «умерщвлением пациента из жалости». Эвтаназия считалась нормой до XX в., пока во время Второй мировой войны фашисты не начали массово убивать людей в газовых камерах и расстреливать их, называя это эвтаназией. Душевно и физически больных людей убивали, прикрываясь идеей гуманизма и называя это смертью из жалости. Эти действия противоречили принципу гуманизма, несмотря на то, что этот принцип является основополагающим для применения эвтаназии. Гуманизм по отношению к человеку в данном случае выражается в стремлении облегчить страдания пациента и обеспечить ему достойное завершение жизни. Стоит отметить, что споры относительно применения эвтаназии продолжаются и в наши дни¹.

В данный момент в Российской Федерации запрещена эвтаназия. Эвтаназией, в соответствии со 45 статьей ФЗ № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», считается ускорение по просьбе больного его смерти любыми действиями, бездействием или же средствами, в т.ч. прекращение искусственных мероприятий по поддержанию жизни больного².

Существует две формы эвтаназии: активная и пассивная. В первом случае она включает в себя действия, прямо приводящие к скоростной смерти. При втором варианте человек добровольно отказывается от дальнейшего лечения. Существует множество неизлечимых или трудноизлечимых болезней, приводящих к мучениям, вследствие чего больные обращаются к врачам для прерывания своей жизни. При этом эвтаназия все-таки имеет законодательное разрешение в некоторых странах. Данный факт можно объяснить тем, что ее рассматривают как проявление гуманизма и милосердия к неизлечимо больным людям, испытывающим мучительную боль и не имеющим шансов на улучшение. Также эвтаназия связана с принципом уважения к телесной автономии пациента и его праву принимать решения о своём здоровье без внешнего давления³. Как уже отмечалось, в нашей стране эвтаназия запрещена, но при этом стоит отметить, что каждый человек должен иметь право на достойную смерть. Данное право не имеет законодательного закрепления, но с его помощью выражается гуманизм в отношении умирающего человека.

Существует множество мнений отечественных ученых относительно эвтаназии, но все они связаны лишь с двумя факторами: медицинским и юридическим. Медицинский аспект выражается в том, что эвтаназия – это вмешательство, происходящее только с согласия больного. Юридический, в свою очередь, рассматривается как правовое явление, из-за которого появляются новые правоотношения. В итоге диаметрально противоположные взгляды на легализацию эвтаназии объясняются профессиональными особенностями двух разных областей знаний – медицины и юриспруденции.

Если рассматривать эвтаназию с медицинской точки зрения, то потенциальная возможность ее осуществления базируется на сочувствии к больному. Мнения врачей противоположны, пока одни относят эвтаназию к способу облегчения страданий, другие считают, что необходимо до последнего бороться за жизнь пациента. При этом эвтаназия, как медицинское мероприятие, является приемлемой процедурой для смертельно или тяжело больных, которым невозможно помочь в силу их заболевания или отсутствия информации о заболевании, вследствие чего и лекарства от него тоже нет. Именно такого мнения придерживаются многие люди, в том числе и врачи, считая, что именно так выражается право на достойную смерть. Но можно привести и немало примеров, когда человек, больной четвертой стадией рака, смог победить болезнь и после полного восстановления вернуться к обычной жизни. Конечно, случаи бывают разные, и никто не может дать точных гарантий тому, сможет ли человек выздороветь или нет, но, по нашему мнению, нужно бороться и не останавливаться.

Рассматривая данный вопрос с юридической точки зрения можно сказать, что эвтаназия в данный момент в нашей стране расценивается как убийство, то есть умерщвление человека. Разумность и необходимость эвтаназии рассматривают с позиции реализации человека своего права на жизнь. Одним из основополагающих принципов нашего государства является именно это право, указанное в 10 ст. Конституции РФ⁴. Право человека на жизнь гарантируется и находится под постоянной охраной. При этом не стоит забывать о ст. 34 Кодекса профессиональной этики врача РФ⁵, где указано, что при оказании медицинской помощи врач обязан руководствоваться интересами пациента. При этом также существует статья 21 Конституции РФ, в которой говорится, что ни один человек не должен подвергаться пыткам. Из-за данных правовых установлений противоречий меньше не становится, и неразрешенных вопросов появляется лишь все больше, поскольку, продолжая

¹ Степанова, В.В. Эвтаназия: ограничение или реализация права на жизнь? // Молодой ученый. 2023. № 30 (477). С. 100-102. URL: <https://moluch.ru/archive/477/105168/> (дата обращения: 18.09.2024).

² Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 08.08.2024) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.09.2024).

³ Малеина М.Н. Человек и медицина в современном праве. М. 1995. С. 69-75.

⁴ Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993 с изменениями, одобренными в ходе общероссийского голосования 01.07.2020).

⁵ Кодекс профессиональной этики врача Российской Федерации (принят Первым национальным съездом врачей Российской Федерации 05.10.2012).

жизнь, тяжело больной пациент подвергается пыткам. Также рассуждая о разрешении эвтаназии, важно помнить истоки медицины и клятву, которую дает каждый врач. В клятве Гиппократы, содержащей в себе основы медицинской этики, существует принцип уважения жизни и отрицания эвтаназии. При этом следует отметить еще один фактор, негативно влияющий на медицину при легализации эвтаназии – разрешение эвтаназии может замедлить развитие медицины, которая в настоящий момент стремительно движется вперед, создавая все более новые эффективные лекарства. Также стоит отметить, что в случае разрешения эвтаназии необходимо законодательное закрепление процесса ее применения, поскольку квалификации одного врача бывает недостаточно для точного определения диагноза. При этом стоит не забывать, что законодательное разрешение эвтаназии может привести к злоупотреблениям и криминализации данного действия.

Относительно применения эвтаназии в отечественном законодательстве существует немало трудностей и нельзя выделить какой-то один основной фактор, поскольку все они имеют тонкую взаимосвязь, начиная с менталитета русского народа, который негативно относится к применению эвтаназии, поскольку данная идея идет наперекор конституционным принципам отношения людей к жизни. Например, более 10-ти лет назад произошел случай, когда один из депутатов Государственного Собрания Республики Башкортостан выдвинул предложение о

поправках в УК РФ с предложением легализации эвтаназии для признания ее в РФ, после чего депутата подвергли критике⁶. Из этого можно сделать вывод, что в настоящий момент наша страна не готова к данному рода изменениям.

Тема легализации применения эвтаназии является актуальной до сих пор не только в РФ, но и во многих других странах. Эвтаназия, как правовое понятие, ограничивает право на жизнь, и в современных правовых условиях признание её на законодательном уровне в России невозможно. Эвтаназия в России является сложной и многоаспектной темой, охватывающей юридические, этические, медицинские и социальные вопросы. На данный момент в стране не существует легализованной практики эвтаназии, и это приводит к различным юридическим и медицинским проблемам. Решение данной проблемы требует комплексного подхода и тщательного обсуждения на всех социальных уровнях. В разных странах существуют различные правовые нормы, регулирующие вопросы эвтаназии. В зависимости от юридической системы, эвтаназия может быть легализована или запрещена. Это поднимает вопросы ответственности врачей и пациентов, а также необходимость законодательных изменений. Врачи сталкиваются с этическими и юридическими проблемами при решении, проводить ли эвтаназию. Важно обеспечить врачам надлежащие правовые рамки и гарантии, чтобы защитить их от возможных последствий.

Библиографический список

1. Башкирский депутат предложил изменить УК РФ под обсуждаемый закон об эвтаназии. URL: <https://regnum.ru/news/814298>.
2. Малеина М.Н. Человек и медицина в современном праве. – М. – 1995. – 272 с.
3. Степанова, В.В. Эвтаназия: ограничение или реализация права на жизнь? // Молодой ученый. – 2023. – № 30 (477). – С. 100-102. URL: <https://moluch.ru/archive/477/105168/>.

Рецензент: Собко Р.В., доцент кафедры гуманитарных и социально-экономических дисциплин Приволжского филиала Российского государственного университета правосудия, к.ф.н.

⁶ Башкирский депутат предложил изменить УК РФ под обсуждаемый закон об эвтаназии. <https://regnum.ru/news/814298> (дата обращения: 08.11.2024).

ИГНАТЬЕВА ИРИНА ВАЛЕНТИНОВНА

кандидат экономических наук, доцент кафедры, Восточно-Сибирский филиал
Российского государственного университета правосудия имени В.М. Лебедева,
664074, Иркутск, улица Ивана Франко 23а, irina.090@mail.ru

КОРОЛЕВА АНАСТАСИЯ СЕРГЕЕВНА

студент бакалавриата, Восточно-Сибирский филиал Российского
государственного университета правосудия имени В.М. Лебедева, 664074,
Иркутск, улица Ивана Франко 23а, anastasiakoroleva920@gmail.com

СТРАХОВАНИЕ ОТВЕТСТВЕННОСТИ В МЕДИЦИНЕ

IGNATIEVA IRINA VALENTINOVNA

candidate of Economic Sciences, East Siberian Branch of the Lebedev Russian State
University of Justice, 664074, Irkutsk, street Ivana Franko 23a, irina.090@mail.ru

KOROLEVA ANASTASIA SERGEEVNA

bachelor student, East Siberian Branch of the Lebedev Russian State University of
Justice, 664074, Irkutsk, street Ivana Franko 23a, anastasiakoroleva920@gmail.com

LIABILITY INSURANCE IN MEDICINE

Аннотация. В настоящее время нормативно-правовыми актами Российской Федерации регулируется сфера страхования ответственности в медицине. В целом, рынок страхования получает все большее распространение среди населения Российской Федерации. Между тем, существуют определенные недостатки законодательства в области правового регулирования страхования ответственности в медицине, которые необходимо исследовать в данной работе. В научной литературе отмечается, что также трудности заключаются в недостаточном правовом регулировании сферы страхования.

Ключевые слова: ответственность, медицина, страхование, рынок, страхователь, страховщик, риски.

Review. Currently, the sphere of civil liability insurance in medicine is regulated by regulatory legal acts of the Russian Federation. In general, the insurance market is becoming more widespread among the population of the Russian Federation. Meanwhile, there are certain shortcomings of legislation in the field of legal regulation of liability insurance in medicine, which need to be studied in this work. The scientific literature notes that the difficulties also lie in the insufficient legal regulation of the insurance sector.

Keywords: responsibility, medicine, insurance, market, policyholder, insurer, risks.

Статистика показывает, что страхование ответственности в медицине продолжает активно развиваться, выступая в качестве эффективного способа защиты прав граждан от последствий возможных ошибок, совершаемых медицинскими организациями и учреждениями. Кроме того, особенность страхования в медицине состоит в том, что предлагаются и дополнительные услуги, например, страхование от укуса клеща, защита от негативных последствий после прививки и так далее. Так, уже в первом квартале 2023 года объем страхования ответственности в медицине составил 91,7 млрд. рублей на общем рынке добровольного страхования¹. В 2022 году показатель был несколько ниже и составил 64,4 млрд. рублей за аналогичный период 2023 года. Как видно из пред-

ставленной статистики, страхование медицинской ответственности пользуется популярностью среди граждан России².

Страхование ответственности в медицине имеет особую важность, так как оно предполагает защиту на случай причинения вреда при оказании профессиональной помощи. Например, при постановке ошибочного диагноза, неправильного лечения или других случаев страхование ответственности в медицине может покрыть все расходы, обусловленные причинением ущерба гражданину³.

Отрасль медицины является одной из наиболее быстро развивающихся, что особенно заметно в условиях развития цифровых и информационных технологий. В настоящее время в профессиональной де-

¹ Рынок ДМС в I квартале 2023 года: какие страховки продают лидеры рынка: электронный интернет-ресурс. URL: <https://www.banki.ru> (дата обращения: 08.10.2023).

² Итоги 1-го полугодия 2022-го на страховом рынке и прогноз до конца года: инфляция поддержит рынок: электронный интернет-ресурс. URL: <https://gaexpert.ru> (дата обращения: 08.10.2023).

³ Завражский А.В. Комплексное страхование рисков профессиональной медицинской ответственности // Проблемы анализа риска. 2020. № 3. С. 67-69.

тельности врачей применяются новейшие устройства, приспособления и инструменты, однако, появляются иные проблемные вопросы в области оказания медицинской помощи.

Д.С. Зинин по данному поводу отмечает и другие проблемные вопросы: «Обострение проблемы пришлось на современный период, когда, с одной стороны, активность как пациентов, так и врачей в своеобразном противостоянии приобрела не единичный, а массовый характер и вылилась в частые жалобы пациентов на ненадлежащее оказание им медицинской помощи, вплоть до привлечения за это врачей к уголовной ответственности, а с другой – наблюдаются открытые акции протеста со стороны медицинских работников против, как им представляется, «усиления репрессий» к ним, игнорирования специфики медицинской деятельности с ее неискоренимыми осложнениями, непредвиденными реакциями пациентов на проводимое лечение и прочими непрогнозируемыми ситуациями»⁴. Так, автор подчеркивает, что проблемы оказания медицинской помощи в России обостряются, многие граждане жалуются на медицинские организации, поэтому с целью защиты их прав и законных интересов применяется страхование в медицине.

Рассматривая нормативно-правовое становление рынка страхования ответственности в медицине, следует отметить, что первые положения были заложены еще в Основах законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, принятых в 1993 году (далее по тексту – Основы 1993 года). В соответствии с пунктом 7 данного акта закреплялось страхование профессиональной ответственности в медицине. Так, в случае причинения вреда здоровью и жизни граждан должно было быть уплачено страховое возмещение, относящееся к мерам социальной поддержки.⁵ В том случае, если такое причинение вреда было сопровождено халатностью врачей, то в отношении них возбуждалось уголовное дело.

Сейчас нормы о страховании профессиональной ответственности в медицине закреплены в Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 года № 323-ФЗ (далее по тексту – ФЗ № 323), в соответствии с пунктом 7 части 1 статьи 72 которого страхование профессиональной ответственности медицинских работников – это не обязанность, а право, в чем и заключается основное отличие от Основ 1993 года, где страхование ответственности работников в ме-

дицине закреплялось в качестве обязательного.⁶

Следственный комитет Российской Федерации отмечает, что в последнее время участились преступления, совершаемые в сфере здравоохранения. Халатность является проблемой современного государства. Например, только за пять месяцев 2023 года органами следствия было направлено в суд более 60-ти уголовных дел, связанных с врачебными ошибками, повлекшими вред здоровью граждан и летальные исходы⁷. Более того, в 2018 году данным органом власти была предпринята попытка закрепить обязательное страхование профессиональной ответственности в медицине, но Министерство здравоохранения Российской Федерации и федеральный орган исполнительной власти отклонили предложение⁸.

Исходя из норм ФЗ № 323 и Федерального закона от 04.05.2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» медицинская деятельность выступает в качестве деятельности, которая требует обязательного лицензирования. Она может осуществляться только юридическими лицами и индивидуальными предпринимателями. Поскольку оказание медицинских услуг требует лицензии, то установление обязательного страхования ответственности в данном случае могло бы стать действенным инструментом для защиты прав и свобод граждан, пользующихся медицинскими услугами.

Следует отметить, что страхование профессиональной ответственности в медицине обладает особенностями, отличающими данный вид страхования от других видов. Например, наступление страхового случая при оказании медицинских услуг зависит не от внешних факторов, а от действий/бездействия медицинских работников. Страховая организация должна учитывать все возможные риски при оказании медицинской помощи, направление деятельности медицинской организации, профессионализм врачей и наличие претензий, ранее предъявляемых учреждению.

Проанализировав юридическую литературу, можно прийти к выводу, что особенности и проблемы страхования ответственности в медицине практически не изучены, несмотря на то что на территории Российской Федерации действуют немалое количество медицинских организаций и учреждений⁹. Кроме того, за причиненный вред жизни и здоровью медицинский персонал напрямую не отвечает перед пациентом, что вызывает вопросы к законодательной регламентации правил и стандартов оказания медицин-

⁴ Зинин Д.С. Современное состояние законодательного регулирования страховой ответственности медицинских работников // Вестник Университета имени О.Е. Кутафина. 2021. № 8 (84). С. 90-92.

⁵ Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (утв. ВС РФ 22.07.1993 № 5487-1) (ред. от 07.12.2011) // Ведомости Съезда народных депутатов Российской Федерации и Верховного Совета Российской Федерации. 1993. № 33. Ст. 1318.

⁶ Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 года № 323-ФЗ // СЗ РФ. 2011. № 48. Ст. 6724.

⁷ За полгода Следственный комитет Российской Федерации направил в суды 62 дела о врачебных ошибках: электронный интернет-ресурс. URL: <https://iz.ru> (дата обращения: 08.10.2024).

⁸ Дмитриев И.В., Игнатова Н.Б., Абросимов С.Ю. Некоторые аспекты проблемы ятрогении: прошлое, настоящее и будущее // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. 2023. № 3. С. 45-49.

⁹ Седова Н.П., Еремцова И.А. Деликтная ответственность за причинение вреда жизни и здоровью пациентов // Вестник магистратуры. 2022. № 12-6 (135). С. 34-39.

ской помощи гражданам. За врачебные ошибки сотрудник может понести наказание только в том случае, если в его действии/бездействии имеются признаки состава преступления. Соответственно, принцип персональной ответственности как таковой отсутствует. Указанные факты говорят о том, что в России необходимо закрепить обязательное страхование медицинской ответственности персонала и учреждения (организации) в целом.

В 2024 году заместитель председателя Комитета Государственной Думы Российской Федерации по охране здоровья выдвинул инициативу о внесении в законодательство обязательного страхования ответственности в медицине. Представляется, что страховые организации должны будут выплачивать не только материальный вред, но и моральный вред пациенту. В законопроекте планируется закрепить, что обязанность по внесению страховых взносов за медицинских работников должна будет лечь на медицинскую организацию. Если же учреждение является государственным, то финансирование на страхование должно осуществляться из средств федерального бюджета.

Проблема необходимости закрепления обязательного страхования ответственности в медицине является злободневной и обсуждается в научном сообществе уже несколько лет (с момента принятия ФЗ № 323). Н.В. Кравченко, исследуя проблемы обязательного страхования ответственности в медицине, отмечает: «Изучением этой темы в доктрине и практике цивилисты занимаются постоянно, вместе с тем единой позиции не выработано до сих пор. В условиях постоянно меняющихся видов диагностики, методов лечения, внедрения инновационных, технических и биологических технологий необходимость адекватного правового регулирования страхования участников гражданских правоотношений при осуществлении медицинской деятельности не вызывает сомнений», с чем нельзя не согласиться¹⁰.

Считаем, что Основы 1993 года устанавливали более эффективный механизм защиты прав и интересов пациентов от врачебных ошибок, халатного отношения, причинения вреда жизни и здоровью. Кроме того, положение, закрепленное законодателем в статье 98 ФЗ № 323 об ответственности в сфере охраны здоровья, не может в полной мере обеспечить защиту граждан.

Для решения проблемы предлагаем в ФЗ № 323 закрепить норму об обязательном страховании ответственности медицинских работников, как в частных клиниках, так и в государственных учреждениях. Необходимо указать, что страхователь заключает со страховщиком договор страхования медицинской ответственности, по которому в случае совершения врачебной ошибки, ухудшения здоровья пациента,

причинения вреда жизни должна быть выплачена страховая выплата в течение 30 дней с момента подачи документов. Если же в результате неправомерных действий/бездействия сотрудников медицинского учреждения наступила смерть пациента, то страховая выплата должна быть назначена выгодоприобретателю. Несомненно то, что наступившие неблагоприятные последствия должны находиться в причинно-следственной связи с оказанием медицинских услуг учреждением или организацией.

С другой стороны, потребуются решение иных проблемных вопросов, связанных с обязательным страхованием ответственности в медицине. Например, как оформлять договор страхования в том случае, если гражданину оказывается скорая медицинская помощь? Как привлечь к страхованию конкретного врача с целью стимулирования осуществления им своих профессиональных обязанностей должным образом? Ответить на эти вопросы пока представляется достаточно сложным. Считаем, что в любом случае страхование ответственности в медицинской сфере должно стать обязательным, так как такая деятельность сопровождается определенными рисками.

Интересно и то, что 18.05.2021 года на рассмотрение Государственной Думы Российской Федерации был внесен Законопроект № 1173861-7 «О внесении изменений в Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее по тексту – Законопроект), предусматривающий обязательное страхование ответственности медицинских работников. Но к настоящему моменту он отклонен¹¹.

Ретроспективный анализ показал, что в истории России было предпринято несколько попыток закрепить обязательное страхование ответственности в медицине, но пока эти попытки не увенчались успехом. Считаем, что деятельность в сфере медицины представляет риски и может являться источником повышенной опасности. Кроме того, статистика отражает неутешительные выводы, связанные с увеличением количества врачебных ошибок в России и летальными исходами пациентов. Но привлечь к юридической ответственности не только учреждение или организацию, но и конкретного врача не всегда представляется возможным. Граждане же получают вред здоровью либо вовсе умирают.

Таким образом, по итогам исследования были сформулированы следующие выводы: страхование ответственности в медицине в качестве обязательного было закреплено в Основе 1993 года, на сегодняшний момент в ФЗ № 323 установлено, что страхование ответственности является правом. На наш взгляд, для защиты прав и законных интересов пациентов необходимо установить обязательное страхование ответственности в медицине, зак-

¹⁰ Кравченко Н.В. Страхование профессиональной ответственности при применении инновационных медицинских технологий: проблемы и пути их решения // Известия Юго-Западного государственного университета. Серия: История и право. 2021. № 11 (6). С. 109-111.

¹¹ Законопроект № 1173861-7 «О внесении изменений в Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Интернет-портал правовой информации. URL: <https://sozd.duma.gov.ru/bill/1173861-7?ysclid=m201zcodaz255029343> (дата обращения: 08.10.2024).

репив особенности правоотношений, возникающих между страховщиком, страхователем, врачом и выгодоприобретателем. Также потребуется решить и ряд других вопросов, связанных с закреп-

лением перечня рисков, заключением договора страхования при оказании скорой медицинской помощи и персональной ответственностью конкретного работника.

Библиографический список

1. Завражский А.В. Комплексное страхование рисков профессиональной медицинской ответственности // Проблемы анализа риска. – 2020. – № 3. – С. 67-69.
2. Зинин Д.С. Современное состояние законодательного регулирования страховой ответственности медицинских работников // Вестник Университета имени О. Е. Кутафина. – 2021. – № 8 (84). – С. 90-92.
3. Дмитриев И.В., Игнатова Н.Б., Абросимов С.Ю. Некоторые аспекты проблемы ятрогении: прошлое, настоящее и будущее // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. – 2023. – № 3. – С. 45-49.
4. Седова Н.П., Еремцова И.А. Деликтная ответственность за причинение вреда жизни и здоровью пациентов // Вестник магистратуры. – 2022. – № 12-6 (135). – С. 34-39.
5. Кравченко Н.В. Страхование профессиональной ответственности при применении инновационных медицинских технологий: проблемы и пути их решения // Известия Юго-Западного государственного университета. Серия: История и право. – 2021. – № 11 (6). – С. 109-111.

Рецензент: Давыдова Марина Витальевна, доцент кафедры общетеоретических и государственно-правовых дисциплин Восточно-Сибирского филиала Российского государственного университета правосудия имени В.М. Лебедева, к.ю.н., доцент.

МИХАЙЛОВА ЕЛЕНА СЕРГЕЕВНА

кандидат юридических наук, доцент кафедры административного и финансового права Оренбургского института (филиала) Университета имени О.Е. Кутафина (МГЮА), 460000, г. Оренбург, ул. Комсомольская, 50, emixailova9@mail.ru

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРИНУДИТЕЛЬНОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР: ПРОБЛЕМЫ РЕАЛИЗАЦИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ

MIKHAYLOVA ELENA SERGEYEVNA

PHD in Law, associate professor of the Department of administrative and financial law of the Orenburg Institute (branch) of Moscow State Law University named after O.E. Kutafin, 460000, Orenburg, Komsomolskaya Street, 50, emixailova9@mail.ru

LEGAL REGULATION OF COMPULSORY HOSPITALIZATION IN A PSYCHIATRIC HOSPITAL: IMPLEMENTATION PROBLEMS AND PERSPECTIVES FOR IMPROVEMENT

Аннотация. В статье анализируются проблемы, возникающие в процессе применения законодательства о принудительной госпитализации в психиатрический стационар. На основе анализа российского законодательства и судебной практики выявляются ключевые правовые неопределенности и коллизии, приводящие к нарушениям прав граждан. Предлагаются конкретные пути решения выявленных проблем, направленные на совершенствование законодательства и правоприменительной практики в сфере оказания психиатрической помощи.

Ключевые слова: принудительная госпитализация, психиатрическая помощь, права пациентов, судебная практика, психическое расстройство, критерии госпитализации, защита прав, психиатрический стационар.

Abstract. The article analyzes the problems that arise in the process of applying legislation on compulsory hospitalization in a psychiatric hospital. Based on an analysis of Russian legislation and judicial practice, key legal uncertainties and conflicts leading to violations of citizens' rights are identified. Specific solutions to the identified problems aimed at improving legislation and law enforcement practices in the field of mental health care are proposed.

Keywords: compulsory hospitalization, mental health care, patient rights, judicial practice, mental disorder, criteria for hospitalization, protection of rights, psychiatric hospital.

Принудительная госпитализация в психиатрический стационар – это сложный и деликатный вопрос, находящийся на стыке медицинских, юридических и этических аспектов. С одной стороны, государство обязано защищать как самого человека, страдающего психическим расстройством, так и окружающих его людей, если он представляет опасность в силу своего состояния. С другой стороны, принудительное помещение в стационар является серьёзным ограничением конституционных прав и свобод, что требует предельно внимательного и взвешенного подхода.

В практике реализации возникают ситуации, когда сложно однозначно определить, насколько оправдана недобровольная госпитализация, достаточно ли защищены права пациентов и насколько эффективен контроль за соблюдением законности.

Цель данной статьи – выявить и проанализировать ключевые правовые проблемы, связанные с принудительной госпитализацией в психиатрический стационар, и предложить возможные пути их решения, опираясь на российское законодательство и судебную практику.

Правовую основу для принудительной госпитализации в психиатрический стационар составляют несколько ключевых нормативных актов, включая Конституцию Российской Федерации,¹ Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»,² Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»,³ Гражданский кодекс Российской Федерации⁴ и Кодекс административного судопроизводства Российской Федерации⁵.

¹ Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993) (с учетом поправок, внесенных Законами РФ о поправках к Конституции РФ от 30.12.2008 N 6-ФКЗ, от 30.12.2008 N 7-ФКЗ, от 05.02.2014 N 2-ФКЗ, от 21.07.2014 N 11-ФКЗ, от 14.03.2020 N 1-ФКЗ) // Российская газета. 1993. 25 декабря.

² Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Российская газета. 2011. 23 ноября.

³ Закон РФ от 02.07.1992 № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» // Ведомости СНД и ВС РФ. 1992. № 34. Ст. 1963.

⁴ Гражданский кодекс Российской Федерации (часть первая) от 30.11.1994 № 51-ФЗ // Российская газета. 1994. 8 декабря.

⁵ Кодекс административного судопроизводства Российской Федерации от 08.03.2015 № 21-ФЗ // Российская газета. 2015. 11 марта.

Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» в статье 29 определяет основания для принудительной госпитализации: возможность обследования или лечения только в стационарных условиях, тяжелое психическое расстройство и наличие одного из следующих факторов:

- непосредственная опасность для себя или окружающих;
- беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности;
- существенный вред здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

Закон также устанавливает процедуру, согласно которой лицо, помещённое в стационар в недобровольном порядке, должно быть осмотрено врачом-психиатром в течение 48 часов, и, в случае обоснованности госпитализации, в суд должно быть направлено заявление о госпитализации в течение того же срока. Суд, в свою очередь, должен рассмотреть заявление в течение 5 дней.

Несмотря на наличие законодательно установленных оснований, их практическое применение нередко вызывает затруднения. Прежде всего, это связано с оценочным характером самих критериев, таких как «непосредственная опасность», «беспомощность» и «существенный вред здоровью».

Так, понятие «непосредственная опасность для себя или окружающих» требует от врача-психиатра субъективной оценки поведения и состояния пациента. Отсутствие четких объективных критериев приводит к тому, что специалисты могут по-разному интерпретировать одни и те же обстоятельства. Например, достаточно ли для принудительной госпитализации простого заявления о суицидальных намерениях или необходимо наличие конкретных действий, направленных на их реализацию? Как оценивать потенциальную опасность для окружающих, связанную с агрессивным поведением? Важно учитывать не только сам факт агрессии, но и её мотивы, степень осознанности действий и возможность, а также способность контролировать своё поведение.

Сложности возникают и с определением «беспомощности». Какие именно потребности считать «основными» и насколько серьезным должно быть нарушение способности удовлетворять их, чтобы признать человека беспомощным? Отказ от приема пищи или лекарств, например, может быть следствием различных причин, включая религиозные убеждения или недоверие к медицинскому персоналу, и не всегда свидетельствует о неспособности к самообслуживанию.

Наконец, «существенный вред здоровью вследствие ухудшения психического состояния» предполагает наличие причинно-следственной связи между ухудшением психического состояния и возможным вредом для здоровья. Однако установить такую

связь бывает непросто, особенно когда ухудшение происходит постепенно и не приводит к немедленным последствиям.

Учитывая вышесказанное, представляется возможным предпринять следующие шаги. Во-первых, Министерству здравоохранения Российской Федерации следует разработать и утвердить методические рекомендации по оценке критериев недобровольности госпитализации. В этих рекомендациях необходимо максимально конкретизировать признаки, свидетельствующие о наличии непосредственной опасности, беспомощности и существенного вреда здоровью. Во-вторых, в практику работы психиатрических учреждений необходимо внедрить стандартизированные шкалы и опросники для оценки психического состояния пациентов и риска совершения ими опасных действий. Это позволит повысить объективность оценки и снизить вероятность субъективных ошибок. И, в-третьих, к процессу оценки необходимости принудительной госпитализации обязательно следует привлекать мультидисциплинарную команду специалистов, включающую врача-психиатра, медицинского психолога и социального работника. Такой подход позволит получить более полную и объективную картину состояния пациента и принять взвешенное решение.

Поскольку недобровольная госпитализация является серьезным ограничением прав и свобод, крайне важно обеспечить соблюдение всех процессуальных гарантий, предусмотренных законодательством. К сожалению, на практике здесь также возникают проблемы.

Зачастую пациенты не получают полной и доступной информации о причинах и основаниях своей госпитализации, о своих правах и обязанностях, а также о возможности обжалования решения о госпитализации. Это лишает их возможности эффективно защищать свои интересы.

Существенной проблемой является отсутствие эффективного контроля за соблюдением прав пациентов со стороны общественных организаций и независимых экспертов. Общественные наблюдательные комиссии, хотя и созданы в соответствии с законом, не всегда имеют реальную возможность контролировать ситуацию в психиатрических стационарах. Независимые юристы и правозащитники часто сталкиваются с трудностями при получении доступа к пациентам и медицинской документации. Доклад Уполномоченного по правам человека в Российской Федерации за 2022 год свидетельствует о сохраняющихся проблемах в сфере обеспечения прав лиц, страдающих психическими расстройствами, при недобровольном помещении в психиатрический стационар. В частности, отмечается: «Заявители жаловались на принудительное помещение в психиатрический стационар, непредоставление медицинской информации пациентам, цензурирование их корреспонденции, применение к пациентам без оснований мер фиксации»⁶.

⁶ URL: [https://ombudsmanrf.org/storage/74a0484f-7d5a-4fe4-883d-a1b5ba1dd5f8/files/Текст_Доклада%20\(1\).docx](https://ombudsmanrf.org/storage/74a0484f-7d5a-4fe4-883d-a1b5ba1dd5f8/files/Текст_Доклада%20(1).docx) (дата обращения: 09.02.2025).

Для решения этих проблем представляется необходимым, во-первых, разработать и внедрить в практику работы психиатрических учреждений стандартизированную форму уведомления пациента о причинах и основаниях госпитализации, его правах и обязанностях, а также о порядке обжалования решения о госпитализации. Эта форма должна быть написана простым и понятным языком и содержать информацию о контактных данных организаций и лиц, оказывающих юридическую помощь. Во-вторых, необходимо обеспечить пациентам возможность беспрепятственного общения с внешним миром (телефонные звонки, переписка, встречи с родственниками и друзьями), за исключением случаев, когда это может нанести вред здоровью пациента или нарушить права других лиц. Любые ограничения должны быть обоснованы медицинскими показаниями и оформлены в письменном виде. В-третьих, следует расширить полномочия общественных наблюдательных комиссий и обеспечить им беспрепятственный доступ к психиатрическим стационарам и пациентам, а также создать механизм оперативного реагирования на выявленные нарушения прав пациентов. И, наконец, целесообразно ввести в штат психиатрических учреждений должность юриста, оказывающего бесплатную юридическую помощь пациентам, что позволит им эффективно защищать свои права и интересы.

Соблюдение установленной процедуры недобровольной госпитализации является краеугольным камнем защиты прав пациентов. Четкое и неукоснительное следование букве закона на каждом этапе – от момента принятия решения о госпитализации до вынесения судебного решения – служит гарантией того, что принудительное помещение в психиатрический стационар не станет результатом произвола или ошибки. К сожалению, анализ судебной практики и обращений пациентов свидетельствует о том, что именно на этом этапе допускается наибольшее количество нарушений, ставящих под сомнение законность и обоснованность применения столь серьезной меры.

Одной из наиболее распространенных проблем является нарушение установленных законом сроков обращения в суд с заявлением о госпитализации. Закон предписывает медицинской организации направить заявление в суд в течение 48 часов с момента помещения лица в стационар в недобровольном порядке. Этот срок обусловлен необходимостью оперативного судебного контроля за ограничением прав гражданина. Однако, как показывает практика, в силу различных причин (недостаточная организация работы, большая загруженность персонала, отсутствие необходимых документов) этот срок нередко нарушается. Последствия такого нарушения могут быть весьма серьезными: задержка с судебным рассмотрением дела фактически означает продление срока недобровольного пребывания лица в стационаре без законных оснований, что является грубым нарушением его конституционных прав на свободу и личную неприкосновенность.

Другой серьезной проблемой является недостаточное обоснование заявления о госпитализации. Формальное перечисление оснований, предусмотренных статьей 29 Закона «О психиатрической помощи», без подробного описания фактических обстоятельств, свидетельствующих о наличии непосредственной опасности, беспомощности или существенного вреда здоровью, не позволяет суду в полной мере оценить необходимость госпитализации. Заявление должно содержать четкое и ясное изложение конкретных фактов: описание поведения пациента, высказываемые им угрозы, совершенные им действия, свидетельствующие о наличии опасности для себя или окружающих; подробное описание его состояния, указывающее на неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности; медицинское обоснование, подтверждающее наличие существенного вреда здоровью вследствие ухудшения психического состояния. Без предоставления такой информации суд лишен возможности принять обоснованное решение.

Не менее важным является соблюдение порядка уведомления пациента о дате, времени и месте судебного заседания. Согласно ч.4 ст. 277 КАС РФ, гражданин имеет право лично участвовать в судебном заседании и излагать свою позицию по административному делу о его госпитализации в недобровольном порядке или о продлении срока его госпитализации в недобровольном порядке, если психическое состояние гражданина позволяет ему адекватно воспринимать все происходящее в судебном заседании и его присутствие в судебном заседании не создает опасности для его жизни либо здоровья или для жизни либо здоровья окружающих. Пациент должен быть извещен таким образом, чтобы он имел реальную возможность подготовиться к защите своих прав, получить юридическую помощь и явиться в суд. Уведомление, направленное непосредственно перед началом судебного заседания или не дошедшее до адресата по вине медицинского учреждения, лишает пациента возможности реализовать свое право на участие в судебном процессе и представить свои доводы. Более того, нередки случаи, когда пациенты, находящиеся в тяжелом психическом состоянии, не в состоянии адекватно воспринять информацию о предстоящем судебном заседании и нуждаются в помощи законного представителя. Проблемы лиц, страдающих психическими заболеваниями, дважды стали предметом рассмотрения на заседаниях Экспертного совета при Уполномоченном в 2022 году. Среди предложений, направленных на усиление гарантий прав данной категории граждан, зафиксированных по результатам их обсуждения высказано мнение об «обеспечении обязательного присутствия человека с психическим расстройством на судебном заседании по вопросу помещения его в психиатрический стационар»⁷.

Учитывая остроту и многоаспектность вышеозначенных проблем, необходимо принять комплекс мер,

⁷ Там же.

направленных на повышение эффективности процессуального оформления недобровольной госпитализации.

Прежде всего, необходимо усилить контроль за соблюдением сроков обращения в суд со стороны органов прокуратуры и Росздравнадзора. Прокурорские проверки и проверки Росздравнадзора должны носить не формальный, а содержательный характер, с обязательным изучением медицинской документации и опросом медицинского персонала.

Важным шагом является разработка и утверждение Министерством здравоохранения Российской Федерации типовой формы заявления о госпитализации, содержащей подробные указания по заполнению и перечень необходимых документов. В этой форме должны быть четко прописаны требования к описанию фактических обстоятельств, свидетельствующих о наличии оснований для недобровольной госпитализации, с указанием на необходимость предоставления конкретных фактов и медицинских данных. Использование типовой формы позволит унифицировать требования к содержанию заявления и облегчит работу медицинских организаций, а также повысит качество предоставляемой суду информации.

Для обеспечения права пациента на своевремен-

ное получение информации о судебном заседании необходимо закрепить в законе обязанность медицинской организации направлять пациенту копию заявления о госпитализации и прилагаемых к нему документов не позднее, чем за 48 часов до судебного заседания. Это даст пациенту время на ознакомление с материалами дела, получение юридической помощи и подготовку к защите своих прав.

Реализация предложенных мер позволит существенно повысить эффективность процессуального оформления принудительной госпитализации и обеспечить надёжную защиту прав пациентов на всех этапах этой процедуры.

Недобровольная госпитализация в психиатрический стационар – сложная проблема, требующая постоянного внимания и совершенствования правового регулирования. Выявленные проблемы свидетельствуют о необходимости дальнейших шагов по обеспечению баланса между необходимостью оказания психиатрической помощи и защитой прав и свобод граждан. Предложенные в статье решения направлены на повышение эффективности и законности процедуры недобровольной госпитализации и на обеспечение соблюдения прав пациентов в психиатрических стационарах.

Библиографический список

1. Гуреева О.А. Некоторые вопросы принудительной госпитализации в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях: конституционно-правовой аспект // Вопросы российского и международного права. – 2024. – Т. 14, № 3-1. – С. 53-60.
2. Гуреева О.А. Принудительное помещение на обсервацию и госпитализация в порядке административного судопроизводства (правовой аспект) // Вопросы российского и международного права. – 2020. – Т. 10, № 8-1. – С. 65-72.
3. Никулинская Н.Ф. Принудительная госпитализация в психиатрический стационар и принудительное психиатрическое освидетельствование как комплексный межотраслевой институт // Журнал российского права. – 2006. – № 4 (112). – С. 90-95.

Рецензент: Шабетя И.В., доцент кафедры теории государства и права Оренбургского института (филиала) Университета имени О.Е. Кутафина (МГЮА), к.ю.н.

ЭРТЕЛЬ ЛЮДМИЛА АЛЕКСАНДРОВНА

доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры криминалистики и правовой информатики ФГБОУ ВО «Кубанский государственный университет»
350040, г. Краснодар, ул. Ставропольская, 149, ela1958@ya.ru

МХИТАРЯН АРТУР ВАРТАНОВИЧ

студент юридического факультета им. А.А. Хмырова ФГБОУ ВО «Кубанский государственный университет», 350040, г. Краснодар, ул. Ставропольская, 149,
artem_astapenko@bk.ru

**НРАВСТВЕННО-ЭТИЧЕСКИЕ ОГРАНИЧЕНИЯ В ПРАВЕ
КАК «ЯКОРЬ» ДЛЯ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНЫ**

ERTEL LYUDMILA ALEXANDROVNA

Doctor of Medical Sciences, Professor, Professor of the Department of Criminalistics and Legal Informatics Kuban State University, 350040, Russia, Krasnodar, Stavropol Street, 149, ela1958@ya.ru

ARTUR VARTANOVICH MKHITARYAN

student of the A.A. Khmyrov Faculty of Law Kuban State University, 350040, Russia, Krasnodar, Stavropol Street, 149, artem_astapenko@bk.ru

**MORAL AND ETHICAL RESTRICTIONS IN LAW AS AN «ANCHOR»
FOR THE DEVELOPMENT OF MEDICINE**

Аннотация. В статье производится анализ нравственно-этических ограничений в праве и их влияние на развитие медицинской науки, а также осуществляется научное рассмотрение сущности операций по смене пола. Также в статье приводятся правовые требования к производству экспериментов с участием человека в качестве подопытного лица, совместно с примером бесчеловечных опытов в концентрационных лагерях нацистской Германии. В процессе исследования определена основополагающая задача юриспруденции в сфере регулирования медицинской науки.

Ключевые слова: медицинская этика, нравственно-этические ограничения, операция по смене пола, эксперименты на людях, сиамские (соединенные) близнецы.

Review. The article analyzes the moral and ethical limitations in law and their impact on the development of medical science, as well as carries out a scientific review of the essence of sex reassignment surgery. The article also provides legal requirements for the production of experiments involving a human as a test subject, together with an example of inhumane experiments in concentration camps of Nazi Germany. In the course of the research, the fundamental task of jurisprudence in the field of regulation of medical science is determined.

Keywords: medical ethics, moral and ethical restrictions, sex reassignment surgery, human experiments, Siamese (conjoined) twins.

В настоящее время происходит стремительное развитие науки в целом и медицины в частности. Для науки, как сферы человеческой деятельности, направленной на получение знаний, не существует и не может существовать внутренних нравственно-этических ограничений. Некоторые разновидности научных знаний получают исключительно при помощи аморальных, с точки зрения общества, способов. Любые ограничения науки, например, запрет на производство клонирования, являются внешними, то есть установленными законом, который базируется на нравственности, морали, культуре и иных нематериальных ценностей властного субъекта (авторитарного лидера, партии в тоталитарном режиме, обще-

ства в демократии). В связи с этим нравственно-этические нормы могут становиться правовыми. Современная нормативно-правовая база направлена на поддержание демократии и существование правового государства, недопущения преступлений прошлого, например, действия нацистских врачей, проводивших медицинские эксперименты над людьми в концлагерях. Вопрос о возможности внешнего (законодательного) ограничения науки находится в прямой взаимосвязи с вопросом о том, есть ли те блага, например, жизнь человека, которые мы не готовы жертвовать во имя научных результатов. Ярким примером аморальной позиции «цель оправдывает любые средства» является нацистская Германия. С целью

достижения идеи «расовой чистоты» Адольф Гитлер издал закон «О предотвращении появления потомства с наследственными заболеваниями», который позволил немецким врачам проводить принудительную стерилизацию определенных групп населения, к которым относились цыгане, а также душевнобольные и лица с врожденной глухотой и слепотой¹.

Нравственно-этические ограничения, используемые в медицинской этике и деонтология, имеют двойственное проявление. С одной стороны, они могут быть сугубо этическими и не ограничивать развитие медицины, например, особое место занимает вопрос о необходимости информирования пациентов о наличии у последних неизлечимой болезни, которая неизбежно приведет к его скорой смерти. С одной стороны, сообщение неблагоприятной новости и последующее осознание больным лицом своей скорой смерти ослабляет психическое и физическое состояние его организма, сокращая срок жизни. С другой стороны, непредоставление достоверной информации о состоянии здоровья лица лишает его выбора, как провести последние дни (недели, месяцы) своей жизни: искупить вину, исполнить мечты, провести время с близкими. На наш взгляд, данная дилемма легко решается путем производства (перед проведением обследования) опроса пациента на его желание получить достоверную информацию о смертельном диагнозе либо недостоверную информацию с последующим сообщением достоверной – лицу, заранее определенного пациентом. Также к данным ограничениям можно отнести научно и общественно дискуссионный вопрос о запрете эвтаназии, о возможности производства вазэктомии в более молодом возрасте, об определении момента смерти человека, о признании эмбриона человеком, запрет торговли человеческими органами, искусственного оплодотворения.

С другой стороны, они могут производить ограничение развития медицины, как науки. К данным ограничениям можно отнести, во-первых, запрет производства аборт, который ведет к прекращению поиска более эффективных и безболезненных способов производства аборт. Во-вторых, запрет экспериментов над людьми, в-третьих, запрет операций по смене пола, в-четвертых, запрет клонирования человека. В-пятых, отсутствие в современной нормативно-правовой базе должной защиты научных деятелей и, в частности, медицинских работников.

Запрет операций по смене пола (трансгендерный переход) является актом непризнания необходимости медицинской помощи лицам, страдающим гендерной дисфорией. Данная операция представляет из себя процесс (гормональная терапия и хирургическая операция) устранения гендерной дисфории, ко-

торая, в противном случае, может привести к психологическим травмам. Материальным носителем личности человека является головной мозг, что доказывается путем проведения простого мыслительного опыта: в случае повреждения жизненно-важных органов (холодным или огнестрельным оружием) человеческая личность продолжит функционировать определенное время до момента смерти без кардинальных изменений. В результате повреждения головного мозга могут развиваться психические расстройства, которые приводят к изменению личности, либо к полному ее уничтожению.

В исследовании изменчивости массы головного мозга (проанализированы препараты головного мозга от 191 трупа взрослых людей от 21 года до 90 лет) выявлено, что у мужчин она (масса) равна $1371,05 \pm 20,39$ г, у женщин на 135 г. (10,9%) меньше – $1236,05 \pm 32,51$ г.² В исследовании гендерной особенности строения гиппокампа мозга мужчин и женщин (исследовались по 10 полушарий мужчин и женщин без неврологических и психиатрических заболеваний) были выявлены гендерные различия в его структуре, которые свидетельствовали о левополушарной доминантности у женщин и правополушарной доминантности у мужчин³. Следовательно, левое и правое полушария мозга мужчин и женщин различно принимают участие в формировании памяти.

Таким образом, можно констатировать факт отличия функциональных особенностей головного мозга мужчин и женщин, что связано с их различиями в анатомии и физиологии. В связи с этим на практике возникает проблема несоответствия биологического пола и функционала мозга, предназначенного для функционирования тела, например, наличия у лица женского тела и «мужского» мозга, что вызывает гендерную дисфорию.

В современных реалиях требуется разграничивать лиц, у которых действительно наличествует несоответствия биологического пола и функционала мозга, и лиц, у которых наличествует иное нарушение психики (из-за неустойчивости в жизни, неврозов, стресса), которое они связывают с гендерной дисфорией. В первом случае требуется операция по смене пола, во втором – оказание специализированной психиатрической помощи. Крайне острым с точки зрения врачебной этики является вопрос о проведении операции по смене пола у несовершеннолетних пациентов по настоянию их родителей.

На сегодняшний день в России наличествует законодательный запрет на производство медицинских опытов без добровольного согласия подопытных лиц, что закреплено в ч.2 ст. 21 Конституции РФ и находит свое отражение в отраслевом законодательстве, в частности в ст. 20 ФЗ «Об основах ох-

¹ Цит. по: Ишков Ю.В., Аббясова Ю.А., Головина О.Е. Использование запрещенных методов исследования и взятия биологического материала медицинскими работниками нацистской Германии у узников концентрационных лагерей в период Второй мировой войны // Вестник Астраханского государственного технического университета. 2017. № 2. С. 116.

² Гладили Ю.А., Фомкина О.А., Николенко В.Н. Варианты изменчивости массы головного мозга у взрослых людей // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2016. № 12. С. 1655.

³ Боголепова И.Н., Иллариошкин С.Н., Свешников А.В., Ловчицкая А.О. Гендерные особенности строения гиппокампа мозга мужчин и женщин // Журнал анатомии и гистопатологии. 2016. № 1. С. 18.

раны здоровья граждан РФ». Данный запрет наличествует и на международной арене, так, например, Нюрнбергский кодекс 1947 год устанавливает абсолютным необходимым условием проведения эксперимента на человеке его добровольное согласие. Кроме этого, дополнительными условиями являются, во-первых, достижение положительных результатов для общества, недостижимые другими методами или способами, во-вторых, научный опыт должен основываться на результатах лабораторного исследования на животных. В-третьих, необходимо не допустить излишние физические и психические страдания. В-четвертых, эксперимент не должен производиться при наличии основания предполагать возможность смерти или инвалидизации испытуемого. Однако, к данной позиции общественность пришла относительно недавно. Многие бывшие заключенные концлагеря в Освенциме были очевидцами и участниками множества медицинских экспериментов нацистских врачей над заключенными, в том числе женщинами и несовершеннолетними⁴. Так, например, для выполнения государственной повестки по увеличению населения нацистской Германии, интерес врачей в концлагерях был направлен к изучению строения однойцевых близнецов, что способствовало бы к возможности каждой немецкой женщины произвести рождение не одного, а сразу двух или трех здоровых детей⁵. Эксперименты в данном направлении имели крайнюю степень жестокости. К таким крайне жестоким экспериментам относятся попытки Й. Менгеля создать сиамских (соединенных) близнецов. Он произвел опаснейшую для жизни пациентов (двух малолетних близнецов) операцию: хирургическим путем создал сиамского близнеца⁶.

Другим примером психически и физически жестоким экспериментом, который отвечал условиям Нюрнбергского кодекса, является Стэнфордский тюремный эксперимент. В рамках него участвовало 24 человека, которых из всех претендентов признали по результатам тестирования и собеседования наиболее психически здоровыми и уравновешенными людьми⁷. Данные лица были поделены случайным образом на две группы. К первой относились лица, игравшие роль охранников, ко второй – заключенных. В рамках эксперимента обоим группам не дава-

лись инструкции о правилах поведения, за исключением охранников, которые были проинформированы, что им необходимо поддерживать закон и порядок. На второй день, когда несколько заключенных склонили остальных к бунту, охранники подавили данный бунт. При этом возникла и укрепилась неприязнь надзирателей к заключенным, которые оскорбляли их⁸. В рамках эксперимента охранники наказывали заключенных по-разному: содержали в камере на протяжении длительного времени, лишали еды и предметов комфорта (подушек и одеял), раздевали догола, лишали сна, заставляли делать физическую нагрузку. В поведении надзирателей укреплялся деспотизм и негуманность к заключенным, причем наибольшая жестокость проявлялась в ночное время, когда, по мнению охранников, исследователи за ними не наблюдали⁹. Из-за жестокости надзирателей, ощутивших вкус власти, эксперимент пришлось закрыть после 6 дней с момента начала, вместо запланированных двух недель. Эксперимент обнажил жестокость натуры даже с виду нормальных людей, что является достаточно значимым результатом в психологии.

Попытки установления нравственно-этических ограничений развития медицинской науки могут быть как социально оправданными (запрет на проведение принудительных опытов над людьми), потому что они (ограничения) научно обоснованы и необходимы для существования правового государства, так и сугубо этическими, не имеющими никакого научного обоснования, а только моральную аргументацию, часто противоречащую научным знаниям и достижениям. Без проведения экспериментальных исследований И.И. Мечникова, Л. Пастера, И.П. Павлова и многих других ученых достижение сегодняшнего уровня медицины было бы невозможно, как и без вскрытия и изучения трупов во времена запретов на данные действия. В связи с этим задача юриспруденции в сфере науки и, в частности, медицины, должна заключаться не в нагромождении нравственных приматов, а в предотвращении крайне рискованных экспериментов, результаты которых способны стать губительными для отдельного человека, цивилизованного общества, правового государства и человечества в целом, например, запрет на создание новых штампов опасных вирусов.

Библиографический список

1. Боголепова И.Н., Иллариошкин С.Н., Свешников А.В., Ловчицкая А.О. Гендерные особенности строения гиппокампа мозга мужчин и женщин // Журнал анатомии и гистопатологии. – 2016. – № 1. – С. 15-19.
2. Гладилин Ю.А., Фомкина О.А., Николенко В.Н. Варианты изменчивости массы головного мозга у взрослых людей // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2016. – № 12. – С. 1654-1657.

⁴ Епифанов А.Е., Эртель Л.А. Экспертные исследования по делам гитлеровских военных преступников и их пособников в истории отечественного судопроизводства // Пробелы в российском законодательстве. 2010. № 1. С. 166.

⁵ Цит. по: Ишков Ю. В., Аббясова Ю. А., Головина О. Е. Использование запрещенных методов ... С. 118.

⁶ Grodin M., Mozes Kor E., Benedict S. The Trial that Never Happened: Josef Mengele and the Twins of Auschwitz // International Journal of Transitional Justice. 2011. Vol. 5, № 1. P. 39.

⁷ Зимбардо Ф.Д. Стэнфордский тюремный эксперимент: что это было, как это началось и что из этого вышло // Развитие личности. 2016. № 3. С. 213.

⁸ Там же. С. 215.

⁹ Там же. С. 216.

3. Епифанов А.Е., Эртель Л.А. Экспертные исследования по делам гитлеровских военных преступников и их пособников в истории отечественного судопроизводства // Пробелы в российском законодательстве. – 2010. – № 1. – С. 165-170.

4. Зимбардо Ф.Д. Стэнфордский тюремный эксперимент: что это было, как это началось и что из этого вышло // Развитие личности. – 2016. – № 3. – С. 212-228.

5. Ишков Ю.В., Аббясова Ю.А., Головина О.Е. Использование запрещенных методов исследования и взятия биологического материала медицинскими работниками нацистской Германии у узников концентрационных лагерей в период Второй мировой войны // Вестник Астраханского государственного технического университета. – 2017. – № 2. – С. 115-122.

6. Grodin M., Mozes Kor E., Benedict S. The Trial that Never Happened: Josef Mengele and the Twins of Auschwitz // International Journal of Transitional Justice. 2011. Vol. 5, № 1. P. 3-89.

Рецензент: Жбырь О.Н., доцент кафедры теории и истории государства и права ФГБОУ ВО «Кубанский государственный университет», к.ю.н., доцент.

ПРОХОРОВ АРТЁМ ВИКТОРОВИЧ

преподаватель кафедры гражданского права и процесса Оренбургского
института (филиала) Университета имени О.Е. Кутафина (МГЮА), 460000, г.
Оренбург, ул. Комсомольская, 50, proartvi3@mail.ru

**ОТВЕТСТВЕННОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ
ЗА ДИСКРИМИНАЦИЮ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ**

PROKHOROV ARTEM VIKTOROVICH

lecturer of the Department of Civil Law and Procedure, Orenburg Institute (Branch) of
The Kutafin Moscow State Law University (MSLA), 460000, Russia, Orenburg,
Komsomolskaya Street, 50, proartvi3@mail.ru

**RESPONSIBILITY OF MEDICAL PROFESSIONALS
FOR DISCRIMINATION AGAINST PEOPLE LIVING WITH HIV**

Аннотация. В настоящей статье рассматривается вопрос ответственности медицинских работников за дискриминацию людей, живущих с ВИЧ, при оказании им медицинской помощи, а также в случае отказа медицинских работников от оказания медицинской помощи. Автором приводятся виды ответственности за такую дискриминацию. Также рассматривается вопрос причин данной дискриминации и способов её искоренения при оказании медицинской помощи в Российской Федерации.

Ключевые слова: дискриминация, стигматизация, ВИЧ, вирус иммунодефицита человека, СПИД, ответственность медицинских работников.

Review. This article examines the issue of the responsibility of medical workers for discrimination against people living with HIV in providing them with medical care, as well as in the case of refusal of medical workers to provide medical care. The author provides types of liability for such discrimination. The issue of the causes of this discrimination and ways to eliminate it in the provision of medical care in the Russian Federation is also being considered.

Keywords: discrimination, stigmatization, HIV, human immunodeficiency virus, AIDS, responsibility of medical workers.

«Страх всегда происходит из невежества»
Ральф Уолдо Эмерсон, американский писатель

В силу своих физиологических особенностей человеку свойственно болеть. Почти никто не способен избежать инфекционных заболеваний, будь-то это острая респираторно-вирусная инфекция (ОРВИ), грипп или коронавирус. При надлежащем лечении и высоком иммунитете организм человека быстро выздоравливает и восстанавливается. Перечисленные выше заболевания стали для общества чем-то обыденным, сезонным и не представляющим серьёзную опасность.

Однако существуют заболевания, которые помимо ухудшения здоровья имеют ещё множество социальных и эмоциональных последствий. Такие заболевания называют социально значимыми. Одним из таких социально значимым заболеванием является вирус иммунодефицита человека (ВИЧ).¹ Хотя ВИЧ-инфекция – это только болезнь, она имеет множество социальных и эмоциональных последствий не только для ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом, но и для их семей и друзей, для всех людей,

обеспокоенных распространением этой болезни².

Правовое регулирование проблемы ВИЧ/СПИДа в России нашло отражение в Федеральном законе от 30.03.1995 № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)». Согласно указанному закону ВИЧ-инфицированные – граждане РФ обладают на ее территории всеми правами и свободами и несут обязанности в соответствии с Конституцией РФ, законодательством РФ и законодательством субъектов РФ³. В России запрещены любые формы дискриминации людей, живущих с ВИЧ. Так, не допускаются увольнение с работы, отказ в приеме на работу, отказ в приеме в организации, осуществляющие образовательную деятельность, и медицинские организации, а также ограничение иных прав и законных интересов ВИЧ-инфицированных на основании наличия у них ВИЧ-инфекции, равно как и ограничение жилищных и иных прав и законных интересов

¹ Постановление Правительства РФ от 01.12.2004 № 715 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих» (СПС «Гарант»).

² Вешнева С.А., Барковская А.Ю. Права пациентов, страдающих социально значимыми заболеваниями // Социальное и пенсионное право. 2012. № 4. С. 20-25.

³ Статья 5 Федерального закона от 30.03.1995 № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» (СПС «Гарант»).

членов семей ВИЧ-инфицированных. Однако, несмотря на запрет дискриминации люди, живущие с ВИЧ, нередко сталкиваются с ущемлением своих прав лишь из-за наличия у себя положительного статуса.

Что такое ВИЧ.

Для начала стоит обговорить терминологический аспект. Российское законодательство называет людей с ВИЧ-положительным статусом ВИЧ-инфицированными людьми. Что является, по мнению автора, довольно резким. Именно поэтому людей с ВИЧ-положительным статусом в обществе принято называть людьми, живущими с ВИЧ (ЛЖВ). В последующем в статье автором будет выдержана данная терминология.

Далее стоит обговорить особенности ВИЧ как болезни и пути его передачи. Простыми словами ВИЧ (вирус иммунодефицита человека) – это вирус, который проникнув в организм человека, воздействует на иммунную систему, постепенно разрушая её. При отсутствии лечения ВИЧ прогрессирует в СПИД (синдром приобретённого иммунодефицита). ВИЧ является неизлечимой болезнью, однако вирус можно купировать в организме, предотвратив появления СПИД, посредством пожизненного приёма антиретровирусной терапии (АРВТ). Продолжительность жизни людей, живущих с ВИЧ, принимающих АРВТ, равна средней продолжительности жизни людей без ВИЧ⁴.

Наукой доказаны лишь три способа передачи ВИЧ⁵.

1. при незащищённом половом контакте,
2. кровь в кровь или в другие слизистые – при инвазивном медицинском и немедицинском вмешательстве при использовании нестерильного медицинского оборудования или при внутривенном введении наркотиков,
3. инфицирование ребенка от ВИЧ-инфицированной матери: во время беременности, в родах и при грудном вскармливании.

ВИЧ не передается воздушно-капельным, водным, контактно-бытовым путем, через пользование общей посудой, одним туалетом, транспортом, при посещении школы, во время спортивных игр, плавания в бассейне, рукопожатия, объятия, при поцелуях. Не участвуют в передаче вируса кровососущие насекомые и членистоногие (комары, клопы, вши, клещи).

Помимо этого существует научно подтверждённый принцип (H=H) «Неопределяемый значит не передающий», согласно которому люди, принимающие антиретровирусную терапию (АРВТ) и имеющие неопределяемую вирусную нагрузку, не могут передать ВИЧ половым путём⁶.

Виды дискриминации в отношении ЛЖВ.

Несмотря на то, что люди, живущие с ВИЧ, не

представляют какую-либо угрозу для общества, и тем не менее дискриминация в отношении них не редка. Одной из форм такой дискриминации можно назвать случаи, когда на обложке амбулаторной карты ставится красным маркером такой знак, как «+» или «ВИЧ+». Диагноз ВИЧ является врачебной тайной, именно поэтому посторонний медицинский персонал, а также третьи лица в медицинских учреждениях не должны иметь доступа к диагнозу больного.

Ещё одной из форм дискриминации людей, живущих с ВИЧ, является отказ медицинских работников оказывать таким пациентам медицинскую помощь. Так журналист Павел Лобков, у которого в 2003 году диагностировали ВИЧ, указал на серьезные трудности, с которыми сталкиваются ВИЧ-инфицированные пациенты, нуждающиеся в тех или иных хирургических операциях либо процедурах. По словам журналиста, только для того чтобы поставить себе зубные импланты, он примерно год искал себе врача, доказывая со ссылкой на работы американских врачей, что никакой разницы в приживаемости импланта между людьми «ВИЧ+» и «ВИЧ-» нет⁷. И это не единичный случай, так 3,9% опрошенных также указали на то, что им отказали в медицинских услугах из-за ВИЧ-статуса.

Помимо прямого отказа в оказании медицинской помощи (медицинской услуги) люди, живущие с ВИЧ часто сталкиваются с осуждением со стороны медицинских работников. Так результаты опроса показали, что люди, живущие с ВИЧ, обращающиеся за медицинской помощью, сталкиваются со стигмой и дискриминацией в медицинских учреждениях. Так, 19,8% опрошенных сказали, что медицинские работники избегали физического контакта/принимали дополнительные меры предосторожности (например, ношение двойных перчаток) из-за ВИЧ-статуса, 18% указали, что медицинские работники плохо отзывались или сплетничали из-за ВИЧ-статуса, а 5,6% опрошенных посоветовали не заниматься сексом из-за ВИЧ-статуса⁸.

Причины дискриминации ЛЖВ со стороны медицинских работников и пути её искоренения.

Мнение главного врача городского Центра СПИД (г. Санкт-Петербург) Татьяны Виноградовой:

«Даже в медицинской среде до сих пор случаются отказы в оказании медицинской помощи ВИЧ-инфицированным пациентам. Понятно, что отказы не на основании ВИЧ-статуса, находят какой-то предлог, например, очередь, нет мест. Мне кажется, что это недообразованность какая-то медицинских работников. Медицинские работники просто не знают, что делать, если произошла аварийная ситуация при инвазивном вмешательстве при оказании медицинской помощи ЛЖВ»⁹.

⁴ Результаты Конференции по ретровирусам и оппортунистическим инфекциям (CROI) в 2020. URL: <https://www.medscape.com/viewcollection/35304>.

⁵ URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>. (дата обращения: 24.10.2024).

⁶ URL: <https://life4me.plus/ru/news/nravnon-11556/#>. (дата обращения: 24.10.2024).

⁷ URL: <https://lenta.ru/news/2015/12/02/lobkov/> (дата обращения: 24.10.2024).

⁸ Индекс стигмы 2.0 людей, живущих с ВИЧ, 2022, переведено с английского – Мария Яковлева.

⁹ Татьяна Виноградова: чем больше людей с ВИЧ раскроют статус, тем быстрее мы искореним дискриминацию. Выпуск программы «Время суток. Интервью». 2021. Youtube.

Стигма, а как следствие дискриминация, в связи с ВИЧ/СПИД базируется на многочисленных факторах, включая непонимание заболевания, неверные представления о путях передачи ВИЧ, отсутствие доступа к лечению, безответственные высказывания средств массовой информации на темы эпидемии, неизлечимый характер СПИД, предрассудки и страхи в отношении целого ряда деликатных, с точки зрения общества, вопросов, таких как сексуальные отношения, заболевание и смерть, потребление наркотиков¹⁰.

Одним из способов искоренения стигмы в отношении ЛЖВ является введение обязательного курса «ВИЧ-инфекция» для всех студентов независимо от их профиля. Помимо этого имеет значение массовость. Так, Татьяна Виноградова считает, что чем больше людей с ВИЧ раскроют статус, тем быстрее мы искореним дискриминацию.

Виды ответственности медицинских работников за дискриминацию ЛЖВ.

Гражданско-правовая ответственность.

Одним из наиболее распространённых видов ответственности за стигматизацию (дискриминацию) ЛЖВ со стороны медицинских работников является гражданско-правовая ответственность, а именно:

1. взыскание убытков (ст. 15 ГК РФ) в случае, если отказ в медицинской услуге, стал причиной убытков, например, пациенту пришлось обращаться к другому более дорогостоящему врачу в другом регионе,
2. взыскание компенсации морального вреда (ст. 150-151 ГК РФ) за физические или нравственные страдания, например, в случае оскорблений или указания на обложке амбулаторной карты знаков «+»

или «ВИЧ+».

Административная ответственность.

Договор на оказание медицинских услуг является разновидностью публичного договора (ст. 426 ГК РФ), то есть такие услуги должны быть оказаны в отношении каждого, кто обратится. В случае немотивированного отказа в оказании медицинской помощи ЛЖВ следует обратиться с жалобой в административный орган – Роспотребнадзор или в Прокуратуру.

Так, отказ потребителю в оказании услуг либо доступе к услугам по причинам, связанным с состоянием его здоровья, влечет наложение административного штрафа на должностных лиц в размере от 30 000 до 50 000 рублей; на юридических лиц – от 300 000 до 500 000 рублей (ч.5, ст. 14.8 КоАП РФ).

Уголовная ответственность.

В статье 124 УК РФ предусмотрена ответственность за неоказание помощи больному без уважительных причин лицом, обязанным ее оказывать в соответствии с законом или со специальным правилом, если это повлекло по неосторожности причинение средней тяжести вреда здоровью больного.

Таким образом, если будет установлен полностью состав преступления, медицинские работники должны будут понести соответствующую ответственность.

Перечисленные выше формы дискриминации людей, живущих с ВИЧ, а также виды ответственности за такую дискриминацию свидетельствуют о значимости данного вопроса для российского общества, и требуют принятия соответствующих мер для искоренения дискриминации в отношении людей, живущих с ВИЧ в Российской Федерации.

Библиографический список

1. Медицинское право: Учебное пособие. [Электронное издание] / К.В. Егоров, А.С. Булнина, Г.Х. Гареева и др. – М.: Статут, 2019. – 190 с.
2. Гаунова Д.Х. Стигматизация как форма проявления социального маркирования // Социально-гуманитарные знания. – 2014. – № 7. – С. 284-290.
3. Гоффман И. Стигма: заметки об управлении испорченной идентичностью / пер. с англ. М.С. Добряковой, 1963. – 40 с.
4. Нельсон Т. Психология предубеждений. Секреты шаблонов мышления, восприятия и поведения. – Санкт-Петербург: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2003. – 384 с.
5. Рузиев М.М., Бандаев И.С., Сон И.М., Раупов Ф.О. Результаты социологических исследований по выявлению форм стигматизации и дискриминации лиц, живущих с ВИЧ-инфекцией в Таджикистане // Социальные аспекты здоровья населения. – 2018. – № 1. – С. 1-10.
6. Окулич А.И. Проблема дискриминации личности по признаку положительного статуса ВИЧ/СПИД // Вестник ЮУрГУ. – Серия: Право. – 2017. – № 2. – С. 93-97.
7. Решетников А.В., Богачанская Н.Н., Присяжная Н.В. Восприятие проблемы ВИЧ-инфекции/СПИДа россиянами // Иммунология. – 2018. – № 2-3. – С. 92-100.
8. Чернявская О.А., Иоанниди Е.А. Некоторые аспекты проблемы стигматизации и дискриминации людей, живущих с ВИЧ/СПИДом // Социология медицины. – 2014. – № 2. – С. 55-57.
9. Kelly J.D., Reid M.J., Lahiff M., Tsai A.C., Weiser S.D. Community-level HIV stigma as a driver for HIV transmission risk behaviors and sexually transmitted diseases in Sierra Leone: a population-based study // Acquir. Immune Defic. Syndr. 2017. Vol. 75, N 4. P. 399-407.

Рецензент: Томина А.П., заведующий кафедрой гражданского права и процесса Оренбургского института (филиала) Университета имени О.Е. Кутафина (МГЮА), к.ю.н., доцент.

¹⁰ «МР 3.1.0087-14. 3.1. Профилактика инфекционных болезней. Профилактика заражения ВИЧ. Методические рекомендации» (утв. Роспотребнадзором 18.03.2014) (СПС «Гарант»).

К ВОПРОСУ О СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В РАМКАХ ГРАЖДАНСКО-ПРАВОВЫХ ОТНОШЕНИЙ

MIKHAIL YURYEVICH STARCHIKOV,

Colonel of Justice of the reserve, lawyer in the field of medical law, 295034, Republic of
Crimea, Simferopol, Kuibyshev str., 25, sq. 120, Inse109@mail.ru

ON THE ISSUE OF IMPROVING THE LEGAL REGULATION OF TELEMEDICINE ACTIVITIES IN THE FRAMEWORK OF CIVIL LAW RELATIONS

Аннотация: автор статьи обосновывает необходимость и целесообразность разработки различных аспектов общей модели гражданско-правового регулирования телемедицинских правоотношений, учитывающей как общие положения цивилистики, так и специфику медицинского законодательства. Рассматриваются вопросы совершенствования понятийно-терминологического аппарата, а также разрешения проблемных вопросов законодательной регламентации оказания медицинских услуг с применением телемедицинских технологий. Предлагается понятие телемедицинской консультации пациента и (или) его законного представителя медицинским работником. Описывается специфика информирования пациента (его законного представителя) при оказании платных медицинских услуг о сути и особенностях медицинского вмешательства с применением телемедицинских технологий. Обосновывается целесообразность введения лицензирования оказания медицинской помощи или медицинских услуг с применением телемедицинских технологий

Ключевые слова: гражданско-правовые средства, медицинские организации, телемедицина, гражданско-правовое регулирование, понятийно-терминологический аппарат, телемедицинские правоотношения, медицинские услуги с применением телемедицинских технологий, телемедицинская консультация пациента и (или) его законного представителя, субъекты телемедицинского правоотношения, лицензирование телемедицинской деятельности

Abstract: The author of the article substantiates the necessity and expediency of developing various aspects of the general model of civil law regulation of telemedicine legal relations, taking into account both the general provisions of civil law and the specifics of medical legislation. The issues of improving the conceptual and terminological apparatus, as well as resolving problematic issues of legislative regulation of the provision of medical services using telemedicine technologies are considered. The concept of telemedicine consultation of a patient and (or) his legal representative by a medical professional is proposed. The article describes the specifics of informing the patient (his legal representative) in the provision of paid medical services about the essence and features of medical intervention using telemedicine technologies. The expediency of introducing licensing of medical care or medical services using telemedicine technologies is substantiated.

Keywords: civil law instruments, medical organizations, telemedicine, civil law regulation, conceptual and terminological apparatus, telemedicine legal relations, medical services using telemedicine technologies, telemedicine consultation of the patient and (or) his legal representative, subjects of telemedicine legal relations, licensing of telemedicine activities.

Цифровизация здравоохранения обуславливает несомненную актуальность и значимость вопросов законодательного регулирования телемедицинской деятельности, в том числе – гражданско-правовыми средствами. Как правильно отмечается, возможности телемедицины иногда являются единственным средством, обеспечивающим доступность медицинской помощи¹.

Социальные исследования отмечают заинтересованность граждан в использовании возможностей телемедицины. Например, согласно информации онлайн-сервиса «СберЗдоровье» медиахолдинга Rambler&Co, в 2022 году возможности телемедицинских технологий использовал каждый пятый россиянин (19%)². Для сравнения, в том же году подобными технологиями воспользовались 25% жителей

¹ Леванов В.М., Голуб Е.А., Агашина А.И., Гаврилова Е.П. Состояние и перспективы применения информационных и телекоммуникационных технологий в стоматологии // Журнал телемедицины и электронного здравоохранения. 2021. № 7(1). С.39-48.

² Почти каждый пятый опрошенный россиянин уже воспользовался онлайн-консультациями врачей. 19.12.2022 // ТАСС: сайт. URL: <https://tass.ru/obschestvo/16626329> (дата обращения: 22.11.2024).

США³. Однако необходимо принимать во внимание, что развитие телемедицины связано не только с успешностью цифровизации, но и с готовностью пациентов вступать в подобные отношения с системой здравоохранения⁴.

При этом телемедицина находит применение не только при реализации государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи, но и при платном оказании медицинских услуг. По некоторым данным, в третьем квартале 2023 года объем платного сегмента телемедицины в России составил 3,76 млрд. рублей: на 50% больше, чем годом ранее, и на 12% больше, чем во втором квартале⁵. Именно поэтому многократно возрастает значение разработки различных аспектов общей модели гражданско-правового регулирования телемедицинских правоотношений, учитывающей как общие положения гражданского права, так и специфику медицинского законодательства. Помимо иного, значительное внимание следует уделить совершенствованию понятийно-терминологического аппарата, а также разрешению проблемных вопросов законодательной регламентации оказания медицинских услуг с применением телемедицинских технологий.

Понятие и сущность телемедицинских технологий как особого вида информационных технологий рассматривается законодателем в пункте 22 статьи 2 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»⁶ (далее – ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»). Приоритеты государственной политики в области их внедрения определены в Указах Президента Российской Федерации и Постановлениях Правительства Российской Федерации⁷. В настоящее время медицинская помощь с применением телемедицинских технологий организуется и оказывается в соответствии с положениями приказа Минздрава России от 30.11.2017 № 965н «Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий» (далее – По-

рядок организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий)⁸.

Пунктом 22 статьи 2 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» определены такие формы телемедицинской деятельности, как консилиумы, консультации и дистанционное медицинское наблюдение за состоянием здоровья пациента. Вместе с тем, как в законодательстве, так и в научной литературе отсутствуют понятие такой формы медицинской помощи с применением телемедицинских технологий, как консультация пациента (его законного представителя) медицинским работником. Подобная ситуация при оказании в рамках гражданско-правовых отношений телемедицинских услуг затрудняет разграничение понятий «консультация» и «лечение»,⁹ а также правоприменительную практику в целом. При этом законодатель не считает тождественными обычные медицинские консультации и консультации пациента или его законного представителя медицинским работником с применением телемедицинских технологий. Как следует из части 2 статьи 36.2 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», целями консультации пациента или его законного представителя медицинским работником с применением телемедицинских технологий являются, помимо иного, принятие решения о необходимости проведения очного приема (осмотра, консультации).

Общий порядок осуществления консультации пациента (его законного представителя) медицинским работником с применением телемедицинских технологий в режиме реального времени или отложенных консультаций регламентируется пунктами 16 и 17 Порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий. По мнению автора, именно лечащий врач должен обладать правом выбора одной из указанных форм консультации (с учётом клинической ситуации). Принимая во внимание вышеизложенное, предлагается определить консультацию пациента или его законного представителя медицинским работником с при-

³ Anthony Suddia. *TELEMEDICINE TECHNOLOGY TRENDS IN 2024: REVOLUTIONIZING HEALTHCARE'S DIGITAL FUTURE* URL: <https://itechcraft.com/blog/telemedicine-technology-trends/> (дата обращения: 03.12.2024).

⁴ Богомякова Е.С., Орех Е.А., Глухова М.Е. Телемедицина в российских мегаполисах: проблемы и перспективы // Социологический журнал. 2023. Том 29. № 3. С. 29–48.

⁵ Егорова А. Рынок телемедицины вырос в полтора раза. 28.02.2024 // Коммерсант: сайт. URL: <https://www.kommersant.ru/doc/6532531> (дата обращения: 14.10.2024).

⁶ Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // СЗ РФ. 28.11.2011. № 48. Ст. 6724.

⁷ Приказ Минздрава РФ № 344, РАМН № 76 от 27.08.2001 «Об утверждении Концепции развития телемедицинских технологий в Российской Федерации и плана ее реализации». URL: <http://www.consultant.ru/> (дата обращения: 16.02.2024); Указ Президента РФ от 06.06.2019 № 254 «О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года» // СЗ РФ. 2019. № 23. Ст. 2927; Единый план по достижению национальных целей развития Российской Федерации на период до 2024 года и на плановый период до 2030 года (утв. распоряжением Правительства РФ от 01.10.2021 № 2765-р) (Текст документа приведен в соответствии с публикацией на сайте <https://www.economy.gov.ru> по состоянию на 15.10.2021); распоряжение Правительства РФ от 23.01.2021 № 122-р. «Об утверждении плана основных мероприятий, проводимых в рамках Десятилетия детства, на период до 2027 года» // СЗ РФ. 2021. № 5. Ст. 914; Постановление Правительства РФ от 31.05.2019 № 696 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Комплексное развитие сельских территорий» и о внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации» // СЗ РФ. 2019. № 23. Ст. 2953 и др.

⁸ Приказ Минздрава России от 30.11.2017 № 965н «Об утверждении Порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий» // Официальный интернет-портал правовой информации <http://www.pravo.gov.ru>, дата опубликования 10.01.2018.

⁹ Сазонова М. Доктор онлайн: правовые аспекты телемедицины в России. 10.08.2020. Гарант.ру: информационно-правовой портал. URL: <http://www.garant.ru/article/1405237/> (дата обращения: 04.09.2024).

менением телемедицинских технологий как разновидность медицинской помощи, предоставляемой в соответствии с порядками её оказания, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи, согласно рекомендациям лечащего врача, в режиме реального времени и (или) отложенных консультаций, целями которой являются профилактика, сбор, анализ жалоб пациента и данных анамнеза, оценка эффективности лечебно-диагностических мероприятий, медицинского наблюдения за состоянием здоровья пациента, а также принятие решения о необходимости проведения очного приема (осмотра, консультации).

Надлежащей реализации гражданско-правовых связей между субъектами телемедицинских правоотношений препятствуют и иные недостатки действующего законодательства. Так, подлежит конкретизации изложенное в части 3 статьи 36.2 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» право лечащего врача осуществлять коррекцию ранее назначенного лечения при проведении консультаций с применением телемедицинских технологий (при условии установления им диагноза и назначения лечения на очном приеме (осмотре, консультации)). Содержание данной правовой нормы не позволяет однозначно определить, коррекцию какого именно лечения может осуществлять лечащий врач – проводимого до телемедицинской консультации или рекомендаций, данных врачом-консультантом. Кроме того, в законодательстве отсутствует положения о том, что врач-консультант при оказании телемедицинской помощи становится де-факто лечащим врачом конкретного пациента. Таким образом, представляется затруднительным конкретизация обязанностей консультируемой медицинской организации при заключении договора оказания платных телемедицинских услуг с пациентом (его законным представителем) и (или) консультирующей медицинской организацией.

Поэтому предлагается изложить часть 3 статьи 36.2 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в следующем объеме и редакции: «При проведении консультаций с применением телемедицинских технологий лечащим врачом может осуществляться коррекция лечения, ранее назначенного как им самим, так и врачом-консультантом, при условии установления диагноза и назначения лечения на очном приеме (осмотре, консультации). Действие данных требований может быть изменено или исключено в отношении медицинских организаций частной системы здравоохранения – участников экспериментального правового режима в сфере цифровых инноваций в соответствии с программой экспериментального правового режима в сфере цифровых инноваций, утверждаемой в соот-

ветствии с Федеральным законом от 31 июля 2020 года № 258-ФЗ «Об экспериментальных правовых режимах в сфере цифровых инноваций в Российской Федерации».

В научном дискурсе и законодательных нормах не отражена специфика информирования пациента (его законного представителя) при оказании платных медицинских услуг о сути и особенностях медицинского вмешательства с применением телемедицинских технологий. Алгоритм его получение в сфере телемедицины является принципиально новым для российской правовой системы¹⁰. С учётом специфики телемедицинской деятельности, помимо предоставления пациенту или его законному представителю сведений согласно части 1 статьи 20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», до указанных лиц следует также довести информацию: 1) об условиях и порядке оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий; 2) о консультирующей медицинской организации и медицинских работниках-консультантах; 3) об операторе информационных систем; 4) о специфике предоставления телемедицинской помощи с использованием телемедицинских технологий и др.

В гражданско-правовых отношениях по оказанию телемедицинских услуг следует также чётко определить субъекта информирования пациента и (или) его законного представителя об особенностях медицинского вмешательства с применением телемедицинских технологий. В случаях проводимого бесплатного для пациента или его законного представителя рассматриваемого медицинского вмешательства информированное добровольное согласие должно даваться медицинскому работнику консультируемой медицинской организации. При оказании телемедицинских услуг по инициативе пациента или его законного представителя на платной основе, информирование следует производить медицинским работникам консультирующей медицинской организации. Врачам-консультантам должна предоставляться возможность убедиться как в наличии информированного добровольного согласия, так и в полноте предоставления информации пациенту и (или) его законному представителю.

Требует скорейшего разрешения дискуссионный вопрос о необходимости обязательного лицензирования телемедицинской деятельности. Постановлением Правительства РФ от 01.06.2021 № 852¹¹ данный вид медицинской помощи в настоящее время не включён в перечень медицинских работ (услуг), которые подлежат обязательному лицензированию. Вместе с тем, в правоприменительной практике неоднозначно трактуется вопрос об обязательности наличия у консультируемой медицинской организации лицензии на право медицинской деятельности по

¹⁰ Нестеров С.С. Правовое регулирование информированного добровольного согласия в условиях оказания телемедицинской помощи // Бюллетень национального научно-исследовательского института имени Н.А. Семашко. 2021. № 1. С. 60-65.

¹¹ Постановление Правительства РФ от 01.06.2021 № 852 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации» // СЗ РФ. 2021. № 23. Ст. 4091.

предмету консультирования. Так, из судебного решения усматривается, что клиника, не имеющая лицензии на оказание медицинской помощи по генетике, обратилась за телемедицинской консультацией в данной сфере. Судом главный врач медицинской организации за нарушение лицензионных требований был признан виновным в совершении административного правонарушения. По результатам рассмотрения апелляционной жалобы на данное решение отмечено, что телемедицинская консультация не свидетельствует об оказании консультируемой клиникой медицинской помощи в области генетики¹².

Вместе с тем, как следует из части 1 статьи 2 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»,¹³ лицензирование медицинской деятельности осуществляется в целях предотвращения ущерба правам, законным интересам, жизни или здоровью граждан. Аксиомой является тезис о том, что следствием телемедицинской деятельности в силу ряда причин как объективного, так и субъективного характера, может стать причинение вреда пациентам. При этом негативные последствия могут заключаться не только в причинении вреда жизни и (или) здоровью пациентов. Вред интересам пациентов может иметь место в виде разглашения персональных данных, нарушение требований законодательства о защите врачебной тайны и т.п. Причинами подобного могут стать как нарушения медицинских работников, так и сбои в работе технической аппаратуры и программного обеспечения, ошибки технического персонала, операторов информационных систем и иные техногенные факторы.

Следует отметить специфичность требований, предъявляемых к медицинским работникам, участвующим в оказании телемедицинских услуг в рамках гражданско-правовых отношений. Так, помимо профессиональных знаний и умений, они должны обладать достаточными компетенциями в медицинской информатике, иметь навыки по эксплуатации компьютерных устройств, операционных систем, информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

Подлежит нормативной регламентации вопрос о местонахождении консультанта при оказании телемедицинских услуг в рамках гражданско-правового отношения. В трактовке ряда исследователей, для проведения телемедицинской консультации нужны лишь компьютер, каналы связи и наличие системы идентификации¹⁴. Однако существует ряд критических замечаний по поводу данной позиции. Во-первых, имеет место многократное увеличение рисков

техногенного характера, касающихся качества дистанционного взаимодействия. Во-вторых, при нахождении консультанта вне медицинской организации увеличивается опасность разглашения врачебной тайны и персональных данных пациента. Отдельные авторы указывают, что врачи-консультанты должны обладать реальной возможностью использования преимуществ цифровых данных¹⁵.

Таким образом, телемедицинская деятельность обуславливает наличие существенных требований как к техническому оснащению консультирующей медицинской организации, так и к специальным знаниям и компетенциям медицинских работников. Вместе с тем, именно лицензирование направлено на недопущение некачественной медицинской помощи, которая может причинить вред жизни и здоровью людей.¹⁶ Обобщая всё вышеизложенное, следует прийти к выводу о необходимости введения лицензирования оказания медицинской помощи или медицинских услуг с применением телемедицинских технологий. При этом в лицензии должно указываться, по каким именно видам медицинской деятельности могут оказываться телемедицинские услуги.

Выводы:

1. Предлагается определить консультацию пациента или его законного представителя медицинским работником с применением телемедицинских технологий как разновидность медицинской помощи, предоставляемой в соответствии с порядками её оказания, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи, согласно рекомендациям лечащего врача, в режиме реального времени и (или) отложенных консультаций, целями которой являются профилактика, сбор, анализ жалоб пациента и данных анамнеза, оценка эффективности лечебно-диагностических мероприятий, медицинского наблюдения за состоянием здоровья пациента, а также принятие решения о необходимости проведения очного приема (осмотра, консультации).

2. Аргументирована необходимость конкретизации изложенного в части 3 статьи 36.2 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» права лечащего врача осуществлять коррекцию ранее назначенного лечения при проведении консультаций с применением телемедицинских технологий (при условии установления им диагноза и назначения лечения на очном приеме (осмотре, консультации)).

Предлагается изложить часть 3 статьи 36.2 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

¹² Решение Центрального районного суда г. Калининграда от 29.12.2020 по делу № 12-478/2020. URL: <https://bsr.sudrf.ru/> (дата обращения: 19.11.2024).

¹³ Федеральный закон от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» // СЗ РФ. 2011. № 19. Ст. 2716.

¹⁴ Шагеркин И.А. Барьеры телемедицины и пути их преодоления // Российский журнал телемедицины и электронного здравоохранения. URL: <https://doi.org/10.29188/2712-9217-2022-8-2-59-76> (дата обращения: 14.11.2024).

¹⁵ Турецкой Л.Д., Бессмольная Е.Н. Медицинская информатика как основа профессиональной квалификации специалистов здравоохранения в условиях цифровизации // Ремедиум. 2022. № 3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/meditsinskaya-informatika-kak-osnova-professionalnoy-kvalifikatsii-spetsialistov-zdravooxraneniya-v-usloviyah-tsifrovizatsii> (дата обращения: 14.10.2024).

¹⁶ Сулимин В.В. Особенности лицензирования медицинской деятельности в разрезе предпринимательского права // Вестник Академии знаний. 2023. № 2 (55). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-litsenzirovaniya-meditsinskoy-deyatelnosti-v-razreze-predprinimatelskogo-prava> (дата обращения: 12.12.2024).

Федерации» в следующем объеме и редакции: «При проведении консультаций с применением телемедицинских технологий лечащим врачом может осуществляться коррекция лечения, ранее назначенного как им самим, так и врачом-консультантом, при условии установления диагноза и назначения лечения на очном приеме (осмотре, консультации). Действие данных требований может быть изменено или исключено в отношении медицинских организаций частной системы здравоохранения – участников экспериментального правового режима в сфере цифровых инноваций в соответствии с программой экспериментального правового режима в сфере цифровых инноваций, утверждаемой в соответствии с Федеральным законом от 31 июля 2020 года № 258-ФЗ «Об экспериментальных правовых режимах в сфере цифровых инноваций в Российской Федерации»».

3. В научном дискурсе и законодательных нормах не отражена специфика информирования пациента (его законного представителя) о сути и особенностях медицинского вмешательства с применением телемедицинских технологий. С учётом специ-

фики телемедицинской деятельности, помимо предоставления пациенту или его законному представителю сведений согласно части 1 статьи 20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», до указанных лиц следует также довести информацию: 1) об условиях и порядке оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий; 2) о консультирующей медицинской организации и медицинских работниках-консультантах; 3) об операторе информационных систем; 4) о специфике предоставления телемедицинской помощи с использованием телемедицинских технологий и др.

4. Телемедицинская деятельность в рамках гражданского правоотношения предъявляет существенные требования как к техническому оснащению консультирующей медицинской организации, так и к специальным знаниям и компетенциям медицинских работников. Это обуславливает необходимость введения лицензирования оказания медицинской помощи или медицинских услуг с применением телемедицинских технологий.

Библиографический список

1. Богомякова Е.С., Орех Е.А., Глухова М.Е. Телемедицина в российских мегаполисах: проблемы и перспективы // Социологический журнал. – 2023. – Том 29. – № 3. – С. 29–48.
2. Гурцкой Л.Д., Бессмольная Е.Н. Медицинская информатика как основа профессиональной квалификации специалистов здравоохранения в условиях цифровизации // Ремедиум. – 2022. – № 3.
3. Леванов В.М., Голуб Е.А., Агашина А.И., Гаврилова Е.П. Состояние и перспективы применения информационных и телекоммуникационных технологий в стоматологии // Журнал телемедицины и электронного здравоохранения. – 2021. – № 7(1). – С.39-48.
4. Нестеров С.С. Правовое регулирование информированного добровольного согласия в условиях оказания телемедицинской помощи // Бюллетень национального научно-исследовательского института имени Н.А.Семашко. – 2021. – № 1. – С. 60-65.
5. Сулимин В.В. Особенности лицензирования медицинской деятельности в разрезе предпринимательского права // Вестник Академии знаний. – 2023. – № 2 (55).

Рецензент: Жеребятъев И.В., доцент кафедры уголовно-процессуального права и криминалистики Оренбургского института (филиала) Университета имени О.Е. Кутафина (МГЮА), мировой судья судебного участка № 1 Ленинского района г. Оренбурга (в отставке), к.ю.н.

КУСТАВЛЕТОВ ХАМИДУЛЛА МУХИТОВИЧ

кандидат юридических наук, ассоциированный профессор кафедры истории и права, Институт образования и менеджмента, Западно-Казахстанский инновационно-технологический университет, Республика Казахстан, г.Уральск, пр.Н.Назарбаева 194, 090000, khamidkus@gmail.com

ФАСХИН АДильЖАН МАНАТОВИЧ

студент группы ПОД 421, Институт образования и менеджмента, Западно-Казахстанский инновационно-технологический университет, Республика Казахстан, г.Уральск, пр.Н.Назарбаева 194, 090000, khamidkus@gmail.com

**ВОПРОСЫ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ЭВТАНАЗИИ:
МИРОВАЯ ПРАКТИКА**

KUSTAVLETOV KHAMIDULLA MUKHITOVICH

Candidate of Legal Sciences, associate professor of the department of history and law, Institute of Education and Management, West Kazakhstan Innovation and Technology University, Republic of Kazakhstan, Uralsk, N. Nazarbayev Ave. 194, 090000, khamidkus@gmail.com

FASHIN ADILZHAN MANATOVICH

student of group POD 421, Institute of Education and Management, West Kazakhstan Innovation and Technology University, Republic of Kazakhstan, Uralsk, N. Nazarbayev Ave. 194, 090000, khamidkus@gmail.com

**ISSUES OF LEGAL REGULATION OF EUTHANASIA:
WORLD PRACTICE**

Аннотация: различного рода исследования права человека на свободное распоряжение своей жизнью и здоровьем не утратили своей актуальности долгий период времени. Изучение мировой практики показывает неоднозначное отношение людей к эвтаназии. Правовое регулирование эвтаназии сталкивается с большим количеством проблем – от полной поддержки обществом и до категоричного отказа от введения в действующее законодательство. Автор предпринял попытку осветить некоторые позиции законодательного закрепления добровольного ухода из жизни.

Ключевые слова: право, закон, эвтаназия, правовое регулирование, государство, международное сотрудничество.

Review: various kinds of research on the human right to the free disposal of one's life and health have not lost their relevance for a long period. The study of world practice shows the ambiguous attitude of people towards euthanasia. The legal regulation of euthanasia faces a large number of problems – from the full support of society to the categorical refusal to introduce it into the current legislation. The author has attempted to highlight some of the positions of the legislative consolidation of voluntary retirement.

Keywords: law, law, euthanasia, legal regulation, state, international cooperation.

Вопросы правового регулирования эвтаназии обсуждаются на протяжении многих десятилетий. Сторонники эвтаназии аргументируют эту процедуру как добровольную волю самого человека. Противники считают, что в этот момент человек находится под действием сильной физической боли и, тем самым, не может адекватно относиться к своим мыслям. «... Именно сильные боли становятся обычно причиной просьбы больного ускорить наступление смерти, а потому она является вынужденной и неискренней. Врач должен противостоять им с помощью богатого

выбора обезболивающих средств, которыми сегодня располагает медицина, а не идти на поводу у больного. Многие ученые опасаются, что формальное разрешение эвтаназии может стать определенным психологическим тормозом для поиска новых, более эффективных средств диагностики и лечения тяжело больных, а также способствовать недобросовестности в оказании медицинской помощи таким больным. И в этом еще одна из причин необходимости правового регулирования данного вопроса. Более распространено мнение, согласно которому эвтаназия с мо-

ральной точки зрения допустима только в исключительных случаях, но в таких случаях следует ее узаконить»¹.

Актуальность темы нашего небольшого исследования несомненна, поскольку большое количество людей стоят у порога выбора жизни и смерти, при этом, запрет эвтаназии лишает их права на выбор лучшего по их мнению решения. Эта тема становится дискуссионной площадкой мнений практиков, ученых. «Одной из самых глобальных и обсуждаемых тем науки и практики изучения соматических прав человека является вопрос о легализации права на смерть (эвтаназии). Эвтаназия легализована в некоторых государствах, и по сей день возникает дискуссионный вопрос: "Является ли ее легализация нарушением правовых и морально-этических норм?"»².

По мнению О.С. Капинус, «...в человеческом обществе нет, не было и никогда не будет полного совпадения общественных и личных интересов. Расхождение вызывается различными причинами, порождающимися тем, что некоторые члены общества не осознают своих действительных интересов либо противопоставляют личные интересы коллективным. Это влечет необходимость их правовой регламентации. При умерщвлении неизлечимо больного по его просьбе предполагается, что сострадание направлено на удовлетворение частного интереса лишаемого жизни. При этом часто упускается из виду, что такое деяние нарушает внутренний порядок, изначально присущий всем общественным отношениям, так как каждое лицо, совершившее преступление, является субъектом отношения, на гармоничное функционирование которого посягает им содеянное. Преступление независимо от того, какие изменения оно производит во внешнем мире и какова форма его проявления, подрывает основы этого отношения изнутри. Это обстоятельство объясняет постоянную заботу общества и государства об охране существующих и вновь появляющихся общественных отношений от преступных посягательств на них»³.

Я.В. Евсеева отмечает, что «...эвтаназия – это причинение смерти из гуманистических побуждений, желание прекратить страдания другого человека. При применении эвтаназии страдания человека, по общему правилу, обусловлены продолжительным неизлечимым заболеванием. В подобных ситуациях лечение носит лишь симптоматический характер, позволяя отсрочить неизбежное, но не привести к полному излечению. Переходящее в терминальную стадию заболевание может приносить больному нестерпимые физические и моральные мучения. Помимо термина «эвтаназия» может быть использован такой термин, как «ассистированный суицид» (assisted suicide), под

чем понимается практика, при которой не врач, а сам пациент прекращает свою жизнь с помощью врача, назначающего либо предоставляющего необходимый препарат, или, иначе, «смерть с врачебной по мощью» (assisted dying)»⁴.

Правовое регулирование эвтаназии варьируется в зависимости от той или иной страны. Усилия по изменению государственной политики в отношении эвтаназии людей в XX и XXI веках в отдельных западных странах имели ограниченный успех. Политика эвтаназии человека также разрабатывалась различными НПО, в первую очередь медицинскими ассоциациями и правозащитными организациями. Эвтаназию не следует путать с ассистированным суицидом, который может быть легальным в некоторых других правовых системах.

Вопрос о праве на дачу согласия на медицинское вмешательство является важным аспектом правового регулирования в сфере здравоохранения каждого государства мира. Это право должно быть тесно связано с полной дееспособностью граждан и оно регулируется различными законодательными актами.

По мнению М.Э. Гурылевой, «...Признание права на жизнь как неотъемлемого права каждого человека требует этического-гуманистического осмысления заключительной фазы жизни – умирания. Один из важнейших аспектов проблемы «умирания с достоинством» – право больного на решение добровольно уйти из жизни, сделанное им обдуманно, с учетом своего психического и физического состояния, через искусственно приближаемую смерть – эвтаназию. Проблема эвтаназии связана, прежде всего, с правом человека на жизнь, которое имеет несколько аспектов: право на сохранение жизни (индивидуальности); право распоряжаться собственной жизнью; право подвергать свою жизнь значительному риску; наконец, наиболее оспариваемое право решать вопрос о прекращении собственной жизни. Вместе с тем именно безусловное право человека на жизнь порождает закономерный вопрос: имеет ли человек такое же право на смерть, точнее, на свободу выбора, ведущего к прекращению собственной жизни?»⁵.

Вместе с тем, если пациент находится в вегетативном состоянии, то прекратить искусственное подержание его жизни могут попросить его родственники, потерявшие надежду на его возвращение к нормальной жизни. Это еще один аспект, условие, при котором имеет место эвтаназия. В европейских странах и США в таком случае решение обычно принимается в судебном порядке, причем суды, как правило, разрешают отключение приборов жизнеобеспечения, ориентируясь на мнение самого человека, высказанное им при жизни.

¹ Морозов В.И., Попова А.С. Правовое регулирование эвтаназии: какой должна быть позиция России? // Юридическая наука и правоохранительная практика. 2014. № 1 (27). С.47-57.

² URL: <https://epo.rea.ru/jour/article/view/111/104> (дата обращения: 13.10.2024).

³ Капинус О.С. Эвтаназия как социально-правовое явление (уголовно-правовые проблемы) // Автореф. дисс. ... докт. юрид. наук. Москва. 2006. С.4.

⁴ Евсеева Я.В. Эвтаназия: история и современные дебаты (Обзор) // Социальные и гуманитарные науки. Отечественная и зарубежная литература. Серия 11: Социология. 2021. № 3. С. 12-25.

⁵ URL: <https://elib.bsu.by/bitstream/123456789/231521/1/427-430.pdf> (дата обращения: 10.10.2024).

На сегодняшний день сложность обсуждаемой проблемы в том, что не существует абсолютно безупречных, с морально-этической и правовой точек зрения, способов ее решения, поскольку выбор всегда делается не между добром и злом, а между меньшим и большим злом.

В этом плане необходимо отметить и традиции и обычаи разных народов, отношение людей к такому явлению как смерть. В некоторых странах смерть человека считается его переход в иной мир с божественными условиями жизни. Об этом можно прочесть и в трудах святителя Амвросия Медиоланского⁶.

Вопрос о праве на эвтаназию – это открытая проблема, одна из самых драматичных и спорных в контексте прав человека. Главное здесь – решение вопроса о сущности эвтаназии (активной и пассивной): это убийство, самоубийство, акт милосердия или реализация права человека на достойную смерть? И уже в зависимости от ответа на этот вопрос – принятие легализации или запрета эвтаназии.

Идея о распространении практики применения эвтаназии активно лоббируется участниками Всемирной федерации обществ, имеющих право на смерть. Так, на 15-й Всемирной конференции Всемирной федерации обществ за право на смерть, проходившей в Токио в октябре 2004 г., была принята Токийская декларация, провозглашающая уважительное отношение врачей и медсестер к воле пациентов в отношении применения к ним того или иного способа лечения в период, когда они близки к смерти, даже в тех случаях, когда исполнение этой воли ускорит процесс гибели больного⁷.

«...Важным шагом в признании за человеком права на смерть стало рассмотрение законопроекта о возможности проведения эвтаназии для лиц, не являющихся неизлечимо больными и не ощущающих невыносимые страдания. Речь в данном случае идет о пожилых людях, считающих что они прожили полную жизнь и имеют право на достойную смерть, не дожидаясь того момента, когда у них может развиваться деменция или болезнь Альцгеймера. Дебаты о необходимости введения такого права на законодательном уровне уже активно ведутся»⁸.

«...Во многих европейских странах и США рутинной практикой являются так называемые «медицинские завещания», в которых люди заранее указывают, что не хотят, чтобы их реанимировали в случае, если возникнет вопрос об этом. Тем не менее, даже при наличии такого документа врачи иногда оказываются в сложной ситуации, когда непонятно, как интерпретировать волю пациента. Например, паци-

ент, больной СПИДом, попадает в клинику после автомобильной аварии, и медики устанавливают, что пациент оставил указания, что не хочет проведения реанимационных мероприятий. Однако при этом неясно, относится ли это желание к случаю автомобильной аварии или только к той ситуации, когда пациент будет умирать в терминальной стадии СПИДа»⁹.

Е.А. Золотарева в своих исследованиях приходит к выводу, что «...в мире накоплен значительный опыт нормативного регулирования ответственности за эвтаназию. Бесспорное значение в этой связи имеет всестороннее изучение, научная проработка и объективная оценка опыта функционирования зарубежных правовых систем. Неоднозначная юридическая оценка этого явления в законодательстве ряда зарубежных стран в основе своей обусловлена полярностью восприятия эвтаназии общественностью с медицинской и нравственно этической точки зрения, а также особенностями национальных, религиозных, духовных традиций и исторического опыта. Исходя из такого общественного восприятия эвтаназии, законодатели подавляющего числа стран мира, закрепивших в уголовном законодательстве соответствующий состав преступления, расценивают данное и схожие с ним деяния как уголовно-наказуемые, но заслуживающие в то же время определенного снисхождения. Социологические опросы свидетельствуют, что значительная часть населения считает эвтаназию допустимой. Более того, некоторые врачи тайно практикуют ее в отношении безнадежно больных»¹⁰.

Эвтаназия – процедура добровольного прекращения жизни, запрещена в Казахстане. У нас, да и по всему миру тоже, этот вопрос невозможно рассматривать только с медицинской точки зрения. Споры людей подкрепляют нормы общепринятой морали, религиозные взгляды и законы страны. Согласно Конституции Республики Казахстан, никто не вправе произвольно лишать человека жизни, и при разработке нового Кодекса «О здоровье народа и системе здравоохранения»¹¹ вопрос включения эвтаназии не обсуждался. Согласно Кодексу, осуществление эвтаназии в Республике Казахстан запрещено, и добровольное прекращение жизни граждан Республики Казахстан за последние три года не зарегистрировано. В Казахстане сейчас 107 430 пациентов нуждаются в паллиативной медицинской помощи (комплекс услуг, направленных на улучшение качества жизни пациентов с тяжелыми и неизлечимыми заболеваниями). Чаще всего это люди, у которых последняя стадия рака, но есть среди них и те, кто страдает сердечно-сосудистыми заболеваниями, ВИЧ-инфекци-

⁶ URL: https://azbyka.ru/otechnik/Amvrosij_Mediolanskij/o-blage-smerti/ (дата обращения: 15.09.2024).

⁷ Токийская декларация: принята на 15-й Всемир. конф. Всемир. федерации обществ за право на смерть в Токио, 2004. URL: <https://wfrtds.org/2004-tokyo-declaration/> (дата обращения: 25.09.2024).

⁸ Satalkar P., Van der Geest S. Escaping the 'Unprepared Generation' Trap: Discussions About Euthanasia After a 'Completed Life' in the Netherlands // Mortality. 2019. Vol. 25, № 3. P. 1-15.

⁹ URL: https://www.gazeta.ru/health/2013/06/03_a_5362281.shtml?updated (дата обращения: 25.09.2024).

¹⁰ URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/pravovoe-regulirovanie-evtanazii-v-zarubezhnyh-stranah/viewer> (дата обращения: 23.09.2024).

¹¹ Кодекс Республики Казахстан от 7 июля 2020 г. № 360-VI «О здоровье народа и системе здравоохранения» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 21.10.2024 г.). URL: https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=34464437 (дата обращения: 07.10.2024).

ей и диабетом. Не все они могут рассчитывать на специализированную помощь врачей, ведь паллиативная помощь в Республике оказывается всего на 925 койках¹².

В заключении нашего исследования, можно отметить существенную разницу в правовом регулировании вопроса применения эвтаназии законодательством различных государств. Первый подход заключается в запрете эвтаназии и полном приравнивании ее к убийству в контексте уголовного права. Именно этого подхода на данный момент придерживается

Россия, страны СНГ (включая Республику Казахстан), Китай и т.д. Вторым подходом является запрет эвтаназии, при котором она рассматривается в качестве специального состава преступления, предусматривающего более мягкое наказание в сравнении с убийством. Такой подход установлен законодательством Германии, Японии, Южной Кореи и других государств. Самый либеральный подход, разрешающий процедуру проведения эвтаназии, предусмотрен законами таких государств, как Нидерланды, Бельгия и Швейцария и т.д.¹³

Библиографический список

1. Евсеева Я.В. Эвтаназия: история и современные дебаты (Обзор) // Социальные и гуманитарные науки. Отечественная и зарубежная литература. Серия 11: Социология. – 2021. – № 3. – С. 12-25.
2. Елисеева Г.В. Эвтаназия: отечественный и зарубежный опыт правового регулирования // Сибирское юридическое обозрение. – 2022. – Том 19, № 1. – С.23-38.
3. Капинус О.С. Эвтаназия как социально-правовое явление (уголовно-правовые проблемы): Автореф. дисс. ... докт. юрид. наук. – Москва. 2006. – 58 с.
4. Морозов В.И., Попова А.С. Правовое регулирование эвтаназии: какой должна быть позиция России? // Юридическая наука и правоохранительная практика. – 2014. – № 1 (27). – С. 47-57.
5. Satalkar P, Van der Geest S. Escaping the 'Unprepared Generation' Trap: Discussions About Euthanasia After a 'Completed Life' in the Netherlands // Mortality. 2019. Vol. 25, № 3. P. 1-15.

Рецензент: Рахметов Т.Х., ассоциированный профессор кафедры Права Института отраслевых технологий ЗКИТУ, к.ю.н.

¹² URL: <https://liter.kz/135204-2/> (дата обращения: 12.10.2024).

¹³ Елисеева Г.В. Эвтаназия: отечественный и зарубежный опыт правового регулирования // Сибирское юридическое обозрение. 2022. Том 19, № 1. С.23-38.

ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА РАССТРОЙСТВО АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА В ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ

KHARITONOVA YULIA ALEXANDROVNA

IP-lawyer, co-founder of the NPO «DRUGiye Mamy», 460000, Orenburg, Svobodina
lane, 1, julia11kharitonova@gmail.com

PROBLEM ISSUES OF DIAGNOSIS OF AUTISTIC SPECTRUM DISORDER IN ORENBURG REGION

Аннотация. В статье рассматриваются проблемные аспекты в рамках постановки диагноза «расстройство аутистического спектра», связанные с малой изученностью расстройства, устаревшим и несистемным нормативным блоком, регулирующим данный вопрос, а также действием медицинских работников вне рамок актуальных Клинических рекомендаций и Кодекса профессиональной этики врача Российской Федерации.

Ключевые слова: расстройство аутистического спектра; клинические рекомендации; профессиональная этика врача; диагноз; психиатрия.

Review. The article examines problematic aspects in the context of the diagnosis of «autism spectrum disorder» associated with the poor study of the disorder, outdated and unsystematic regulatory block governing this issue, as well as the actions of medical workers outside the framework of the current Clinical Guidelines and the Code of Professional Ethics of the Physician of the Russian Federation.

Keywords: autism spectrum disorder; clinical guidelines; professional ethics of a physician; diagnosis; psychiatry.

Верная постановка диагноза – это важнейшая составляющая эффективной деятельности медицинского работника, а также то действие, которое ожидают пациенты, обращаясь за медицинской помощью. Согласно ст. 10 Кодекса профессиональной этики врача Российской Федерации «Врач обязан знать существующие Стандарты, Протоколы, Порядки и Клинические рекомендации и соблюдать их в зависимости от клинической ситуации и своего профессионального опыта»¹. При этом в настоящий момент в Оренбургской области наблюдаются сложности в рамках постановки отдельных диагнозов в сфере психиатрии, в частности, постановка диагноза «расстройство аутистического спектра», что влечет за собой последствия для здоровья пациентов.

Расстройство аутистического спектра (РАС), представляющее собой нарушение нейropsychического развития, характеризующееся качественными отклонениями в социальном взаимодействии и способах общения, а также ограниченным, стереотипным, повторяющимся набором интересов и занятий, в настоящий момент представляет собой одно из наименее изученных расстройств. При этом, согласно актуальным данным 2023 года Центра по контролю и профилактике заболеваний США, расстройство аутистического спектра регистрируется у 1 ребенка из 36².

Привести и проанализировать статистику по России не представляется возможным – в России целенаправленных исследований превалентности РАС не проводилось, поэтому с целью получения дополнительной статистической информации считаем необходимым также обращаться к более оптимистичным обзорам Всемирной организации здравоохранения, посвященным превалентности аутизма, где отмечается соотношение человека с РАС к людям, не имеющим расстройства, как 1:100.

Согласно данным Федеральной службы государственной статистики за 2023 год, численность населения моложе трудоспособного возраста составляет около 26 845 800 человек,³ это означает, что прогнозируемое количество диагнозов «РАС» в России при оптимистичном раскладе составляет более 260 тысяч.

Отмеченная общая неизученность РАС при этом представлена несколькими критериями.

1. Отсутствие общепризнанной концепции этиологии РАС.

Имеют место различные гипотезы этиологии РАС, как социальные, психологические, так и биологические и даже экологические⁴. При этом зачастую встре-

¹ Кодекс профессиональной этики врача Российской Федерации от 05 октября 2012. Принят Первым национальным съездом врачей Российской Федерации (документ опубликован не был).

² Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years — Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2020 // Surveillance Summaries / March 24, 2023 / 72(2);1-14.

³ Официальный сайт Федеральной службы государственной статистики. URL: <https://rosstat.gov.ru/compendium/document/13284> (дата обращения: 05.10.2024).

⁴ Забозлаева И.В., Телешева Л.Ф., Малинина Е.В. Нейробиологические маркеры аутистических расстройств (обзор литературы) // Уральский медицинский журнал. 2016. № 8(141). С. 85.

чается комбинация различных предикторов – например, генетическая предрасположенность и стресс-ситуация, формирующая дебют расстройства (тяжело перенесенное заболевание, осложнения после прививки и т.д.). С этим связано большое количество заблуждений относительно прививок как наиболее распространенной причины РАС, что, согласно научным исследованиям, не соответствует действительности.⁵

В рамках этого критерия особенно стоит выделить отсутствие понимания о доминировании или отсутствии доминирования генетического фактора. В настоящее время выявлено более 100 генов, ассоциированных с РАС. Однако с учетом общего количества генов и генетической изменчивости, с помощью такой небольшой по количеству панели невозможно говорить о подобном исследовании как об имеющем прогностическую ценность.

2. Отсутствие общепризнанной концепции патогенеза РАС.

Большинство теорий предполагает, что развитие РАС связано с нарушением процесса созревания центральной нервной системы и, как следствие, искажением процесса нормального развития психических функций (избыточное образование синаптических связей).⁶

3. Отсутствие доказательств о влиянии какого-либо лекарственного препарата или реабилитационного мероприятия на ключевые симптомы РАС.

Из вышеназванных трех критериев следует, что при постановке соответствующего диагноза, а также при определении риска РАС могут присутствовать сложности. Важный элемент, который формирует проблемное поле в деятельности медицинских работников в рамках выявления рисков РАС и постановки соответствующего диагноза – это несистемные, далёкие от диагностической действительности, нормативные акты, действующие в Российской Федерации на данный момент.

РАС в МКБ-10,⁷ вступившей в силу в 1990 году, описываются в разделе F84 «Общие расстройства психологического развития» («Первазивные нарушения развития»).

Подобная формулировка в части «психологического развития» изначально является неудачной, так как аутизм – это нарушение нейropsychического развития, то есть явление, относящееся преимущественно к медицинской сфере. Психология – это важная сопутствующая составляющая коррективной пове-

дения лица с РАС, но не являющаяся родовым понятием для расстройств аутистического спектра.

Использование термина «первазивность» подчеркивает искажение психического развития, и как бы нивелирует структуру аутистических состояний, кроме этого считается устаревшим в большинстве стран и не отражающим особенности описываемого спектра.

«Наполнение» раздела F84 МКБ-10 также крайне спорно. Так, код F84.0 представлен детским аутизмом, и включает в себя аутистическое расстройство, детский аутизм, детский психоз, синдром Каннера.

Использование термина «детский аутизм» предполагает наличие дихотомии – так называемого «взрослого аутизма», «аутизма совершеннолетнего», однако подобное расстройство не описано в МКБ-10. Это может приводить к тому, что врач-психиатр выставляет диагноз при достижении ребёнком совершеннолетия по собственному усмотрению. Кандидат медицинских наук, врач-психиатр Л.Г. Бородина говорит о том, что детский диагноз в России по состоянию на 2015 год меняется на один из двух: шизофрению или умственную отсталость.⁸ При этом в 2017 году Министерство здравоохранения опубликовало письмо,⁹ согласно которому выставляется диагноз «аутизм» после достижения 18 лет лицам с расстройством аутистического спектра.

Исходя из изучения кейсов родителей детей-инвалидов, по состоянию на 2024 год все еще имеются случаи выставления диагноза «шизофрения», являющегося принципиально иным заболеванием (симптоматика, возраст при манифестации, лечение), по достижению ребенка с РАС совершеннолетия. Для выставления единственно верного диагноза родители вынуждены по собственной инициативе запрашивать диагностику ADOS, а также получать три подтверждения диагноза «аутизм» в государственных клиниках. Регионы, при этом, зачастую «прислушиваются» исключительно к медицинским центрам, находящимся в городе Москва – Научный центр психического здоровья (НЦПЗ), ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России (НЦЗД) и т.д.

Неудачным в рядах детского аутизма рассматривать и состояния психоза, то есть явно выраженного нарушения психической деятельности, при котором психические реакции совершенно не соответствуют происходящему, имеется дезорганизация в пространстве. Сопоставление аутизма с психозами и шизофренией актуально для середины XX века,¹⁰ когда ос-

⁵Гречаный С.В., Поздняк В.В., Хуторянская Ю.В., Кульбах О.С., Багатурян Г.О. Доказательная база отсутствия связи между профилактическими прививками и расстройствами аутистического спектра (обзор литературы) // Journal Infectology. 2020. URL: <https://www.vokpec1.ru/glavnaya/novosti/251-dokazatel-naya-baza-otsutstviya-svyazi-mezhdu-profilakticheskimi-privivkami-i-rasstrojstvami-autisticheskogo-spektra-obzor-literatury.html> (дата обращения: 05.10.2024).

⁶ Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации «Расстройства аутистического спектра» 2024 года // Рубрикатор клинических рекомендаций. URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/recommend/594_3 (дата обращения: 12.10.2024).

⁷ Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10). URL: <https://mkb-10.com/> (дата обращения: 05.10.2024).

⁸ Бородина Л.Г. Смена диагноза РАС после 18-ти лет: мнение психиатра // Аутизм и нарушения развития. № 3 (48). 2015. С. 41.

⁹ Письмо Министерства здравоохранения РФ от 4 октября 2017 г. № 17-1/10/1-6371 «Об установлении диагноза «аутизм» после достижения 18 лет лицам с расстройством аутистического спектра // СПС «Гарант». URL: <https://base.garant.ru/73428023/> (дата обращения: 10.10.2024).

¹⁰ См., например, Mahler M., 1952.

новной причиной психозов и манифеста аутизма называлось нарушение взаимоотношений между матерью и ребенком, при котором эмоциональное созревание и дифференциация от матери не наступают. Однако на сегодняшний день указание такой причины РАС, как нарушение формирования «эго»-функции, является устаревшей.

Аналогичное смешивание диагнозов происходит при включении в перечень аутистических состояний умственной отсталости (на сегодняшний день нет единой точки зрения на особенности интеллектуального развития при РАС¹¹) как состояния, принципиально отличающегося от РАС. Гораздо более удачным видится употребление характеристики «сопутствующие нарушения интеллектуального развития», которые могут быть актуальными для данного конкретного пациента, а могут и не проявляться.

Употребление наименования «синдром Аспергера» (так называемая «легкая» степень аутизма с отсутствием интеллектуальных и речевых нарушений) с точки зрения выставления диагноза также кажется нам неудачным, ведь при введении надлежащих критериев-дихотомий (нарушение интеллектуального развития/отсутствие нарушения интеллектуального развития; отсутствие речи/наличие речи с нарушениями, несформированная речь) отсутствует необходимость введения дополнительных классификационных единиц.

В этом смысле МКБ-11, на данный момент не действующая на территории Российской Федерации, представляет собой гораздо более прогрессивный документ. Россия начала переход на МКБ-11 с 1 января 2022 года – согласно распоряжению правительства РФ № 2900-р.¹²

В МКБ-11 (2019) впервые включен термин «Расстройство аутистического спектра» и включает в своей основе три основных стойких и заметных нейроразличия от нормотипичных лиц:

- социальный дефицит;
- ограниченные интересы;
- повторяющиеся действия.

Диагностическая категория РАС находится в разделе «Расстройства нейropsychического развития» главы «Психические, поведенческие расстройства и расстройства нейropsychического развития», - и это, с нашей точки зрения, совершенно верная классификация.

Варианты кодирования происходят от основы и зависят от:

- степени нарушений функциональной речи (легкое нарушение/нарушение);
- наличия нарушения интеллектуального развития или отсутствие нарушения интеллектуального развития;

- отсутствие потери приобретенных навыков/с потерей ранее приобретенных навыков.

Если вышеуказанные критерии неприменимы к ситуации, выставляется код 6A02.Y Другое установленное расстройство аутистического спектра. В ситуации, когда критерии неизвестны, выставляется код 6A02.Z Расстройство аутистического спектра неуточненное.

Таким образом, МКБ-11 – это документ, являющийся гораздо более упорядоченным в рамках дефиниции и классификации РАС. Прогрессивность документа подтверждается увеличением количества кодов заболеваний более чем на 40 тысяч единиц. В МКБ-11 отражается, к примеру, синдром дефицита внимания и гиперактивности, игровое расстройство, дисморфическое расстройство (одержимость исправлением незаметных окружающим недостатков в своей внешности) – тот перечень расстройств, который обусловлен массовым запросом пациентов.

Также в МКБ-11 появился новый раздел «Состояния, связанные с сексуальным здоровьем». Изменения в этом разделе, связанные с подходами к транссексуализму (не считается расстройством или отклонением) и педофилии (признано расстройством), вызвали в России критику МКБ-11 и, по сути, приостановление введения в действие документа. При этом особенно ценной МКБ-11 является именно с точки зрения классификации психиатрических заболеваний, расстройств и синдромов. Это многолетний труд лучших психиатров в тандеме с ВОЗ, который на данный момент и, возможно, еще на несколько лет, будет неприменим для практикующих специалистов в России.

Вторым проблемным аспектом, по важности не уступающим необходимости надлежащего правового регулирования вопроса нормативной классификации РАС, является вопрос первичного выставления диагноза. На первой ступени взаимодействия «ребенок с признаками РАС»-«родитель/опекун» и «предполагаемый диагноз» стоит врач-педиатр. Проблемы первичного установления РАС связаны с необходимостью врача-педиатра обратить внимание родителя на имеющиеся признаки РАС у ребенка в рамках профилактического приёма, что зачастую коррелирует с вопросами этики, особенно при наличии сомнений, часто встречающихся в отношении расстройств, этиология и патогенез которых не до конца изучен. При этом осведомленность педиатров об алгоритмах скрининга на риск РАС и общий уровень развития ребенка (M-CHAT-R/F, SCQ, CASD, ADOS-2, ADI-R, Leiter-3, MPR, тест Д. Векслера и т.д.) является невысокой¹³.

Стоит отметить, что существующие диагностические критерии и диагностические инструменты позво-

¹¹ Морозов С.А., Морозова Т.И., Белявский Б.В. К вопросу об умственной отсталости при расстройствах аутистического спектра // Аутизм и нарушения развития. 2016. Т. 14. № 1. С. 11.

¹² Распоряжение Правительства РФ от 15.10.2021 № 2900-р (с изм. от 31.01.2024) «Об утверждении плана мероприятий по внедрению Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, одиннадцатого пересмотра (МКБ-11) на территории Российской Федерации на 2021-2024 годы» // СПС «Гарант». URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_398603/ (дата обращения: 07.10.2024).

¹³ Мухамедшина Ю.О., Файзуллина Р.А., Нигматуллина И.А. и др. Осведомленность медицинских работников о медицинском ведении детей с расстройствами аутистического спектра: перекрестное исследование в России. BMC Med Education 22, 29. 2022.

ляют надежно выявлять РАС у детей уже со второго года жизни, что могло бы способствовать раннему началу реабилитации и улучшить прогноз.

Второй ступенью взаимодействия является врач-психиатр. В своей деятельности при постановке диагноза он пользуется Клиническими рекомендациями Министерства здравоохранения Российской Федерации «Расстройства аутистического спектра» 2024 года¹⁴ (далее по тексту – Рекомендации/Клинические рекомендации) (пересмотр рекомендаций предусмотрен не позднее 2026 года).

Согласно Рекомендациям, критериями установления диагноза/состояния являются:

- анамнестические данные,
- данные лабораторных исследований,
- данные инструментального диагностического исследования (дифференциальной диагностики),
- данные иных методов диагностики.

Таким образом, для достоверной и убедительной постановки диагноза необходимо провести ряд исследований. Они приведены в Таблице № 1 с указанием уровней достоверности доказательств и уровнем убедительности рекомендаций.

На практике постановка диагноза имеет следующие особенности (выводы были сделаны на основе анкетирования 41 родителя детей с диагнозом РАС, проживающих на территории Оренбургской области):

1) Более половины респондентов отметили, что диагноз, соответствующий действительности, был

выставлен на базе федеральных профильных центров, не на территории Оренбургской области;

2) Во время постановки диагноза были осуществлены следующие виды исследований, посещены следующие специалисты (список был предложен согласно Клиническим рекомендациям в редакции 2024 года):

- психиатр (78% респондентов);
- офтальмолог (48% респондентов);
- невролог (85% респондентов);
- гастроэнтеролог (7% респондентов);
- генетик и генетическое исследование (53% респондентов);
- анализ крови общий (60% респондентов);
- анализ крови на гормон ТТГ (24% респондентов);
- аудиометрия (21% респондентов);
- МРТ (39% респондентов);
- ЭЭГ (80% респондентов).

Данные показатели свидетельствуют об очень поверхностном подходе медицинских работников к выставлению диагноза.

3) Исследования и приём специалистов осуществлялись как по ОМС, так и за личные денежные средства родителей. Так, генетическое исследование (стоимость варьируется от 35 000 до 100 000 рублей) было оплачено собственными средствами 100% респондентов.

Помимо непосредственно проставления ответов на предложенный анкетный лист, родители предос-

Таблица № 1. Рекомендуемые лабораторные и диагностические исследования при постановке диагноза РАС

Наименование исследования	Уровень достоверности доказательств ¹⁵	Уровень убедительности рекомендации ¹⁶
Консультация врача-педиатра	3	В
Консультация врача-психиатра	4	С
Консультация врача-офтальмолога	3	С
Консультация врача-невролога	2	С
Консультация врача-гастроэнтеролога	2	В
Консультация врача-генетика	5	С
Генетическое обследование	5	С
Определение уровня ТТГ в крови	5	С
Анализ крови: ОАК, метаболический профиль, молочная кислота, аммиак, общий холестерин, гомоцистеин, В12, мочевая кислота, рН, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, аминокислотный состав и концентрация аминокислот в крови + гликозаминогликаны в моче	5	С
Аудиометрия	3	С
ЭЭГ	3	В
МРТ	4	С

¹⁴ Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации «Расстройства аутистического спектра» 2024 года // Рубрикатор клинических рекомендаций. URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/recommend/594_3 (дата обращения: 12.10.2024).

¹⁵ Градация, где 2 – это Отдельные исследования с применением мета-анализа, а 5 – лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов (по убыванию).

¹⁶ Градация, где В – это Условная рекомендация, а С – Слабая рекомендация (по убыванию).

тавляли развернутые ответы, которые кратко можно изложить в следующих тезисах:

- в Оренбургской области педиатры не проводят скрининговую оценку М-СНАТ детям раннего возраста с задержкой психического и речевого развития;

- педиатры не направляют детей с проблемами в программу ранней помощи, а говорят только про лечение, не знают о методах помощи детям с РАС с научно доказанной эффективностью – назначают нотропы и БАК¹⁷;

- психиатры и неврологи не говорят родителям о методе диагностики РАС-ADOS 2 (*один из наиболее точных методов диагностики – прим. авт.*), прописанный в Клинических рекомендациях, не принимают заключение по этой диагностике даже в случае, если она проведена по инициативе родителей;

- психиатры предлагают родителям поставить диагноз «полегче», например, ЗПР (задержка психического развития), ЗППР (задержка психического и речевого развития), чтобы не «ставить на ребёнка клей-

мо психиатрии».

Таким образом, на основе данного исследования, а также с учетом важности постановки верного диагноза в как можно более раннем возрасте для формирования эффективного пути реабилитаций и коррекции поведения, повторно обращаем внимание на три проблемные зоны, требующие срочного решения:

1. Необходимо принятие актуальной классификации болезней с учётом сильно эволюционировавшей психиатрической практики и многочисленных исследований по расстройствам аутистического спектра.

2. На всей территории Оренбургской области необходимо обучение непрофильных медицинских работников, в особенности, педиатров, основам психиатрии, а также наиболее современным методикам выявления риска РАС.

3. Психиатры и неврологи обязаны действовать строго согласно Клиническим рекомендациям и Кодексу профессиональной этики врача Российской Федерации.

Библиографический список

1. Бородина Л.Г. Смена диагноза РАС после 18-ти лет: мнение психиатра // Аутизм и нарушения развития. – 2015. – № 3 (48). – С. 41-43.
2. Гречаный С.В., Поздняк В.В., Хуторянская Ю.В., Кульбах О.С., Багатурия Г.О. Доказательная база отсутствия связи между профилактическими прививками и расстройствами аутистического спектра (обзор литературы) // Journal Infectology. 2020.
3. Забозлаева И.В., Телешева Л.Ф., Малинина Е.В. Нейробиологические маркеры аутистических расстройств (обзор литературы) // Уральский медицинский журнал. – 2016. – № 8(141). – С. 85-89.
4. Морозов С.А., Морозова Т.И., Белявский Б.В. К вопросу об умственной отсталости при расстройствах аутистического спектра // Аутизм и нарушения развития. – 2016. – Т. 14. – № 1. – С. 9-18.
5. Мухамедшина Ю.О., Файзуллина Р.А., Нигматуллина И.А. и др. Осведомленность медицинских работников о медицинском ведении детей с расстройствами аутистического спектра: перекрестное исследование в России. BMC Med Education. – 2022. – С. 1-10.
6. Mahler M. On Child Psychosis and Schizophrenia. Autistic and Symbiotic, Infantile Psychoses. The Psychoanalytic Study of the Child. – 1952. – P. 286-305.

Рецензент: Жеребятёва О.О., к.м.н., доцент кафедры микробиологии, вирусологии, иммунологии ФГБОУ ВО ОрГМУ МЗ России, доцент.

¹⁷ Согласно Клиническим рекомендациям: «К вмешательствам, не имеющим достаточных доказательств эффективности, относятся ... метод Томатис и БАК...».

ЧАШКИН ПЕТР ВЛАДИМИРОВИЧ

кандидат юридических наук, доцент, доцент кафедры предпринимательского и природоресурсного права Оренбургского института (филиала) Университета имени О.Е. Кутафина (МГЮА), 460000, г. Оренбург, ул. Комсомольская, 50, chashkin@yandex.ru

НОВЕЛЛЫ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА В ОБЛАСТИ ОБРАЩЕНИЯ С МЕДИЦИНСКИМИ ОТХОДАМИ

CHASHKIN PETER VLADIMIROVICH

Candidate of Legal Sciences, Associate Professor, Associate Professor of the Department business and natural resource law Orenburg Institute (branch) University named after O.E. Kutafina (MSAL), 460000, Orenburg, st. Komsomolskaya, 50, chashkin@yandex.ru.

NEW LEGISLATION IN THE FIELD OF MEDICAL WASTE MANAGEMENT

Аннотация. В настоящей статье исследуются новеллы законодательства Российской Федерации, предусматривающие создание комплексной системы обращения с медицинскими отходами.

Ключевые слова: законодательство в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, санитарные правила, медицинские отходы класса «А», «Б», «В», «Г» и «Д», обеззараживание, обезвреживание, транспортирование, учет медицинских отходов.

Annotation. This article examines the new legislation of the Russian Federation that provides for the creation of a comprehensive system for handling medical waste.

Key words: legislation in the field of ensuring sanitary and epidemiological well-being of the population, sanitary rules, medical waste of class «A», «B», «C», «G» and «D», disinfection, neutralization, transportation, accounting of medical waste.

Медицинские отходы стали выделяться в отдельную значимую категорию в XX веке, когда в медицинских учреждениях стали широко использоваться одноразовые шприцы, капельницы, системы для переливания крови, предметы ухода за больными (перчатки, памперсы, халаты, простыни и др.), а также стали образовываться значительные количества медикаментов фабричного производства, не подлежащих по той или иной причине использованию (истёкший срок годности, фальсификат, конфискат и т.д.). С этого момента объём медицинских отходов существенно возрос и продолжает расти, и стало очевидно, что с ними необходимо обращаться особым образом, в силу того, что они несут в себе как экологическую, так и эпидемическую и токсическую опасность (опасность для здоровья человека).¹ Объёмы образуемых, обезвреженных, утилизированных и захороненных в Российской Федерации медицинских отходов и степень возникающих в этой связи рисков до настоящего времени трудно поддаются оценке,

поскольку многие отношения по обращению с медицинскими отходами долгое время оставались в «серой» зоне, слабо урегулированной законодательством.²

Еще в конце 2008 года в пункт 2 статьи 2 Федерального закона от 24.06.1998 № 89-ФЗ «Об отходах производства и потребления»³ (далее – Закон об отходах производства и потребления) были внесены изменения, согласно которым отношения по обращению с медицинскими отходами (которые обозначались как отходы лечебно-профилактических учреждений) исключались из-под сферы его действия⁴. Однако специального федерального закона, который бы комплексно регулировал отношения по обращению с медицинскими отходами так, как, например, это имеет место быть применительно к радиоактивным отходам, принято не было.

Фактически все правовое регулирование было сведено к одной статье 49 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья

¹ Медицинские отходы // Википедия. Свободная энциклопедия. URL: ru.wikipedia.org (дата обращения: 01.03.2025).

² На данное обстоятельство неоднократно обращалось внимание в научных публикациях: Лебедев С.Н. Основные направления совершенствования законодательства в сфере обращения с медицинскими отходами // Твердые бытовые отходы. 2019. № 7. С. 7; Пономарев М.В., Цумартова Ф.В. Правовой режим отходов медицинской деятельности // Журнал российского права. 2019. № 9. С. 148; Хамитова Г.Н., Хабилов А.И. Правовое регулирование медицинских отходов в зарубежном праве // Право в современном мире. 2021. № 2 (59). С. 54.

³ Федеральный закон от 24.06.1998 № 89-ФЗ «Об отходах производства и потребления» // СЗ РФ. № 26. 1998. Ст. 3009.

⁴ Федеральный закон от 30.12.2008 № 309-ФЗ «О внесении изменений в статью 16 Федерального закона «Об охране окружающей среды» и отдельные законодательные акты Российской Федерации» // СЗ РФ. 2009. № 1. Ст. 17.

граждан в Российской Федерации»,⁵ устанавливающей понятие и классификацию медицинских отходов, а также к пунктам 157-211 раздела X «Требования к обращению с отходами» СанПиН 2.1.3684-21, утвержденных постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 28.01.2021 № 3,⁶ которые, придя на смену СанПиН 2.1.7.2790-10,⁷ лишь упорядочили ранее закрепленные требования, не привнеся каких-либо новых механизмов или институтов. При этом указанные санитарные правила содержат, в основном, требования по обращению с отходами непосредственно в медицинских и фармацевтических организациях, в которых они образуются, не регулируя все то, что происходит с медицинскими отходами после их передачи транспортирующей организации для дальнейшего удаления путем обезвреживания, утилизации, захоронения.

Вследствие такого фрагментарного регулирования обозначился круг проблемных вопросов, требующих своего скорейшего разрешения, в том числе правовыми средствами:

- разные подходы при отнесении отходов к категории «медицинских отходов», в том числе противоречивая правоприменительная практика в сфере обращения с медицинскими отходами класса «А», близкими по составу к твердым коммунальным отходам;
- отсутствие государственного контроля в сфере обращения с медицинскими отходами после их передачи транспортирующей организации для последующего обезвреживания, утилизации и размещения, поскольку Роспотребнадзор контролирует стадии накопления и обеззараживания медицинских отходов медицинскими и иными организациями до момента их передачи транспортирующей организации, а полномочия Росприроднадзора в области контроля за обращением с отходами производства и потребления не распространяются на медицинские отходы;
- отсутствие достоверной информации об объемах и источниках образования медицинских отходов, о существующих технологических мощностях по обезвреживанию медицинских отходов, об обороте финансовых средств в сфере обращения с медицинскими отходами; и др.

Ситуацию призван исправить Федеральный закон от 08.08.2024 № 306-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской

Федерации»⁸ (далее – Федеральный закон № 306), который содержит целый ряд законодательных новелл в области обращения с медицинскими отходами.

Во-первых, в новой редакции изложена статья 49 Федерального закона от 21.11.2011 № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Закон об основах охраны здоровья), которая в сравнении с предыдущей редакцией содержит следующие изменения:

а) незначительно скорректировано понятие медицинских отходов. Под ними понимаются анатомические, патологоанатомические, биохимические, микробиологические, физиологические и иные отходы, образующиеся в процессе осуществления медицинской деятельности, фармацевтической деятельности, деятельности по производству лекарственных средств, деятельности в области использования возбудителей инфекционных заболеваний и генно-инженерно-модифицированных организмов в медицинских целях, а также при производстве, хранении биомедицинских клеточных продуктов (часть 1 статьи 49 Закона об основах охраны здоровья). В отличие от ранее действовавшей редакции обновленное определение понятия медицинских отходов больше не начинается со слов «все виды отходов, в том числе» с последующим перечислением конкретных видов медицинских отходов. Вместо этого указание на открытый отрывок перечень медицинских отходов заменено словосочетанием «и иные виды отходов», закрывающим перечисление их основных разновидностей;

б) как и ранее, в части 2 статьи 49 Закона об основах охраны здоровья медицинские отходы по степени их эпидемиологической, токсикологической, радиационной опасности, а также негативного воздействия на среду обитания человека разделяются на пять классов, а критерии отнесения медицинских отходов к указанным классам предусматриваются Постановлением Правительства Российской Федерации (в настоящее время это Постановление Правительства РФ от 04.07.2012 № 681⁹):

1) класс «А» – эпидемиологически безопасные отходы, приближенные по составу к твердым коммунальным отходам. Критерием опасности медицинских отходов класса «А» является отсутствие в их составе возбудителей инфекционных заболеваний (это использованные средства личной гигиены и предме-

⁵ Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // СЗ РФ. 2011. № 48. Ст. 6724.

⁶ Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 28.01.2021 № 3 «Об утверждении санитарных правил и норм СанПиН 2.1.3684-21 «Санитарно-эпидемиологические требования к содержанию территорий городских и сельских поселений, к водным объектам, питьевой воде и питьевому водоснабжению, атмосферному воздуху, почвам, жилым помещениям, эксплуатации производственных, общественных помещений, организации и проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий» // Официальный интернет-портал правовой информации <http://pravo.gov.ru>, 05.02.2021.

⁷ Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 09.12.2010 № 163 «Об утверждении СанПиН 2.1.7.2790-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами» // Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти. 2011. № 13.

⁸ Федеральный закон от 08.08.2024 № 306-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации» // СЗ РФ. 2024. № 33 (Ч. II). Ст. 5002.

⁹ Постановление Правительства РФ от 04.07.2012 № 681 «Об утверждении критериев разделения медицинских отходов на классы по степени их эпидемиологической, токсикологической, радиационной опасности, а также негативного воздействия на среду обитания» // СЗ РФ. 2012. № 28. Ст. 3911.

ты ухода однократного применения больных неинфекционными заболеваниями; канцелярские принадлежности, упаковка, мебель, инвентарь, потерявшие потребительские свойства; сметы от уборки территории и др.);

2) класс «Б» – эпидемиологически опасные отходы. Критерием опасности медицинских отходов класса «Б» является инфицирование или угроза инфицирования отходов микроорганизмами 3-4 групп патогенности, а также контакт с биологическими жидкостями;

3) класс «В» – чрезвычайно эпидемиологически опасные отходы. Критерием опасности медицинских отходов класса «В» является инфицирование или угроза инфицирования отходов микроорганизмами 1-2 групп патогенности;

4) класс «Г» – токсикологические опасные отходы, приближенные по составу к промышленным. Критерием опасности медицинских отходов класса «Г» является наличие в их составе токсичных веществ (это ртутьсодержащие предметы, приборы и оборудование; лекарственные, диагностические, дезинфекционные средства; отходы от эксплуатации оборудования, транспорта, систем освещения, а также другие токсикологически опасные отходы);

5) класс «Д» – радиоактивные отходы. Критерием опасности медицинских отходов класса «Д» является содержание в их составе радионуклидов с превышением уровней, установленных в соответствии с Федеральным законом 21.11.1995 № 170-ФЗ «Об использовании атомной энергии» (это все виды отходов в любом агрегатном состоянии, в которых содержание радионуклидов превышает допустимые уровни, установленные нормами радиационной безопасности).

Единственным изменением в приведенной классификации стало указание на то, что под отходами класса «А» понимаются эпидемиологически безопасные отходы, приближенные по составу не к твердым бытовым отходам, как это было прописано в первоначальной редакции, а именно к твердым коммунальным отходам, что соответствует современной терминологии Закона об отходах производства и потребления.

При этом речь идет не просто о синхронизации используемых в федеральных законах понятий, а именно об отнесении медицинских отходов класса «А» к одной из разновидностей твердых коммунальных отходов, образование которых предполагает передачу таких отходов региональному оператору, обеспечивающему обращение с ними в соответствии с положениями Закона об отходах производства и потребления, что еще не так давно не находило поддержки в решениях высших судебных инстанций.¹⁰

Сделанный вывод подтверждается двумя другими новеллами, вводимыми Федеральным законом

№ 306, согласно которым в абзаце 21 статьи 1 Закона об отходах производства и потребления к твердым коммунальным отходам наряду с иными их разновидностями отнесены эпидемиологически безопасные медицинские отходы, приближенные по составу к твердым коммунальным отходам, а пункт 2 статьи 2 указанного Закона изложен в новой редакции, включающей в сферу регулирования Закона об отходах производства и потребления отношения в области обращения с медицинскими отходами после их передачи лицам, осуществляющим обращение с отходами производства и потребления в соответствии с данным Законом;

в) меняется и последняя часть 3 статьи 49 Закона об основах охраны здоровья, которая в новой редакции содержит бланкетную норму, предусматривающую, что обращение с медицинскими отходами и их учет осуществляются в соответствии с законодательством Российской Федерации без конкретизации его отраслевой принадлежности. В первоначальной редакции предусматривалось регулирование данных вопросов исключительно законодательством в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения. Вносимые изменения не случайны. Их логика продиктована общей концепцией Федерального закона № 306, предполагающей разграничение сфер регулирования отношений по обращению с медицинскими отходами между законодательством в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения и иным законодательством, в том числе экологическим, в зависимости от стадии обращения с медицинскими отходами.

Во-вторых, наиболее содержательные внесения внесены в Федеральный закон от 30.03.1999 № 52 «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»¹¹ (далее – Закон о санитарно-эпидемиологическом благополучии):

а) наименование, а также положения пункта 1 статьи 22 Закона о санитарно-эпидемиологическом благополучии излагаются в новой редакции. В них впервые с момента принятия данного Закона наряду с термином «отходы производства и потребления» упоминается термин «медицинские отходы». При этом как следует из обновленной редакции пункта 1 условия и способы обращения с каждой из указанных категорий отходов должны быть безопасными для здоровья населения и среды обитания, а обращение с ними осуществляется не только в соответствии с санитарными правилами и иными нормативными правовыми актами, как это предусматривалось в первоначальной редакции, но также в соответствии с федеральными законами. Одним из таких федеральных законов, содержащих как нормы-дефиниции, так и регулятивные нормы в области обращения с медицинскими отходами, как раз и будет Закон о сани-

¹⁰ В пункте 8 Обзора судебной практики по делам, связанным с обращением с твердыми коммунальными отходами, утвержденного Президиумом Верховного Суда РФ 13.12.2023, приводится позиция, согласно которой собственник медицинских отходов класса «А» вправе заключить договор на их вывоз с лицом, не являющимся региональным оператором.

¹¹ Федеральный закон от 30.03.1999 № 52 «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» // СЗ РФ. 1999. № 14. Ст. 1650.

тарно-эпидемиологическом благополучии;

б) понятийный аппарат Закона о санитарно-эпидемиологическом благополучии, содержащийся в статье 1 данного Закона, дополнен определениями понятий «обращение с медицинскими отходами», «накопление медицинских отходов», «обеззараживание медицинских отходов» и «обезвреживание медицинских отходов».

Как следует из указанных дефиниций, *обращение с медицинскими отходами* охватывает период начиная с момента образования таких отходов в медицинских и иных организациях и заканчивается передачей отходов лицам, осуществляющим обращение с отходами производства и потребления в соответствии с законодательством Российской Федерации, в целях последующего размещения или утилизации либо передачи национальному оператору по обращению с радиоактивными отходами. При этом отдельными стадиями обращения с медицинскими отходами будут являться:

накопление медицинских отходов, под которым понимается деятельность по сбору и временному хранению медицинских отходов в соответствии с санитарными правилами в целях их дальнейших обеззараживания и (или) обезвреживания и (или) передачи лицам, осуществляющим обращение с отходами производства и потребления в соответствии с законодательством Российской Федерации, либо национальному оператору по обращению с радиоактивными отходами;

обеззараживание медицинских отходов – действия по дезинфекции медицинских отходов в целях устранения их эпидемиологической опасности;

обезвреживание медицинских отходов – действия по изменению состава, физических и (или) химических свойств медицинских отходов с применением технологий, обеспечивающих исключение эпидемиологически опасных свойств медицинских отходов, предотвращение их вредного воздействия на здоровье человека;

транспортирование медицинских отходов – деятельность по транспортированию медицинских отходов от места их образования к объектам, на которых осуществляются их обеззараживание и (или) обезвреживание;

в) главные регулятивные нормы включены в новую статью 22.1 «Особенности обращения с медицинскими отходами» Закона о санитарно-эпидемиологическом благополучии, в которой устанавливаются: круг участников отношений по обращению с медицинскими отходами; адресованные участникам данных отношений запреты, обязывания и дозволения, дифференцированные в зависимости от класса медицинских отходов; полномочия Правительства Российской Федерации и уполномоченных органов субъектов Российской Федерации по организации деятельности по обращению с медицинскими отходами; необходимость ведения учета медицинских отходов и передачи полученных сведений уполномоченному федеральному органу исполнительной вла-

сти. Остановимся на рассмотрении каждого из указанных нововведений более подробно.

Как уже отмечалось, медицинские отходы класса «А» передаются индивидуальными предпринимателями и юридическими лицами, в результате деятельности которых образуются медицинские отходы (далее – лица, в результате деятельности которых образуются медицинские отходы), региональным операторам по обращению с твердыми коммунальными отходами, которые обеспечивают обращение с ними в соответствии с требованиями, установленными Законом об отходах производства и потребления в отношении твердых коммунальных отходов. Однако к твердым коммунальным отходам не могут быть отнесены медицинские отходы класса «Б» и класса «В» даже после их обеззараживания.

При толковании указанной нормы может возникнуть вопрос, – должны ли лица, в результате деятельности которых образуются медицинские отходы класса «А», соблюдать требования, предусмотренные Законом об отходах производства и потребления при обращении с твердыми коммунальными отходами, например, относить такие отходы к классам опасности по степени их негативного воздействия на окружающую среду, составлять паспорта отходов I–IV опасности, осуществлять их учет как отходов производства и потребления параллельно с их учетом как медицинских отходов в соответствии с Законом о санитарно-эпидемиологическом благополучии? На наш взгляд, указанной нормой такие обязанности на лиц, в результате деятельности которых образуются медицинские отходы класса «А» не возлагаются, за исключением одной обязанности – заключить с региональным оператором, в зоне деятельности которого образуются указанные отходы, договор на оказание услуг по обращению с твердыми коммунальными отходами в соответствии со статьей 24.7 Закона об отходах производства и потребления. После передачи отходообразователем медицинских отходов класса «А» в соответствии с условиями договора региональному оператору весь комплекс требований по обращению с переданными твердыми коммунальными отходами, предусмотренный Законом об отходах производства и потребления, возлагается исключительно на последнего.

Наиболее строгие требования предусматриваются при обращении с представляющими эпидемиологическую опасность медицинскими отходами классов «Б» и «В», а также представляющими токсикологическую опасность медицинских отходов класса «Г», за исключением подобных по составу чрезвычайно опасных и высоко опасных отходов, перечень которых должен быть утвержден Правительством Российской Федерации и в отношении которых осуществляется специальное регулирование.

Во-первых, предусмотрен конкретный круг участников отношений по обращению с такими медицинскими отходами, к числу которых относятся:

1) лица, в результате деятельности которых образуются медицинские отходы;

2) иные лица, которые осуществляют обеззараживание медицинских отходов;

3) лица, осуществляющие транспортирование и (или) обезвреживание медицинских отходов, полученных от лиц, в результате деятельности которых образуются медицинские отходы и от иных лиц, которые осуществляют обеззараживание медицинских отходов;

4) лица, осуществляющие обращение с отходами производства и потребления, которым лицами, осуществившими обезвреживание медицинских отходов, переданы такие отходы в целях их утилизации или размещения в соответствии с требованиями Закона об отходах производства и потребления.

Во-вторых, предусмотрено обязательное обеззараживание медицинских отходов классов «Б» и «В» в соответствии с требованиями, установленными санитарными правилами. При этом вывоз необеззараженных медицинских отходов класса «В» за пределы территории, на которой лица, в результате деятельности которых образуются медицинские отходы, осуществляют свою деятельность, не допускается. По логике указанной нормы медицинские отходы класса «В» должны обеззараживаться непосредственно лицами, в процессе деятельности которых они образовались.

Напротив, в случаях и в порядке, которые установлены санитарными правилами, допускается вывоз необеззараженных медицинских отходов класса «Б» за пределы территории, на которой лица, в результате деятельности которых образуются медицинские отходы, осуществляют свою деятельность, в целях их дальнейшего обеззараживания. Таким образом, обеззараживание медицинских отходов класса «Б» может осуществляться не только отходообразователями, но и иными лицами.

Медицинские отходы класса «Г» подлежат обеззараживанию только в случаях, предусмотренных санитарными правилами. В отсутствие специально оговоренного запрета можно сделать вывод о допустимости вывоза необеззараженных медицинских отходов класса «Г» за пределы территории, на которой лица, в результате деятельности которых образуются медицинские отходы, осуществляют свою деятельность в целях их дальнейшего обеззараживания, если обеззараживание необходимо в соответствии санитарными правилами.

В-третьих, применительно к обеззараживанию медицинских отходов классов «Б» и «В», а также представляющих токсикологическую опасность медицинских отходов класса «Г» (когда это необходимо), допускается обеззараживание в процессе обезвреживания таких отходов в порядке, установленном санитарными правилами. В качестве примера можно привести обезвреживание медицинских отходов при высоких температурах под давлением в автоклаве. В тех случаях, когда обезвреживание указанных отходов представляется самостоятельный технологичес-

кий процесс, отличный от обеззараживания (например, сжигание отходов на специализированной установке), обеззараженные отходы должны быть переданы лицами в результате деятельности которых образуются медицинские отходы, либо иными лицами, которые осуществили обеззараживание медицинских отходов, лицам, осуществляющим транспортирование и (или) обезвреживание медицинских отходов, в соответствии с порядком оказания услуг по транспортированию и обезвреживанию медицинских отходов, который должен быть установлен Правительством Российской Федерации, и санитарными правилами. Особо оговаривается необходимость предоставления в указанных случаях вместе с передаваемыми медицинскими отходами документов, подтверждающих обеззараживание отходов в соответствии с санитарными правилами.

В-четвертых, после обезвреживания медицинских отходов класса «Б», «В» и «Г», которое, как было указано, может производиться в соответствующих случаях самим отходообразователем, иным лицом, осуществляющим обеззараживание медицинских отходов, а также лицами, осуществляющими оказание услуг по транспортированию, обезвреживанию медицинских отходов, обезвреженные отходы, на которые в случаях и в порядке, предусмотренных Законом об отходах производства и потребления, составлен паспорт отходов I-IV классов опасности, передаются «четвертому игроку» – лицам, осуществляющим обращение с отходами производства и потребления, в целях их направления на утилизацию и размещение в соответствии с требованиями Закона об отходах производства и потребления.

С момента состоявшейся передачи дальнейшее обращение с переданными отходами выводится из-под сферы действия законодательства о санитарно-эпидемиологическом благополучии населения и подпадает под регулирование экологического законодательства, или, выражаясь иначе, цикл обращения с медицинскими отходами считается завершенным, а дальнейшее обращение осуществляется уже в отношении отходов производства и потребления, образовавшихся после обезвреживания медицинских отходов и подлежащих утилизации либо размещению на специализированных полигонах (например, зола или смесь шлака и отходов механической очистки газов, образовавшиеся при сжигании медицинских отходов, которым в соответствии с Федеральным классификационным каталогом отходов¹² присвоен IV класс опасности по степени негативного воздействия на окружающую среду). Одновременно происходит и смена контрольно-надзорного органа: если за обращением с медицинскими отходами надзирает Роспотребнадзор, то после их обезвреживания и передачи лицам, осуществляющим обращение с отходами производства и потребления, «контрольную эстафету» принимает Росприроднадзор.

В целях организационного обеспечения системы

¹² Приказ Росприроднадзора от 22.05.2017 № 242 «Об утверждении Федерального классификационного каталога отходов» // Официальный интернет-портал правовой информации <http://www.pravo.gov.ru>, 13.06.2017.

обращения с медицинскими отходами классов «Б» и «В», а также представляющими токсикологическую опасность медицинскими отходами класса «Г» в санитарные правила должны быть включены требования к лицам, осуществляющим обеззараживание медицинских отходов, а также к объектам и (или) оборудованию (установкам), на которых осуществляется такое обеззараживание. В свою очередь, Правительство Российской Федерации поручено утвердить нормативный акт, в котором наряду с требованиями к порядку оказания услуг по транспортированию и обезвреживанию медицинских отходов должны быть предусмотрены требования к транспортным средствам, объектам и (или) оборудованию (установкам), на которых осуществляется обезвреживание медицинских отходов (за исключением санитарно-эпидемиологических требований), включая оснащение указанных технических устройств средствами измерения массы и (или) объема отходов.

В соответствии с пунктами «д» и «ж» части 1 статьи 72 Конституции Российской Федерации к предмету совместного ведения Российской Федерации и субъектов Российской Федерации отнесены обеспечение экологической безопасности и координация вопросов здравоохранения. С учетом указанных положений к компетенции уполномоченного на то органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере обращения с эпидемиологически и токсикологически опасными медицинскими отходами отнесено размещение на официальном сайте данного органа следующей информации: сведений о лицах, не являющихся отходообразователями, но при этом осуществляющими обеззараживание медицинских отходов; сведений о лицах, осуществляющих оказание услуг по транспортированию, обезвреживанию медицинских отходов на территории субъекта Российской Федерации; перечня объектов, которые расположены на территории субъекта Российской Федерации и на которых указанными лицами осуществляются обеззараживание, обезвреживание медицинских отходов. Содержание указанных сведений и перечня, а также порядок их размещения на официальном сайте уполномоченного органа будут установлены Правительством Российской Федерации.

Медицинские отходы класса «Г», подобные по составу чрезвычайно опасным и высокоопасным отходам, перечень которых, как уже отмечалось, определяется Правительством Российской Федерации, в отличие от иных медицинских отходов класса «Г» после обеззараживания (если это предусмотрено санитарными правилами) и вместе с предварительным подготовленным паспортом отходов I и II классов опасности передаются лицами, в результате деятельности которых образуются такие медицинские отходы, федеральному оператору по обращению с отхо-

дами I и II классов опасности, обеспечивающему обращение с ними в соответствии с требованиями, установленными Законом об отходах производства и потребления в отношении отходов I и II классов опасности.

Как следует из статьи 14.4 Закона об отходах производства и потребления лица, в результате деятельности которых образуются медицинские отходы класса «Г», подобные по составу чрезвычайно опасным и высокоопасным отходам, в целях их передачи должны заключить с федеральным оператором по обращению с отходами I и II классов опасности¹³ договор на оказание услуг по обращению с отходами I и II классов опасности. При этом заключение, исполнение, изменение и прекращение данного договора осуществляются в федеральной государственной информационной системе учета и контроля за обращением с отходами I и II классов опасности (ФГИС ОПВК), в которой необходимо зарегистрировать личный кабинет отходообразователя.

В свою очередь, медицинские отходы класса «Д» (радиоактивные отходы) передаются лицами, в результате деятельности которых образуются такие медицинские отходы, национальному оператору по обращению с радиоактивными отходами¹⁴, который обеспечивает обращение с ними в соответствии с требованиями, установленными в отношении радиоактивных отходов Федеральным законом от 11.07.2011 № 190-ФЗ «Об обращении с радиоактивными отходами и о внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации»¹⁵.

Не менее важной новеллой является введение на законодательном уровне учета медицинских отходов, осуществляемого на соответствующих стадиях обращения с ними лицами, в результате деятельности которых образуются медицинские отходы, иными лицами, которые осуществляют обеззараживание медицинских отходов, а также лицами, осуществляющими транспортирование и (или) обезвреживание медицинских отходов, с возложением на указанных лиц обязанности по передаче полученных учетных сведений в федеральный орган исполнительной власти, осуществляющий федеральный государственный санитарно-эпидемиологический контроль (надзор). Таким органом в настоящее время является Федеральная служба по защите прав потребителя и обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия человека (Роспотребнадзор). Порядок учета медицинских отходов, включая состав подлежащих передаче учетных сведений, а также порядок информационного взаимодействия при их передаче будут установлены Правительством Российской Федерации.

Рассмотренные новеллы Федерального закона № 306 в части обращения с медицинскими отходами класса «А» вступают в силу с 1 июля 2025 года. Вступление в силу всего комплекса норм, устанавливаю-

¹³ Федеральное государственное унитарное предприятие «Федеральный экологический оператор» (ФГУП «ФЭО»).

¹⁴ Федеральное государственное унитарное предприятие «Национальный оператор по обращению с радиоактивными отходами» (ФГУП «НО РАО»).

¹⁵ Федеральный закон от 11.07.2011 № 190-ФЗ «Об обращении с радиоактивными отходами и о внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации» // СЗ РФ. 2011. № 29. Ст. 4281.

щих особенности обращения с медицинскими отходами классов «Б», «В» и «Г» (в том числе с медицинскими отходами класса «Г», подобными по составу чрезвычайно опасным и высокоопасным отходам, перечень которых определяется Правительством Российской Федерации) предусмотрено с 1 сентября 2026 года.

Как ожидается, создание вводимой Федеральным

законом № 306 системы обращения с медицинскими отходами позволит наладить достоверный и всесторонний учет в данной сфере, определить потребности в инфраструктуре для удаления медицинских отходов и сформировать механизмы по ее созданию, установить контроль при транспортировании и удалении медицинских отходов, оптимизировать расходы на обращение с ними.

Библиографический список

1. Лебедев С.Н. Основные направления совершенствования законодательства в сфере обращения с медицинскими отходами // Твердые бытовые отходы. – 2019. – № 7. – С. 7-8.
2. Пономарев М.В., Цумартова Ф.В. Правовой режим отходов медицинской деятельности // Журнал российского права. – 2019. – № 9. – С. 145-158.
3. Хамитова Г.Н., Хабиров А.И. Правовое регулирование медицинских отходов в зарубежном праве // Право в современном мире. – 2021. – № 2 (59). – С. 53-60.

Рецензент: Ефимцева Т.В., заведующий кафедрой предпринимательского и природоресурсного права Оренбургского института (филиала) Университета имени О. Е. Кутафина (МГЮА), д.ю.н., доцент.

ЯКОВЕНКО НИНА АЛЕКСАНДРОВНА

кандидат юридических наук, доцент кафедры трудового права и права социального обеспечения Оренбургского института (филиала) Университета имени О.Е. Кутафина (МГЮА), 460000, г. Оренбург, ул. Комсомольская, 50, post@oimsla.edu.ru

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ БИМЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В СФЕРЕ ПЛАНИРОВАНИЯ СЕМЬИ

YAKOVENKO NINA ALEKSANDROVNA

PHD in Law, docent of the Department of labor law and social security law Orenburg Institute (Branch) of The Kutafin Moscow State Law University (MSLA), 460000, Russia, Orenburg, Komsomolskaya Street, 50, post@oimsla.edu.ru

LEGAL REGULATION OF BIOMEDICAL TECHNOLOGIES IN THE SPHERE OF FAMILY PLANNING

Аннотация. В статье исследуются правовые гарантии, возможности, ограничения и запреты, связанные с применением вспомогательных репродуктивных технологий. За последние 10-15 лет произошли важные изменения в российском законодательстве в сфере планирования семьи, которые стали закономерным итогом увеличения случаев применения данных технологий как в России, так и за рубежом. Транснациональный характер указанных биомедицинских технологий приводит к необходимости установления ограничений в целях защиты детей, рожденных на территории РФ. Кроме того, растет количество судебных споров, связанных с установлением происхождения детей, рожденных в результате вспомогательных репродуктивных технологий. В статье приведен анализ наиболее сложные категорий судебных дел в исследуемой сфере.

Ключевые слова: биомедицинские технологии, международное право, репродуктивные права, российское законодательство, демография, понятие семьи, вспомогательные репродуктивные технологии, права ребенка.

Review. The article examines the legal guarantees, opportunities, restrictions and prohibitions associated with the use of assisted reproductive technologies. Over the past 10-15 years, important changes have occurred in Russian legislation in the field of family planning, which have become a natural result of an increase in the use of these technologies both in Russia and abroad. The transnational nature of these biomedical technologies leads to the need to establish restrictions in order to protect children born on the territory of the Russian Federation. In addition, the number of legal disputes related to establishing the origin of children born as a result of assisted reproductive technologies is growing. The article provides an analysis of the most complex categories of court cases in the area under study.

Keywords: biomedical technologies, international law, reproductive rights, Russian legislation, demography, concept of family, assisted reproductive technologies, children's rights.

В настоящее время уровень востребованности и распространения биомедицинских технологий в сфере планирования семьи неуклонно растет как в России, так и в мире. Данным обстоятельствам способствует не только совершенствование уровня качества оказания медицинской помощи, но и поддержка со стороны государства (финансирование оказания медицинских услуг в сфере репродуктивных технологий в системе обязательного медицинского страхования, реализация государственных мер поддержки семей с детьми).

Одним из актуальных является вопрос правового регулирования данного феномена. В международных актах и научных источниках появились понятия «репродуктивные права» человека. Однако, как показывает анализ литературы, среди специалистов нет един-

ства в определении данных прав, их субъектов и содержания.

Правовые аспекты регулирования репродуктивной функции и планирования семьи изложены в международных документах. Так, наряду с другими фундаментальными правами репродуктивное здоровье человека предусмотрено во Всеобщей декларации прав человека 1948 г. В ст. 11 декларации отмечается «право на охрану здоровья и безопасность в рабочих условиях, включая репродуктивную функцию»¹.

Международная организация труда (далее – МОТ) в Конвенции № 156 (1981) предусматривает защиту семьи, недопустимость вынужденной стерилизации для сохранения или получения работы². В Уставе Всемирной организации здравоохранения (да-

¹ Всеобщая декларация прав человека (принята на третьей сессии Генеральной Ассамблеи ООН резолюцией 217 А (III) от 10 декабря 1948 г.) // Российская газета. 1998. 10 декабря.

² Конвенция Международной организации труда № 156 «О равном обращении и равных возможностях для трудящихся мужчин и женщин: трудящиеся с семейными обязанностями» (Женева, 23 июля 1981 г.) // СЗ РФ. 2004. № 32. Ст. 3284.

лее – ВОЗ) отмечается, что «репродуктивное здоровье есть состояние полного физического, умственного и социального благополучия, а не только отсутствие болезни»³.

В 1979 г. в Конвенции ООН «О ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин» были установлены права женщин и мужчин свободно принимать решение о числе детей и промежутках между их рождениями, а также право на информацию, просвещение и средства, обеспечивающие им возможность пользоваться такими правами⁴.

В Венской декларации, принятой в 1993 году на Всемирной конференции по правам человека, вновь подтверждались основные репродуктивные права, и на основе принципа равенства между женщинами и мужчинами заявлено о праве женщин на доступную и адекватную охрану здоровья, а также на самый широкий круг услуг в области планирования семьи⁵.

В российском законодательстве сформулированы юридические основы поддержки репродуктивного здоровья, обеспечения прав детей и родителей.

В ст. 38 Конституции РФ указано, что материнство и детство, семья находятся под защитой государства. Вопросы, связанные с планированием семьи и регулированием репродуктивной функции женщины, регламентируются в нашей стране правовыми документами различного уровня: Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Закон об основах охраны здоровья граждан),⁶ Семейный кодекс РФ от 29 декабря 1995 г. № 223-ФЗ (далее – СК РФ),⁷ Федеральный закон от 15 ноября 1997 г. № 143-ФЗ «Об актах гражданского состояния»⁸ и др.

Начиная с 1995 г. с помощью данных технологий в России родилось около 400 тысяч детей, что составляет примерно 1% от общего количества рожденных в этот период детей. С 2003 г. данный показатель существенно вырос и составил 2,4-2,6%. Необходимо уточнить, что согласно статистическим данным в среднем каждое четвертое ЭКО завершается рождением ребенка. В 2021 году в России были проведены 161,7 тыс. циклов ЭКО, закончились успешным рождением ребенка 35,7 тыс. Таким образом, количество процедур ЭКО существенно превышает количество рожденных детей. В рейтинге по числу циклов ЭКО Россия находится на четвертом месте, лидером является Китай, на втором и третьем месте – Япония и США.

В соответствии с Указом Президента РФ от 9 ок-

тября 2007 г. № 1351 «Об утверждении Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 г.», политика государства в сфере репродуктивных правоотношений направлена на увеличение продолжительности жизни населения, сокращение уровня смертности, рост рождаемости, регулирование внутренней и внешней миграции, сохранение и укрепление здоровья населения, и улучшение на этой основе демографической ситуации в стране.

В конце 2010 г. Президент РФ поручил выделить 1,5 млрд рублей из федерального бюджета на процедуры ЭКО. В 2011 число зарегистрированных ЭКО выросло на 42%. А в 2014 году ЭКО вошло в перечень услуг, доступных по полису ОМС. С этого момента интерес к процедуре не падал, а количество циклов увеличилось еще на 38,5%. По ОМС проходят около половины всех зарегистрированных в стране циклов ЭКО.

В связи с ростом количества детей, рожденных в результате применения биомедицинских технологий, государство вынуждено уделять больше внимания обеспечению должного уровня прав и гарантий таких детей. Причины повышенного риска нарушения прав ребенка в этом случае заключаются в том, что в ходе применения биомедицинских технологий вопросы установления кровного (генетического) родства, отцовства, происхождения ребенка, реализации прав биологических и генетических родителей являются не столь очевидными и нередко становятся предметом судебных споров в вопросах установления родительских прав и обязанностей. Основной задачей государства в этой ситуации становится обеспечение права ребенка на воспитание в семье, надлежащий уровень заботы и воспитания.

Основным международным актом в сфере правового регулирования прав ребенка является Конвенция ООН «О правах ребенка» 1989 г.⁹ В соответствии со ст. 7 Конвенции ребенок с момента рождения имеет право на имя гражданство, а также, насколько это возможно, право знать своих родителей и право на их заботу. Государства-участники обязаны обеспечить реализацию этих прав в соответствии с их национальным законодательством и выполнение всех обязательств, предусмотренных соответствующими международными актами.

В п. 2 ст. 54 СК РФ установлено, что каждый ребенок имеет право жить и воспитываться в семье, насколько это возможно, право знать своих родите-

³ Устав (Конституция) Всемирной Организации Здравоохранения (Нью-Йорк, 22 июля 1946 г.) // СПС Гарант. URL: <https://base.garant.ru/2540328/> (дата обращения: 25.01.2025).

⁴ Конвенция ООН «О ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин» (Нью-Йорк, 18 декабря 1979 г.) // Сборник международных договоров СССР. М., 1983. Выпуск XXXVII.

⁵ Венская декларация и программа действий (Вена, 25 июня 1993 г.) // СПС Гарант. URL: <https://base.garant.ru/2541372/> (дата обращения: 25.01.2025).

⁶ Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. от 8 августа 2024 г.) // СЗ РФ. 2011. № 48. Ст. 6724.

⁷ Семейный кодекс Российской Федерации от 29 декабря 1995 г. № 223-ФЗ (с изм. от 23 ноября 2024 г.) // СЗ РФ. 1996. № 1. Ст. 16.

⁸ Федеральный закон от 15 ноября 1997 г. № 143-ФЗ «Об актах гражданского состояния» (с изм. от 8 августа 2024 г.) // СЗ РФ. 1997. № 47. Ст. 5340.

⁹ Конвенция о правах ребенка ООН (Нью-Йорк, 20 ноября 1989 г.) // Ведомости Съезда народных депутатов СССР и Верховного Совета СССР. 1990. № 45. Ст. 955.

лей, право на их заботу, право на совместное с ними проживание, за исключением случаев, когда это противоречит его интересам. Ребенок имеет права на воспитание своими родителями, образование, обеспечение его интересов, всестороннее развитие, уважение его человеческого достоинства.

Право ребенка на приоритетное воспитание в семье накладывает свой отпечаток на регулирования вспомогательных репродуктивных технологий (далее – ВРТ), т.к. и основная цель ВРТ – это рождение ребенка. По своей сути ВРТ дают безграничные возможности для рождения ребенка, включая возможность иметь детей у одиноких родителей (суррогатное материнство, банки репродуктивных клеток, криоконсервирование биоматериала и др.). В данном случае заранее известно, что у ребенка не будет одного из родителей, однако это не является препятствием для использования биотехнологий по законодательству большинства стран. Например, в России действует законодательно установленный запрет на использование ВРТ одинокими мужчинами. Тем не менее, возможность использования данных технологий за границей и транснациональный характер этих отношений позволяет гражданам использовать возможности современной медицины несмотря на запреты, установленные национальным законодательством.

Законы, регулирующие применение репродуктивных технологий отличаются в разных странах. Конвенция «О защите прав и достоинства человека в связи с применением достижений биологии и медицины», принятая в 1997 г. в Овьедо, Испания, содержит в ст. 21 запрет на получение финансовой выгоды, а именно: «Человеческое тело и его части сами по себе не должны являться источником финансовой выгоды»¹⁰. Ратификация данной Конвенции 29 странами, в большей части европейскими, привела к запрету коммерческой формы суррогатного материнства в национальных законах данных стран вследствие несоответствия международному акту.

В России обе формы суррогатного материнства: как коммерческое, так и безвозмездное разрешены, Конвенция не ратифицирована.

Таким образом, есть страны, где допускается лишь оплата текущих расходов суррогатной матери, запрещена реклама суррогатного материнства, предложение услуг суррогатных матерей и их подбор. В Беларуси суррогатным материнством как вспомогательным видом репродуктивной технологии может воспользоваться только та женщина, для которой вынашивание и рождение ребенка по медицинским показаниям физиологически невозможно либо связано с риском для жизни, здоровья ее или ребенка.

В законодательстве Китая суррогатное материнство запрещено. Министерство здравоохранения установило «ведомственные правила», которые запрещают медицинским работникам проводить процедуры суррогатного материнства, а за нарушения предусмотрены штрафы (но не уголовная ответственность). Коммерческое суррогатное материнство является незаконным в Европейском Союзе. В ст. 3 Хартии основных прав Европейского Союза говорится, что «в области медицины и биологии, в частности, необходимо соблюдать следующее: запрет на использование человеческого тела и его частей в качестве источника финансовой выгоды».

Ниже представлена таблица ограничений на использование данной технологии в разных странах.

Таким образом, основное содержание репродуктивных прав заключается в праве потенциальных родителей на рождение ребенка, планирование семьи, свободное определение количества рожденных детей. Однако, с реализацией этих репродуктивных прав связано появление нового человека, следовательно, задачей государства становится обеспечить его права на всех уровнях.

Проблемным вопросом при определении права ребенка на воспитание в семье является уточнение самого понятия «семья». В настоящее время ни в международном праве, ни в законодательстве Российской

Суррогатное материнство запрещено полностью	Разрешено только на некоммерческой основе	Не регулируется законодательством, но фактически имеет место	Разрешено в обоих формах
Италия, Финляндия, Франция, Германия, Исландия, Испания, Сербия	Нидерланды, Бельгия, Великобритания	Чехия, Ирландия, Польша, Швеция	Россия, Грузия, Казахстан, Греция
Китай, Япония, Малайзия	Бразилия, Куба, ЮАР	Колумбия	Мексика, Нигерия
Саудовская Аравия	Австралия, Новая Зеландия	Кения, Филиппины	Израиль, Иран, Индия, Тайланд
некоторые штаты США (Аризона, Мичиган, Нью-Джерси)	Канада, некоторые штаты США		большинство штатов США

¹⁰ Конвенция «О защите прав и достоинств человека в связи с применением достижений биологии и медицины: Конвенция о правах человека и биомедицине ETS № 164 // СПС Гарант. URL: <https://base.garant.ru/2563972> (дата обращения: 25.01.2025).

кой Федерации единообразного подхода к определению семьи нет. По мнению Комитета по правам человека ООН, «концепция семьи может отличаться в некоторых отношениях от государства к государству, и даже от региона к региону в пределах государства, и именно поэтому «не представляется возможным дать стандартное определение этому понятию».

В ст. 4 Международной конвенции ООН «О защите прав всех трудящихся мигрантов и членов их семей» содержится понятие «члены семьи». Под ним понимаются «лица, состоящие в браке с трудящимися-мигрантами или состоящие с ними в таких отношениях, которые в соответствии с применимым правом могут быть приравнены к браку, а также находящиеся на их иждивении дети и другие лица, которые признаются членами семьи в соответствии с применимым законодательством или двусторонними или многосторонними соглашениями между соответствующими государствами».

К современным тенденциям в международном праве можно отнести сокращение характеристик семьи, что не всегда согласуется с национальными законодательствами отдельных стран. После внесения изменений в Конституцию РФ в 2020 г. брачные отношения в российском законодательстве определяются исключительно как союз мужчины и женщины, а приоритетным направлением государственной политики стало воспитание ребенка в семье (ч. 1 ст. 72).

Регулирование семейных отношений в России осуществляется в соответствии с принципами добровольности брачного союза мужчины и женщины, равенства прав супругов в семье, разрешения внутрисемейных вопросов по взаимному согласию, приоритета семейного воспитания детей, заботы об их благосостоянии и развитии, обеспечения приоритетной защиты прав и интересов несовершеннолетних и нетрудоспособных членов семьи.

Однако, ситуация в мире показывает, что традиционное понимание семьи разделяют не все страны. На борьбу с деструктивным влиянием таких взглядов и их распространением, а также на утверждение традиционных российских ценностей, в том числе семейных, направлен Указ Президента РФ от 9 ноября 2022 г. № 809 «Об утверждении Основ государственной политики по сохранению и укреплению традиционных российских духовно-нравственных ценностей».¹¹ По состоянию на 2024 год 37 стран признали однополые браки как законную форму существования семьи, следовательно, в таких семьях могут быть рождены дети с помощью ВРТ.

В ситуации наличия угроз традиционному пониманию семьи, РФ вынуждена предпринимать меры к защите детей, рожденных в результате применения ВРТ, на территории РФ или российскими гражданами. В 2022 г. в Законе об основах охраны здоровья граждан появилась норма, согласно которой один из потенциальных генетических родителей (мать или отец) либо одинокая женщина должны иметь граж-

данство РФ (ч. 11 ст. 55).

Некоторые ученые предлагают в целях защиты прав и законных интересов будущего ребенка запретить использование методов репродуктивных вспомогательных технологий для лиц, изменивших пол, лишенных родительских прав, страдающих хроническим алкоголизмом или наркоманией, совершивших умышленные преступления, связанные с нарушением прав ребенка.

Рассмотрим наиболее дискуссионные вопросы и распространенные судебные споры, связанные с применением ВРТ.

Одной из самых сложных категорий судебных дел являются конфликты, возникающие при определении родительских прав в отношении ребенка, рожденного суррогатной матерью.

По мнению Конституционного суда Российской Федерации наличие согласия суррогатной матери на совершение записи о рождении ребенка означает имеющуюся у нее возможность в записи акта о рождении ребенка записать себя матерью ребенка, обуславливая тем самым для женщины, родившей ребенка, права и обязанности матери (Определение Конституционного суда Российской Федерации от 27 сентября 2018 г. № 2318-О). Таким образом, российское законодательство реализует гестационную модель суррогатного материнства, исходящую из приоритетного значения при оформлении родительских прав факта беременности женщины, родившей ребенка в результате имплантации ей эмбриона (биологической матери), полученного от генетических родителей.

Как следует из правовой позиции Конституционного Суда Российской Федерации, выраженной в Определении от 15 мая 2012 г. № 880-О, гестационная модель правового регулирования суррогатного материнства не является единственно возможной с точки зрения надлежащей защиты таких гарантируемых ст. 38 Конституции Российской Федерации ценностей, как семья, материнство и детство.

По мнению Верховного Суда Российской Федерации, отказ суррогатной матери дать согласие на запись родителями потенциальных родителей не может служить безусловным основанием для отказа в удовлетворении иска этих лиц о признании их родителями ребенка и передаче им ребенка на воспитание.

Так, в соответствии с разъяснениями Пленума Верховного Суда Российской Федерации суды в случае, если суррогатная мать отказалась дать согласие на запись родителями генетических родителей рожденного ею ребенка, учитывая все фактические обстоятельства конкретного дела, в том числе связанные с тем, заключался ли договор о суррогатном материнстве и каковы условия этого договора, являются ли истцы генетическими родителями ребенка, по каким причинам суррогатная мать не дала согласия на запись истцов в качестве родителей ребенка, и ру-

¹¹ Указ Президента РФ от 9 ноября 2022 г. № 809 «Об утверждении Основ государственной политики по сохранению и укреплению традиционных российских духовно-нравственных ценностей» // СЗ РФ. 2022. № 46. Ст. 7977.

ководствуясь положениями ст. 3 Конвенции о правах ребенка, вправе разрешить спор в интересах ребенка (п. 31 Постановления Пленума Верховного Суда Российской Федерации от 16 мая 2017 г. № 16 «О применении судами законодательства при рассмотрении дел, связанных с установлением происхождения детей»).

Таким образом, суды могут разрешать споры в пользу удовлетворения требований генетических родителей об установлении отцовства и материнства в отношении детей, рожденных суррогатной матерью, в случае установления факта злоупотребления суррогатной матерью своими правами, влекущего существенное нарушение прав ребенка.

Так, в одном из судебных решений судом общей юрисдикции были удовлетворены требования генетических родителей об установлении отцовства и материнства в отношении детей, рожденных суррогатной матерью. Суд пришел к выводу о том, что суррогатная мать, отказываясь дать согласие на регистрацию генетических родителей в качестве родителей рожденных ею детей, злоупотребила своими правами, действуя при этом не только в нарушение условий договора о суррогатном материнстве, заключенного между сторонами, но и в ущерб интересам детей, генетическими родителями которых являются истцы. В качестве обстоятельств, подтверждающих злоупотребление суррогатной матерью своими правами, в частности, названы ее требования увеличения суммы причитающейся ей денежной выплаты в связи с рождением двойни, ее фактический выход из программы суррогатного материнства, рождение детей не в том роддоме, который был для этого предназначен, ее проживание в комнате в коммунальной

квартире.

Дискуссионной проблемой является также установлений условий, при которых возможен доступ к методам вспомогательной репродукции (законодательные ограничения). В ст. 55 Закона об основах охраны здоровья граждан закреплено понятие вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) как методов лечения бесплодия. Таким образом, к проведению ЭКО должны быть определенные показания, а также отсутствие противопоказаний. В российской юридической литературе отмечается, что «в нашей стране искусственное зарождение детей возможно только по медицинским показаниям». Однако, не все граждане разделяют данную позицию, считая необходимым расширить возможности применения ЭКО по усмотрению потенциальных родителей. Очевидно, что государство исходит из соображений заботы о здоровье женщины и ограничивает использование данных технологий в случае возможности рождения ребенка без их применения.

Основными особенностями правового регулирования ВРТ по российскому законодательству являются:

- 1) широкий круг разрешенных медицинских технологий ВРТ (в том числе разрешено суррогатное материнство (коммерческое и некоммерческое);
- 2) наличие специальных норм об особенностях установления происхождения ребенка, зачатого с использованием ВРТ;
- 3) исключение нетрадиционных семей из сферы применения ВРТ;
- 4) интересы ребенка трактуются таким образом, что за ним не признается право на получение информации о своем генетическом происхождении.

Рецензент: Черепанцева Ю.С., заведующий кафедрой трудового права и права социального обеспечения Оренбургского института (филиала) Университета имени О.Е. Кутафина (МГЮА), доцент, к.ю.н..

Раздел второй

ВОПРОСЫ ГРАЖДАНСКОГО ПРАВА И ПРОЦЕССА

БУЯНОВА КАТЕРИНА ВЛАДИМИРОВНА

к.ю.н., доцент кафедры гражданского права и процесса Оренбургского института (филиала) Университета имени О.Е. Кутафина (МГЮА), 460000, г. Оренбург, ул. Комсомольская, 50, тел. 8(3532) 72-22-77, e-mail: ekbuyanova@yandex.ru

ИСКУССТВЕННАЯ РЕПРОДУКЦИЯ ЧЕЛОВЕКА: ПАНАЦЕЯ ИЛИ ДРАМА? (ЮРИДИКО-ФИЛОСОФСКИЕ РАЗМЫШЛЕНИЯ НА ОСНОВЕ СУДЕБНОЙ ПРАКТИКИ)

BUYANOVA KATERINA VLADIMIROVNA

Candidate of Law, Associate Professor of civil Law and Process Orenburg Institute (branch) of Moscow State University of Law named after O.E. Kutafin (MSLA), Orenburg, Str. Komsomolskaya, 50, тел. 8(3532) 72-22-77, e-mail: ekbuyanova@yandex.ru

ARTIFICIAL HUMAN REPRODUCTION: A PANACEA OR A DRAMA? (LEGAL AND PHILOSOPHICAL REFLECTIONS BASED ON JUDICIAL PRACTICE)

Аннотация: в статье рассматриваются вопросы правового регулирования и практики применения норм, регулирующих порядок установления отцовства (материнства) в отношении детей, родившихся в результате применения способов искусственной репродукции человека (вспомогательных репродуктивных технологий (ЭКО) и суррогатного материнства) в контексте этики и морали. На основе анализа судебной практики автором выявляются основные трудности, которые возникают в процессе защиты интересов родителей и детей, родившихся в результате применения способов искусственной репродукции человека. Сформулированы предложения по совершенствованию законодательства и правоприменительной практики в этой части.

Ключевые слова: отцовство (материнство), вспомогательные репродуктивные технологии, суррогатное материнство, презумпция, мораль

Annotation: The article examines the issues of legal regulation and practice of applying the norms governing the procedure for establishing paternity (motherhood) in relation to children born as a result of the use of artificial human reproduction methods (assisted reproductive technologies (IVF) and surrogate motherhood) in the context of ethics and morality. Based on the analysis of judicial practice, the author identifies the main difficulties that arise in the process of protecting the interests of parents and children born as a result of the use of artificial human reproduction methods. Proposals have been formulated to improve legislation and law enforcement practice in this area.

Keywords: fatherhood (motherhood), assisted reproductive technologies, surrogacy, presumption, morality

Невозможность родить ребенка по медицинским показаниям – большая трагедия для любой семьи. В отчаянии родители готовы использовать любые средства и способы. В том числе и те, которые предлагает современная медицина. Однако, как показывает практика, спасительное чудо медицины не всегда заканчивается счастливо. Зачастую это оборачивается драмой для семьи. И связано это, прежде всего, с проблемами установления отцовства в отношении ребенка, рожденного с использованием способов искус-

ственной репродукции человека.

Значение юридической процедуры, направленной на установление факта происхождения ребенка, включая признание отцовства и материнства, сложно переоценить, поскольку установление юридического факта отцовства-материнства порождает весь комплекс правоотношений родителей и детей, создает условия для реализации конституционного права детей на защиту его интересов, право на воспитание и развитие в кровной семье. Они формируют базу юри-

дически значимых последствий в системе родительно-детских отношений, создают фундамент осуществления совокупности прав и ответственности между родителем и признанным им ребенком.

Правоотношения вследствие установления юридического факта происхождения детей регулируются разными сферами и уровнями законодательства: Международными конвенциями по защите прав детей, Конституцией Российской Федерации (далее – Конституция РФ), Семейным кодексом Российской Федерации (далее – СК РФ), Гражданским кодексом Российской Федерации (далее – ГК РФ), федеральными и региональными правовыми актами. Конституция РФ гласит, что защита семьи, материнства, отцовства и детства – это объект совместного ведения Российской Федерации и ее субъектов (п. «ж» ч. 1 ст. 72). Анализ источников показывает, что если в случае установления материнства факт происхождения ребенка от биологической матери с высокой степенью очевидности устанавливается в процессе осуществления процедуры государственной регистрации в актах гражданского состояния, то установление отцовства вызывает множество правовых споров. И в этом случае предметом правового анализа выступает, прежде всего, запись о факте установления отцовства в актах гражданского состояния.

Суд играет важную роль при разрешении споров, возникающих при установлении происхождения детей, поскольку является гарантом соблюдения прав и интересов несовершеннолетних.

Следует выразить согласие с мнением таких ученых-процессуалистов, как А.Т. Боннер и И.И. Черных о том, что иски об оспаривании отцовства (материнства) традиционно относятся к категории споров, связанных с установлением происхождения детей и являются их разновидностью¹.

Специфика спорного материального правоотношения предопределяет процессуальные особенности рассмотрения их судом.

Так, согласно ч. 3 ст. 52 СК РФ супруг, давший в порядке, установленном законом, согласие в письменной форме на применение метода искусственного оплодотворения или на имплантацию эмбриона, не вправе при оспаривании отцовства ссылаться на эти обстоятельства.

Однако действительно ли на практике супруг, давший согласие на метод искусственного оплодотворения или на имплантацию эмбриона, вообще не вправе оспаривать юридическую значимость данного им согласия?

Верно в науке указывается на то, что под установленным законом порядком понимается:

1. Лицо должно понимать значение своих действий и быть в состоянии руководить ими (ст. 177 ГК РФ).

2. Супруг не должен действовать под влиянием

завлечения (ст. 178 ГК РФ).

3. Воля должна быть доведена до сведения супруги и медицинской организации в письменной форме.

Но на практике все бывает не так однозначно.

Так, истец обратился в суд с иском об оспаривании отцовства. От брака у него имеется несовершеннолетний сын, на которого он уплачивает алименты. От второго брака детей нет. И как показали медицинские исследования, иметь их не может. На этом основании истец полагает, что сын от первого брака – не его ребенок и просит исключить из актовой записи сведения о нем как об отце ребенка. Отказывая в иске, суд первой инстанции исходил из того, что истцом не доказан факт происхождения ребенка от иного лица, а также сослался на ч. 3 ст. 52 СК РФ. Как следует из материалов дела, истец «не оспаривал того обстоятельства, что беременность ответчицы наступила в результате искусственного оплодотворения биологическим материалом истца».

Можно ли признать подобное решение законным и обоснованным? Весьма сомнительно. И вот почему.

Истец, по сути, не оспаривал лишь то, что у него брали биологический материал для искусственного оплодотворения. А вот жизнеспособен ли он был, чтобы привести к беременности – это другой факт, который, кстати сказать, так и оказался не установленным в ходе рассмотрения и разрешения указанного дела. Следовательно, причинно-следственная связь между фактом сдачи биоматериала и фактом наступления беременности – не установлена. Как верно указывает И.И. Черных, по делу должна была быть назначена экспертиза, но ввиду того, что ходатайство о ее проведении заявлено не было, в силу принципа состязательности, суд вынес решение на основе имеющихся в деле доказательств².

Отсюда следует ряд выводов:

1. Согласие на искусственную репродукцию всегда должно с необходимостью влечь за собой отцовство? Понятно, что охраняются интересы ребенка, но это слишком «неопровержимая презумпция». Получается схема: «дал согласие на искусственное оплодотворение – сдал биоматериал – отец». Без вариантов и исключений. Что должен доказать «отец», чтобы опровергнуть эту презумпцию и оспорить отцовство? Только то, что сданный биоматериал не мог являться основанием для наступления беременности. Это важно, так как между начальным и конечным звеньями указанной цепи могут быть и еще другие: подмена, врачебная ошибка и т.д. Это понятно. Но в чем виноват мужчина, сдавший биоматериал?

2. Принцип состязательности, как показывает практика, не всегда позволяет установить все обстоятельства по делу и вынести законное и обоснованное решение по делу. По анализируемой категории дел в большей степени был бы уместен принцип ак-

¹ Черных И.И. Особенности рассмотрения в суде дел об оспаривании отцовства (материнства) в правоотношениях суррогатного материнства // Законы России. № 9. С. 68; Боннер А.Т. Правовые проблемы искусственного оплодотворения: монография / отв. ред. И.И. Черных. М.: Проспект, 2020. С. 170.

² Боннер А.Т. Правовые проблемы искусственного оплодотворения: монография / отв. ред. И.И. Черных. М.: Проспект, 2020. С. 171.

тивной роли суда. Но опять же: для кого лучше – для мужчины, оспаривающего отцовство, или для ребенка, родившегося в результате применения способов искусственной репродукции человека?

3. Возникает закономерный вопрос: чьи интересы, в итоге, защищаются законодательством? Ребенка или родителей? И приоритет чьим интересам должен отдаваться?

К сожалению, практике известны также случаи, когда с иском об оспаривании отцовства обращаются оба родителя ребенка, родившегося в результате применения вспомогательных репродуктивных технологий (далее также – ВРТ).

В частности, практике известен случай, когда в результате ЭКО родился ребенок-инвалид с тяжелыми генетическими патологиями. Хотя первая процедура ЭКО с участием этих же родителей прошла успешно, и в результате родился здоровый ребенок. Экспертиза установила, что для процедуры оплодотворения был использован биологический материал постороннего мужчины. Клиника утверждала, что супруги пришли уже с готовым биологическим материалом. К сожалению, по иску родителей ребенка о защите прав потребителей и взыскании с клиники материального ущерба и компенсации морального вреда не удалось установить факт того, каким образом чужой биоматериал был соединен с биологическим материалом матери ребенка, но был установлен факт того, что супруги не давали согласия на использование донорского генетического материала от других лиц. Было вынесено решение о взыскании с клиники в общей сложности 800 000 рублей. Однако супруги хотели добиться того, чтобы клиника взяла на себя все будущие расходы по лечению их сына. Но безуспешно. А главное, трагичный итог – ребенок-инвалид и несчастные родители.

А вот в другом, похожем случае оспаривания отцом ребенка отцовства в отношении близнецов, в отношении детей, родившихся с применением процедуры ЭКО, истец предположил, что врач-эмбриолог мог ошибиться и перепутать пробирки с биоматериалом, так как в этот день, с разницей в 30 минут, проводилось две процедуры ЭКО. И истец представил соответствующий документ. Ответчик, опровергая позицию истца, утверждал, что в ходе проведенного служебного расследования не было выявлено нарушений в обращении с биоматериалом. Однако суд отверг указанные возражения и указал, что «надлежащих доказательств, свидетельствующих о проведении процедуры ЭКО с использованием биологического материала, принадлежащего непосредственно истцу, ответчиком в материалы дела не представлено». В данном случае следует констатировать использование доказательственных фактов. Тем не менее суд частично удовлетворил требования истца. Даже если жена знала об этом (а брак был расторгнут), реализовать этот замысел могли только меди-

цинские работники, значит, они и должны понести соответствующее наказание.

Однако случаи, когда мать ребенка вступает в спор с врачом о подмене биологического материала – не единичный. Но этот вопрос решается уже в плоскости не гражданско-правовой, а уголовной ответственности. Вместе с тем, правоохранительные органы вовсе не спешат выяснять, как же так получилось, что вдруг «отец оказался не отцом».

Бывают и ситуации, когда оба родителя заинтересованы в том, чтобы использовать «посторонний» биологический материал, если по медицинским показаниям положительный исход ЭКО достичь не удается³.

«Едва ли размер нравственных страданий семьи, случайно узнавшей, что их ребенок родился от донора, можно оценить в деньгах. Как бы клиники не утверждали, что подмена исключена, на практике, выходит, что такое, увы, возможно. А значит, пара, которая идет на ЭКО, должна держать в голове, что существует вероятность ошибки. Для сохранности семьи безопаснее договориться, что делать, если после родов обнаружится, что один из биологических родителей младенца – чужой человек»⁴.

И договориться нужно, прежде всего, потому, что в результате указанных медицинских манипуляций рождается новая жизнь, живой человек, который не виноват в том, что появился на свет в результате врачебной ошибки.

Кроме того, в целях правильного и своевременно рассмотрения и разрешения судом дел об оспаривании отцовства (материнства) в отношении ребенка, родившегося в результате использования способов искусственной репродукции человека, представляется необходимым надлежащее нормативное регулирование порядка происхождения ребенка, родившегося в результате реализации программ суррогатного материнства. Наиболее часто встречающейся ситуацией оспаривания записи о матери в книге рождений является отказ суррогатной матери дать согласие на запись родителями (родителем) ребенка генетических родителей. Несмотря на то, что норма абз. 2 п. 4 ст. 51 СК РФ очевидно противоречит конституционным основам о защите семьи, материнства, отцовства и детства, Конституционный суд РФ не принимает к рассмотрению подобные жалобы, мотивируя свою позицию мнением Европейского суда по правам человека, который исходит из интересов ребенка и связывает его благополучие с женщиной, которая родила ребенка, т.е. с суррогатной матерью, а не его биологическими родителями.

Установлено, что круг лиц, которые могут обратиться с требованием об оспаривании отцовства и материнства не ограничивается лишь лицами, которые непосредственно являются отцом, матерью или лицами, записанными в качестве таковых. Женщина, генетически являющаяся матерью ребенка, рожден-

³ Боннер А.Т. Правовые проблемы искусственного оплодотворения: монография / отв. ред. И.И. Черных. М.: Проспект, 2020. С. 172 - 179.

⁴ Апрельская Е. Сын ошибки или дитя порока? // Московский комсомолец. 2019. 25 янв.

ного с помощью ВРТ, давшая согласие на имплантацию эмбриона другой женщине, и сама суррогатная мать, в случаях, когда в качестве матери записана суррогатная мать, после совершения записи в книге записей рождений не могут оспаривать материнство с указанием на то, что ребенок биологически не имеет связи с суррогатной матерью, а просто вынашивался ею. В отличие от мужчины (п.п. 3 п. 1 ст. 52 СК РФ), женщина, фактически не являющаяся матерью ребенка, рожденного с помощью вспомогательных репродуктивных технологий, законодательно не лишена права на оспаривание материнства со ссылкой на применение методов искусственного оплодотворения. В таких случаях суд, рассматривая требование об оспаривании материнства, может принимать во внимание любые доказательства, которые с достоверностью подтверждают невозможность происхождения ребенка от истицы.⁵

СК РФ и постановление Пленума Верховного Суда РФ от 16 мая 2017 года № 16 «О применении судами законодательства при рассмотрении дел, связанных с установлением происхождения детей»⁶ предусматривают ограничения в осуществлении права оспорить отцовство (материнство). Так, например, законодателем определены отдельные ситуации, при которых оспаривание отцовства (материнства) неправомерно, если истец ссылается на отсутствие кровной связи, при этом он имеет право оспаривать отцовство по иным основаниям. Законодателем предусмотрен ряд мер в ограничениях по оспариванию отцовства.

Во-первых, требование об оспаривании отцовства лицом, записанным отцом, не может быть удовлетворено, согласно п. 2 ст. 51 СК РФ, если на момент записи лицу было известно, что оно фактически не является отцом ребенка и при этом дало согласие на то, чтобы он был признан отцом. В этом случае подлежит доказыванию факт того, что он узнал об отсутствии кровнородственной связи после осуществления записи или, что в момент записи имело место нарушение волеизъявления, и он подавал заявление об установлении отцовства под влиянием угроз, насилия либо в состоянии, когда гражданин не был способен понимать значение своих действий или руководить ими. Процесс доказывания осуществляется в гражданском судопроизводстве по установленным правилам.

Во-вторых, по п. 3 ст. 51 СК РФ лицо не вправе ссылаться при оспаривании отцовства на обстоятельства, если для рождения ребенка использовались способы репродуктивных технологий.

В-третьих, в случаях использования для рождения ребенка суррогатного материнства оспаривание отцовства/материнства неправомерно при ссылке на

эти обстоятельства. После совершения записи родителей в книге записей рождений ссылаться на эти обстоятельства неправомерно.

Второе и третье ограничения из правил ставят целью защиту интересов той категории детей, факт происхождения которых связан с методом искусственного оплодотворения/зачатия. Это достаточно просто объясняется тем, что отец ребенка, родившегося с применением вспомогательных репродуктивных технологий был осведомлен, что кровным родителем ребенка не является, для оплодотворения будут использованы (с согласия записанного отцом лица) донорские клетки третьего лица. Поэтому согласие лица быть записанным отцом в случаях применения ВРТ – это полный аналог добровольного признания отцовства и не может быть отозвано ни по правовым, ни по этическим основаниям.

Отметим, что в обозначенных выше ситуациях, когда ограничения имеют под собой правовые основания, не запрещается ссылаться на иные обстоятельства, послужившие причиной внесения записи об отцовстве в акты гражданского состояния в отношении лица, таковым не являющегося. В судебной практике имеются ситуации, при которых оспаривание записи происходит по факту несоответствия воли и волеизъявления. Верховный Суд РФ указал, что даже если установлено фактически, что отец не является кровным родителем, иск об оспаривании записи об отцовстве может быть судом не удовлетворен, если это отвечает интересам конкретного ребенка и исходя из приоритетов его защиты, учитывая обстоятельства жизни ребенка и его конституционные права⁷. В частности, приводятся следующие варианты событий, способные повлечь отказ в удовлетворении судом иска:

- вследствие длительных семейных отношений, сложившихся между ребенком и лицом, записанным в качестве его отца;
- при наличии устойчивой эмоциональной привязанности ребенка к отцу;
- установленного судом намерения лица, записанного отцом, продолжать воспитывать этого ребенка и заботиться о нем как о своем собственном и т.д.⁸

Отказ в удовлетворении иска, согласно позиции высших судебных органов, возможен, если иск об оспаривании отцовства подан матерью ребенка или его опекуном/попечителем, при этом требование об установлении отцовства в отношении биологического отца не заявлено, и лицо, записанное в качестве отца ребенка, возражает против удовлетворения иска.

Оспаривание отцовства по сути правовой процедуры и сущности в нормах отечественного семейного права предполагают аналогичную процедуру по оспариванию материнства, то есть также допустимо ос-

⁵ Черкашина М.И. Правовое регулирование оспаривания отцовства и материнства // Вопросы российской юстиции. 2021. № 5. С. 373.

⁶ Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 16 мая 2017 г. № 16 «О применении судами законодательства при рассмотрении дел, связанных с установлением происхождения детей» // Российская газета. 2017. № 110.

⁷ Черкашина М.И. Правовое регулирование оспаривания отцовства и материнства // Вопросы российской юстиции. 2021. № 5. С. 370.

⁸ Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 16 мая 2017 г. № 16 «О применении судами законодательства при рассмотрении дел, связанных с установлением происхождения детей» // Российская газета. 2017. № 110.

паривать материнство. На практике, однако, можно проследить, что оспаривание материнства достаточно редкая процедура, поскольку в силу естественных причин и по установленным в России юридическим процедурам определение и установление материнства фактически не оставляет места для сомнений по факту происхождения ребенка от матери и исключает возможность регистрации женщины в качестве матери, когда она таковой по факту не является.

По общему правилу нормы ст. 48 СК РФ материнство устанавливается на основе документально закреплённых фактов рождения ребенка от биологической матери. Однако существуют исключения и стоит отметить, что круг лиц, наделённых законодателем правом подавать иск по оспариванию материнства тот же самый, что и при процедуре установления отцовства.

Отдельного внимания заслуживают ситуации с применением вспомогательных репродуктивных технологий, когда оспаривание материнства имеет некоторые законодательные ограничения.

Женщина, генетически являющаяся матерью ребенка, рожденного с помощью ВРТ, давшая согласие на имплантацию эмбриона другой женщине, и сама суррогатная мать, в случаях, когда в качестве матери записана суррогатная мать, после совершения записи в книге записи рождений не могут оспаривать ее материнство с указанием на то, что ребенок биологически не имеет связи с суррогатной матерью, а просто вынашивался ею. Правоммерно уточнить, в процессе анализа, что под суррогатным материнством понимается вынашивание и рождение ребенка по договору между суррогатной матерью и потенциальными родителями, чьи половые клетки использовались для оплодотворения (либо одинокой женщиной). При этом последние не могут родить ребенка по медицинским показаниям.

Отличие процедуры оспаривания материнства при применении с ВРТ от процедуры оспаривания отцовства состоит в том, что женщина, родившая ребенка, имеет право на оспаривание материнства в случаях использования донорских яйцеклеток при процедуре ЭКО (экстракорпорального оплодотворения). Для оспаривания отцовства предусмотрен прямой запрет (пп. 3 п. 1 ст. 52 СК РФ) ссылаться на применение ВРТ. Суд, рассматривая требование об оспаривании материнства, может принимать во внимание любые доказательства, которые с достоверностью подтверждают невозможность происхождения ребенка от истицы (медицинские справки о бесплодии, отсутствии яичников, маточных труб и т.д.)⁹.

При теоретическом анализе проблемы оспаривания отцовства (материнства) М.И. Черкашина в статье «Правовое регулирование оспаривания отцовства и материнства» верно отмечает, что круг лиц, наделённых правом подать исковое требование об оспаривании отцовства и материнства, не ограничен ли-

цами, зарегистрированными в установленном порядке отцом или матерью. Круг интересантов, определённых законодательством и наделённых правом обращения с заявлением об оспаривании отцовства и материнства исчерпывающий. Не стоит забывать, что вопросы семьи выходят далеко за поле правового регулирования, в сферу морали, этики и традиций. Семейные отношения должны быть тщательно ограждены от рисков вмешательства, именно поэтому законодателем предусмотрен закрытый перечень лиц, наделённых правом влиять на семейные отношения и выступать с заявлением об оспаривании, что направлено на предупреждение злоупотребления правом.

Право на обращение с иском об оспаривании записи об отце или матери не определяется фактом лишения такого лица родительских прав или его смерти. Законодателем не установлены какие-либо ограничения, и оспаривание возможно как в случае лишения прав родителей, так и после смерти лица, зарегистрированного отцом/матерью ребенка.

Любое лицо из перечня имеющих право на оспаривание имеет право обратиться с требованием в суд. Если же в суд с иском об оспаривании отцовства (материнства) обратилось лицо, отсутствующее в перечне в силу прямого указания закона (например, в ситуациях, когда мужчина знал, что не является биологическим отцом, но все равно дал согласие на запись об отцовстве), отказать в принятии искового заявления суд не может, он должен отказать в удовлетворении иска¹⁰.

Исходя из характера спора утверждение судом мирового соглашения по делам об оспаривании отцовства (материнства) является недопустимым. В этом случае ограничение принципа диспозитивности является оправданным и соответствующим интересам ребенка, в отношении которого в судебном порядке разрешается вопрос об отцовстве (материнстве).

Решение суда по делам об оспаривании отцовства (материнства) подтверждает, что действующее семейное законодательство, не закрепляя запрета на установление отцовства и материнства биологических родителей в отношении детей, рожденных суррогатной матерью, лишь ограничивает способы доказывания.

В заключение следует отметить, что реализация медицинских методов искусственной репродукции человека – ЭКО или суррогатное материнство имеет множество процессуальных особенностей в процессе доказывания, так как базируется на доказательственных презумпциях, опровергнуть которые бывает достаточно сложно. Это, безусловно, следует учитывать лицам, которые обращаются к способам искусственной репродукции человека как к последней возможности для рождения ребенка. Так панацея это или трагедия? Каждый должен ответить для себя на этот вопрос самостоятельно.

⁹ Черкашина М.И. Правовое регулирование оспаривания отцовства и материнства // Вопросы российской юстиции. 2021. № 5. С. 373.

¹⁰ Черкашина М.И. Правовое регулирование оспаривания отцовства и материнства // Вопросы российской юстиции. 2021. № 5. С. 374.

Библиографический список

1. Апрельская Е. Сын ошибки или дитя порока? // Московский комсомолец. – 2019. – 25 янв.
2. Боннер А.Т. Правовые проблемы искусственного оплодотворения: монография / отв. ред. И.И. Черных. – М.: Проспект, 2020. – 328 с.
3. Черкашина М.И. Правовое регулирование оспаривания отцовства и материнства // Вопросы российской юстиции. – 2021. – № 5. – С. 363-384.

Рецензент: Томина А.П., заведующий кафедрой гражданского права и процесса Оренбургского института (филиала) Университета имени О.Е. Кутафина (МГЮА), к.ю.н., доцент.

РОЛЬ ПОСТАНОВЛЕНИЙ ПЛЕНУМА ВЕРХОВНОГО СУДА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В ФОРМИРОВАНИИ СУДЕБНОЙ ПРАКТИКИ ПО МЕДИЦИНСКИМ СПОРАМ

MARIA I. GALYUKOVA

cand. Sci. (Law), Associate Professor, Judge of the Central District Court of the City of Chelyabinsk, 454091, Russian Federation, Chelyabinsk, st. Kommuny, 87, 753825777@mail.ru

THE ROLE OF DECISIONS OF THE PLENAMA OF THE SUPREME COURT IN THE FORMATION OF JUDICIAL PRACTICE IN MEDICAL DISPUTES

Аннотация. Рассмотрение в суде гражданского дела о некачественном оказании медицинской помощи связано с тщательной подготовкой и анализом максимально возможного количества доказательств. Правовые и процессуальные ошибки приводят к увеличению процессуального срока рассмотрения дела, а также дополнительным судебным расходам для сторон. Принято считать, что на данной категории дел работают только самые опытные юристы, как из числа судей, так и из медико-юридического сообщества. Существенную роль при формировании процессуальной позиции сторон и судьейского усмотрения играют Постановления Пленума Верховного Суда РФ. В статье обосновывается необходимость создания отдельного специального Пленума Верховного Суда РФ по рассматриваемой проблематике, предлагаются к обсуждению основные возможные структурные компоненты будущего проекта судебных разъяснений.

Review. Consideration in court of a civil case on poor-quality medical care is associated with careful preparation and analysis of the maximum possible amount of evidence. Legal and procedural errors lead to an increase in the procedural time for consideration of the case, as well as additional court costs for the parties. It is generally believed that only the most experienced lawyers work in this category of cases, both from among judges and from the medical and legal community. Resolutions of the Plenum of the Supreme Court of the Russian Federation play an essential role in shaping the procedural position of the parties and judicial discretion. The article substantiates the need to create a separate special Plenum of the Supreme Court of the Russian Federation on the issue under consideration, and suggests for discussion the main possible structural components of the future draft judicial clarifications.

Ключевые слова: здоровье, суд, ятрогенные преступления, медицинские споры, врачебная ошибка, вина, причинно-следственная связь, пациент, моральный вред.

Key words: health, court, iatrogenic crimes, medical disputes, medical error, guilt, causation, patient, moral injure.

Традиционно принято считать, что постановления Пленума Верховного Суда РФ выполняют правоинтерпретационную функцию в российском судопроизводстве, не имея при этом силы судебного прецедента. Разбирая наиболее сложные и многофакторные дела (как гражданские, так и уголовные), правоприменителю требуется своего рода маяк, а точнее правовой навигатор для выстраивания правовой и процессуальной интерпретации событий, связанных с императивно-атрибутивным проявлением реальности участниками правоотношений.

Стоит согласиться с мнением И.В. Шульги о том, что предназначение Пленума – это функция по обеспечению правильного применения судами законов

России, ее подзаконных нормативных актов. Цели Пленума состоят не только в том, чтобы сосредоточить внимание судебных органов на том, чтобы они правильно, а главное единообразно поясняли законы, но и в том, чтобы они были обязаны разрешать дела в точном соответствии с законом РФ¹.

Аналогичного мнения придерживается и А.В. Корнев, настаивая на том, что постановления пленумов высших судебных органов выступают в качестве инструмента, способствующего унификации судебной практики и ориентира в отношении того, каким образом судам необходимо применять законодательство².

Пленум по своей сути являет собой итог скрупу-

¹ Шульга И.В. Правовая природа обзоров ВС РФ // Российский судья. 2006. № 9. С. 7-9.

² Корнев А.В. Разъяснения высших судов по вопросам судебной практики как форма судебного правотворчества в России: дисс. ... канд. юрид. наук. М., 2016.

лезного изучения, анализа и обобщения внушительных материалов судебной информации, информации из отдельно взятого направления судебных разбирательств, он дает разъяснения, устраняющие пробелы и коллизии в праве³.

Если мы обратимся к медицинским спорам, то сам процесс их рассмотрения от стадии принятия иска до вступления итогового судебного акта в законную силу представляет собой тернистый путь как для суда, так и для участников судопроизводства, включая судебных экспертов.

Во-первых, это связано с общедоступностью информации в СМИ о врачебных делах, неизбежно значительных суммах компенсации морального вреда пациенту либо всем родственникам. Следует отметить, что журналистами не всегда профессионально и достоверно освещаются события, произошедшие в медицинских организациях. Тем не менее, в совокупности с позицией Министерства здравоохранения РФ о возможности оценки качества оказанной медицинской помощи исключительно на основании жалоб пациента либо анкетирования, происходит медленный, но неуклонный рост потребительского экстремизма и уровня конфликтности в клиниках.

Во-вторых, отсутствие знаний об эффективности примирительных и медиативных процедур в порядке досудебного урегулирования спора ведет к инициации судебного процесса. При этом, когда иск уже находится в суде, не всегда возможно перевести стороны в конструктивную позицию мирного разрешения дела. Разумеется, идеальным вариантом исхода любого гражданского дела в суде является мировое соглашение. Однако, не всегда представители сторон проявляют надлежащий уровень профессионализма и объективно оценивают критические точки гражданского процесса, в которых возможно и необходимо заключать мировое соглашение (предварительное судебное заседание, этап до назначения судебной экспертизы, этап после проведения судебной экспертизы, стадия формирования итоговой процессуальной позиции по делу).

В-третьих, несмотря на то, что Гражданский процессуальный кодекс РФ разработан на достаточно высоком уровне, в реальном судебном процессе по медицинским делам работа юристов строится на их восприятии, но не знании нюансов медицинской деятельности, особенностей оказания медицинской помощи (услуг) и грамотном построении архитектуры судебного разбирательства.

В настоящее время в гражданском процессе по медицинским делам используются три постановления Пленума Верховного Суда РФ. Это обязательно постановление Пленума Верховного Суда РФ от 15 ноября 2022 г. № 33 «О практике применения судами

норм о компенсации морального вреда» и, факультативно, постановление Пленума Верховного Суда РФ от 28 июня 2012 г. № 17 «О рассмотрении судами гражданских дел по спорам о защите прав потребителей», постановление Пленума ВС РФ от 26 января 2010 г. № 1 «О применении судами гражданского законодательства, регулирующего отношения по обязательствам вследствие причинения вреда жизни и здоровью гражданина».

Анализируя содержательную часть постановлений Пленума ВС РФ, необходимо акцентировать внимание на том факте, что, помимо разъяснений и рекомендаций, в них имеются различные судебные дефиниции.

Пленум № 33 от 15 ноября 2022 г. дал новое определение компенсации морального вреда, а также понятий физических и нравственных страданий. Кроме того, определил необходимость учета качества жизни пациента либо его семьи при оценке размера компенсации морального вреда. К сожалению, данная позиция имеет существенные недостатки, о которых мы уже говорили ранее⁴. К их числу следует отнести использование терминологии, не встречающейся в судебно-медицинской деятельности (например, недомогание, увечья, неблагоприятные ощущения и т.д.), а также избыточный акцент на уровне качества жизни пострадавшего в отсутствие четких экономических критериев его оценки.

В то же время, указанный Пленум внес некоторую ясность в плане процессуальной деятельности сторон в процессе доказывания фактических обстоятельств дела.

Так, п. 48 постановления закрепляет, что разрешая требования о компенсации морального вреда, причиненного вследствие некачественного оказания медицинской помощи, суду надлежит, в частности, установить, были ли приняты при оказании медицинской помощи пациенту все необходимые и возможные меры для его своевременного и квалифицированного обследования в целях установления правильного диагноза, соответствовала ли организация обследования и лечебного процесса установленным порядкам оказания медицинской помощи, стандартам оказания медицинской помощи, клиническим рекомендациям (протоколам лечения), повлияли ли выявленные дефекты оказания медицинской помощи на правильность проведения диагностики и назначения соответствующего лечения, повлияли ли выявленные нарушения на течение заболевания пациента (способствовали ухудшению состояния здоровья, повлекли неблагоприятный исход) и, как следствие, привели к нарушению его прав в сфере охраны здоровья.

При этом на ответчика возлагается обязанность доказать наличие оснований для освобождения от

³ Фомин А.В., Губайдуллина Э.Х. Роль постановлений пленума Верховного Суда Российской Федерации // Международный журнал гуманитарных и естественных наук. 2021. № 4-4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/rol-postanovleniy-plenuma-verhovnogo-suda-rossiyskoy-federatsii> (дата обращения: 20.10.2024).

⁴ Галюкова М.И. Критические точки в постановлении Пленума Верховного Суда Российской Федерации «О практике применения судами норм о компенсации морального вреда» // ГлаголЪ правосудия. 2023. № 1 (31). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/kriticheskie-tochki-v-postanovlenii-plenuma-verhovnogo-suda-rossiyskoy-federatsii-o-praktike-primeneniya-sudami-norm-o-kompensatsii> (дата обращения: 20.10.2024).

ответственности за ненадлежащее оказание медицинской помощи, в частности, отсутствие вины в оказании медицинской помощи, не отвечающей установленным требованиям, отсутствие вины в дефектах такой помощи, способствовавших наступлению неблагоприятного исхода, а также отсутствие возможности при надлежащей квалификации врачей, правильной организации лечебного процесса оказать пациенту необходимую и своевременную помощь, избежать неблагоприятного исхода.

На медицинскую организацию возлагается не только бремя доказывания отсутствия своей вины, но и бремя доказывания правомерности тех или иных действий (бездействия), которые повлекли возникновение морального вреда.

Однако, открытым остается вопрос: а что стоит за бременем доказывания вины/невиновности?

Фактически речь идет о последовательной работе правоприменителя с доказательствами (объяснения сторон, показания свидетелей, сбор медицинской документации, подготовка к назначению экспертизы и ее проведение, оценка всех доказательств в совокупности).

К сожалению, резерва данного Пленума недостаточно, чтобы избежать ошибок в судебном процессе.

Например, судебная коллегия Пятого кассационного суда общей юрисдикции (Определение от 29 февраля 2024 г., дело № 2-6/2022) в ходе кассационного пересмотра указала на то, что нижестоящие суды не выяснили: были ли приняты работниками ГБУЗ все необходимые и возможные меры при оказании С.Х. медицинской помощи в целях установления тактики его лечения, в том числе предусмотренной стандартами оказания медицинской помощи, имелась ли у ответчика возможность провести все установленные медицинскими стандартами лечебные мероприятия, и как следствие, оказать ему необходимую и своевременную помощь, не дали оценку обстоятельству, что одним из экспертных заключений было установлено наличие дефектов оформления медицинской документации, дефекты диагностики, дефекты лечения, не истребованы материалы проведенной Министерством здравоохранения внеплановой проверки, не проведена в этой части судебно-медицинская экспертиза, во внимание принято только заключение экспертов по уголовному делу (напомним, что заключение экспертов по гражданскому делу и по уголовному делу имеют разное доказательственное значение, и заключение экспертизы по уголовному делу может оцениваться в рамках гражданского дела только как иное письменное доказательство – прим. М.Г.), при этом не дал оценку данному экспертному заключению по существу всех изложенных в нем выводов в совокупности с другими доказательствами по делу. Все вышеуказанное привело к отмене судебных актов и направлению гражданского дела на повторное рассмотрение в суд первой инстанции.

Также замечу, что направление кассационным судом гражданских дел в суд первой инстанции встречается достаточно редко и свидетельствует о наличии существенных процессуальных недостатков, которые не могут быть устранены в суде апелляционной инстанции.

Данный пример также показывает наличие тесной взаимосвязи между гражданским делом и уголовным делом по ятрогенным преступлениям. Как свидетельствует практика, в случае возникновения непредвиденной ситуации в медицинской организации, пациент либо его представитель обращается «верно», точнее – пишет обращения в министерство здравоохранения, прокуратуру, полицию, страховые компании, Росздравнадзор, Роспотребнадзор, суд и т.д. В итоге может возникнуть ситуация, когда одновременно возбуждено как гражданское дело в суде, так и уголовное дело в следственном комитете. Технически это может существенно затруднить работу суда, так как суду необходимо проводить судебную экспертизу, а документация находится либо у надзорных органов, либо у следователя.

В целом при рассмотрении гражданского дела в суде не имеет принципиального значения, по какой статье возбуждено уголовное дело в отношении врача – по ст. 109 УК РФ либо по ст. 238 УК РФ.

Кроме того, как правильно отметил А.А. Бимбинов, анализируя правоприменительную практику, законодательное отождествление понятий лечение пациента и оказание услуг потребителю привело к невозможности разграничить составы преступлений, предусмотренных ч.2 ст. 109 и п. «в» ч.2 ст. 238 УК РФ. По мнению автора, «...вопрос с конкуренцией данных норм может быть снят только на законодательном уровне посредством внесения изменений в законодательство о здравоохранении или путем создания специального состава в УК РФ о ненадлежащем оказании медицинской помощи...»⁵.

Мы согласны с позицией И.Ю. Яниной, которая констатирует, что оказание бесплатных медицинских услуг (в рамках обязательного медицинского страхования), повлекших смерть пациента, правоприменительной практикой при наличии вины квалифицируется по ч.2 ст. 109 УК РФ, при оказании платных медицинских услуг – по ст. 238 УК РФ⁶.

В зоне риска привлечения к уголовной ответственности по ст. 238 УК РФ находятся врачи: стоматологи, гинекологи, пластические хирурги, врачи, оказывающие наркологическую помощь на дому.

В этой связи вызывает интерес постановление Пленума Верховного Суда РФ от 25 июня 2019 г. № 18 «О судебной практике по делам о преступлениях, предусмотренных статьями 238 Уголовного кодекса Российской Федерации». Но для цивилистов оно носит исключительно ознакомительный характер, чего нельзя сказать про постановление Пленума Верховного Суда РФ от 23 июня 2015 г. № 25 «О приме-

⁵ Бимбинов А.А. Конкуренция уголовно-правовых норм по делам о ненадлежащем оказании медицинской помощи // Судья. 2020. № 2. С. 44.

⁶ Янин И.Ю. Неосторожное причинение при оказании медицинских услуг // Медицинское право. 2019. № 3. С. 54.

нении судами некоторых положений раздела I части первой Гражданского кодекса Российской Федерации», постановление Пленума Верховного Суда РФ от 24 июня 2008 г. № 11 «О подготовке гражданских дел к судебному разбирательству», постановление Пленума Верховного Суда РФ от 21 января 2016 г. № 1 «О некоторых вопросах применения законодательства о возмещении издержек, связанных с рассмотрением дела».

Разумеется, ценность постановления Пленума Верховного Суда от 24 июня 2008 г. № 11 «О подготовке гражданских дел к судебному разбирательству» сложно переоценить в судебной практике, но оно является дорожной картой только на определенном этапе судопроизводства, а нам бы хотелось видеть руководящие начала от начала и до конца судебного разбирательства по медицинскому спору.

Именно поэтому мы полагаем, что в существующих реалиях необходимо принятие специализированного постановления Пленума Верховного Суда РФ «О рассмотрении судами гражданских дел о некачественном оказании медицинской помощи».

На наш взгляд, данное постановление должно включать в себя следующие принципиально значимые для суда и сторон вопросы.

1. Отражать порядок подготовки дела к предварительному судебному заседанию по гражданскому делу, включая самостоятельный вызов сторон на собеседование. В ходе собеседования суд, с целью направления корректных судебных запросов, уточняет позицию сторон, местонахождение медицинской документации, результатов обследования, кто из врачей, в каком медицинском учреждении (если их было несколько) оказывал медицинскую помощь пациенту. Также суд уточняет, имеются ли по делу вещественные доказательства (протезы, импланты и т.д.). Суд разъясняет то, что в ходе рассмотрения дела будут использованы специальные познания, в том числе путем назначения судебной экспертизы. Суд назначает дату предварительного судебного заседания и извещает прокурора. Кроме того, обязательно следует разъяснить сторонам возможность обращения к медиаторам, либо заключения мирового соглашения, в том числе на стадии предварительного заседания.

2. В ходе предварительного судебного заседания суд проверяет, пришли ли ответы на ранее направленные судебные запросы, если нет, то уточняет причину отсутствия ответа (запрос не получен, запрос перенаправлен другому исполнителю, требуется дополнительное время для исполнения запроса). Суд исследует поступившую медицинскую документацию и определяет процессуальный статус врачей, участвовавших в оказании медицинской помощи – третье лицо, свидетель. Суд заслушивает позицию истца по делу, в случае отсутствия явки стороны истца, принимает меры к надлежащему извещению истца и его присутствию в судебном заседании наравне с представителем истца. Устанавливает, не противоречит ли позиция истца позиции его представителя, ознакомлен ли истец с текстом искового заявления, в случае

если исковое заявление составлено представителем – согласен ли он с его содержанием и соответствуют ли заявленные требования его действительному волеизъявлению. Суд заслушивает позицию ответчика по делу и, в случае отсутствия письменно изложенной позиции, предлагает стороне ответчика к судебному заседанию предоставить письменный отзыв, включающий сведения о проведенном пациенту обследовании, результатах диагностики, динамике состояния пациента, причинах ухудшения самочувствия, сведения о врачах, оказывавших медицинскую помощь (копия приказа о назначении, копия трудовой книжки, должностные инструкции). Суд определяет субъектный состав спора, в том числе в случае смерти пациента, привлекает к участию в деле в качестве третьих лиц близких родственников пациента, так как они имеют право обратиться с самостоятельными исковыми требованиями о компенсации морального вреда. Составляет перечень свидетелей и порядок допроса свидетелей. Свидетелями по данной категории дел могут быть врачи и медицинский персонал, участвовавший в оказании медицинской помощи, администратор клиники, врачи, специалисты, которые принимали участие в анализе клинического случая, другие пациенты, которые находились одновременно с потерпевшим в клинике, близкие родственники пациента и иные лица, которые стали свидетелями оказания медицинской помощи либо динамики состояния здоровья пациента. Суд устанавливает, где находится гистологический материал, вещественные доказательства по делу и истребует их по месту нахождения. Предлагает сторонам предоставить суду кандидатуры экспертов, экспертного учреждения, сформулировать перечень вопросов. Суд направляет в экспертные учреждения запросы о возможности проведения судебной экспертизы, ее стоимости, сроках, экспертах. Предлагает ответчику внести денежные средства на депозитный счет суда.

3. В ходе судебного заседания суд допрашивает свидетелей, приобщает к материалам дела поступившие ответы на запросы, в том числе медицинскую документацию, решает вопрос о достаточности доказательств для назначения судебной экспертизы. Ставит перед сторонами вопрос о назначении судебной экспертизы. При условии наличия денежных средств на депозите суда выносит определение о назначении судебной экспертизы с обязательным указанием эксперта(ов), которым назначено производство экспертизы, экспертного учреждения, сроков проведения экспертизы, предоставления эксперту(ам) копии материалов гражданского дела и оригинала медицинской документации, результатов обследования, гистологического материала, вещественных доказательств. Суд формулирует вопросы для эксперта с учетом индивидуальных особенностей рассмотрения спора и фактических обстоятельств дела. Разъясняет, что заключение эксперта по окончании производства экспертизы должно быть направлено в суд с окончательной справкой о стоимости экспертизы, включающей ее экономическое обоснование. В случае не-

обходимости разъясняет истцу о явке к эксперту для проведения осмотра. Устанавливает дату и время осмотра (обследования). Суд может поставить перед экспертом вопрос в формулировке: «Разрешить эксперту в порядке экспертной инициативы разрешить иные вопросы, имеющие существенное значение для рассмотрения дела».

4. На этапе производства судебной экспертизы суд оперативно разрешает ходатайства эксперта об истребовании дополнительных доказательств, продлении срока экспертизы, ходатайства сторон о постановке дополнительных вопросов экспертов, отводов эксперту. Все документы и доказательства передаются эксперту только через суд.

5. После поступления заключения эксперта в суд, суд возобновляет производство по делу и назначает дату и время судебного заседания с таким расчетом, чтобы стороны имели реальную возможность ознакомиться с заключением эксперта, получить консультацию специалиста. В случае необходимости суд по своей инициативе вызывает эксперта в судебные заседания для дачи пояснения по заключению экспертизы, в том числе и путем организации видеоконференцсвязи.

6. В ходе судебного заседания суд устанавливает, все ли стороны ознакомились с заключением эксперта, требуется ли сторонам дополнительное время. В случае необходимости проводит допрос эксперта, специалиста, свидетелей, приобщает к материалам дела дополнительные доказательства, решает вопрос о назначении дополнительной или повторной экспертизы, исследует все материалы дела.

7. Суд предоставляет сторонам время для формирования итоговой процессуальной позиции, в том числе в письменном виде. Заслушивает заключение прокурора. Приобщает к материалам дела письменные прения сторон, так как данные документы являются письменными возражениями сторон, а, следо-

вательно, доказательствами по делу, исследует их.

8. Суд предоставляет сторонам слово для участия в судебных прениях, в случае установления новых обстоятельств, суд возобновляет слушание дела со стадии исследования доказательств. Право реплики.

9. Суд удаляется в совещательную комнату для принятия решения по делу. Суд оглашает резолютивную часть решения, разъясняет порядок и сроки ознакомления с протоколом судебного заседания и порядок составления мотивированного решения по делу и вручения судебного акта по делу.

10. Постановление Пленума Верховного суда РФ должно содержать определение дефекта оказания медицинской помощи, разъяснения в части определения причинно-следственной связи и ее видов.

11. Постановление Пленума Верховного Суда РФ должно содержать определение компенсации морального вреда в результате некачественного оказания медицинской помощи.

12. Существенным является вопрос о размерах компенсации морального вреда, его минимальном и максимальном размере. Следует разработать и внедрить критерии оценки и определения взыскиваемых сумм компенсации морального вреда.

13. Текст Пленума должен содержать разъяснения применения штрафа в случае применения положений Закона «О защите прав потребителей» и возможности применения ст. 333 ГК РФ.

14. Иные вопросы, актуализированные по результатам обобщения судебной практики.

Таким образом, постановления Пленума Верховного Суда РФ играют существенную роль в формировании судебной практики по рассматриваемой категории дел. Необходимость издания специализированного постановления Пленума ВС РФ для грамотного и законного рассмотрения дел о некачественном оказании медицинской помощи представляется очевидной.

Библиографический список

1. Бимбинов А.А. Конкуренция уголовно-правовых норм по делам о ненадлежащем оказании медицинской помощи // Судья. – 2020. – № 2. – С. 42-45.
2. Галюкова М.И. Критические точки в постановлении Пленума Верховного Суда Российской Федерации «О практике применения судами норм о компенсации морального вреда» // ГлаголЪ правосудия. 2023. № 1 (31).
3. Корнев А.В. Разъяснения высших судов по вопросам судебной практики как форма судебного творчества в России: дисс. ... канд. юрид. наук. – М., 2016. – 198 с.
4. Фомин А.В., Губайдулина Э.Х. Роль постановлений Пленума Верховного Суда Российской Федерации // Международный журнал гуманитарных и естественных наук. 2021. № 4-4.
5. Шульга И.В. Правовая природа обзоров ВС РФ // Российский судья. – 2006. – № 9. – С. 7-9.
6. Янина И.Ю. Неосторожное причинение при оказании медицинских услуг // Медицинское право. – 2019. – № 3. – С. 50-55.

Рецензент: Яковенко Н.А., доцент кафедры трудового права и права социального обеспечения Оренбургского института (филиал) Университета имени О.Е. Кутафина (МГЮА), к.ю.н., доцент.

ПОЗДНЯКОВА АННА СЕРГЕЕВНА

кандидат юридических наук, старший преподаватель Оренбургского института (филиала) Университета имени О.Е. Кутафина (МГЮА), 460000, г. Оренбург, ул. Комсомольская, 50, oAPozdniakova@msal.ru

**К ВОПРОСУ О ГРАЖДАНСКО-ПРАВОВОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ
МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ В СЛУЧАЕ ПРИЧИНЕНИЯ ВРЕДА
ЗДОРОВЬЮ ПАЦИЕНТА**

POZDNYAKOVA ANNA CERGEEVNA

candidate of legal sciences, senior lecturer of the Department of Civil law and civil procedures of Orenburg Institute (Branch) of Moscow State Law University named after O.E. Kutafin, 460000, Orenburg, Komsomolskaya Street, 50, oAPozdniakova@msal.ru

**ON THE ISSUE OF CIVIL LIABILITY OF A MEDICAL ORGANIZATION
IN CASE OF HARM TO THE PATIENT'S HEALTH**

Аннотация. Статья посвящена проблематике привлечения к гражданско-правовой ответственности медицинских организаций в связи с причинением вреда здоровью пациента. Отмечается, что разрешение данного вопроса должно осуществляться с позиций гражданско-правовой защиты, представляющей собой более широкое понятие, чем гражданско-правовая ответственность. Так, по общему правилу гражданско-правовая ответственность наступает за виновное противоправное деяние, причинившее вред (ст. 1064 ГК РФ), которое представляет собой одну из пяти причин возникновения вреда. К последним также относятся: непреодолимая сила, случай, противоправные действия третьих лиц или виновное поведение потерпевшего, именуемые обстоятельствами, исключающими ответственность. Медицинская организация на основании положений ст.ст. 1095, 1098 ГК РФ несет ответственность не только за собственное виновное поведение, но и за случайное причинение вреда и действия третьих лиц. Рассмотрены особенности ответственности медицинской организации при возникновении вреда здоровью по причине проявления индивидуальных особенностей организма пациента.

Ключевые слова: медицинская помощь, медицинская организация, врачебная ошибка, вред здоровью, гражданско-правовая ответственность.

Review. The article is devoted to the problem of bringing medical organizations to civil liability in connection with harm to the patient's health. It is noted that the resolution of this issue should be carried out from the standpoint of civil protection, which is a broader concept than civil liability. Thus, as a general rule, civil liability arises for a culpable unlawful act that caused harm (Article 1064 of the Civil Code of the Russian Federation), which represents one of the five causes of harm. The latter also include: force majeure, accident, illegal actions of third parties or culpable behavior of the victim, referred to as circumstances excluding liability. A medical organization, based on the provisions of Articles 1095, 1098 of the Civil Code of the Russian Federation, is responsible not only for its own guilty behavior, but also for accidental harm and actions of third parties. The features of the responsibility of a medical organization in the event of harm to health due to the manifestation of individual characteristics of the patient's body are considered.

Key words: medical care, medical organization, medical error, harm to health, civil liability.

В соответствии с п. 1 ст. 41 Конституции Российской Федерации каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Вместе с тем явление «ненадлежащего врачевания» и неразрывно связанные с ним вопросы юридической ответственности медицинских организаций и медицинского персонала представляют собой одну из самых сложных проблем, которые медицинская практика поставила перед правом,¹ поскольку «врачебные ошибки» по всему миру устойчиво входят в первую десятку списка наиболее частых причин смерти. Реализация национального проекта «Здоровье», повышение заработной

платы врачей, к сожалению, не привели к существенному изменению ситуации и в Российской Федерации². Сложность определения условий и пределов гражданско-правовой ответственности медицинских организаций объективно обусловлена существующей в большинстве случаев множественностью причин возникновения вреда здоровью пациента и необходимостью установления причинно-следственной связи между ненадлежащим оказанием медицинской помощи и наступившим вредом.

Поскольку речь идет о гражданско-правовой ответственности, то и руководствоваться в данном воп-

¹ Сергеев Ю.Д. Медицинское право. Учебный комплекс в 3 т. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. С. 10.

² См.: Берилло М.С. Основания освобождения медицинской организации от ответственности за причинение вреда здоровью пациента: дис. ... канд. юрид. наук. Новосибирск. 2014. С. 4.

росе следует нормами частного права, с позиции которого отношения между пациентом и медицинской организацией характеризуются как гражданско-правовые, основанные на равенстве и автономии воли участников (п. 1 ст. 2 ГК РФ). «Публичность» обязанности медицинской организации, корреспондирующей праву гражданина на обращение за медицинской помощью, упоминается в литературе как «деструктивное проявление» ввиду их неравнозначности³. Однако наличие комплекса императивных правил, касающихся порядка оказания медицинской помощи, объясняется абсолютной ценностью здоровья, признаваемой на конституционном уровне и последовательно охраняемой практически всеми отраслями законодательства, включая гражданское (ст. 150 ГК РФ). Вместе с тем, как обоснованно отмечают Н. Козлова, М. Кратенко, договорная основа взаимоотношений объединяет участников обязательного и добровольного медицинского страхования: страховщика, страхователя и медицинской организации⁴. П.З. Иванишин, рассматривая договор добровольного медицинского страхования, предлагает именовать страховщика «организатором оказания услуги», а медицинское учреждение – «исполнителем медицинской услуги»⁵. С учетом изложенного имеются все основания добавить в перечень участников договорных отношений и самого застрахованного – пациента, получателя медицинской помощи.

Пациент в договорном обязательстве имеет статус «слабой стороны»,⁶ что подтверждается законодательно закрепленным приоритетом его интересов при оказании медицинской помощи⁷. Обращаясь за медицинской помощью, гражданин, не будучи профессионалом в сфере медицины, чаще всего и не просит оказать ему какую-либо конкретную медицинскую услугу. Он ожидает облегчения своего болезненного состояния, которое может быть достигнуто посредством адекватного лечения. Предоставление информированного согласия пациента (в том числе в качестве законного представителя несовершеннолетнего) на медицинское вмешательство обусловлено, в первую очередь, личной неприкосновенностью пациента (п. 1 ст. 150 ГК РФ). Пациент дает информированное согласие на определенный вид медицинского вмешательства, однако, не в состоянии дать оценку необходимости применения предлагаемого метода

лечения. Медицинское вмешательство без получения добровольного согласия может быть осуществлено только в случаях, предусмотренных п. 9 ст. 20 Закона об охране здоровья граждан, когда имеет место одновременное наличие беспомощного состояния пациента и его нуждаемость в медицинской помощи. Следовательно, на медицинской организации во всех случаях лежит обязанность исследования вопроса о нуждаемости и отсутствии противопоказаний в отношении планируемых к оказанию медицинских услуг.

Любое медицинское вмешательство может нести в себе риск причинения вреда. Это, пишет О.Н. Бобровская, равным образом справедливо даже к самым простым и хорошо отработанным на практике актам медицинской помощи. К примеру, проведение местной анестезии при наличии индивидуальной непереносимости препаратов обезболивающей группы, о которой не было известно ни врачу, ни пациенту, может привести к самым тяжелым последствиям⁸. Успешность оказания услуги зависит не только от качества деятельности услугодателя, но и от других факторов, находящихся вне сферы его контроля, как, например, индивидуальные особенности организма пациента⁹. В таком случае, по мнению Л.А. Чердаковой, Е.П. Шевчук, риск недостижения результата в процессе оказания медицинских услуг лежит на пациенте, а не на медицинской организации, достаточно приложения усилий для констатации факта надлежащего исполнения обязательства в данной сфере¹⁰. Врач, действующий от имени медицинской организации, не в состоянии предоставить гарантии успешного результата лечения, однако обязан сделать все возможное для наиболее эффективного (правильного) лечения больного. Благодаря стандартизации медицины у государства появилась возможность осуществления контроля за этой сферой, а у пациентов появилась возможность реализации права на качественную медицину, которая в основу деятельности закладывает единство методологических подходов, использующихся впоследствии как средство для объективности и полноты оценки качества¹¹.

Надлежащее оказание медицинской помощи должно соответствовать таким требованиям, как своевременность, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, а также степень достижения запланированного результата (п.

³ Степина Н.А., Степин А.Б. Случай врачебной ошибки: вопросы теории и практики // Медицинское право. 2022. № 4. Доступ из СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 27.09.2024).

⁴ Козлова Н., Кратенко М. Ответственность страховой медицинской организации перед застрахованными (гражданами) по договорам обязательного и добровольного медицинского страхования // Право и экономика. 2005. № 12. С. 23.

⁵ См.: Иванишин П.З. Гражданско-правовое регулирование договора добровольного медицинского страхования: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. Казань. 2004. С. 6-7.

⁶ О статусе слабой стороны правоотношения см. подробнее: Позднякова А.С. К вопросу о понятии слабой стороны гражданского правоотношения // Юрист. 2024. № 4. Стр. 2-7.

⁷ Статья 4 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Закон об охране здоровья граждан) // СЗ РФ. 2011. № 48. Ст. 6724.

⁸ Бобровская О.Н. Проблемы компенсации морального вреда в связи с оказанием медицинской помощи ненадлежащего качества. // Медицинское право: теория и практика. М.: Национальный институт медицинского права. 2016. Том 2. № 2 (4). С. 26.

⁹ Гражданское право: учеб.: в 3 т. Т. 2 / под ред. А. П. Сергеева М.: Проспект, 2021. С. 481 (автор главы – Павлов А.А.).

¹⁰ Чердакова Л.А., Шевчук Е.П. К вопросу о распределении риска недостижения результата в сфере оказания медицинских услуг // Вестник Университета имени О. Е. Кутафина. 2023. № 6 (106). С. 97.

¹¹ См.: Исламов Ш.Э., Шухвакова Н.Ж. Дефекты оказания медицинской помощи в практике оториноларингологии // Достижения науки и образования. 2020. № 4 (58). С. 51.

21 ст. 2 Закона об основах охраны здоровья граждан). Особенность медицинских услуг, имеющих непосредственным объектом своего воздействия здоровье человека, отражает их сложную правовую природу. С одной стороны, исходя из отсутствия овеществленного результата, наличия свойств синхронности оказания и получения медицинской услуги, риск недостижения результата на исполнителя не возлагается, его несет пациент (глава 39 ГК РФ). В данном случае причинение вреда здоровью пациента отсутствует, а спорные вопросы разрешаются в рамках договорной ответственности (п. 3 ст. 401 ГК РФ). С другой стороны, в случае причинения вреда здоровью пациента при оказании ему медицинской помощи в силу положений ст. 1084 ГК РФ возникает деликтное (внедоговорное) обязательство несмотря на то, что стороны изначально состояли в договорных отношениях. Подлежат применению положения ст. 1095 ГК РФ, согласно которым наступают совершенно иные правовые последствия в виде повышенной ответственности причинителя вреда независимо от его вины, что, как представляется, является мощным стимулом для оказания медицинских услуг надлежащего качества.

Под ненадлежащим оказанием медицинской помощи, как правило, понимается несоответствие оказанной медицинской помощи стандартам, утвержденным Министерством здравоохранения РФ, при данном виде патологии с учетом индивидуальных особенностей пациента и возможностей конкретной медицинской организации. Важно отметить, что указанным понятием охватывается как действие, так и бездействие медицинской организации. Гражданин, обратившийся за медицинской помощью, уже имеет проблемы со здоровьем, а медицинская помощь предполагает оказание всех необходимых услуг с целью стабилизации состояния (прекратить ухудшение здоровья) и последующего излечения (выздоровления). Иными словами, течение заболевания пациента должно быть взято под контроль. Если же медицинская помощь своевременно не оказана или оказана с нарушениями, процесс ухудшения состояния здоровья не останавливается, а в некоторых случаях ускоряется, приводя к более тяжелым последствиям, включая смерть. Как отмечает И.Ю. Крылатова, широко известные модели и принципы биомедицинской этики: модель Гиппократова «не навреди» (содержащая принципы милосердия и приоритета интересов больного), модель Парацельса-Войно-Ясенецкого с принципом «делай добро», деонтологическая модель принципа «соблюдения долга», бесспорно, являются основой особого нравственного отношения врача к стра-

дающему человеку, его жизни и достоинству,¹² предполагая при этом активную роль врача в вопросе оказания помощи больному. Таким образом, не только ненадлежащее медицинское вмешательство может причинить вред здоровью пациента, но и отсутствие какого-либо вмешательства.

Причиненный вред является одновременно и условием, и мерой гражданско-правовой ответственности,¹³ носящей внедоговорный характер. К сожалению, все события и факторы, которые могут отрицательно воздействовать на состояние здоровья гражданина, причиняя ему вред в процессе оказания медицинской помощи, законодательно не систематизированы. Юридическая и медицинская литература, а также правоприменительная практика оперируют такими понятиями, как «медицинская (врачебная) ошибка», «несчастный случай», «обоснованный риск», не отличаясь, однако, единым подходом к пониманию данных категорий. Так, «медицинская ошибка» упоминалась еще в XVIII в. до н.э. в законах Хаммурапи как неудачное врачевание, причинившее вред больному, за которое врач в качестве наказания изгонялся из сообщества врачей. Со временем врачебное сообщество стало изучать и систематизировать информацию о каждой ошибке, которая повлекла вред здоровью пациента, с целью передачи опыта последующим поколениям врачей. Как отмечают Н.Н. Артеменко, Е.А. Николаева, О.Е. Тарасова, в 1936 году вышло первое в России издание Руководства для врачей, посвященное ошибкам, опасностям и осложнениям, возникающим при проведении медицинских вмешательств, которое стало в итоге первой теоретической базой для развития медицинской науки в целом¹⁴.

Современный подход характеризуется многообразием точек зрения на правовую природу медицинской ошибки. В соответствии с первой позицией следует разграничивать профессиональные ошибки медицинского работника (медицинские ошибки), исключающие вину, и неправомерные виновные действия медицинского работника¹⁵. По мнению В.А. Рыкова, применение термина «врачебная ошибка» необходимо лишь при наличии объективных причин ее возникновения, тогда как ошибку по субъективным причинам следует обозначить термином «медицинский деликт»¹⁶. Т.В. Шепель предлагает рассматривать в качестве критерия разграничения виновного и невиновного причинения вреда наличие неочевидности (неявности) принятия и выполнения соответствующих мер для предотвращения вреда, при условии, что эта неочевидность мер была обусловлена уровнем развития медицины¹⁷. По мнению

¹² Крылатова И. Ю. Значение конституционной категории достоинства личности в биоэтике и медицине // Актуальные проблемы российского права. 2022. № 10 (143). С. 48.

¹³ Гражданское право: учебник: в 3 т. Т. 1 / под ред. проф. А.П. Сергеева. М.: Проспект, 2021. С. 1002. (автор главы – Шевченко Г.Н.).

¹⁴ Артеменко Н.Н., Николаева Е.А., Тарасова О.Е. Уголовно-правовая оценка врачебной ошибки в истории российского законодательства // Медицинское право. 2023. № 4. Доступ из СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 27.09.2024).

¹⁵ См.: Сергеев В.В. Профессиональные ошибки медицинских работников: проблемы правового обоснования // Медицинское право. 2004. № 4 (8). С. 50.

¹⁶ Рыков В.А. Врачебная ошибка: медицинские и правовые аспекты // Медицинское право. 2005. № 1. С. 45.

¹⁷ Шепель Т.В. О критериях и юридической квалификации врачебной ошибки при оказании психиатрической помощи // Медицинское право. 2003. № 3 (3). С. 46.

М.С. Берилло, медицинская ошибка, понимаемая автором как результат невинного, но противоправного причинения вреда здоровью пациента медицинским вмешательством, должна приводить к освобождению медицинских публичных учреждений от ответственности за причинение вреда¹⁸. Согласно второй точке зрения причиной медицинских ошибок являются виновные действия исполнителя, характеризующиеся неосторожным поведением. Так, Р. Ригельман различает ошибки по неведению (когда врач не обладал запасом теоретических сведений и практических навыков, достаточных для принятия правильного решения) и ошибки по недомыслию (в результате диагностической, лечебной и деонтологической ошибки)¹⁹. Обобщая изложенное, отметим, что врачебная ошибка – это вред, причиненный врачом, но не всегда по его вине.

Как представляется, необходимо четкое разграничение гражданско-правовой ответственности медицинской организации, индивидуального предпринимателя и гражданско-правовой ответственности врача – работника медицинской организации, поскольку первая наступает независимо от вины, в то время как вторая строится на началах вины. Следовательно, понятие «медицинской (врачебной) ошибки» применимо лишь в разрешении вопроса о наличии в действиях врача халатности, небрежности и недобросовестности в случае предъявления к нему как работнику в порядке регресса иска о возмещении суммы вреда, выплаченного в пользу пациента, а также в случае привлечения врача к уголовной ответственности.

Гражданское законодательство действительно специально не регулирует последствия «медицинского деликта» ввиду достаточности объема законодательного материала, устанавливающего условия и порядок привлечения делинквента к гражданско-правовой ответственности. Думается, что разрешение данного вопроса должно осуществляться с позиций гражданско-правовой защиты здоровья гражданина, представляющей собой более широкое понятие, чем гражданско-правовая ответственность. Так, по общему правилу гражданско-правовая ответственность наступает за виновное противоправное деяние, причинившее вред (ст. 1064 ГК РФ), которое представляет собой одну из пяти причин возникновения вреда. К последним также относятся: непреодолимая сила, случай, противоправные действия третьих лиц или виновное поведение потерпевшего, именуемые обстоятельствами, исключающими ответственность.

Таким образом, в случае ухудшения состояния здоровья пациента, которому была оказана медицинская помощь, вред мог возникнуть в силу названного

исчерпывающего перечня жизненных обстоятельств. Медицинская организация на основании положений ст. 1098 ГК РФ несет ответственность не только за собственное виновное поведение, но и за случайное причинение вреда, и за действия третьих лиц, например, при использовании средств и препаратов, изготовленных с нарушением требований о качестве. Однако освобождается от ответственности в случае, если вред возник вследствие непреодолимой силы или виновных действий самого потерпевшего, которые выразились, к примеру, в запоздалом обращении за помощью, в несообщении о наличии у него индивидуальной непереносимости отдельных медицинских препаратов или нарушении доведенных до него рекомендаций. При этом важно разграничивать вред здоровью как закономерное, необходимое последствие медицинского вмешательства, обусловленное болезнью пациента («необходимый», а потому предвидимый вред), и вред, «причиненный» в результате неправомерных действий медицинской организации.

Наиболее спорным вопросом в литературе является закрепленная законом ответственность медицинской организации за случайное причинение вреда, когда была оказана квалифицированная медицинская помощь. Отдельные авторы предлагают вернуть установленный ранее в законе подход к ответственности государственных (муниципальных) медицинских учреждений за причинение вреда здоровью пациента при оказании ими медицинской помощи на началах вины, за исключением случаев причинения вреда источником повышенной опасности²⁰. Однако с данным предложением сложно согласиться с учетом превентивного, воспитательного воздействия положений ст. 1095 ГК РФ. Правовые последствия причинения вреда здоровью гражданина в результате неправомерных действий медицинской организации не могут быть поставлены в зависимость от ее организационно-правовой формы, источника финансирования деятельности, формы собственности, на основе которой она образована, и, тем более, тяжести состояния здоровья пациента, требующего оказания скорой медицинской помощи, а не медицинской услуги. Принцип повышенной ответственности медицинской организации основан на законодательном признании жизни и здоровья гражданина высшими ценностями, и вовсе не связан с возможностью осуществления медицинской организацией предпринимательской деятельности²¹.

Рассмотрим особенности ответственности медицинской организации при возникновении вреда здоровью по причине проявления индивидуальных особенностей организма пациента. Как представляется, негативную реакцию организма следует квалифици-

¹⁸ Берилло М.С. Основания освобождения медицинской организации от ответственности за причинение вреда здоровью пациента: дис. ... канд. юрид. наук. Новосибирск. 2014. С. 12.

¹⁹ Ригельман Р. Как избежать врачебных ошибок. Книга практикующих врачей: пер. с англ. М.: Практика, 1994. С. 186-192.

²⁰ Берилло М.С. Основания освобождения медицинской организации от ответственности за причинение вреда здоровью пациента: дис. ... канд. юрид. наук. Новосибирск. 2014. С. 11.

²¹ К примеру, как недостаток правового регулирования расценивается единство требований к качеству обслуживания пациентов в частных платных клиниках и публичных медицинских учреждениях. См.: Слепенко Ю.Н., Станкевич Г.В., Степанова Л.П. Особенности ответственности медицинской организации за причинение вреда здоровью пациента // Юридический вестник Дагестанского государственного университета. 2021. № 2. С. 78.

ровать как случай, а не воздействие непреодолимой силы. Так, определение непреодолимой силы содержится в п. 2 ст. 202 ГК РФ и п. 3 ст. 401 ГК РФ, под которой понимаются чрезвычайные и непредотвратимые при данных условиях обстоятельства. Чрезвычайность обстоятельств представляет собой непредвидимость как субъективный фактор, который связан с ограниченностью человеческих познаний об окружающем мире. Согласно разъяснениям, содержащимся в пункте 8 постановления Пленума Верховного Суда Российской Федерации от 24 марта 2016 г. № 7 «О применении судами некоторых положений Гражданского кодекса Российской Федерации об ответственности за нарушение обязательств», требование чрезвычайности подразумевает исключительность рассматриваемого обстоятельства, наступление которого не является обычным в конкретных условиях. Непредотвратимость обстоятельств непреодолимой силы заключается в объективной невозможности предотвращения соответствующих обстоятельств, даже в условиях предвидимости. Объективная непредотвратимость зависит от условия, места и времени события, а не от субъективных предпосылок.

Легальное определение случая в законе отсутствует и только в юридической литературе даются различные его интерпретации. Так, по мнению В.П. Грибанова, случайным можно назвать такое событие, которое может быть предотвращено, но в данных конкретных условиях правонарушитель его не предотвратил исключительно потому, что не мог предвидеть его наступления²². Лицо не знало, не могло знать и не должно было знать о возможности наступления неблагоприятных последствий, а если бы могло знать о таких последствиях, то смогло бы предпринять действия по их предотвращению. Таким образом, случайное причинение вреда характеризуется субъективной непредотвратимостью.

Изложенное позволяет прийти к выводу о том,

что чем меньше изучены противопоказания, а также возможные негативные последствия определенного вида медицинской помощи, тем выше риск наступления таких последствий в виде ухудшения здоровья пациента, даже если сама медицинская помощь оказана квалифицировано. При этом логичным видится возложение данного риска не на пациента (при отсутствии его вины), а на медицинскую организацию с целью более тщательного изучения последней названных вопросов. Как представляется, степень риска правового значения не имеет.

Следовательно, когда причиняется вред здоровью пациента в результате оказания медицинской помощи, при этом отсутствуют обстоятельства непреодолимой силы и вина пациента, возникает гражданско-правовая ответственность медицинской организации. При таких обстоятельствах является верным утверждение о том, что «Поведение медицинского работника будет признаваться противоправным в том случае, если при соблюдении им всех стандартов вред здоровью пациента всё равно был причинён»,²³ с обязательным уточнением, что в данном случае речь идет о поведении медицинской организации, но не медицинского работника.

Данное правило сохраняет силу и в ситуации, когда установить противопоказания для медицинского вмешательства невозможно как по причине отсутствия таких возможностей в конкретной медицинской организации, так и в силу недостаточно высокого уровня развития медицины в целом. Вместе с тем распределение риска негативных последствий между пациентом и медицинской организацией может иметь место на основе заключенного между ними соглашения исходя из диспозитивного характера положений п. 3 ст. 401 ГК РФ²⁴. Однако данное соглашение может быть применено лишь в случае недостижения результата (договорная ответственность), и утрачивает свое действие, если здоровью пациента причинен вред (деликтная ответственность).

Библиографический список

1. Артеменко Н.Н., Николаева Е.А., Тарасова О.Е. Уголовно-правовая оценка врачебной ошибки в истории российского законодательства // Медицинское право. 2023, № 4. – С 15-19.
2. Берилло М.С. Основания освобождения медицинской организации от ответственности за причинение вреда здоровью пациента: дис. ... канд. юрид. наук. – Новосибирск, 2014. – 207 с.
3. Бобровская О.Н. Проблемы компенсации морального вреда в связи с оказанием медицинской помощи ненадлежащего качества. // Медицинское право: теория и практика. – М.: Национальный институт медицинского права. – 2016. – Том 2. № 2 (4). – С. 23-28.
4. Гражданское право: учебник: в 3 т. Т. 1 / под ред. проф. А.П. Сергеева. – М.: Проспект, 2021. – 1005 с.
5. Гражданское право: учеб.: в 3 т. Т. 2 / под ред. проф. А.П. Сергеева. – М.: Проспект, 2021. – 880 с.
6. Грибанов В.П. Осуществление и защита гражданских прав. – М.: Статут, 2001. – 410 с.
7. Иванишин П.З. Гражданско-правовое регулирование договора добровольного медицинского страхования: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. Казань, 2004. 28 с.

²² Грибанов В.П. Осуществление и защита гражданских прав. М.: Статут, 2001. С. 95.

²³ Слепенко Ю.Н., Станкевич Г.В., Степанова Л.П. Особенности ответственности медицинской организации за причинение вреда здоровью пациента // Юридический вестник Дагестанского государственного университета. 2021. № 2. С. 76.

²⁴ См. об этом подробнее: Косцов Н. В. На ком лежит риск недостижения результата медицинской операции? // Вестник экономического правосудия Российской Федерации. 2018. № 8. С. 17-21; Чердакова Л.А., Шевчук Е.П. К вопросу о распределении риска недостижения результата в сфере оказания медицинских услуг // Вестник Университета имени О. Е. Кутафина. 2023. № 6 (106). С. 93-101.

-
8. Исламов Ш.Э., Шухвакова Н.Ж. Дефекты оказания медицинской помощи в практике оториноларингологии // Достижения науки и образования – 2020. – № 4 (58). – С. 20-24.
 9. Козлова Н., Кратенко М. Ответственность страховой медицинской организации перед застрахованными (гражданами) по договорам обязательного и добровольного медицинского страхования // Право и экономика. – 2005. – № 12. – С. 22-28.
 10. Косцов Н.В. На ком лежит риск недостижения результата медицинской операции? // Вестник экономического правосудия Российской Федерации. – 2018. – № 8. – С. 17-21.
 11. Крылатова И.Ю. Значение конституционной категории достоинства личности в биоэтике и медицине // Актуальные проблемы российского права. – 2022. – № 10 (143). – С. 46-53.
 12. Ригельман Р. Как избежать врачебных ошибок. Книга практикующих врачей: пер. с англ. – М.: Практика, 1994. – 208 с.
 13. Рыков В.А. Врачебная ошибка: медицинские и правовые аспекты // Медицинское право. – 2005. – № 1. – С. 43-47.
 14. Сергеев В.В. Профессиональные ошибки медицинских работников: проблемы правового обоснования // Медицинское право. – 2004. – № 4 (8). – С. 18–24.
 15. Сергеев Ю.Д. Медицинское право. Учебный комплекс в 3 т. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 784 с.
 16. Слепенко Ю.Н., Станкевич Г.В., Степанова Л.П. Особенности ответственности медицинской организации за причинение вреда здоровью пациента // Юридический вестник Дагестанского государственного университета. – 2021. – № 2. – С. 73-80.
 17. Степина Н.А., Степин А.Б. Случай врачебной ошибки: вопросы теории и практики // Медицинское право. – 2022. – № 4. – С 52-56.
 18. Чердакова Л.А., Шевчук Е.П. К вопросу о распределении риска недостижения результата в сфере оказания медицинских услуг // Вестник Университета имени О.Е. Кутафина. – 2023. – № 6 (106). – С. 93-101.
 19. Шепель Т.В. О критериях и юридической квалификации врачебной ошибки при оказании психиатрической помощи // Медицинское право. – 2003. – № 3 (3). – С. 43-46.

Рецензент: Томина А.П., заведующий кафедрой гражданского права и процесса Оренбургского института (филиала) Университета имени О.Е. Кутафина (МГЮА), к.ю.н., доцент.

РОМОДАНОВСКИЙ ПАВЕЛ ОЛЕГОВИЧ

д.м.н., профессор, заведующий кафедрой судебной медицины и медицинского права ФГБОУ ВО «РУМ» Минздрава России, г.Москва, ул. Федеративный проспект, д. 17, корп. 6, p.romodanovsky@mail.ru

БАРИНОВ ЕВГЕНИЙ ХРИСТОФОРОВИЧ

д.м.н., профессор, профессор кафедры судебной медицины и медицинского права ФГБОУ ВО «РУМ» Минздрава России, г.Москва, ул. Федеративный проспект, д. 17, корп. 6, профессор кафедры судебной медицины РУДН Россия, 117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, 6 ev.barinov@mail.ru

БАРИНОВ АНДРЕЙ ЕВГЕНЬЕВИЧ

старший лаборант кафедры судебной медицины и медицинского права, травматологии и ортопедии ФГБОУ ВО «РУМ» Минздрава России адрес: Россия, 111396 г.Москва, ул. Федеративный проспект, д. 17, корп. 6, andrey_ch9@mail.ru

ФОКИНА ЕКАТЕРИНА ВАЛЕРЬЕВНА

к.м.н., доцент кафедры судебной медицины и медицинского права ФГБОУ ВО «РУМ» Минздрава России; адрес: Россия, 111396 г.Москва, ул. Федеративный проспект, д. 17, корп. 6, F990ks@yandex.ru

ЧЕРКАЛИНА ЕЛЕНА НИКОЛАЕВНА

к.м.н., старший преподаватель кафедры судебной медицины и медицинского права ФГБОУ ВО «РУМ» Минздрава России; адрес: Россия, 111396 г.Москва, ул. Федеративный проспект, д. 17, корп.6

ФОКИН АЛЕКСЕЙ СЕРГЕЕВИЧ

лаборант кафедры судебной медицины и медицинского права, ФГБОУ ВО «РУМ» Минздрава России адрес: Россия, 111396 г.Москва, ул. Федеративный проспект, д. 17, корп.6, kayst1ne101@gmail.com

ПРОФИЛАКТИКА КОНФЛИКТОВ В МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ

ROMODANOVSKY PAVEL OLEGOVICH

MD, Professor, Head of the Department of Forensic Medicine and Medical Law, Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "RUM" of the Russian Ministry of Health, Moscow, Federativny Prospekt St., 17, Bldg. 6, p.romodanovsky@mail.ru

BARINOV EVGENY KHRISTOFOROVICH

MD, Professor, Professor of the Department of Forensic Medicine and Medical Law, Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "RUM" of the Russian Ministry of Health, Moscow, Federativny Prospekt St., 17, Bldg. 6, Professor of the Department of Forensic Medicine, Peoples' Friendship University of Russia, 117198, Moscow, Miklukho-Maklaya St., 6 ev.barinov@mail.ru

BARINOV ANDREY EVGENIEVICH

St. laboratory assistant of the department of forensic medicine and medical law, traumatology and orthopedics of the Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «RUM» of the Ministry of Health of the Russian Federation address: Russia, 111396 Moscow, ul. Federativny prospect, 17, bldg. 6, andrey_ch9@mail.ru

FOKINA EKATERINA VALERYEVNA

candidate of medical sciences, associate professor of the department of forensic medicine and medical law of the Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «RUM» of the Ministry of Health of the Russian Federation; address: Russia, 111396 Moscow, ul. Federativny prospect, 17, bldg. 6, F990ks@yandex.ru

CHERKALINA ELENA NIKOLAEVNA

candidate of medical sciences, senior lecturer of the department of forensic medicine and medical law of the Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «RUM» of the Ministry of Health of the Russian Federation; address: Russia, 111396 Moscow, ul. Federativny Prospekt, 17, Bldg. 6

ALEXEY SERGEYEVICH FOKIN

Laboratory Assistant, Department of Forensic Medicine and Medical Law, Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «RUM» of the Ministry of Health of the Russian Federation Address: Russia, 111396 Moscow, Federativny Prospekt, 17, Bldg. 6, kayst1ne101@gmail.com

PREVENTION OF CONFLICTS IN MEDICAL PRACTICE

Аннотация. Проблемы возникновения, разрешения и предотвращения конфликтов, которые возникают при медицинском обслуживании, сегодня становятся все более актуальными и без единого подхода нельзя полностью выяснить и полностью изучать все причины и механизмы конфликтов и все тенденции конфликта. Таким образом, для каждого субъекта, оказывающего медицинскую помощь, знание причин и способов ее разрешения считается особо важным и актуальным в процессе подготовки и профессионального творчества.

Ключевые слова: конфликтная ситуация, медицинская помощь, механизмы конфликтов, пути разрешения конфликтов, профилактика.

Abstract. The problems of occurrence, resolution and prevention of conflicts that arise in medical care are becoming increasingly relevant today and without a unified approach it is impossible to fully clarify and fully study all the causes and mechanisms of conflicts and all conflict tendencies. Thus, for each subject providing medical care, knowledge of the causes and methods of its resolution is considered especially important and relevant in the process of training and professional creativity.

Keywords: conflict situation, medical care, conflict mechanisms, ways of conflict resolution, prevention.

Цель исследования. Разработать алгоритм предотвращения конфликтных ситуаций, связанных с врачебными ошибками или ненадлежащим оказанием медицинской помощи.

Материал и методы. В ходе работы были изучены и проанализированы 124 материала гражданских дел, возбужденных по поводу жалоб пациентов на профессиональные ошибки и дефекты оказания медицинской помощи.

Результаты. Термин «конфликт» в переводе из латинского означает «ссора, серьёзные разногласия, спор». Распространено два подхода для их понимания. Первый характеризует конфликт в широкой степени как конфликт между сторонами, мнениями, силами. Во втором подходе конфликт представляет собой столкновение противоположно направленных целей, интереса, позиции, мнения оппонента или субъекта взаимодействия, однако все же сущность конфликта заключается в противодействии субъектов вообще.

Проблемы, которые возникают в процессе предоставления медицинского обслуживания населению,

должны рассматриваться в контексте второй точки зрения, в рамках социальных конфликтов. Социальный конфликт является видом взаимодействия между людьми, группами людей или социальными учреждениями. Специфика данного вида взаимодействия заключается в том, что субъекты столкнулись с целями и интересами, обусловленными их желанием реализовать свои цели и интересы. Социальный конфликт возникает почти во всем общественном сообществе, но он может возникать, протекать и в сфере социальной деятельности, и в сфере права.

Позитивное значение любого конфликта, прежде всего, заключается в поддержании динамического равновесия социальной системы. Кроме того, конфликт ускоряет процесс самосознания; под его влиянием утверждается и подтверждается определенный набор ценностей; играет роль предохранительного клапана для безопасного и даже конструктивного выхода эмоций; благодаря ему стимулируется разработка систем справедливого предотвращения, разрешения конфликтов и управления ими. Но, если конфликт связан с важнейшими ценностями группы,

то он нежелателен, так как подрывает основы группы и несет в себе тенденцию к ее разрушению. Это напрямую относится и к сфере здравоохранения.

Медицинская помощь может вызвать и развивать конфликты, которые могут быть условно разделены на две категории: неюридические конфликты и юридические конфликты.

Причины конфликтов в первой группе различны и, в большинстве случаев, связаны с нарушением социальных отношений субъектов отношения. Она может быть субъективной, объективной, находится в плоскостях внутриличностного, межличностного и социального конфликта. Наиболее частыми являются конфликты общения и мотивационных конфликтов, которые приводят к неудовлетворению обеих сторон, и порождают глубокий негативный эффект. В этих ситуациях преобладает межличностный конфликт пациента и медицинского работника, обусловленный так называемым «неуважением к врачу». Как свидетельствуют исследования в этой области в медицинских практиках, конфликты меняют свое положение с позиции «делового» общения, переходят на плоскость «личностного» враждебности, а пусковой механизм этих взаимоотношений — отсутствие отношения врача и пациента. Чем больше недоверия пациента, вызываемое различными причинами — тем более вероятность того, что его сторона проявит действия в форме агрессии, а также дальнейшее развитие конфликта и переводит его в правовое поле. При этом, хотя у пациента есть такое психологическое «состояние», он продолжает получение медицинской помощи в этом враче и в этом медицинском учреждении, не стараясь выполнять установленные законом Российской Федерации нормы, такие как право выбора врача или право выбора медицинского учреждения. Увы, это свидетельствует о низких уровнях правовой информированности, характерных для нашего населения, что впоследствии создает предпосылки к переходу конфликта в другой, а точнее правовой. К причинам этих конфликтов можно также отнести «искаженное» восприятие пациентом информации, предоставленной медицинским сотрудником или медицинской организации. Сами медицинские работники могут создавать предпосылки к возникновению конфликтов, а затем сам конфликт до конфликта. Нарушение принципов этики, деонтологии порождает порождение «врач-робот» или «врач-продавец» медицинских услуг и усугубляет тенденцию к росту конфликтов в сфере оказания медицинских услуг. Важно помнить, что в юридической и медицинской практике убедительно подтверждается, что чем выше этическая и юридическая культура врача, тем более тщательно выполняется профессиональная обязанность, тем лучше качество оказывается медицинской помощью, что позволяет высокому уровню беспристрастности профессиональной деятельности врачей любой специальности.

Между другими социальными институтами в медицине существуют серьезные источники конфликтов, и в первую очередь они связаны с изменениями

в условиях труда медиков, высоким уровнем платной медицинской помощи, изменением социально-правового статуса врачей, специфическими особенностями взаимодействия в профессиональном медицинском сообществе, высокой степенью влияния теле- и Интернет-информации и многим другим, которые в итоге могут стать причиной конфликтов. Все причины можно условно разделить на объективные и субъективные. Можно отнести к субъективным социальным и психологическим статусам пациента и медицинского работника (4,5).

Конфликты же юридического характера протекают в сфере правовых отношений и могут быть урегулированы и разрешены только юридическими средствами, процедурами.

Поскольку правонарушение является видом социальной конфликтности, для дифференциации нужно определить, какие элементы конфликта имеют правовую природу, и во-вторых, какими правовыми институтами можно рассмотреть и разрешить конфликт. Но не все юридические конфликты изначально возникают в правовом поле. Трансформация обычных социальных конфликтов в юридические может быть проведена в ходе медицинского обслуживания, когда одна сторона совершает действия, имеющие юридические последствия, или когда они нарушают существующие законы, или конфликтующие, например, не смогут найти самостоятельно решение и нуждаются в обращении в судебное учреждение.

Нередко переход социальных конфликтов в юридическое происходит из-за того, что медицинские работники или руководство медицинской организации не знают законы, основные нормы, формирующие правовой статус пациента, а также его собственного, невысокого уровня юридической культуры, а также сопутствующих ему правовых нигилизмов.

Способ разрешения конфликта определяется компетенцией и целевым назначением контрагента. Если конструктивный диалог пациента и медицинского работника или медицинской организации, установив существование вопроса, можно разрешить конфликт через примирительное соглашение.

Если не найти консенсус, конфликт будет переходить в поле судебного разбирательства, то есть приобретает юридическое значение. В этом случае, безусловно, самый приоритетный является досудебное разбирательство. В случае возникновения претензий пациент сможет обратиться к руководителю медицинского учреждения, которое оказывает ему помощь, либо обратиться в вышестоящие органы Управления Здравоохранения, органы Уполномоченного органа государственной власти, этики. Более того, можно обратиться к общественным организациям для защиты прав пациента. Пациент также может обратиться к страховой организации, которая работает в ОМС, ДМС и ТФМС. Также пациент может обратиться в прокуратуру с жалобой.

Защита от правонарушений для пациентов в суде — действенное средство не только для непосредствен-

ных защит, но для восстановления причины правонарушений. Защиту пациент может осуществлять путем обращения к должностному лицу органа или обращения с исковым заявлением. Процедура подачи искового заявления установлена ГПК Российской Федерации. Иски предъявляются к медицинскому учреждению. В исковом заявлении должно быть обязательно указано конкретное нарушенное право, установленное законом Российской Федерации, и требования восстановления нарушенного права, возмещения морального ущерба и возмещения ущерба.

Обсуждение. Юридические противоречия в сфере защиты здоровья населения имеют специфические черты. В первую очередь - наличие различного понимания объектов медицинских и правовых отношений между их участниками и несовпадающего правового понимания между субъектами конфликта, что может приводить к полному недоразумению, выводу, а потом и к действию. Отсутствие единой целевой установки у пациента и медицинского работника: с одной стороны, ограниченный в специальных медицинских познаниях пациент, с ощущением «чуда» от врача и порою не прилагающий максимум усилий для собственного выздоровления, а с другой – врач, прилагающий все усилия для восстановления здоровья или для сохранения жизни, но порою объективно ограниченный несовершенством средств достижения цели. Как результат неудовлетворённость пациента оказанием медицинской помощи и последующий ее перевод в правовое поле. Далее, к специфическим признакам можно отнести, негативное вмешательство не имеющих правовое основание субъектов в процесс осуществления профессиональной деятельности медицинского работника и (или) медицинской организации, а именно родственников, знакомых и т.д. Значимыми специфическими признаками являются проблемы современного здравоохранения (экономические, социальные, финансовые и организационные), препятствующие порою реализации прав

граждан и пациентов на доступную и качественную медицинскую помощь. Юридические споры в сфере оказания медицинского обслуживания могут быть классифицированы по различным причинам.

Заключение. В этом контексте можно выделить ряд направлений формирования концепции противодействия конфликтам в медицине.

Одним из главных направлений этой деятельности является формирование юридической культуры, правосознания будущего врача и практикующего медицинского работника. Получение знаний, оценка их, интеграция способствует дальнейшему регулированию социально-правовой деятельности обучающихся медицинских вузов и докторов, помогает врачам осознавать себя как граждане, не только «обязанные» государством, обществом, конкретным пациентом, но имеющие определенные права, свободы и интересы. В итоге создается общий образ отношений и регуляции их. На данный момент актуальна необходимость создания правовой аттестации медицинских сотрудников, для кого не возникает сомнений в авторитете права, сознательная потребность в сочетании правовых норм с ценностями нравственности и биоэтики и взаимодействия с пациентами, не только на профессиональном уровне, но также на правовом уровне. Следующим направлением является дальнейшее оптимизирование организации и разработки институциональной здравоохранительной системы, которое в целом должно обеспечивать создание и функционирование комплексной системы теоретических, правовых и этических регулирующих систем конфликтов в здравоохранении.

Установление контакта с пациентом, создание доверительной обстановки, детальное обсуждение и разбор всех возникших вопросов поможет врачам любой специальности, в том числе и специалистам в области травматологии и ортопедии, всегда позволит решить любую конфликтную ситуацию и не доводить ее до судебного разбирательства.

Библиографический список

1. Баринев Е.Х., Ромодановский П.О., Черкалина Е.Н., Михеева Н.А., Татаринцев А.В. Медико-правовая осведомленность медицинских работников (монография). – М.: НП ИЦ «ЮрИнфоЗдрав», 2011. – 120 с.
2. Баринев Е.Х. Судебно-медицинская экспертиза в гражданском судопроизводстве по медицинским делам (монография). – М.: НП ИЦ «ЮрИнфоЗдрав», 2013. – 164 с.
3. Баринев Е.Х. Потребности гражданского судопроизводства в судебной медицине (монография). LAP LAMBERT Academic Publishing RU, 2017. – 192 с.

Рецензент: Мальцев А.Е., заместитель начальника Кировского областного ГБСЭУЗ «Кировское областное бюро СМЭ» Министерства здравоохранения Кировской области, заведующий кафедрой судебной медицины ФГБОУ ВО «Кировский ГМУ» Минздрава России, д.м.н., профессор.

ТОМИНА АЛИНА ПАВЛОВНА

кандидат юридических наук, доцент, заведующий кафедрой гражданского права и процесса Оренбургского института (филиала) Университета имени О.Е. Кутафина (МГЮА), 460000, г. Оренбург, ул. Комсомольская, 50, oAPTomina@msal.ru

ЯНЕВА РИММА РУСТАМОВНА

кандидат юридических наук, доцент кафедры гражданского права и процесса Оренбургского института (филиала) Университета имени О.Е. Кутафина (МГЮА), 460000, г. Оренбург, ул. Комсомольская, 50, oRRYaneva@msal.ru

СУДЕБНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА В ДЕЛАХ О ПРИЗНАНИИ ЗАВЕЩАНИЯ НЕДЕЙСТВИТЕЛЬНЫМ

TOMINA ALINA PAVLOVNA

PHD in Law, associate professor, head of chair of civil law and process of Orenburg Institute (Branch) of The Kutafin Moscow State Law University (MSLA), 460000, Russia, Orenburg, Komsomolskaya Street, 50, oAPTomina@msal.ru

YANEVA RIMMA RUSTAMOVNA

PHD in Law, associate professor of chair of civil law and process of Orenburg Institute (Branch) of The Kutafin Moscow State Law University (MSLA), 460000, Russia, Orenburg, Komsomolskaya Street, 50, oRRYaneva@msal.ru

FORENSIC PSYCHOLOGICAL EXAMINATION IN CASES OF INVALIDATION OF A WILL

Аннотация. В современных социально-экономических условиях развития государства существенно возрастает роль специальных знаний в гражданском судопроизводстве, что обусловлено, в том числе, необходимостью объективизации процесса доказывания в целях создания гарантий справедливой защиты наследственных прав субъектов гражданских правоотношений. Основным видом процессуального использования специальных знаний в судебном разбирательстве по делу о признании завещания недействительным является психологическая экспертиза, по результатам которой эксперт составляет заключение, содержащее выводы, позволяющие установить факт составления завещания наследодателем в момент, когда он не мог руководить своими действиями и осознавать их правовые последствия. В настоящей научной работе авторами представлен анализ судебной практики назначения психологической экспертизы в делах о признании завещания недействительным и использования ее результата в качестве судебного доказательства. На основе изученных доктринальных источников выявлены теоретические и практические проблемы, связанные с исследованием и оценкой заключений экспертов. Отдельное внимание уделено рекомендациям судам, рассматривающим дела о признании завещания недействительным, касающимся содержания определений о назначении психологической экспертизы.

Ключевые слова – судебно – психологическая экспертиза, завещание, заключение эксперта, гражданское судопроизводство.

Annotation. In modern socio-economic conditions of the development of the state, the role of special knowledge in civil proceedings is significantly increasing, which is due, inter alia, to the need to objectify the evidentiary process in order to create guarantees of fair protection of the hereditary rights of subjects of civil relations. The main type of procedural use of special knowledge in the judicial proceedings in the case of invalidation of a will is a psychological examination, according to the results of which the expert draws up a conclusion containing conclusions that allow to establish the fact of making a will by the testator at a time when he could not direct his actions and realize their legal consequences. In this scientific work, the authors present an analysis of the judicial practice of appointing a psychological examination in cases of invalidation of a will and using its result as judicial evidence. Based on the studied doctrinal sources, theoretical and practical problems related to the study and evaluation of expert opinions have been identified. Special attention is paid to recommendations to courts considering cases on the recognition of a will as invalid, concerning the content of definitions on the appointment of a psychological examination.

Keywords – forensic psychological examination, will, expert opinion, civil proceedings.

Положения статьи 35 Конституции Российской Федерации гарантируют как право человека на распоряжение своей собственностью, так и на наследование. При этом сегодня значительное количество людей реализует свое правомочие по распоряжению имуществом путем его передачи после своей смерти посредством составления завещания. Между тем, нарушение норм наследственного права нередко приводит к оспариванию завещания наследниками по закону. Признание же завещания недействительным допускается исключительно в порядке гражданского судопроизводства. Однако действующее процессуальное законодательство носит универсальный характер и не содержит специальных правил, регулирующих порядок рассмотрения и разрешения отдельных категорий споров, в том числе, и дел о признании завещания недействительным.

В литературе неоднократно отмечалось, что сегодня количество судебных дел о признании завещания недействительным стремительно возрастает¹. Обусловлено это, в том, числе, несовершенством правового регулирования в данной области, что, в свою очередь, позволяет недобросовестным наследникам по закону использовать правовые нормы для злоупотребления правом.

При рассмотрении указанной категории наследственных дел следует учитывать аспекты, обусловленные правовой природой завещания, особенностями его толкования, а также применения последствий его недействительности как односторонней сделки, что нередко вызывает трудности как в теоретическом, так и практическом плане. Существующий порядок осуществления нотариальной деятельности по составлению и удостоверению завещаний не обеспечивает полную гарантию действительности последних, хотя бы по причине отсутствия у нотариусов специальных познаний в области медицины, психологии и (или) психиатрии: дееспособность завещателя устанавливается ими опираясь на свой жизненный опыт и при соблюдении лишь формальных требований к данной процедуре.

Ряд сложностей, возникающих в ходе рассмотрения дела о признании завещания недействительным, обусловлены особенностями процесса доказывания данных обстоятельств, поскольку наследодатель уже умер. В свою очередь, неординарность предмета исследования судебно – психологической экспертизы является причиной возникновения трудностей, затрудняющих получение ее объективных результатов.

Таким образом, обозначенные проблемы теоретического и практического порядка свидетельствуют об актуальности и необходимости научного исследования особенностей назначения и проведения судебно

– психологической экспертизы в делах о признании завещания недействительным, а также оценки соответствующего заключения как судебного доказательства, позволяющего установить факт составления завещания наследодателем в момент, когда он не мог руководить своими действиями и осознавать их правовые последствия.

Как правило, большую озабоченность вызывает судебная практика посмертного признания наследодателя недееспособным, поскольку однозначно установить после смерти, что он не осознавал последствий своих действий практически невозможно если последний не был признан недееспособным при жизни и никогда не наблюдался у психиатра. Соответственно, именно судебно-психологическая экспертиза в делах о признании завещания недействительным является ключевым элементом судебного разбирательства: она направлена на оценку психического состояния наследодателя на момент составления завещания и выяснение, существовала ли способность этого лица понимать значение своих действий и правовых последствий, связанных с завещанием.

В рамках судебно-психологической экспертизы перед комиссией экспертов, как отмечается в литературе, ставятся вопросы по двум критериям: юридическому (был ли гражданин на момент совершения сделки способен понимать значение своих действий и (или) руководить ими) и психологическому (способность субъекта в полной мере осознавать фактическое содержание своих действий и осознанно управлять ими; причины такой неспособности)². Как правило, в комиссию привлекаются геронтолог, психиатр и другие эксперты, которые обращаются к сведениям о состоянии здоровья лица и характеризующей психическое состояние лица медицинской документации, свидетельским показаниям, самому завещанию и порядку его удостоверения³. Также сегодня отмечается распространение практики назначения комплексных судебных психолого-лингвистических экспертиз, поскольку многие судебно-экспертные учреждения имеют в своем штате как эксперта-психолога, так и эксперта-лингвиста⁴. В ряде случаев судами назначается психолого-психиатрическая или медико-психологическая экспертиза, поскольку задачи психолога и психиатра при проведении данного вида исследования различны: психиатр может выявить психические расстройства завещателя, в то время как психолог определяет индивидуально-личностные особенности эмоциональной сферы, показатели социальной деятельности наследодателя⁵.

Проведение судебно-психологической экспертизы также включает в себя важные аспекты взаимодействия наследодателя с наследниками и другими

¹ Гривков О.Д., Шичанин А.В. Правовые проблемы оспоримости завещания // Наследственное право. 2020. N 3. С. 28-31.

² См.: Марухно В.М. Посмертная экспертиза в вопросах недействительности завещания // Общество и право. 2011. N 5. С. 108.

³ Квык А.В. Воля завещателя: пределы отражения в завещании // Нотариальный вестник. 2024. N 7. С. 32 – 38.

⁴ Россинская Е.Р., Галяшина Е.И. Настольная книга судьи: судебная экспертиза. Москва: Проспект, 2011. 464с. // СПС «КонсультантПлюс».

⁵ См.: Спадерова Н.Н., Герасина С.Е. Вопросы дееспособности подэкспертных геронтологического профиля при проведении однородных и комплексных судебных психолого-психиатрических экспертиз // Тюменский медицинский журнал. 2014. T. 16. № 2. С. 54-56.

заинтересованными лицами. Эксперты могут проводить беседы с близкими родственниками наследодателя с целью установления изменений в его поведении до и после написания завещания – это позволяет выявить возможные изменения в его психическом состоянии, связанные с внешними факторами. Кроме того, эксперты учитывают культурный и социальный аспекты состояния, в котором находился завещатель, чтобы определить наличие или отсутствие давления на него при принятии решения о содержании завещания.

Решение вопроса о назначении судом посмертной психологической экспертизы в отношении наследодателя ставится в зависимость от доводов сторон и наличия доказательств, свидетельствующих о пороке воли наследодателя. В частности, судом учитываются свидетельские показания, различная медицинская документация, свидетельствующая о состоянии здоровья наследодателя в момент подписания завещания, история его болезни, видеозапись выражения воли завещателя, показания нотариуса, удостоверявшего завещание. При этом следует отметить, что и вероятностный характер заключения эксперта может быть обусловлен недостаточным объемом или отсутствием документации медицинского характера, её подделкой или сознательным удержанием медицинских справок, рецептов на препараты сторонами или иными лицами⁶. Предоставить точный ответ на поставленный вопрос суда зачастую не представляется возможным по причине малой информативности указанных сведений и противоречивости свидетельских показаний. При этом в судебной практике встречаются случаи, когда при наличии неполноты посмертной комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы, обусловленной недостаточностью представленных медицинских документов, суды не оказывали содействие в собирании доказательств, не создавали условия для установления фактических обстоятельств, имеющих значение для дела, и отклоняли ходатайство истца о проведении дополнительных и повторных экспертиз.

Так, Кисс Э.Р. обратился в суд с иском к Зозуле С.В. о признании завещания недействительным. В обоснование требований истец указал, что 9 сентября 2014 г. его матерью Кисс А.А. было оформлено завещание на принадлежащую ей квартиру по адресу: ..., на имя Зозули С.В. 19 сентября 2014 г. Кисс А.А. умерла. По мнению истца, в силу имеющегося у Кисс А.А. онкологического заболевания и принимаемых ею сильнодействующих обезболивающих лекарств, на момент составления завещания она не могла понимать значение своих действий и руководить ими. Кроме того, истец указывает на то, что подпись в завещании от 9 сентября 2014 г. выполнена не Кисс А.А., а иным лицом.

Решением Центрального районного суда г. Сочи Краснодарского края от 24 апреля 2015 г. в удовлетворении иска отказано. Апелляционным определением судебной коллегии по гражданским делам Крас-

нодарского краевого суда от 9 июля 2015 г. решение суда первой инстанции оставлено без изменения. В кассационной жалобе Кисс Э.Ф. ставится вопрос об отмене указанных судебных постановлений, как незаконных.

Проверив материалы дела, обсудив доводы, изложенные в жалобе, Судебная коллегия по гражданским делам Верховного Суда Российской Федерации установила наличие оснований для отмены состоявшихся по делу судебных постановлений в связи с тем, что судами нижестоящих инстанций при вынесении оспариваемых постановлений были допущены существенные нарушения норм процессуального права. В частности, разрешая спор и отказывая в удовлетворении требований Кисс Э.Р., суд первой инстанции исходил из отсутствия доказательств того, что на момент составления завещания 9 сентября 2014 г. Кисс А.А. находилась в таком состоянии, при котором не могла понимать значения своих действий и руководить ими. Суд апелляционной инстанции согласился с выводом суда первой инстанции, дополнительно указав, что оснований для назначения в суде первой инстанции дополнительной и повторной психолого-психиатрической экспертизы не имелось, поскольку заключение экспертизы является ясным и обоснованным.

Между тем, юридически значимыми обстоятельствами, подлежащими установлению по данному делу, отметила Судебная коллегия по гражданским делам Верховного Суда Российской Федерации, являлись наличие или отсутствие психического расстройства у наследодателя в момент составления завещания, степень его тяжести, степень имеющихся нарушений его интеллектуального и (или) волевого уровня, а так же установление подлинности подписи Кисс А.А. в завещании. Обращаясь в суд с иском, Кисс Э.Р. оспаривал завещание, составленного его матерью в пользу ответчика, который является посторонним лицом, ссылаясь на неспособность Кисс А.А. понимать значение своих действий в юридически значимый период в силу имеющегося у нее заболевания, а также на выполнение подписи в завещании не Кисс А.А., а иным лицом.

Определением Центрального районного суда г. Сочи Краснодарского от 12 февраля 2015 г. по ходатайству истца по делу назначена первичная посмертная комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза, производство которой было поручено экспертному отделу «Специализированной клинической психиатрической больнице N...» Департамента здравоохранения Краснодарского края (л.д. 164).

Согласно заключению первичной посмертной комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы от 18 марта 2015 г. N 33 не представилось возможным определить, могла ли Кисс А.А. в момент составления завещания 9 сентября 2014 г. понимать значение своих действий и руководить ими в связи с отсутствием в медицинской документации описа-

⁶ Марухно В.М. Указ. соч. С. 104-105.

ния психического состояния здоровья Кисс А.А., а также в связи с отсутствием показаний свидетелей (л.д. 170).

Из материалов дела следует, что Киссом Э.Р. в суде первой инстанции заявлялось ходатайство о назначении дополнительной посмертной комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы (л.д. 188). Кроме того, им неоднократно были заявлены ходатайства об истребовании амбулаторных медицинских карт Кисс А.А. из поликлинического отделения ГБУЗ «Онкологический диспансер N ...» и из МУЗ г. Сочи «Городская больница N ...» (т. 1, л.д. 151-153, л.д. 162, л.д. 177-178, л.д. 180, л.д. 251-252). Одновременно истцом было заявлено ходатайство о допросе в качестве свидетеля лечащего врача Кисс А.А., проводившую ее лечение в период с 15 августа 2014 г. по 3 сентября 2014 г. по месту жительства (т. 1, л.д. 154, л.д. 162, л.д. 177-178, л.д. 180).

Между тем, в нарушение приведенных норм процессуального права при наличии неполноты посмертной комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы, обусловленной недостаточностью представленных медицинских документов, а также в связи с отсутствием показаний свидетелей, суд не оказал содействие в собирании доказательств, не создал условия для установления фактических обстоятельств, судебные инстанции отклонили ходатайство истца о проведении дополнительных и повторных экспертиз, вследствие чего действительные обстоятельства дела судом не установлены.

Оценка доказательств и отражение ее результатов в судебном решении являются проявлениями дискреционных полномочий суда, необходимых для осуществления правосудия, вытекающих из принципа независимости судебной власти, что, однако, не предполагает возможность оценки судом доказательств произвольно и в противоречии с законом. Эти требования закона судами первой и апелляционной инстанций выполнены не были, в связи с чем допустили существенное нарушение норм процессуального права, повлиявшие на исход дела. При таких обстоятельствах решение Центрального районного суда г. Сочи Краснодарского края от 24 апреля 2015 г. и апелляционное определение судебной коллегии по гражданским делам Краснодарского краевого суда от 9 июля 2015 г. были отменены, а дело направлено на новое рассмотрение⁷.

Нельзя не согласиться с высказанной в доктрине мыслью о том, что наделение сторон равными процессуальными правами по собиранию и представлению доказательств, представление им одинаковых возможностей участия в судебном заседании, и наличие обязанности суда содействовать сторонам в реализации процессуальных прав способствуют установлению истины по делу⁸. В описываемом случае, к сожалению, суды нижестоящих инстанций ис-

тину установить не смогли.

Также, встречаются случаи, когда при назначении психологической экспертизы суды неверно формулируют вопросы перед экспертом. В практике одной из распространенных ошибок является неверное определение рода экспертизы: однородной судебно-психологической или комплексной судебной психолого-психиатрической, иногда ошибочно определяется род деятельности специалиста или вид назначаемого исследования⁹. В результате назначаемые экспертные исследования проводятся многократно, поскольку в заключениях содержатся неточности, ошибки и даже противоречия между их частями.

Так, Кваркенским районным судом Оренбургской области был рассмотрен иск граждан Р. И. и З. о признании завещания недействительным. В обосновании своих исковых требования истцы утверждали, что их наследодатель ввиду продолжительного психического заболевания не могла в полной мере отдавать отчет своим действиям и руководить ими на момент составления и подписания завещания.

В ходе судебного разбирательства судом была назначена посмертная судебно-психиатрическая экспертиза, проведение которой было поручено ГБУЗ «Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница № 1». Выводы экспертов в основном отражали медицинскую сторону дела о том, что с 2016 года умершая страдала бредовым (шизофреноподобным) расстройством. Указанные психические расстройства носили хронический характер, что лишало наследодателя способности в исследуемой ситуации понимать значение своих действий и руководить ими.

Однако, указанные в заключение экспертов выводы вступали в противоречия с остальными доказательствами по делу. В частности, согласно свидетельским показаниям, психическое состояние и здоровье умершей можно охарактеризовать удовлетворительным, признаков психических нарушений в её поведении выявлено не было. Она обслуживала в быту себя сама, самостоятельно получала пенсию, расходовала ее, общалась с иными лицами, которые не отмечали ее неадекватности.

При дальнейшем рассмотрении дела судом была назначена повторная экспертиза. Эксперты ГБУЗ «Самарская областная клиническая психиатрическая больница» пришли к выводу о том, что совокупность представленных на исследование материалов дела и медицинской документации не подтверждает положительную динамику заболевания, что свидетельствует о том, что умершая при оформлении и подписании завещания находилась в состоянии, неспособном понимать значение своих действий и руководить ими.

Вместе с тем, в медицинской карте амбулаторного больного отсутствовали данные об обращении

⁷ Определение СК по гражданским делам Верховного Суда РФ от 5 июля 2016 г. N 18-КГ16-26 // СПС «Гарант».

⁸ См.: Томина А.П. Некоторые аспекты взаимодействия принципов состязательности и объективной истины в гражданском процессуальном праве // Труды Оренбургского института (филиала) МГЮА. Вып. 18. С. 103-107.

⁹ См.: Сафуанов Ф.С. Ошибки при назначении комплексной судебной психолого-психиатрической и судебно-психологической экспертизы // Юридическая психология. 2007. N 2. С. 19.

умершей в медицинские учреждения с жалобами на состояние своего здоровья в течение последних пяти лет, что лишает возможности проследить в динамике наличие и прогрессию психического расстройства лица. Кроме того, из объяснений нотариуса, производившего удостоверение завещания, в ходе собеседования также признаков недееспособности выявлено не было.

При таких обстоятельствах районный суд не усмотрел оснований для удовлетворения заявленных истцами требований и отказал в признании завещания недействительным¹⁰.

Особо следует отметить, что в качестве соответчика в данном деле был привлечен нотариус, удостоверивший завещание, в отношении которого ставился вопрос о действительности, что представляется ошибочным. Нотариус не является субъектом наследственного правоотношения, а потому должен был быть привлечен в качестве свидетеля, так как он является субъектом, обладающим сведениями о состоянии и поведении наследодателя непосредственно в момент составления завещания. Аналогичная позиция также высказывается в процессуальной литературе¹¹.

В доктрине предлагаются группы вопросов, которые рекомендуется задать нотариусу в ходе допроса: а) касающиеся организации, в которой работает нотариус; б) направленные на выяснение процедуры проведения сделки (где было составлено завещание, дата и время проведения нотариального действия, какие документы были предоставлены нотариусу, проверял ли он их, предупреждал ли нотариус о последствиях совершения данного юридически значимого акта, какие документы подписывались при совершении сделки); в) выясняющие участников проведения нотариального действия (кто обратился за услугами к нотариусу (сам завещатель или другой человек), какие действия предпринял нотариус, чтобы установить дееспособность завещателя, как была удостоверена личность завещателя, присутствовали ли при совершении нотариального действия иные лица и с какой целью). При этом эксперты могут принять участие в допросе нотариуса и задавать уточняющие вопросы относительно подробностей составления завещания. Таким образом, допрос нотариуса является необходимым в целях восстановления события совершения юридически значимого действия¹².

Также суды первой инстанции при разрешении вопроса о признании завещания недействительным не всегда учитывают, что заключение судебно-психиатрической экспертизы о наличии психического расстройства у наследодателя в момент составления

им завещания не может быть опровергнуто свидетельскими показаниями.

Так, А. обратилась в суд с иском к Г. о признании завещания недействительным. В обоснование заявленных требований истец указала, что она и Г. являются дочерьми Е., после смерти которой осталось наследственное имущество. При обращении к нотариусу с заявлением о вступлении в наследство истцу стало известно, что имеется завещание Е. в пользу ответчика. Истец указала, что поскольку Е. страдала психическими расстройствами, по поводу чего с 1983 года состояла на учете в психоневрологическом диспансере, то при составлении и подписании завещания в 2012 году она не могла понимать значение своих действий и руководить ими.

Разрешая спор и отказывая в удовлетворении исковых требований, суд первой инстанции, сославшись на свидетельские показания, указал, что доказательств, подтверждающих, что Е. на момент составления завещания не понимала значение своих действий и не могла руководить ими, суду не представлено. Наличие у Е. психического заболевания не свидетельствует о ее неспособности понимать значение своих действий и руководить ими, свидетельские показания также не позволяют сделать такого вывода. По мнению суда, оспариваемое завещание соответствовало волеизъявлению наследодателя.

С выводами суда первой инстанции согласился суд апелляционной инстанции. Однако Судебная коллегия по гражданским делам Верховного Суда РФ, рассмотрев дело по кассационной жалобе А., признала выводы судов первой и апелляционной инстанций основанными на неправильном толковании и применении норм материального и процессуального права. Как указала Судебная коллегия, заключение эксперта не обязательно для суда, но должно оцениваться не произвольно, а в совокупности и во взаимной связи с другими доказательствами. При этом Судебная коллегия сослалась на ч. 3 ст. 67, ч. 1 ст. 79, ч. 3 ст. 86, ч. 2 ст. 87 ГПК РФ, а также на п. 7 постановления Пленума Верховного Суда РФ от 19 декабря 2003 г. N 23 «О судебном решении». Не соглашаясь с заключениями первичной и повторной судебно-психиатрических экспертиз, суд первой инстанции сослался на показания свидетелей, по мнению которых наследодатель Е. в период, относящийся к составлению завещания, была вменяемой, адекватной, ориентировалась во времени и в обстановке, не давала повода для подозрений о наличии у нее психического заболевания. Между тем, не являются доказательствами сведения, сообщенные свидетелем, если он не может указать источник своей осведомленности. Таким образом, свидетельскими показаниями могли

¹⁰ Решение Кваркенского районного суда Оренбургской области от 28 мая 2020 г. по делу № 2-1/2020 URL: <https://sudact.ru/regular/doc/> (дата обращения: 05.11.2024).

¹¹ См., напр., Янева Р.Р. О практике рассмотрения наследственных дел судами Оренбургской области. // Труды Оренбургского института (филиала) МГЮА. 2020. № 44. С. 80-85; Ярошенко Т.В. Проблематика нотариального удостоверения завещания: определение дееспособности гражданина // Вестник Балтийского федерального университета им. И. Канта. 2014. № 9. С. 61-67; Малкин О.Ю., Осипов И.В. Особенности рассмотрения дел о признании завещания недействительным в связи с неспособностью завещателя понимать значение своих действий или руководить ими // Бюллетень нотариальной практики. 2010. N 2. С. 25-28.

¹² Белов И. Т. Подготовка допроса нотариуса в ходе расследования мошенничества в сфере оборота жилья // Юридическая наука и правоохранительная практика. 2010. № 3 (13). С. 87-92.

быть установлены факты, указывающие на особенности поведения наследодателя, совершаемые ею поступки, действия и отношение к ним. Установление же на основании этих и других имеющихся в деле данных факта наличия или отсутствия психического расстройства и его степени требует именно специальных знаний, каковыми, как правило, ни свидетели, включая удостоверившего завещание нотариуса, ни суд не обладают.

Как следует из заключения экспертов психоневрологического диспансера, положенные в основу решения суда свидетельские показания, характеризующие наследодателя, были учтены и оценены при разрешении вопросов, поставленных перед экспертами. Так, в заключении указано, что показания свидетелей, знавших наследодателя при жизни и характеризующих ее как психически здорового, нормального человека, непрофессиональны, поверхностны и противоречат закономерностям клиники, течения и исхода шизофренического процесса.

С выводами первичной экспертизы согласилась и комиссия судебно-психиатрических экспертов федерального государственного бюджетного учреждения «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского», которая также учла показания свидетелей и их мнение относительно психического состояния Е. в совокупности с другими данными и с учетом особенностей ее заболевания.

Основываясь на оценочных суждениях свидетелей о поведении наследодателя в быту, суд сделал вывод о том, что наследодатель при составлении и подписании завещания понимала значение совершаемых ею действий и могла ими руководить, без учета заключений судебных экспертов, сделанных в установленной законом процедуре на основании специальных знаний в области психиатрии и исходя из совокупности всех имеющихся по делу фактических данных, включающих как свидетельские показания, так и медицинскую документацию об имеющемся у наследодателя заболевании, его особенностях, развитии и течении.

С учетом изложенного Судебная коллегия по гражданским делам Верховного Суда РФ отменила апелляционное определение и дело направила на новое рассмотрение в суд апелляционной инстанции¹³.

При рассмотрении и разрешении дела о признании завещания недействительным судам необходимо учитывать, что назначаемая психологическая экспертиза должна быть направлена на установление обстоятельства – был ли наследодатель в состоянии, позволяющем понять суть и значение завещания, а также свободно выражать свою волю. Документы, представляемые экспертам, могут содержать сведения о наличии у наследодателя на момент составления завещания депрессии, тревоги или других психических расстройств, которые могли повлиять на способность к принятию решений. Немаловажное

значение для эксперта могут оказать и представленные ему документы, свидетельствующие о сложных условиях жизни и семейных обстоятельствах наследодателя, поскольку они также могли оказать значительное влияние на психическое состояние человека. Суд может сформулировать эксперту вопрос таким образом, чтобы в заключении было отражено возможное давление на завещателя со стороны третьих лиц или влияние обмана. Соответственно, в определении суда о назначении психологической экспертизы недостаточно указать лишь вопрос эксперту: «Был ли способен завещатель в момент составления завещания в полной мере осознавать фактическое содержание своих действий и был ли способен в полной мере сознательно руководить своими действиями?». Помимо того, что выводы эксперта должны позволить установить дееспособность наследодателя в момент составления завещания, в заключении обязательно должны быть отражены факторы, которые могли повлиять на волеизъявление завещателя, указано о наличии (или отсутствии) когнитивных или психических нарушений.

Соответствующие разъяснения представляется целесообразным включить в содержание п. 27 постановления Пленума Верховного Суда РФ от 29 мая 2012 г. № 9 «О судебной практике по делам о наследовании», что позволит не только привести к единообразию судебную практику по делам о признании завещания недействительным, но и снизить количество судебных ошибок при назначении психологической экспертизы. Более того, многочисленная судебная практика по делам о признании завещания недействительным позволяет сделать вывод о целесообразности назначения и проведения комплексной психологической экспертизы в обязательном порядке, что также следует отразить в указанном постановлении Пленума Верховного Суда РФ.

Проведенное исследование подтверждает, что в условиях современного общества вопросы наследования и действительности завещания всегда являются актуальными. При этом, заключение эксперта по итогам судебно-психологической экспертизы является ключевым инструментом для выявления истинных намерений наследодателя и защиты как его прав, так и наследников. Результат такой экспертизы зачастую оказывает решающее влияние на исход судебного разбирательства по делу о признании завещания недействительным, поэтому судам в целях создания условий для установления фактических обстоятельств по делу, следует особенно тщательно подходить не только к решению вопроса о необходимости назначения психологической экспертизы, но и правильно формулировать вопросы эксперту, определять род деятельности специалиста или вид назначаемого исследования, а в последующем – верно оценить полученное заключение и отразить в судебном решении, которым определяется судьба наследства и законных претендентов на него.

¹³ Определение Судебной коллегии по гражданским делам Верховного Суда РФ от 2 декабря 2014 г. № 24-КГ14-7// СПС «Гарант».

Библиографический список

1. Белов И.Т. Подготовка допроса нотариуса в ходе расследования мошенничества в сфере оборота жилья // Юридическая наука и правоохранительная практика. – 2010. – № 3 (13). – С. 87-92.
2. Гривков О.Д., Шичанин А.В. Правовые проблемы оспоримости завещания // Наследственное право. – 2020. – № 3. – С. 28-31.
3. Квык А.В. Воля завещателя: пределы отражения в завещании // Нотариальный вестник. – 2024. – № 7. – С. 32-38.
4. Воронов А.Ф. Гражданский процесс: эволюция диспозитивности. – М.: Статут, 2007. – 149 с.
5. Малкин О.Ю., Осипов И.В. Особенности рассмотрения дел о признании завещания недействительным в связи с неспособностью завещателя понимать значение своих действий или руководить ими // Бюллетень нотариальной практики. – 2010. – № 2. – С. 25-28.
6. Марухно В.М. Посмертная экспертиза в вопросах недействительности завещания // Общество и право. – 2011. – № 5. – С. 108-109.
7. Россинская Е.Р., Галяшина Е.И. Настольная книга судьи: судебная экспертиза. – Москва: Проспект, 2011. – 464 с.
8. Сафуанов Ф.С. Ошибки при назначении комплексной судебной психолого-психиатрической и судебно-психологической экспертизы // Юридическая психология. – 2007. – № 2. – С. 19-20.
9. Спадерова Н.Н., Герасина С.Е. Вопросы дееспособности подэкспертных геронтологического профиля при проведении однородных и комплексных судебных психолого-психиатрических экспертиз // Тюменский медицинский журнал. – 2014. – Т. 16. № 2. – С. 54-56.
10. Томина А.П. Некоторые аспекты взаимодействия принципов состязательности и объективной истины в гражданском процессуальном праве // Труды Оренбургского института (филиала) МГЮА. – 2013. – № 18. – С. 103-107.
11. Янева Р.Р. О практике рассмотрения наследственных дел судами Оренбургской области. // Труды Оренбургского института (филиала) МГЮА. – 2020. – № 44. – С. 80-85.
12. Ярошенко Т.В. Проблематика нотариального удостоверения завещания: определение дееспособности гражданина // Вестник Балтийского федерального университета им. И. Канта. – 2014. – № 9. – С. 61-67.

Рецензент: Бердегулова Л.А., доцент кафедры гражданского права и процесса Оренбургского института (филиала) Университета имени О.Е. Кутафина (МГЮА), к.ю.н., доцент.

ШАРКОВСКАЯ ЕВГЕНИЯ АНДРЕЕВНА

старший преподаватель кафедры гражданского права и процесса
Оренбургского института (филиала) Университета имени О.Е. Кутафина (МГЮА),
460006, г. Оренбург, ул. Комсомольская, 50, oesharkovskaya@msal.ru

ЦИВИЛИСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ БИОЛОГИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА ЧЕЛОВЕКА В МЕДИЦИНЕ

SHARKOVSKAYA EVGENIYA ANDREEVNA

senior lecturer of the Department of civil law and procedure Orenburg Institute
(Branch) of The Kutafin Moscow State Law University (MSAL), 460006, Russia,
Orenburg, Komsomolskaya Street, 50, oesharkovskaya@msal.ru

CIVIL LAW ASPECTS OF THE USE OF HUMAN BIOLOGICAL MATERIAL IN MEDICINE

Аннотация. Использование биологического материала человека в лечении и профилактике заболеваний, а также в реализации вспомогательных репродуктивных технологий стало неотъемлемой частью современной медицины. Однако оно требует детального правового осмысления, чтобы найти баланс между интересами общества и отдельных лиц, правами человека и коммерциализацией биомедицинских технологий. Имеет ли биологический материал человека вещно-правовую природу? Какие гражданско-правовые договоры упорядочивают использование биологического материала человека, и обладает ли донор действительной автономией воли при заключении таких договоров? Попытку дать ответы на эти и некоторые другие сопутствующие вопросы автор предпринимает в данной статье.

Ключевые слова: биологический материал, высокотехнологичные лекарственные препараты, вещное право, права донора, вспомогательные репродуктивные технологии, автономия воли, защита генетической информации.

Review. The use of human biological material in the treatment and prevention of diseases, as well as in the implementation of assisted reproductive technologies, has become an integral part of modern medicine. However, it requires detailed legal understanding in order to find a balance between the interests of society and individuals, human rights and the commercialization of biomedical technologies. Does human biological material have a property-law nature? What civil contracts regulate the use of human biological material, and does the donor have real autonomy of will when concluding such contracts? The author attempts to answer these and some other related questions in this article.

Keywords: biological material, advanced therapy medicinal products, property right, donor rights, assisted reproductive technologies, autonomy of will, protection of genetic information.

Ещё в XIX веке врач Викентий Вересаев, ставший впоследствии известным писателем, верил, что «человек научится развивать и делать непобедимыми целебные силы своего собственного организма»¹. И вот в XXI веке предсказанное им стало реальностью, которую учёные называют «биологической революцией»²: клеточные технологии уже используют для восстановления суставов,³ нашумевшая CAR-T-клеточная терапия сулит прорыв в лечении заболе-

ваний⁴. Законодательство Евразийского экономического союза (ЕАЭС) и Российской Федерации содержит нормы о высокотехнологичных лекарственных препаратах, к которым относятся генотерапевтические препараты, лекарственные препараты на основе соматических клеток, препараты тканевой инженерии⁵.

Однако развитие биологии и медицины значительно опережает правовое осмысление новых явле-

¹ Вересаев В.В. Записки врача. М., 2020. С. 45-46.

² На пороге биологической революции. Интервью с директором ИБР РАН Андреем Васильевым // Научная Россия. 18.07.2024. [Электронный ресурс]. URL: <https://scientificrussia.ru/articles/na-poroge-biologiceskoj-revolucii-intervyu-s-direktorom-ibr-ran-andreem-vasilevum> (дата обращения: 14.03.2025).

³ В Сеченовском Университете улучшили клеточные технологии восстановления сустава при артрозе // Официальный сайт ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России. [Электронный ресурс]. URL: <https://www.sechenov.ru/pressroom/news/v-sechenovskom-universitete-uluchshili-kletochnye-tekhnologii-vosstanovleniya-sustava-pri-artroze/> (дата обращения: 14.03.2025).

⁴ КФУ формирует международный консорциум по CAR-T-клеточной терапии // Официальный сайт ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет». [Электронный ресурс]. URL: <https://media.kpfu.ru/news/kfu-formiruet-mezhdunarodnyy-konsorcium-po-car-t-kletochnoy-terapii> (дата обращения: 14.03.2025).

⁵ Решение Совета Евразийской экономической комиссии от 03.11.2016 N 78 (ред. от 29.11.2024) «О Правилах регистрации и экспертизы лекарственных средств для медицинского применения» // СПС «Консультант Плюс»; Федеральный закон от 12.04.2010 N 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» // СЗ РФ. 2010. N 16. Ст. 1815.

ний, поэтому в законодательстве наблюдается разрозненность и противоречивость правовых норм, регулирующих биомедицинские технологии, а цивилистическая наука предпринимает попытки определить необходимость в новых правовых конструкциях, опосредующих использование биологического материала человека, или отсутствие таковой.

Традиционно одним из первых возникает вопрос о понятийном аппарате. Понятие «биологический материал» встречается в Федеральном законе от 03.12.2008 г. № 242-ФЗ «О государственной геномной регистрации в Российской Федерации»⁶ и в Федеральном законе от 23.06.2016 г. № 180-ФЗ «О биомедицинских клеточных продуктах»⁷ (далее – Закон о БМКП). При этом в силу ограниченности предмета регулирования в Законе о геномной регистрации биологический материал обозначен лишь, как ткани и выделения человека, содержащие геномную информацию, а в Законе о БМКП к биологическому материалу отнесены: биологические жидкости, ткани, клетки, секреты и продукты жизнедеятельности человека, физиологические и патологические выделения, мазки, соскобы, смывы, биопсийный материал. В свою очередь, юридическая доктрина восприняла оба подхода,⁸ что следует признать обоснованным.

Практика показывает, что фактические общественные отношения, связанные с биологическим материалом человека, могут складываться и в отсутствие системного подхода к его дефиниции. Обобщая, отметим, что при решении вопроса об использовании того или иного биологического материала человека, в первую очередь используются два критерия: делимость и полезность. Делимость – возможность отделить компоненты от тела человека без причинения несоразмерного ущерба его здоровью – если речь идёт о прижизненном донорстве, и без нарушения права человека на достойное отношение к его телу после смерти – при посмертном донорстве. Полезность – возможность при совершении определенных манипуляций, в том числе с использованием лекарственных средств, медицинских изделий, определенных технологий сделать отделенные от тела человека компоненты пригодными для сохранения и улучшения уровня жизни, лечения и профилактики заболеваний (как самого донора, так и иных лиц).

Решая вопрос о месте биологического материала человека в системе объектов гражданских прав, ци-

вилисты занимают две противоположные позиции.

Первая позиция заключается в признании вещно-правовой природы биологического материала⁹. Её сторонники подчёркивают, что признакам, присущим объектам гражданских прав, отвечает только биологический материал, отделенный от тела человека, поскольку лишь в таком случае возможно решать его юридическую судьбу. С момента отделения от тела человека ткани, органы и иные материалы представляют собой обособленные объекты материального мира и имеют чёткие (хотя в некоторых случаях и микроскопические) пространственные границы. Главным аргументом сторонников вещно-правовой природы биологического материала является его способность удовлетворять потребности, и этот аргумент представляется верным, поскольку биологический материал уже используется в лечении ряда заболеваний, и такое лечение имеет реальные результаты. Современные биомедицинские исследования позволяют сделать вывод о том, что использование клеток и иных биоматериалов человека в медицине будет только расти.

Однако не менее громко звучит голос противников «овеществления» биологического материала человека¹⁰. По мнению ряда учёных, это противоречит морально-этическим соображениям, ведёт к овеществлению личности в целом, унижает её достоинство, а также противоречит международно-правовым принципам и провоцирует рост кабальных сделок среди социально уязвимых слоёв населения¹¹.

Признавая обоснованность таких опасений, хотим отметить также, что, квалификация биологического материала в качестве вещи неизбежно повлечёт за собой применение к нему всех норм вещного, обязательственного и наследственного права, что в некоторых случаях может быть этически неприемлемо. Кроме того, весьма вероятно, что массовое развитие биомедицинских технологий будет существенно обременено соблюдением ряда формальных процедур. Также придётся разрешать вопрос о правовом режиме и принадлежности генетической информации, заключенной в биологическом материале.

В контексте рассматриваемой проблемы следует упомянуть положение из Конвенции о защите прав и достоинства человека в связи с применением достижений биологии и медицины (Конвенции Овьедо, 4 апреля 1997 год – Россия не участвует): «тело и его части не должны как таковые являться источником получения финансовой выгоды»¹².

⁶ Федеральный закон от 03.12.2008 N 242-ФЗ «О государственной геномной регистрации в Российской Федерации» // СЗ РФ. 2008. N 49. Ст. 5740.

⁷ Федеральный закон от 23.06.2016 N 180-ФЗ «О биомедицинских клеточных продуктах» // СЗ РФ. 2016. N 26 (Ч. I). Ст. 3849.

⁸ Киктенко К.Г., Кирилина А.А. Цивилистические основания донорства // Закон. 2023. N 8. С. 179-207.

⁹ Трубина В.А. Ткани и органы человека как объекты гражданских прав. М. 2020. С. 109-136; Чернущ Н.Ю., Цихоцкий А.В. Гражданско-правовой режим биологического материала // Российский юридический журнал. 2019. № 1. С. 81–87.

¹⁰ Feldman R. Whose body is it anyway-human cells and the strange effects of property and intellectual property law // Stanford Law Review. 2010. T. 63. P. 1383-1384.

¹¹ Трубина В.А. Указ. соч. С. 116-119; Ghahramani N., Rizvi S. A. H., Padilla B. Paid donation: a global view // Advances in chronic kidney disease. 2012. T. 19. №. 4. P. 262-268.

¹² Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine. Oviedo, 4.IV.1997 // Council of Europe official website [Электронный ресурс]. URL: <https://rm.coe.int/168007cf98> (дата обращения: 14.03.2025).

Российская правоприменительная практика по вопросу правового режима биологического материала человека ещё не сформировалась. Определенные шаги в этом направлении сделаны в контексте правового режима половых клеток, используемых в ходе применения вспомогательных репродуктивных технологий (далее – ВРТ). Из-за широкого распространения данных технологий в судебной практике начали встречаться дела, связанные с признанием отцовства и уплатой алиментов, а также пенсионным обеспечением.

В 2019-м году Верховный Суд Российской Федерации оставил в силе решение суда первой инстанции об отказе в удовлетворении иска гражданки, требовавшей установление отцовства донора половых клеток и взыскания с него алиментов¹³.

В 2025 году Конституционный Суд Российской Федерации (далее – КС РФ) установил, что положения Федерального закона «О страховых пенсиях» не соответствуют Конституции в той мере, в какой не позволяют назначить пенсию по случаю потери кормильца ребенку, зачатому с помощью ВРТ после смерти супруга его матери при условии, что он при жизни выразил намерение иметь детей с использованием ВРТ и в отношении которого впоследствии установлен факт отцовства¹⁴.

Зарубежный опыт разрешения споров по поводу принадлежности и режима биологического материала более обширен, но неоднозначен. В деле *Moore v. Regents of the University of California* (1990) Верховный Суд Калифорнии отказал донору биоматериала в праве на часть прибыли, полученной от коммерческого использования клеточной линии, созданной на основе его Т-лимфоцитов¹⁵.

Однако уже в 2009 году в деле *Yearworth v. North Bristol NHS Trust* Апелляционный Суд Англии и Уэльса впервые прямо признал части тела человека (речь шла о половых клетках) объектами права собственности даже без отсылки к концепции труда и навыков¹⁶.

Резюмируя вопрос о правовой природе биологического материала человека, констатируем, что несмотря на обоснованность всех пунктов критики, реально складывающиеся общественные отношения в обход этой критики уже формируются так, будто биологический материал человека является вещью.

Таким образом, ближайшая задача – это установление такого правового режима, который с одной стороны позволит соблюсти все базовые и незыблемые права и свобода человека, а с другой – не встанет на пути прогресса биомедицины.

Наряду с концептуальными вопросами необходимо решать и прикладные: например, то, какие договорные конструкции будут подходящими для оформления отчуждения биологического материала или предоставления права использования содержащихся в нём генетических данных.

Существующее положение таково, что единственным документом, фиксирующим какую-то волю лица в отношении биологического материала, является информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (далее – ИДС), которое в сфере медицины стало уже «притчей во языцех». Бесспорно, содержание и назначение ИДС ни в какой мере не могут рассматриваться в качестве достаточного основания для определения юридической судьбы отчуждаемого биоматериала.

К сожалению, наибольшую формальную определенность имеют общественные отношения, связанные с криоконсервацией и хранением половых клеток, тканей репродуктивных органов и эмбрионов. Право граждан на такое хранение зафиксировано в статье 55 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»,¹⁷ сложилась определенная практика, имеется доктринальное осмысление соответствующего договора¹⁸.

Зато вопрос, связанный с возмездным отчуждением тканей и органов, в российском законодательстве решён однозначно – в соответствии со статьей 1 Закона РФ от 22.12.1992 N 4180-1 «О трансплантации органов и (или) тканей человека» (далее – Закон о трансплантации) они не могут выступать предметом купли-продажи¹⁹. Реагируя на это положение, юристы задались вопросом о том, можно ли толковать это положение расширительно и распространять его и на все другие сделки, в том числе безвозмездные?²⁰ В Законе о БМКП добровольность и безвозмездность донорства биологического материала закреплена в качестве принципа обращения биомедицинских клеточных продуктов. В то же время отсутствие прямого запрета²¹ на возмездность донорства поло-

¹³ Определение Судебной коллегии по гражданским делам Верховного Суда Российской Федерации от 02.07.2019 N 64-КГ19-6 // СПС «Консультант Плюс».

¹⁴ Постановление Конституционного Суда РФ от 11.02.2025 N 6-П «По делу о проверке конституционности частей 1 и 3 статьи 10 Федерального закона «О страховых пенсиях» в связи с жалобой гражданки М.Ю. Щаниковой» // СПС «Консультант Плюс».

¹⁵ *Moore v. Regents of University of California*. Supreme Court of California. July 9, 1990. [Электронный ресурс]. URL: <https://bioethics.gr/api/files/download/2094/Moore%20-%20Full.pdf?attachment=false> (дата обращения: 14.03.2025).

¹⁶ *Yearworth-v-North-Bristol-NHS-Trust*. 2009. [Электронный ресурс]. URL: <https://www.globalhealthrights.org/wp-content/uploads/2013/03/EWCA-2009-Yearworth-v-North-Bristol-NHS-Trust.pdf> (дата обращения: 14.03.2025).

¹⁷ Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // СЗ РФ. 2011. N 48. Ст. 6724.

¹⁸ Малеина М. Н. Договор криоконсервации и хранения биологического материала человека в персональном биобанке // Журнал российского права. 2021. Т. 25. № 4. С. 71-82.

¹⁹ Закон РФ от 22.12.1992 N 4180-1 (ред. от 01.05.2022) «О трансплантации органов и (или) тканей человека» // СПС «Консультант Плюс».

²⁰ Лоренц Д. В. Квазизавещания человеческих органов и тканей // Нотариальный вестник. 2013. № 1. С. 37.

²¹ Приказ Минздрава России от 31.07.2020 N 803н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению» (Зарегистрировано в Минюсте России 19.10.2020 N 60457) // СПС «Консультант Плюс».

вых клеток способствовала формированию системы вознаграждений донорам, которая успешно реализуется медицинскими организациями²².

Для сравнения в США действует Revised Uniform Anatomical Gift Act (2006) – закон об анатомическом дарении, который позволяет гражданам при жизни выразить свою волю на передачу тела на благо науки и медицины²³. Данные о согласии на анатомическое дарение вносятся прямо в водительские права и позволяют избежать бюрократических формальностей в ситуациях, когда счёт идёт на часы (донорские органы даже при надлежащем хранении и транспортировке, как правило, пригодны для трансплантации в течение ограниченного времени).

Крайне важно установить влечёт ли фактическая передача биоматериала переход права собственности на него? К примеру, Федеральный закон от 23.06.2016 N 180-ФЗ «О биомедицинских клеточных продуктах» устанавливает, что донор не является стороной сделки между производителем биомедицинского клеточного продукта и организацией здравоохранения²⁴. Следует согласиться с тем, что в подобных ситуациях медицинские организации владеют биоматериалом, но «на чужое имя не в своем интересе, а потому и титула собственника у их на самом деле нет»²⁵.

Таким образом, в системе действующего российского законодательства правовым основанием изъятия биологического материала у донора является ИДС, которое не устанавливает никаких вещных, обязательственных или личных неимущественных прав донора. Иные договорные конструкции, кроме договора криоконсервации и хранения в рамках реализации ВРТ, не получили широкого распространения.

Следующий цивилистический аспект использования биологического материала человека в медицине касается действительной и мнимой автономии воли донора при изъятии биологического материала.

Говоря о посмертном изъятии органов и тканей, нельзя не упомянуть установленную Законом о трансплантации презумпцию согласия. Она была установлена в целях спасения человеческих жизней в условиях острой нехватки донорских органов и тканей. Однако многие родственники умерших граждан испытывают шок, узнав, что у их близких изъяли органы для трансплантации, воспользовавшись данной презумпцией.

Подобная ситуация сложилась и у заявителей, обратившихся в КС РФ с жалобой на нарушение их прав статьёй 8 названного закона. По мнению заявителей, она противоречит статьям Конституции РФ и Конвенции о защите прав человека и основных свобод в той мере, в какой не предполагает обязанность врачей и других сотрудников учреждений здравоохранения сообщать близким родственникам потенциального донора о намерении изъять у него органы и выяснять прижизненную волю умершего. КС РФ отказал в принятии данной жалобы к рассмотрению, в числе прочего указав: суды учли тот факт, что Е.В. Саблина (мать донора) посещала дочь в отделении реанимации, общалась с врачами, а также то, что Закон о трансплантации «опубликован для всеобщего сведения, в силу чего заинтересованные лица не были лишены возможности ознакомиться с действующими правовыми предписаниями»²⁶.

Заявители обратились с жалобой в Европейский Суд по правам человека, жалоба была принята к рассмотрению (*Sablina and others v. Russia* No 4460/16²⁷), но решение по ней так и не было вынесено, поскольку Россия вышла из Совета Европы.

Представляется, что у потенциального донора и его близких родственников отсутствует реальная возможность не только выразить, но даже и сформировать волю на изъятие органов, поскольку в условиях того эмоционального и физического состояния, в котором они пребывают в медицинском учреждении, осознать происходящее, а тем более принять какое-то решение затруднительно. Расценивать такое молчание в качестве «согласия» едва ли справедливо.

Примечательно, что в Законе о БМКП, принятом почти на четверть века позже Закона о трансплантации, подход к посмертному донорству иной: получение биологического материала при отсутствии выраженного при жизни волеизъявления лица допускается при наличии письменного согласия супруга (супруги) умершего, а при его (ее) отсутствии – одного из родственников (ч. 5 ст. 33 Закона о БМКП).

В то же время не всё так просто и с прижизненным донорством. Развитие биомедицинских технологий крайне нуждается в биологическом материале человека во всё возрастающем количестве. И если аутологичное донорство снимает все вопросы автономии воли с учётом того, что для пациента использование его собственных клеток и тканей едва ли не

²² Печегина Ю.С. Этические и правовые проблемы стоимостной оценки половых клеток // Арбитражный и гражданский процесс. 2023. N 8. С. 3-6.

²³ Revised Uniform Anatomical Gift Act (2006) (Last Revised or Amended in 2009). [Электронный ресурс]. URL: <https://wcmea.com/wp-content/uploads/2020/01/Uniform-Anatomical-Gift-Act.pdf> (дата обращения: 14.03.2025); Verheijde JL, Rady MY, McGregor JL. The United States Revised Uniform Anatomical Gift Act (2006): new challenges to balancing patient rights and physician responsibilities. *Philos Ethics Humanit Med*. 2007 Sep 12;2:19. [Электронный ресурс]. URL: <https://peh-med.biomedcentral.com/articles/10.1186/1747-5341-2-19> (дата обращения: 14.03.2025).

²⁴ См.: статья 33 Федерального закона от 23.06.2016 N 180-ФЗ «О биомедицинских клеточных продуктах» // СЗ 2016. N 26 (Ч. I). Ст. 3849.

²⁵ Киктенко К.Г., Кирилина А.А. Указ. соч. С. 179-207.

²⁶ Определение Конституционного Суда РФ от 10.02.2016 N 224-О «Об отказе в принятии к рассмотрению жалобы граждан Бирюковой Татьяны Михайловны, Саблиной Елены Владимировны и Саблиной Нэлли Степановны на нарушение их конституционных прав статьёй 8 Закона Российской Федерации «О трансплантации органов и (или) тканей человека» // СПС «Консультант Плюс».

²⁷ *Sablina and others v. Russia*. 4460/16. Communicated Case. 21/09/2016. [Электронный ресурс]. URL: <https://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-167648> (дата обращения: 21.03.2025).

единственный способ выздоровления, то аллогенное донорство может вызывать сомнение в мотивах донора и действительной автономии его воли на предоставление своего биоматериала. Как утверждает Генеральный секретарь ООН в своём докладе «Предупреждение незаконного оборота органов человека, борьба с ним и наказание за него» (2006): «Бедность и нищета заставляют многих людей становиться донорами»²⁸.

В российском праве, как уже было отмечено выше, отношения в рамках донорства и трансплантации по общему правилу безвозмездны. В Уголовном кодексе РФ установлен запрет на сделки в отношении человека, в том числе в целях изъятия у потерпевшего органов и тканей (п. «ж», ч. 2, ст. 127.1 УК РФ). А с цивилистических позиций возмездное отчуждение биоматериала можно рассматривать в качестве ничтожной сделки по статье 169 ГК РФ, как противоречащую основам правопорядка или нравственности.

Заслуживающий внимания подход продемонстрирован в Модельном законе стран СНГ «О донорстве органов», согласно которому допустимо заключение соглашения, по которому донору будет возмещен вред, причиненный изъятием органа, в том числе компенсации потерянного заработка, расходов на лечение, реабилитацию, дополнительное медицинское страхование²⁹. Однако при ближайшем рассмотрении можно увидеть, что всё перечисленное лишь восстанавливает или пытается восстановить положение донора, существовавшее до изъятия органов, и не может в чистом виде рассматриваться как вознаграждение.

И, наконец, заключительный цивилистический аспект, на котором мы считаем нужным остановиться, это правовой режим и защита генетических данных, содержащихся в биологическом материале человека.

Как известно, нынешнее состояние науки позволяет извлечь и расшифровать геном человека практически из любого его биологического материала. Эта информация может пригодиться для разных целей, в том числе для диагностики и предупреждения заболеваний. Весь потенциал её использования даже не до конца изучен, однако некоторые правовые и этические проблемы проявляют себя уже сейчас.

Во-первых, генетическая информация относится не только к самому донору, но и к его родственникам по генетической линии, а это значит, что донор, давая согласие на расшифровку и использование своего генома, раскрывает информацию сразу о большом числе членов своей семьи.

Показательным в этом отношении является знаменитое дело Генриетты Лакс (Henrietta Lacks), чей биологический материал послужил основой для создания клеточной линии HeLa в 1951-м году. В 2013-м году родственники Лакс заявили, что опубликование последовательности ДНК Генриетты нарушает тайну семейной жизни и конфиденциальность информации³⁰. Разногласия с Национальным институтом здравоохранения США (National Institutes of Health) были урегулированы, и теперь порядок доступа к генетической информации стал более строгим³¹. Примечательно, что в 2021-м году потомки Г. Лакс вновь инициировали разбирательство, но уже по поводу охраны интеллектуальной собственности и доходов от продажи продуктов, на основе клеточной линии HeLa: данный спор также был урегулирован, но условия, на которых это произошло, остались конфиденциальными³².

Во-вторых, в условиях повышенного внимания к защите персональных данных, которое сейчас демонстрируется в России, важно учесть, что генетическая информация может быть отнесена к биометрическим персональным данным, поскольку на её основе можно установить личность человека³³. При этом полностью обеспечить анонимность в донорстве даже при обезличении документов невозможно, потому что генетические данные скажут «сами за себя».

Любопытный случай того, как анонимность донора была нарушена, описывается в британской газете Guardian. 15-летний подросток провёл своё собственное «расследование», сдал ДНК-тест и, воспользовавшись базами данных в сети Интернет, смог найти своего биологического отца несмотря на то, что донор сдавал биологический материал на условиях анонимности³⁴. В юридической периодике есть упоминание также и обратных ситуаций, когда доноры пытаются найти своих биологических детей³⁵. Однако в некоторых странах, например, в Великобритании от донора изначально требуется согласие на то, что све-

²⁸ Preventing, combating and punishing trafficking in human organs. Report of the Secretary-General. 2006. [Электронный ресурс]. URL: <https://docs.un.org/en/E/CN.15/2006/10> (дата обращения: 21.03.2025).

²⁹ Постановление N 53-7 Межпарламентской Ассамблеи государств - участников СНГ «О модельном законе «О донорстве органов» (Принято в г. Санкт-Петербурге 26.11.2021) // Информационный бюллетень. Межпарламентская Ассамблея государств-участников Содружества Независимых Государств. 2021. N 75.

³⁰ Donrich W Thaldar, Who would own the HeLa cell line if the Henrietta Lacks case happened in present-day South Africa?, Journal of Law and the Biosciences, Volume 10, Issue 1, January-June 2023. <https://doi.org/10.1093/jlb/lsad011>.

³¹ Carl Zimmer. «A Family Consents to a Medical Gift, 62 Years Later» // The New York Times. Aug. 7, 2013. [Электронный ресурс]. URL: <https://www.nytimes.com/2013/08/08/science/after-decades-of-research-henrietta-lacks-family-is-asked-for-consent.html> (дата обращения: 21.03.2025).

³² Holpuch Amanda. «Family of Henrietta Lacks Settles With Biotech Company That Used Her Cells» // The New York Times. Aug. 1, 2023 [Электронный ресурс]. URL: <https://www.nytimes.com/2023/08/01/science/henrietta-lacks-cells-lawsuit-settlement.html> (дата обращения: 21.03.2025).

³³ Федеральный закон от 27.07.2006 N 152-ФЗ «О персональных данных» // СЗ РФ. 2006. N 31 (Ч. 1). Ст. 3451.

³⁴ Sample Ian. «Teenager finds sperm donor dad on internet» // The Guardian. 3 Nov 2005. [Электронный ресурс]. URL: <https://www.theguardian.com/science/2005/nov/03/genetics.news> (дата обращения: 21.03.2025).

³⁵ Романовский Г.Б. Анонимность доноров половых клеток и современное семейное право // Семейное и жилищное право. 2010. N 5. С. 3-8.

дения о его личности могут быть раскрыты детям, зачатым с помощью донорского биоматериала, по достижении ими 18-ти лет – в 2005 году был принят соответствующий закон³⁶.

Иными словами, использование биологического материала человека в медицине может повлечь также необходимость применения соответствующих норм о защите таких личных неимущественных прав донора и члена его семьи, как право на достоинство личности, неприкосновенность частной жизни, личную и семейную тайну.

Круг цивилистических аспектов использования биологического материала человека в медицине далеко не исчерпывается перечисленными в статье. Обзорно можно обозначить также следующие: гражданско-правовая ответственность за вред, причиненный в ходе обращения высокотехнологичных лекарственных препаратов, основанных на биологическом материале человека; распоряжение находящимися на

криогенном хранении компонентами человеческого тела, в том числе на случай смерти донора; права на результаты интеллектуальной деятельности, полученные с использованием биологического материала человека и другие.

Подводя итог, следует сказать, что биомедицинские технологии с использованием биологического материала человека уже применяются и имеют огромный потенциал применения в ближайшем будущем, что требует более системного и детального правового регулирования и доктринального осмысления с цивилистических позиций. Необходимо определить совокупность прав на биологический материал человека, их принадлежность, основания и формы передачи на началах обеспечения действительной автономии воли донора и защиты его имущественных и личных неимущественных прав, в особенности связанных с генетическими данными.

Библиографический список

1. Вересаев В.В. Записки врача. – М., 2020. – 288 с.
2. Киктенко К.Г., Кирилина А.А. Цивилистические основания донорства // Закон. – 2023. – N 8. – С. 179-07.
3. Лоренц Д.В. Квазизавещания человеческих органов и тканей // Нотариальный вестник. – 2013. – №. 1. – С. 36-43.
4. Малейна М. Н. Договор криоконсервации и хранения биологического материала человека в персональном биобанке // Журнал российского права. – 2021. – Т. 25. № 4. – С. 71-82.
5. Печегина Ю.С. Этические и правовые проблемы стоимостной оценки половых клеток // Арбитражный и гражданский процесс. – 2023. – N 8. – С. 3 - 6.
6. Романовский Г.Б. Анонимность доноров половых клеток и современное семейное право // Семейное и жилищное право. – 2010. – N 5. – С. 3-8.
7. Трубина В.А. Ткани и органы человека как объекты гражданских прав: монография. – Москва: Инфотропик Медиа, 2020. – 252 с.
8. Чернущ Н.Ю., Цихоцкий А.В. Гражданско-правовой режим биологического материала // Российский юридический журнал. – 2019. – № 1. – С. 81-87.
9. Donrich W Thaldar. Who would own the HeLa cell line if the Henrietta Lacks case happened in present-day South Africa? // Journal of Law and the Biosciences, Volume 10, Issue 1, January-June 2023, lsad011, <https://doi.org/10.1093/jlb/lsad011>.
10. Feldman R. Whose body is it anyway-human cells and the strange effects of property and intellectual property law //Stanford Law Review. 2010. T. 63. P. 1377-1402.
11. Ghahramani N., Rizvi S. A. H., Padilla B. Paid donation: a global view //Advances in chronic kidney disease. 2012. T. 19. №. 4. P. 262-268.
12. Turkmendag I. The donor-conceived child's «Right to Personal Identity»: the public debate on donor anonymity in the United Kingdom. J Law Soc. 2012;39(1):58-72. doi: 10.1111/j.1467-6478.2012.00570.x.

Рецензент: Томина А.П., заведующий кафедрой гражданского права и процесса Оренбургского института (филиала) Университета имени О.Е. Кутафина (МГЮА), к.ю.н., доцент.

³⁶ Turkmendag I. The donor-conceived child's «Right to Personal Identity»: the public debate on donor anonymity in the United Kingdom. J Law Soc. 2012;39(1):58-72. doi: 10.1111/j.1467-6478.2012.00570.x.

ШЕВЧУК ЕЛЕНА ПАВЛОВНА

старший преподаватель кафедры гражданского права Восточно-Сибирского филиала Российского государственного университета правосудия имени В.М. Лебедева, 66074, Россия, г. Иркутск, ул. Ивана Франко, 23а; e-mail: elena-shevchuk-1978@mail.ru

МЕДИЦИНСКИЕ ОШИБКИ И ОСНОВАНИЯ ВОЗМЕЩЕНИЯ ВРЕДА, ПРИЧИНЕННОГО ВСЛЕДСТВИЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ: ПРОБЛЕМЫ СООТНОШЕНИЯ

SHEVCHUK ELENA PAVLOVNA

Senior Lecturer, Department of Civil Law, East Siberian Branch of the Russian State University of Justice named after V.M. Lebedev, Irkutsk, Russia, e-mail: elena-shevchuk-1978@mail.ru

MEDICAL ERRORS AND GROUNDS FOR COMPENSATION FOR HARM CAUSED BY THE PROVISION OF MEDICAL SERVICES: PROBLEMS OF RELATIONSHIP

Аннотация. Статья анализирует правовую оценку медицинских ошибок и определяет критерии ответственности за ущерб, нанесенный жизни и здоровью пациентов в процессе предоставления медицинских услуг. Гражданский иск, направленный на восстановление имущественного положения потерпевшего, которое существовало до факта нарушения его субъективного права. Медицинские ошибки и основание юридической ответственности соотносятся как медицинская и правовая категории и не совпадают по содержанию. Вопрос о том, должна ли медицинская ошибка вести к юридической ответственности, зависит от многих факторов, включая наличие вреда, противоправности и связи между ними, а так же субъективной характеристикой поведения лиц, оказывающих медицинские услуги. Сама категория «ошибка» юридически безразлична.

Ключевые слова: медицинская ошибка, несчастный случай, медицинские услуги, противоправность, вред, причинно-следственная связь, вина, случай, непреодолимая сила.

Annotation. The article analyzes the legal assessment of medical errors and defines the criteria for liability for damage caused to the life and health of patients in the process of providing medical services. A civil claim aimed at restoring the property status of the victim brings him to the legal position that existed before the violation of his subjective right. Medical errors and the basis of legal liability are correlated as medical and legal categories and do not coincide in content. The question of whether a medical error should lead to legal liability depends on many factors, including the presence of fault and the causal relationship between the doctor's action and the occurrence of the harm. The authors conclude that a medical error in itself does not serve as a basis for imposing legal liability on an organization for violating the rights of a patient, but when harm is caused in medical cases, it is necessary to establish all the conditions for such liability.

Key words: medical error, accident, medical services, wrongfulness, harm, causation, guilt, case, force majeure.

В научной литературе существует такое понятие, как «ятрогения», связанное с любыми негативными последствиями медицинского вмешательства, также распространено понятие «ошибка», но это медицинское, а не правовое понятие. Между тем проблемы, связанные с ошибками такого рода, вызывают интерес у многих исследователей, хотя в суде не оценивается поведение медицинской организации с точки зрения ошибочности или не ошибочности, а с точки зрения наличия или отсутствия оснований ответственности, т.е. в правовом смысле это бесполезное понятие.

Анализ научно-технического прогресса и его влияния на медицину показал, что современные медицинские технологии значительно улучшили методы диагностики и лечения, обогатив понимание меха-

низмов развития болезней. Тем не менее, эти инновации порождают новые сложности, в том числе в диагностической точности и лечении. Ошибки в диагностике часто становятся предметом юридического разбирательства, ведь только патологоанатомическое исследование может точно подтвердить соответствие клинического и патологического диагнозов.

Причины медицинских ошибок могут быть обусловлены как объективными, так и субъективными факторами. Так, несовершенство методов лечения или недостаточный опыт врача могут привести к ошибкам, которые наносят вред здоровью пациентов. Однако важно отметить, что не всякая ошибка влечет за собой юридическую ответственность, особенно если она вызвана объективными обстоятельствами.

Медицинские ошибки и основание юридической

ответственности соотносятся как медицинская и правовая категории и не совпадают по содержанию. Вопрос о том, должна ли медицинская ошибка вести к юридической ответственности, зависит от многих факторов, включая наличие вины и причинно-следственной связи между действием врача и наступлением вреда. Важно различать ситуации, когда врач действовал в рамках имеющихся знаний и технологий, и те случаи, когда вред был вызван недобросовестными или непрофессиональными действиями.

Наряду с ошибочными действиями есть понятие «несчастный случай» и в контексте медицинской практики часто интерпретируется как ситуация, когда вред здоровью пациента вызван неожиданными и непредсказуемыми обстоятельствами, на которые врач не мог повлиять. Такие случаи не должны влечь за собой юридической ответственности, если врач соблюдал все необходимые медицинские стандарты и правила.

Следует отметить, что понятие «врачебная ошибка» уже медицинское и включает в себя ошибочные действия только врача, медицинские же ошибки охватывают весь перечень порочного поведения медицинского персонала. Так, М.Н. Малеина полагает, что в зависимости от того, какие факторы приводят к врачебной ошибке, можно возложить ответственность на правонарушителя или освободить его от нее,¹ поскольку она не может быть интерпретирована как условие ее наступления.

Объективными категориями ответственности в медицинской практике могут быть лишь юридические критерии, предусмотренные нормами гражданского законодательства, в которых отсутствует понятие «ошибочные действия». Авторы считают данную категорию неправовой и безразличной для рассмотрения гражданского иска в суде. Противоправный характер поведения, возникновение увечья, и связь между ними существует объективно и автономно от оценки ошибочности поведения медицинской организации. Субъективная же характеристика поведения отражает ущербность воли или интеллекта медицинского работника, который воплощает в себе волевой компонент самой организации, от чьего имени он действует. Однако в науке есть мнение о том, что ошибки важно изучать и классифицировать²:

- ограниченность медицинских познаний в вопросах диагностики;
- несовершенство отдельных инструментальных медицинских методов диагностики и лечения;
- чрезвычайная атипичность, редкость заболевания, осложнений;
- несоответствие между действительным объемом прав и обязанностей данного медицинского работника и производством требуемых действий по диагностике и лечению;
- недостаточные условия для оказания надлежащей медицинской помощи пациенту с данным забо-

леванием в условиях конкретного лечебно-профилактического учреждения;

- исключительность индивидуальных особенностей организма пациента;
- ненадлежащие действия самого пациента, его родственников и состояние врача.

Распространенными являются диагностические ошибки, так, у «больного с выраженной легочной недостаточностью фтизиатр поставил диагноз силикотуберкулез, хотя на вскрытии был обнаружен милиарный карциноз легких, а у больной с легочной патологией на вскрытии обнаружена опухоль поджелудочной железы с метастазами в легкие».

Подчеркнем, что в суде необходимо установить не ошибочность поведения, а наличие вреда, его объём и размер, а после возникает необходимость в выявлении противоправности деяния причинителя вреда. Оно является необходимым условием наступления деликтной ответственности, так как вред, причиненный правомерно, как правило, возмещению не подлежит (п. 3 ст. 1064 ГК РФ).

Буквально противоправность означает нарушение нормы права, несоответствие результатов деятельности требованиям и позволениям, содержащихся в нормах права. Противоправное поведение может выступать как в активной форме, т.е. в виде действия, так и в пассивной – в виде бездействия:

- совершение деяний, не отвечающих полностью или частично официальным требованиям, предписаниям, правилам;
- наличие недостатка медицинской услуги, т.е. ее несоответствие стандарту, условиям договора или обычно предъявляемым требованиям к качеству.

Все эти действия оцениваются на предмет соответствия стандартам лечебно-диагностического процесса. Значение стандартов оказания медицинской помощи приобрело большое значение в России с 2013 года – теперь все стандарты возведены в ранг общеобязательных и отступление от них допускается в крайних случаях и в интересах пациента при наличии составления протокола обоснования такого отступления. Такой сложный механизм затрудняет действия в интересах пациента и приводит к формализации медицинской деятельности, что негативно сказывается на качестве оказания медицинской услуг. То, что сами стандарты и порядки в силу их обязательной природы являются единственным инструментом оценки качества врачебной деятельности, лишает право пациента на индивидуальный подход с учетом особенностей его заболевания и право на клиническое мышление врача в условиях «ригидного» механизма регулирования врачебной деятельности.

Стоит отметить, что в судебной практике по защите прав пациентов в последние годы перераспределились презумпции, что привело к обязанности доказывания медицинской организацией соблюдения всех предписаний стандартных схем. Позиция

¹ Малеина М.Н. Человек и медицина в современном праве. Учебное и практическое пособие. М.: Издательство БЕК, 1995. С. 166.

² Колоколов Г.Р. Комментарий законодательства о медицинском обслуживании населения// Консультант-плюс [Электронный ресурс]: справочно-правовая система.

правоприменителей определяется исходя из профессионализма данных субъектов в сфере медицинской деятельности и направлена на максимальную защиту прав и законных интересов пациентов, не имеющих специальных познаний в этой области.

В установлении причинно-следственной связи важно выявить не только зависимость возникновения вреда с противоправным поведением медицинской организации, но и связь такого вреда с имущественными потерями.

Вина – это психическое отношение лица к своему поведению, включающее умысел и неосторожность (грубую и простую). Грубая неосторожность характеризуется тем, что субъект не совершает ничего, что требовалось от него в силу характера обязательств, простая же – совершением только отдельных действий. Виноность медицинской организации оценивается в лице действующих от ее имени медицинских работников и по общему правилу презюмируется, хотя в судах далеко не всегда это учитывается.

Защита прав пациента возможна при наличии всех четырех условий в совокупности. Есть также возможность досудебного урегулирования споров между пациентами и медицинскими организациями (медиация, претензионный порядок, защита через страховые организации), но все они показали неэффективность в реализации прав и законных интересов пациентов в России.

Таким образом, суд при рассмотрении конкретной ситуации вправе устанавливать условия ответственности, а не выявлять категорию «ошибка». Если отсутствуют необходимые условия (вред, противоправность, причинная связь и вина), то вопрос об ответственности не возникает, и никакого возмещения имущественного ущерба и компенсации морального вреда не будет. Вредоносный результат может быть связан со случайными обстоятельствами³ или со слу-

чайными стечениями обстоятельств, которые врач, действуя правомерно в рамках должностных инструкций и в соответствии с принятыми в медицине методами и способами лечения (диагностики), не мог предвидеть и предотвратить⁴. Есть мнение, что несчастный случай – это «ситуация, развивающаяся при оказании медицинской помощи вследствие случайного стечения обстоятельств»,⁵ также неблагоприятный исход врачебного вмешательства, в результате которого его не удастся предвидеть, а, следовательно, и предотвратить из-за объективно складывающихся случайных обстоятельств, хотя врач действует правильно и в полном соответствии с принятыми в медицине правилами и методами лечения – ответственности быть не должно.

Нам импонирует мнение А.Н. Савицкой,⁶ которая еще в советское время отметила важность применения юридических категорий в правоприменительной практике и что вопрос о возложении ответственности на медицинскую организацию, а именно они являются субъектами обязательств за ненадлежащее «врачевание», может иметь место только при наличии необходимых условий, а не при оценке ошибочности поведения данных субъектов медицинской деятельности.

В заключении отметим, что медицинские ошибки требуют тщательного юридического анализа для определения их правовой природы, но основаниями гражданско-правовой ответственности они не являются. Важно учитывать, что «медицинские ошибки» и «основание юридической ответственности» соотносятся как медицинская и правовая категории и не совпадают по содержанию. Вопрос о том, должна ли медицинская ошибка вести к юридической ответственности, зависит от многих факторов, включая наличие вины и причинно-следственной связи между действием врача и наступлением вреда.

Библиографический список

1. Громов А.П. Права, обязанности и ответственность медицинских работников. – М., 1976. – 168 с.
2. Колоколов Г.Р. Комментарий законодательства о медицинском обслуживании населения // Консультант-плюс [Электронный ресурс]: справочно-правовая система.
3. Малеина М.Н. Человек и медицина в современном праве. Учебное и практическое пособие. – М.: Издательство БЕК, 1995. – 260 с.
4. Савицкая А.Н. Возмещение ущерба, причиненного ненадлежащим врачеванием. – Львов, 1982. – 186 с.
5. Стеценко С.Г. Врачебные ошибки и несчастные случаи в практике работ учреждений здравоохранения: правовые аспекты // Юрист. – 2004. – № 2. – С. 44-48.
6. Федоров В.В., Пристансков В.Д. Ятрогенная патология: медицинские и правовые аспекты // Мир медицины. – 1998. – № 7. – С. 5-8.

Рецензент: Степаненко О.Г., кандидат социологических наук, доцент кафедры гражданского права ВСФ РГУП.

³ Громов А.П. Права, обязанности и ответственность медицинских работников. М. 1976. С.75.

⁴ Стеценко С.Г. Врачебные ошибки и несчастные случаи в практике работ учреждений здравоохранения: правовые аспекты // Юрист. 2004. №2. С. 45.

⁵ Федоров В.В., Пристансков В.Д. Ятрогенная патология: медицинские и правовые аспекты // Мир медицины. 1998. №7. С.7.

⁶ Савицкая А.Н. Возмещение ущерба, причиненного ненадлежащим врачеванием. Львов. 1982. 186 с.

ШЕХОВЦОВА ПОЛИНА ОЛЕГОВНА

начальник договорно-правового отдела Частного учреждения здравоохранения
«Клиническая больница «РЖД-Медицина» города Оренбург», 460022, г.о. г.
Оренбург, Оренбург, ул. Народная, зд. 8/1, p.shehovcova@orenmed56.ru

ПАЦИЕНТСКИЙ ЭКСТРЕМИЗМ: СПОРНЫЕ ВОПРОСЫ ВЗЫСКАНИЯ МОРАЛЬНОГО ВРЕДА

SHEKHOVTSOVA POLINA OLEGOVNA

Head of the contractual and legal Department of the Private healthcare institution
«Clinical Hospital «Russian Railways-Medicine» of the city of Orenburg», 460022,
Orenburg, Orenburg, Narodnaya str., zd. 8/1, p.shehovcova@orenmed56.ru

PATIENT EXTREMISM: CONTROVERSIAL ISSUES OF MORAL DAMAGE RECOVERY

Аннотация. Медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь населению в рамках программы реализации государственных гарантий, а также на коммерческой основе, постоянно сталкиваются с «пациентским экстремизмом», выражающимся в поиске пациентом материальной и нематериальной выгоды, получаемой после оказанной медицинской услуги. В настоящее время, все больше граждан осведомлены о возможности возмещения морального и материального вреда, в случае обнаружения в дефекта(ов) в предоставленной им медицинской услуге. Современное законодательство в сфере регулирования возмещения морального вреда, причиненного в результате оказания медицинских услуг - несовершенно, что позволяет пациентам активно использовать данный механизм в личных целях, зачастую, злоупотребляя им.

Ключевые слова: медицинская помощь, пациентский экстремизм, потребительский экстремизм, моральный вред, проблемы защиты интересов медицинской организации в споре о возмещении морального вреда, моральный вред, как инструмент обогащения пациентов, дефект(ы) в оказании медицинской помощи, роль судебно-медицинской экспертизы в судебном споре о возмещении морального вреда.

Review. Medical organizations providing medical care to the population within the framework of the program for the implementation of state guarantees, as well as on a commercial basis, constantly face «patient extremism», expressed in the patient's search for material and non-material benefits received after the medical service provided. Currently, more and more citizens are aware of the possibility of compensation for moral damage in the event of a defect(s) in the medical service provided to them. Modern legislation in the field of regulating compensation for moral damage caused as a result of the provision of medical services is imperfect, which allows patients to actively use this mechanism for personal purposes, often abusing it.

Keywords: medical care, patient extremism, moral harm, problems of protecting the interests of a medical organization in a dispute over the recovery of moral harm, moral harm as a tool for enriching patients, defect(s) in the provision of medical care, the role of forensic medical examination in a dispute over compensation for moral harm.

В настоящее время все больше укореняется обвинительная позиция проверяющих контролирующих, надзорных органов и судов по отношению к медицинским учреждениям. Недобросовестные граждане, осведомленные о данной тенденции, получившие медицинскую услугу, активно используют свое право на возмещение морального и материального вреда как инструмент обогащения. Данное явление получило название «пациентский экстремизм».

Потребительский (пациентский) экстремизм в данном случае – это неправомерные действия пациентов в качестве потребителей платных медицинских услуг, направленные на необоснованное извлечение выгоды при получении медицинской помощи¹.

Потребительский экстремизм возник как одна из форм недобросовестного поведения пациента,

которая основана на злоупотреблении гражданином своими конституционными правами на охрану здоровья и получение качественной медицинской помощи.

Обращаясь к положениям ст. 10 ГК РФ, можно выделить следующие формы недобросовестного поведения:

- осуществление гражданских прав исключительно с намерением причинить вред другому лицу;
- действия в обход закона с противоправной целью;
- иное заведомо недобросовестное осуществление гражданских прав.

Потребительский экстремизм являет собой совокупность всех вышеперечисленных составляющих злоупотребление правом.

¹ Кадыров Ф.Н. Способы противодействия «потребительскому (пациентскому) экстремизму» при оказании платных медицинских услуг // Менеджер здравоохранения. 2017. № 2. С. 64.

Причинами развития пациентского экстремизма помимо обвинительного уклона в системе контроля и правосудия являются:

- 1) повышения правовой грамотности граждан;
- 2) активное привлечение юристами и адвокатами «по медицинским спорам» клиентов путем гарантирования им «победы» в судебном споре;
- 3) деятельность страховых компаний по поиску дефектов в медицинской документации и наложению штрафов на медицинскую организацию, которая направлена на уменьшение сумм к выплате медицинскому учреждению по уже завершённым случаям оказания медицинской помощи;
- 4) появление института независимых экспертных учреждений;
- 5) популяризация в СМИ прецедентов нарушения прав пациентов медицинскими организациями с примерами судебных решений в пользу пациента.

Основными проявлениями пациентского экстремизма являются: подача жалоб к администрации медицинского учреждения, к контролирующим и надзорным органам с требованием о расторжении договора на оказание платных медицинских услуг и возврате денежных средств, а в итоге – подача искового заявления в суд за возмещением морального и материального вреда.

Главным мотивом обращения пациента в суд с иском к лечебному учреждению за возмещением морального вреда является материальная выгода, включающая в себя компенсацию стоимость услуги, расходы на медикаменты, затраты на представителя, штрафа за неисполнение требований потребителя в добровольном порядке.

Основными причинами неудовлетворенности качеством оказания медицинских услуг являются: ошибки ведения медицинской документации, врачебные ошибки и несоблюдение принципов медицинской этики и деонтологии².

Целью подобных действий пациента-экстремиста является не только защита своих законных прав, но и возмещение затраченных средств на лечение и (или) финансовое обогащение посредством взыскания морального вреда.

По мнению ученых и экспертов можно выделить некоторые признаки недобросовестного поведения:

1. Осуществление действий (в том числе судебных притязаний) влекущих изменение цели взаимодействия субъектов правоотношений (судебного спора) с правомерной на неправомерную.

Например, объявленная цель истца-пациента – получение суммы возмещения морального ущерба для восстановления от психологической травмы, а фактически целью является погашение ипотечного долга.

2. Причинная связь между недобросовестным дей-

ствием (судебным притязанием) и последствиями признания и реализации такого сомнительного субъектного права.

Например, следствием недобросовестных заявлений истца-пациента стал ущерб деловой репутации медицинской организации или доброму профессиональному имени врача.

3. Последствия недобросовестного действия (судебного притязания), которые выражаются в нарушении прав и законных интересов добросовестной стороны исключительно с намерением причинить вред другому лицу (клинике).

Помимо возможных санкций в отношении добросовестных клиники или врача такие действия могут противоречить интересам общества и государства в целом. Общественная опасность может выражаться не только в попытке «отомстить» конкретной клинике, но и в подрыве доверия к здравоохранению, как социальному институту³.

Законодателем (ст. 151 ГК РФ) предусмотрен инструмент возмещения морального и материального вреда, в первую очередь, для восстановления нарушенных прав пациента. То есть, в случае, если пациент получил некачественную медицинскую услугу и, впоследствии, испытал физические или нравственные страдания.

Под качеством медицинской помощи понимается совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата⁴.

Медицинская помощь организуется и оказывается:

- 1) в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, которое утверждается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;
- 2) в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утверждаемыми уполномоченным федеральным органом исполнительной власти и обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями;
- 3) на основании клинических рекомендаций;
- 4) с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Критерии оценки качества медицинской помощи, согласно ч. 2 ст. 64 Закона об охране здоровья, формируются по группам заболеваний или состояний на основе соответствующих порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, разрабатываемых и утверждаемых в соответствии с ч. 2 ст. 76 этого федерального закона, и утверждаются упол-

² Горячев Д. Н., Варламов С. В. Анализ причин увеличения судебных исков в стоматологии // Современные проблемы социально-гуманитарных наук. 2016. №6 (8). С. 174–177.

³ Куценко В.В. Потребительский экстремизм в сфере медицинских услуг. Процессуальные вопросы взыскания морального ущерба от дефектов информирования // Медицинское право: теория и практика. 2024. № 1-2 (январь-июнь). С. 70.

⁴ Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»// СЗ РФ. 2011. № 48. Ст. 6724.

номоченным федеральным органом исполнительной власти⁵.

Однако на практике пациент может получить компенсацию морального вреда даже при условии оказания качественной медпомощи, если медицинская организация нарушит формальные требования к ведению медицинской документации. Так, например, молодая мама из Подмосквья добилась компенсации, поскольку при выписке после кесарева сечения ей не объяснили, как ухаживать за швами (иного в медицинских документах не зафиксировано)⁶.

Порядок оказания медицинских услуг в настоящее время регулируется Гражданским кодексом Российской Федерации от 30.11.1994 № 51-ФЗ, Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ, Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 № 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 № 1006», а также Законом Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей», где права потребителей превосходят по своему объему обязанности поставщика услуг и фактически отсутствуют ответственность за недобросовестное поведение заказчика услуг^{7 8 9}.

Немаловажную роль в правовом регулировании возмещения морального вреда имеет Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 15.11.2022 № 33 «О практике применения судами норм о компенсации морального вреда», где в п. 48 определяется, что бремя доказывания своей невиновности лежит на медицинской организации¹⁰.

Действительно, в судебном споре медицинской организации достаточно сложно доказать отсутствие вины. Для построения позиции защиты необходимо проверить достоверность выставленного диагноза пациенту, надлежащее соблюдение протоколов лечения и клинических рекомендаций, проследить формальное «полное заполнение» медицинской документации.

При этом на ответчика возлагается обязанность доказать наличие оснований для освобождения от ответственности за ненадлежащее оказание медицинской помощи, в частности, отсутствие вины в оказании медицинской помощи, не отвечающей установленным требованиям, отсутствие вины в дефектах такой помощи, способствовавших наступлению не-

благоприятного исхода, а также отсутствие возможности при надлежащей квалификации врачей, правильной организации лечебного процесса оказать пациенту необходимую и своевременную помощь, избежать неблагоприятного исхода¹¹.

Истцу-пациенту же, в свою очередь, достаточно заявить суду о том, что он недоволен качеством медицинской услуги или же недостаточным образом проинформирован о состоянии своего здоровья или возможностях получения медицинской услуги в бесплатном порядке по полису обязательного медицинского страхования.

Компенсация морального вреда происходит по решению суда. И зачастую суд принимает во внимание только заключение эксперта. В судебных решениях часто встречаются цитаты из экспертного заключения, проведенного независимой экспертной организацией. Данный факт объясняется отсутствием у участников процесса и, в том числе, судьи, медицинского образования, а привлекаемые в качестве свидетелей или третьих лиц врачи чаще всего принимают позицию медицинской организации.

Таким образом, фактически все доказательства по делу, собранные до момента проведения медицинской экспертизы, оказываются менее значимыми для суда, чем заключение эксперта, что прямо противоречит ст. 67 ГПК РФ, где указано, что никакие доказательства не имеют для суда заранее установленной силы.

Проблемой в такой оценке доказательств является то, что, зачастую, эксперты в своем заключении указывают в качестве дефекта оказания медицинской помощи некорректное или же неполное заполнение медицинской документации, непроведение дополнительной беседы с пациентом о разъяснении ему диагноза и выбранной методики лечения, и прочие формальные недочеты. Такие дефекты оказания медицинской помощи, в свою очередь, прямо не влияют на состояние здоровья пациента и развитие осложнений, не препятствуют дальнейшему лечению в иной медицинской организации, и сами по себе не могут указывать на некачественно оказанную медицинскую помощь.

Практически суд руководствуется формально-профессиональным прочтением экспертного заключения. Формулировка эксперта о наличии «дефекта оказания медицинской помощи» гарантированно закладывается в судебное решение, не оставляя шансов победы для медицинской организации в судебном споре.

Данный факт порождает следующую закономерность. Так как большинство судебных решений вы-

⁵ Макарова А.Н. Соотношение понятий «медицинская услуга» и «медицинская помощь» в современном российском законодательстве // Практика педиатра. 2022. № 2. URL: <https://medi.ru/pp/2022/02/27230/> (дата обращения: 12.02.2025).

⁶ Определение СК по гражданским делам Первого кассационного суда общей юрисдикции от 26.08.2024 г. по делу № 8Г-25616/2024[88-27376/2024] // СПС «Гарант».

⁷ Закон РФ «О защите прав потребителей» от 07.02.1992 № 2300-1 // Российская газета. 1992. № 15.

⁸ Постановление Правительства РФ «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 № 1006» от 11.05.2023 № 736 // СЗ РФ. 2023. № 20. Ст. 3565.

⁹ Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ // Российская газета. 2011. № 263.

¹⁰ Постановление Пленума Верховного Суда РФ «О практике применения судами норм о компенсации морального вреда» от 15.11.2022 № 33 // Российская газета. 2022. № 267.

¹¹ Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 15.11.2022 № 33 «О практике применения судами норм о компенсации морального вреда» // Российская газета. 2022. № 267.

носится в пользу потребителей, медицинские организации, учитывая данную направленность, действуют с характерной понятной осторожностью в защите своих прав, в целях предупреждения развития конфликта из-за репутационных угроз, что приводит к заключению несправедливых мировых соглашений и выплате необоснованных компенсаций.

Случаи отказа в исковых требованиях на основании ненадлежащего поведения пациента (нарушения пациентом своих обязанностей: соблюдение режима питания, распорядка приема лекарств и т.д.) единичны. Привлечение пациентов к ответственности за злоупотребление правом практически отсутствует (ст. 10 ГК РФ)¹².

Одним из способов, используемых пациентом-экстремистом в целях получения материальной выгоды, является требование о признании договора на оказание платных медицинских услуг недействительным. В данных случаях имеет место быть желание пациентов получить медицинскую услугу безвозмездно в тех случаях, когда по закону она должна предоставляться за плату (в случаях, если услуга не предусмотрена в территориальной программе обязательного медицинского страхования, превышает по объему стандарты медицинской помощи, предоставляется на иных (эксклюзивных) условиях и т.п.).

Рассматривая дело о возмещении морального и материального вреда, суду надлежит учитывать и поведение самого гражданина, получившего медицинскую помощь. В ст. 450 и 450.1 ГК РФ прямо предусмотрена обязанность стороны по договору, чье намерение направлено на расторжение договора, действовать добросовестно и разумно в пределах, предусмотренных ГК РФ, другими федеральными законами, иными правовыми актами, а также договором.

В противном случае обращения пациента о признании договора недействительным не должны приниматься судами к рассмотрению. В соответствии с пунктом 1 статьи 166 ГК РФ сторона, из поведения которой явствует ее воля сохранить силу сделки, не вправе оспаривать сделку по основанию, о котором эта сторона знала или должна была знать при проявлении ее воли. Пункт 5 статьи 166 ГК РФ устанавливает: «Заявление о недействительности сделки не имеет правового значения, если ссылающееся на недействительность сделки лицо действует недобросовестно, в частности если его поведение после заключения сделки давало основание другим лицам полагаться на действительность сделки».¹³

Помимо этого родственники умерших пациентов активно используют свое право, предусмотренное п.49 постановления Пленума Верховного Суда РФ «О практике применения судами норм о компенсации морального вреда», - на возмещение морального вреда, при-

чиненного ввиду смерти близкого родственника.

Моральный вред в указанных случаях может выражаться, в частности, в заболевании, перенесенном в результате нравственных страданий в связи с утратой родственника, вследствие некачественного оказания медицинской помощи, переживаниях по поводу недооценки со стороны медицинских работников тяжести его состояния, неправильного установления диагноза заболевания, непринятия всех возможных мер для оказания пациенту необходимой и своевременной помощи, которая могла бы позволить избежать неблагоприятного исхода, переживаниях, обусловленных наблюдением за его страданиями или осознанием того обстоятельства, что близкого человека можно было бы спасти оказанием надлежащей медицинской помощи¹⁴.

Полагаем, что правовое регулирование в данной сфере не совершенно.

Пути разрешения сложившейся негативной ситуации для медицинских учреждений мы видим, в первую очередь, в необходимости в равнозначности оценки судом доказательств, полученных по делу. Суду необходимо анализировать экспертное заключение не только с позиции достоверности изложенных выводов, но и с точки зрения влияния описанных в заключении дефектов медицинской помощи на качество полученной услуги, соответственно, на возможность возникновения у пациента нравственных и физических страданий ввиду оказания ему медицинской помощи. Также суду надлежит объективно и всесторонне исследовать все полученные по делу доказательства, не умаляя их значение перед экспертным заключением.

Во-вторых, полагаем необходимым учитывать, помимо формально определенной законом степени родства, также близость семейных отношений в семье, где погиб родственник вследствие оказания ему медицинской помощи с «дефектом». Поскольку моральные и нравственные страдания, по-нашему глубоко убеждению, возникают у лица лишь при потере значимой фигуры в его жизни. В противном случае родственники используют данный механизм защиты своих прав как способ финансового обогащения и наживы «на горе».

В-третьих, предлагаем обратить внимание суда на характеристику поведения самого пациента во время лечения. Немаловажным аспектом в выздоровлении пациента, улучшении его состояния или его стабилизации является соблюдение режима лечения самим пациентом. В п. 3 ст. 27 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ указано, что граждане, находящиеся на лечении, обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях¹⁵.

¹² Куценко В.В. Потребительский экстремизм в сфере медицинских услуг. Процессуальные вопросы взыскания морального ущерба от дефектов информирования // Медицинское право: теория и практика. 2024. № 1-2 (январь-июнь). С. 72.

¹³ Кадыров Ф.Н. Способы противодействия «потребительскому (пациентскому) экстремизму» при оказании платных медицинских услуг // Менеджер здравоохранения. 2017. № 2. Ст. 73.

¹⁴ Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 15.11.2022 № 33 «О практике применения судами норм о компенсации морального вреда» // Российская газета. 2022. № 267.

¹⁵ Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 N 323-ФЗ // Российская газета. 2011. № 263.

В-четвертых, отдельной оценке подлежит конечная цель, преследуемая пациентом, подавшим исковое заявление о компенсации ему морального вреда. То есть необходимо удостовериться, что истец осознанно не использует свое субъективное право на охрану здоровья в противоречии с заявляемыми требованиями и желаемым правосудным результатом (постановление Пленума Верховного Суда РФ от 23.06.2015 № 25 «О применении судами некоторых положений раздела I части первой Гражданского кодекса Российской Федерации»).

В-пятых, считаем необходимым отметить высокую значимость квалификации экспертов, дающих экспертное заключение по результатам судебно-медицинской экспертизы. Ответы на вопросы, поставленные эксперту, следует давать однозначно, без возможности двойного толкования. Данный фактор в значительной степени упростит рассмотрение судебного спора и поможет в принятии справедливого решения по делу.

В-шестых, важнейшим фактором при рассмотрении судебного спора о компенсации морального вреда, причиненного ввиду «некачественно» оказанной медицинской услуги, является наличие причинно-следственной связи между лечением и возникшими моральными страданиями пациента. Зачастую такая связь отсутствует. Так, на состояние здоровья пациента влияет множество факторов: общее состояние здоровья, наличие хронических заболеваний, поведение пациента во время лечения, отсутствие мотивации пациента к выздоровлению, наличие патологий, возникновение непредвиденных, объективно не обусловленных состояний. Данные состояния пациента могут возникать и после завершения лечения, и не могут быть отражены в медицинской документации. В данном случае необходимо привлечение свидетелей, сбор дополнительных данных от иных медицинских учреждений, где пациенту оказывались медицинские услуги.

Седьмой пункт считаем важнейшим, это – соразмерность суммы компенсации морального вреда. Чаще всего размер компенсации морального вреда несоразмерен стоимости услуги и обстоятельствам ее оказания. Назначение крупной суммы к возмещению морального вреда, причиненного вследствие оказания ненадлежащей медицинской помощи, а также наложение судебного штрафа, оплата экспертизы, назначение к оплате иных судебных издержек пар-

ализует работу медицинского учреждения, снижает доступность и качество медицинских услуг для других граждан. Поскольку финансовые резервы медицинского учреждения не безграничны, то закупка нового оборудования, дорогостоящих медицинских препаратов и расходных материалов становится недоступной для организации. Данный факт способствует сокращению численности штата медицинского персонала и, в конечном итоге, приводит к уменьшению альтернативных медицинских организаций, что сказывается на доступности медицинской помощи населению.

Таким образом, подводя итог вышеизложенному, в настоящее время существует проблема «пациентского» (потребительского) экстремизма, где пациент активно пользуется, предоставленными правовыми механизмами в корыстных интересах. Считаем целесообразным на законодательном уровне регламентировать вопросы, связанные с квалификацией действий потребителя, как проявлений потребительского экстремизма, путем издания федерального закона «О потребительском экстремизме» с понятийным аппаратом, признаками и характеристикой данного явления, а также внедрением санкций за недобросовестное поведения граждан в сфере получения медицинских услуг. Немаловажным подспорьем в борьбе с потребительским экстремизмом станет изменение сложившейся судебной практики в пользу всестороннего рассмотрения подобных споров.

Полагаем, что при подобном решении проблемы у пациента, при обращении к администрации лечебного учреждения, контролирующим, надзорным органам, а также в суд, должны будут иметься веские основания и неоспоримые доказательства причинения ему морального и материального вреда, что уменьшит количество жалоб и исковых заявлений, адресованных медицинским организациям, а, соответственно, и количество понесенных штрафных санкций и судебных расходов.

Добросовестное использование механизма защиты своих прав потребителями медицинских услуг позволит здравоохранению Российской Федерации развиваться, а медицинским учреждениям предоставлять гражданам все более качественные медицинские услуги и высококвалифицированную медицинскую помощь.

Библиографический список

1. Кадыров Ф.Н. Способы противодействия «потребительскому (пациентскому) экстремизму» при оказании платных медицинских услуг // Менеджер здравоохранения. – 2017. – № 2. – С. 63-74.
2. Горячев Д.Н., Варламов С.В. Анализ причин увеличения судебных исков в стоматологии // Современные проблемы социально-гуманитарных наук. – 2016. – № 6 (8). С. 174-177.
3. Макарова А.Н. Соотношение понятий «медицинская услуга» и «медицинская помощь» в современном российском законодательстве // Практика педиатра. – 2022. – № 2.
4. Кущенко В.В. Потребительский экстремизм в сфере медицинских услуг. Процессуальные вопросы взыскания морального ущерба от дефектов информирования // Медицинское право: теория и практика. – 2024. – № 1-2. (январь-июнь). – С. 69-77.

Рецензент: Жеребятьев И.В., доцент кафедры уголовно-процессуального права и криминалистики Оренбургского института (филиала) Университета имени О.Е. Кутафина (МГЮА), мировой судья судебного участка № 1 Ленинского района г. Оренбурга (в отставке), к.ю.н.

ЯНЕВА РИММА РУСТАМОВНА

кандидат юридических наук, доцент кафедры гражданского права и процесса
Оренбургского института (филиал) Университета имени О.Е. Кутафина (МГЮА),
460000, г. Оренбург, ул. Комсомольская, 50, oRRYaneva@msal.ru

ТОМИНА АЛИНА ПАВЛОВНА

кандидат юридических наук, доцент, заведующий кафедрой гражданского права
и процесса Оренбургского института (филиала) Университета имени
О.Е. Кутафина (МГЮА), 460000, г. Оренбург, ул. Комсомольская, 50,
oAPTomina@msal.ru

ОСОБЕННОСТИ ИССЛЕДОВАНИЯ И ОЦЕНКИ ЗАКЛЮЧЕНИЯ ЭКСПЕРТА В ДЕЛАХ О ПРИЗНАНИИ ГРАЖДАНИНА НЕДЕЕСПОСОБНЫМ

YANEVA RIMMA RUSTAMOVNA

PHD in Law, associate professor of chair of civil law and process of Orenburg Institute
(Branch) of The Kutafin Moscow State Law University (MSLA), 460000, Russia,
Orenburg, Komsomolskaya Street, 50, oRRYaneva@msal.ru

TOMINA ALINA PAVLOVNA

PHD in Law, associate professor, head of chair of civil law and process of Orenburg
Institute (Branch) of The Kutafin Moscow State Law University (MSLA), 460000, Russia,
Orenburg, Komsomolskaya Street, 50, oAPTomina@msal.ru

FEATURES OF THE STUDY AND EVALUATION OF THE EXPERT'S OPINION IN CASES OF RECOGNITION OF A CITIZEN AS LEGALLY INCOMPETENT

Аннотация. В научной статье авторами предпринята попытка раскрыть особенности оценки судом заключения эксперта по результатам судебно-психиатрической экспертизы в делах о признании гражданина недееспособным. Авторами проанализированы основные подходы к определению вопросов, формулируемых перед экспертом в рамках судебно-психиатрической экспертизы. Также исследованы некоторые дискуссионные вопросы привлечения к участию в деле специалиста в рамках ст. 188 ГПК РФ.

Ключевые слова: гражданское процессуальное право, признание гражданина недееспособным, экспертиза, судебно-психиатрическая экспертиза, право на судебную защиту.

Annotation. In the scientific article, the authors attempted to reveal the specifics of the court's assessment of the expert's opinion based on the results of a forensic psychiatric examination in cases of recognition of a citizen as incompetent. The authors analyzed the main approaches to determining the issues formulated before an expert in the framework of a forensic psychiatric examination. Some controversial issues of involving a specialist in the case under Article 188 of the Civil Procedure Code of the Russian Federation have also been investigated.

Keywords: civil procedural law, recognition of a citizen as incompetent, examination, forensic psychiatric examination, the right to judicial protection.

Нарушением прав лиц, страдающих психическими расстройствами, может считаться полное исключение их из числа субъектов гражданских правоотношений. «Средства защиты прав этих граждан должны быть гибкими, а дееспособность граждан должна быть ограничена как можно меньше и только для того, чтобы обеспечить защиту их интересов и интересов общества»¹.

Необходимость анализа норм процессуального и материального права, а также нахождение в поле зрения исследователя вопросов психологии и медицины (психиатрии), а также социологического аспекта в форме отношения общества к образу жизни и особенностям поведения лиц с психическими заболеваниями – все перечисленное составляет специфику дел о признании гражданина недееспособным. К указан-

¹ Останина Е.А. Ограниченная дееспособность либо недееспособность: попытка дифференцированного гражданско-правового и гражданско-процессуального анализа // Закон. 2022. № 9. С. 171-179 // СПС Консультант Плюс.

ной специфике можно отнести также и презумпцию психического здоровья и свободы волеизъявления,² которая в рамках доказательственной деятельности предполагает всесторонне обоснование диагноза психического заболевания со стороны судебно-медицинского эксперта, а также установление нарушения юридически значимой способности понимать значение своих действий и руководить ими, либо (что не менее важно) констатацию сохранения такой юридически значимой способности.

В целях установления обстоятельств, подлежащих доказыванию по делу о признании гражданина недееспособным, судом может быть назначена экспертиза. Статьи 58, 62 Федерального закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»³ предусматривают два вида судебных медицинских экспертиз - судебно-медицинскую и судебно-психиатрическую. Согласно Закону Российской Федерации от 2 июля 1992 г. N 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»,⁴ по гражданским делам может проводиться, в том числе, судебно-психиатрическая экспертиза.

При том, что судебно-медицинская и судебно-психиатрическая экспертизы упоминаются в законодательстве в едином контексте, предмет исследования каждой из них – специфичен. Следовательно, можно сделать вывод об их соотношении как род и вид. Поскольку не совпадают предмет и содержание судебно-медицинской и судебно-психиатрической экспертиз, есть необходимость разграничить пределы компетенции врачей-психиатров, участвующих в производстве разных по виду судебных медицинских экспертиз. Несоблюдение таких пределов (включая отказ от участия в экспертизе) имеет субъективную природу, поэтому большинства ошибок можно избежать.

В отличие от иных федеральных законов (процессуальных кодексов) статья 283 Гражданского процессуального кодекса Российской Федерации (далее также – ГПК РФ) «Назначение экспертизы для определения психического состояния гражданина», содержит указание на необходимость при рассмотрении дела о признании гражданина недееспособным провести конкретный вид судебно-медицинской экспертизы – судебно-психиатрическую, что является одной из гарантий вынесения законного и обоснованного решения с целью защиты права лиц с психическими расстройствами.

По делам о признании гражданина недееспособным проводится такой вид судебно-психиатрической

экспертизы, как экспертиза живых лиц, которая возможна в добровольном и принудительном порядке (ст. 28 Федерального закона «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации»⁵). Круг лиц, которые могут быть направлены на судебно-психиатрическую экспертизу в принудительном порядке, определяется процессуальным законодательством: при явном уклонении лица, в отношении которого начато производство по делу о признании его недееспособным от прохождения такой экспертизы в добровольном порядке, суд в судебном заседании с обязательным участием прокурора и врача-психиатра может вынести определение о принудительном направлении уклоняющегося лица на судебно-психиатрическую экспертизу. Таким образом, согласно ст. 283 ГПК РФ, основаниями принудительного направления гражданина на судебно-психиатрическую экспертизу являются: уклонение лица от прохождения судебно-психиатрической экспертизы в добровольном порядке; рассмотрение в отношении гражданина требования о признании его недееспособным.

Как справедливо отмечает Е.Р. Россинская, рассматриваемая экспертиза должна назначаться при наличии достаточных данных о душевной болезни или слабоумии гражданина, в качестве которых могут рассматриваться, в частности, медицинское заключение, фиксирующее врожденные умственные недостатки; справки, подтверждающие нахождение на учете у психиатра, о нахождении лица в психиатрических лечебных учреждениях, акты, свидетельствующие об отклонениях от обычного поведения, справки о травмах, которые могли нарушить психику гражданина, определение суда об освобождении от уголовной ответственности и применении к лицу принудительных мер медицинского характера - помещение в психиатрический стационар и прочее⁶. Отсутствие достаточных данных о душевной болезни или слабоумии гражданина исключает возможность назначения судебно-психиатрической экспертизы.

Судебно-психиатрическое экспертное исследование предполагает возможность и необходимость составления определенных итоговых документов, разновидности и содержание которых зависит от обстоятельств, подлежащих установлению, а также от характера вопросов, стоящих перед экспертом. К таким документам могут быть отнесены:

во-первых, заключение судебно-психиатрической экспертизы, которое впоследствии допускается судом как самостоятельное средство доказывания; во-вторых, мотивированное утверждение эксперта о невозможности дать судебно-психиатрическое экспер-

² Корзун Д.Н. Методология судебно-психиатрической экспертизы в гражданском процессе: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2014. С. 20.

³ Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // СЗ РФ. 2011. № 48. Ст. 6724.

⁴ Закон РФ от 02.07.1992 N 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» // Ведомости СНД и ВС РФ, 20.08.1992. N 33. Ст. 1913.

⁵ Федеральный закон от 31.05.2001 № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» // СЗ РФ. 2001. № 23. Ст. 2291.

⁶ Россинская Е.Р. Судебная экспертиза в гражданском, арбитражном, административном и уголовном процессе: монография. 4-е изд., перераб. и доп. М.: Норма, ИНФРА-М, 2018. 576 с. // СПС Консультант Плюс.

тное заключение; в-третьих, заключение судебно-психиатрической экспертизы о невозможности решения экспертных вопросов в амбулаторных условиях (или в иных условиях, в которых проводилась данная экспертиза – в зале судебного заседания, на дому у испытуемого и пр.).

В случае, если экспертами сформулированы ответы на все или на часть поставленных судом вопросов, результатом судебно-психиатрической экспертизы будет являться составление заключения. Под экспертными вопросами понимаются вопросы, сформулированные в судебном определении о назначении экспертизы, а также вопросы, решаемые экспертами в порядке реализации права экспертной инициативы⁷. Заключение эксперта облекается в форму письменного документа, подписанного и удостоверенного печатью соответствующего экспертного учреждения.

Как правило, на нормативном уровне⁸ определяются задачи судебно-медицинской экспертизы, требующие для их разрешения специальных познаний из области общей психиатрии, формально-юридические основания для назначения судебно-психиатрической экспертизы (определение суда), виды судебно-психиатрической экспертизы, этапы ее производства и ряд иных важных моментов, однако, не конкретизируются вопросы, подлежащие разрешению в ходе судебно-психиатрической экспертизы. При этом, в учебной литературе можно встретить указание в качестве задачи судебно-психиатрической экспертизы «решение вопроса о дееспособности-недееспособности психически больных лиц в гражданском процессе»,⁹ с чем трудно согласиться, так как вменяемость и дееспособность являются юридическими понятиями, «эксперты не должны констатировать невменяемость, так как они не обладают компетентностью устанавливать факт совершения общественно опасного деяния»¹⁰. Судебно-психиатрическая экспертиза лишь способствует решению указанных задач.

Верховный Суд Российской Федерации справедливо указал на необходимость решения вопроса о признании гражданина, страдающего психическим расстройством, недееспособным или ограниченно дееспособным с учетом степени нарушения его способности понимать значение своих действий или руководить ими.

Если судом будет установлено, что гражданин не может понимать значение своих действий или руко-

водить ими, в том числе и при помощи других лиц, суд вправе на основании пункта 1 статьи 29 ГК РФ признать его недееспособным (п. 19)¹¹.

В литературе также обращается внимание на то, что при расстройстве только одной из способностей (способности достигать цели и способности воспринимать информацию и делать выбор) следует рассматривать вопрос об ограничении дееспособности, а при расстройстве и той и другой – о признании гражданина недееспособным¹².

Следовательно, установление факта психического заболевания, его тяжести является основанием для применения таких способов защиты, как признание гражданина ограниченно дееспособным (п. 2 ст. 30 ГК РФ) и признание гражданина недееспособным (п. 1 ст. 29 ГК РФ). Поэтому заключение, сделанное по результатам судебно-психиатрической экспертизы, имеет чрезвычайно важное значение, и это предопределяет особенности его оценки судом как самостоятельного средства доказывания.

Результаты оценки заключения эксперта в рамках судебно-психиатрической экспертизы зависят, в том числе, от того, правильно ли изначально были судом сформулированы вопросы перед экспертом.

Обобщено можно выделить несколько блоков информации, которая необходима суду для вынесения решения по делу о признании гражданина недееспособным. Прежде всего, эксперту должен быть адресован вопрос о том, страдает ли гражданин психическим расстройством. При отрицательном ответе вынесение решения судом об удовлетворении поданного заявления исключается. Однако, форма и вид психического заболевания также имеют значение для итоговых выводов суда, поскольку в процессе рассмотрения дела о признании гражданина недееспособным может быть установлены основания для признания его ограниченно дееспособным в силу наличия психического заболевания¹³. Констатируя наличие психического заболевания, эксперту необходимо дать ответ на вопрос о том, может ли гражданин с помощью попечителя понимать значение своих действий, а также руководить своими действиями с помощью попечителя – то есть, выяснить объем самостоятельности подэкспертного лица.

Можно согласиться с Р.Р. Яневой в том, что «оценка доказательств является самостоятельным этапом процесса доказывания, который наступает уже после определения судом предмета доказывания и исследования представленных сторонами доказательств на

⁷ Миннетдинова Л.М., Гатин Ф.Ф., Гатин Э.Ф. Судебно-психиатрическая экспертиза в гражданском процессе в Российской Федерации // Вестник гражданского процесса. 2020. № 5 // СПС Консультант Плюс.

⁸ Приказ Министерства здравоохранения РФ от 12 января 2017 г. N 3н «Об утверждении Порядка проведения судебно-психиатрической экспертизы» // Российская газета. 2017. № 56.

⁹ Бейбутова А.М. Учебное пособие (курс лекций) по дисциплине «Судебная психиатрия» для направления подготовки «Юриспруденция», профиль «Уголовное право». Махачкала: ДГУНХ, 2016. 107 с.

¹⁰ Божченко А.П. К вопросу о пределах компетенции врачей-психиатров при производстве судебно-медицинской и судебно-психиатрической экспертиз // Медицинское право. 2024. № 2. С. 2.

¹¹ Постановление Пленума Верховного Суда Российской Федерации от 23 июня 2015 г. № 25 «О применении судами некоторых положений раздела I части первой Гражданского кодекса Российской Федерации» // СПС Консультант Плюс.

¹² Корзун Д.Н. Методология судебно-психиатрической экспертизы в гражданском процессе: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2014. С. 11 - 12.

¹³ Останина Е.А. Ограниченная дееспособность либо недееспособность: попытка дифференцированного гражданско-правового и гражданско-процессуального анализа // Закон. 2022. № 9. С. 171-179

предмет их относимости и допустимости»¹⁴. Оценка заключения судебного эксперта – это процесс установления достоверности, относимости и допустимости заключения, взаимной связи с другими доказательствами, а также определения форм и способов его использования в процессе установления обстоятельств, имеющих значение в деле о признании гражданина недееспособным.

Суд, рассматривающий заявление о признании гражданина недееспособным, оценивает заключение по своему внутреннему убеждению, основанному на всестороннем, полном и объективном рассмотрении всех обстоятельств дела в их совокупности. При том, что заключение эксперта по результатам судебно-психиатрической экспертизы должно оцениваться по общим правилам оценки доказательств (ст. 67 ГПК РФ), следует обратить внимание на ряд моментов.

В круг профессиональных знаний суда не входят вопросы как медицины, так и психиатрии, и то, что заключение эксперта основано именно на указанных областях специальных знаний, обуславливает специфику его как самостоятельного средства доказывания в гражданском судопроизводстве. Важно и то, что именно суд должен удостовериться в соблюдении требований, установленных законом применительно процессуальной процедуре получения этого доказательства. Процесс оценки экспертного заключения состоит из нескольких последовательных стадий, подробное исследование которых проведено Е.Р. Россинской¹⁵. Рассмотрим данные этапы применительно к оценке заключения эксперта по результатам судебно-психиатрической экспертизы по делам о признании гражданина недееспособным.

Прежде всего, при оценке необходимо установить, были ли соблюдены законодательные требования к порядку назначения экспертизы.

Важным является решение вопроса о компетенции и квалификации судебно-медицинского эксперта – компетентен ли эксперт в решении поставленных ему задач, не вышел ли за пределы своей компетенции. Наличие у эксперта высшего образования по специальности «Судебная экспертиза», соответствующей квалификации, безусловно, упрощают решение вопроса о компетентности эксперта.

Выход за пределы компетенции относится к процессуальным экспертным ошибкам (наряду с предметными, гносеологическими и логическими ошибками)¹⁶. Это не самый частый, но наиболее серьезный вид ошибок, поскольку в основе его неправильное определение предмета и содержания конкретного вида экспертного исследования, что влечет за собой риск признания всей экспертизы недопустимым доказательством по делу.

Для правильной оценки заключения по результатам судебно-психиатрической экспертизы необходимо выделить несколько случаев, которые представляют собой выход эксперта за пределы своей компетенции.

тенции.

К ним можно отнести вторжение эксперта в сферу правоприменения и формулировка выводов о невменяемости, недееспособности, оценка достоверности показаний и так далее.

Другая ситуация может иметь место, когда суд ошибочно посчитал, что необходимо использование специальных знаний, в то время как характер разрешаемых вопросов позволяет без специальных знаний обойтись. Выход эксперта за пределы своей компетенции будет иметь место и в случае, когда дается ответ на вопросы, не касающиеся подэкспертного лица. В определении о назначении судебно-психиатрической экспертизы могут быть сформулированы вопросы, относящиеся к компетенции экспертов другого вида экспертизы (например, судебно-психологической (подобный вид исследования используется в делах о расторжении брака, при решении вопроса о возможности проживания ребёнка с одним из родителей, при лишении или восстановлении родительских прав на ребёнка, ограничения общения с ним, отмене усыновления, а также при формулировке выводов о патологическом и физиологическом аффекте).

Изложенное относится, скорее, к ошибке, допущенной судом, которая впоследствии может привести к ошибке эксперта, однако при оценке заключения судебно-психиатрической экспертизы данные ошибки могут быть выявлены.

Существенное значение имеет проверка судом соблюдения требований процессуального закона, в частности, наличия оснований для отвода судебно-медицинского эксперта (ст. 18 ГПК РФ), проверка соблюдения прав участников процесса при назначении и производстве экспертизы (ст. ст. 79, 84 ГПК РФ), а также соблюдение требований к процессуальной форме заключения эксперта и реквизитов заключения судебно-медицинского эксперта как документа (ст. 86 ГПК РФ).

Важным аспектом оценки заключения по результатам судебно-психиатрической экспертизы является установление соответствия научной обоснованности и правомерности применяемой экспертной методики к конкретному случаю оценки психического состояния лица.

Как ранее отмечалось, поскольку судья не является специалистом в области судебной медицины и психиатрии, к которым относится исследование, информацию о методике и возможных результатах ее применения он может почерпнуть из специальной литературы, которая имеет свойство постоянно обновляться. При этом, сложность в оценке правильности применяемой методики обусловлена постоянным совершенствованием научно-методического обеспечения практической деятельности эксперта: нередко случаи, когда традиционно используемые методики заменяются на более новые, а также случаи, когда в

¹⁴ Янева Р.Р. Особенности рассмотрения судами дел, связанных с наследованием. Оренбург, 2011. С. 112.

¹⁵ Россинская Е.Р. Судебная экспертиза в гражданском, арбитражном, административном и уголовном процессе: монография. 4-е изд., перераб. и доп. М.: Норма, ИНФРА-М, 2018. 576 с. // СПС Консультант Плюс.

¹⁶ Клевню В.А. Понятие и классификация экспертных ошибок // Судебно-медицинская экспертиза. 2012. № 2. С. 37.

отношении используемых методик у специалистов нет единого мнения. Представляется, что процесс унификации и стандартизации применяемых типовых судебно-экспертных методик для производства судебно-психиатрической экспертизы является основой и гарантией последующей правильной оценки результатов такой экспертизы.

Как известно, в случае возникновения сомнений в правильности сделанных экспертом выводов может быть назначена повторная комиссионная экспертиза, однако при ее оценке надлежит решить такие же вопросы. В числе мер, которые могут приняты для разрешения сомнений суда, может быть назван допрос эксперта, консультации лиц, обладающих специальными знаниями в сфере психиатрии, которые привлекаются в качестве специалистов (ст. 188 ГПК РФ) и могут объяснить суду специфику, охарактеризовать научную обоснованность использования той или иной методики для определения психического состояния гражданина.

Существенное значение для результатов рассмотрения дела о признании гражданина недееспособным имеет надлежащая проверка и оценка полноты и всесторонности заключения. Это позволяет сделать вывод об установлении, а также о необходимости и достаточности диагностических и идентификационных признаков; использованы рекомендованные современной наукой и судебно-экспертной практикой методы и методики; даны экспертом аргументированные ответы на все поставленные перед ним вопросы либо обоснован отказ дать ответ на какие-то из вопросов; в экспертном заключении полно и всесторонне описаны ход и результаты исследования.

Диагностика наличия или отсутствия психического заболевания, а также его рассмотрение в связи с определенным правовым событием необходима для вывода о наличии или отсутствии юридически значимого психического состояния обследуемого лица. При этом, оценивается текущее и предыдущее психическое состояние пациента, прогноз течения (положительная или отрицательная динамика) психического расстройства, степень влияния психических отклонений на поведение обследуемого в конкретной ситуации. То есть, при формулировке выводов по результатам судебно-психиатрической экспертизы основополагающее значение имеет правильная постановка диагноза.

В литературе отмечается, что экспертное исследование включает:

- психиатрическое исследование, состоящее из сбора объективного анамнеза по материалам дела и медицинской документации и субъективного анамнеза, проведения клинического (психопатологического) физикального, инструментальных и функциональных исследований, привлечения врачей-кон-

сультантов других специальностей (невролога, терапевта, окулиста и др.);

- экспериментально-психологическое (патопсихологическое) исследование, предполагающее применение специфических методик, выбор которых обусловлен задачами исследования и вопросами, поставленными перед психологом врачом - судебно-психиатрическим экспертом (в рамках однородной судебно-психиатрической экспертизы) или судом (в рамках комплексной судебно-психиатрической экспертизы)¹⁷.

В специальной литературе отмечается, что, в отличие от диагностического процесса в общей психиатрии и медицине в целом, в случае экспертной диагностики обязательными являются два этапа оценки психического состояния пациента (подэкспертного)¹⁸.

Первый этап предполагает установление психического расстройства и его нозологической принадлежности (диагноз и психический статус имеющегося заболевания).

Второй этап – сопоставление выявленных у подэкспертного расстройств с юридическими критериями правовой нормы, в соответствии с которой была назначена экспертиза (судебно-психиатрическая экспертная оценка). При этом могут выявляться психические расстройства, исключающие дееспособность.

Применительно к недееспособности медицинский критерий представляет собой психическое расстройство (хроническое, временное, в виде слабоумия или иного болезненного состояния психики), а юридический – определяет характер и глубину этого расстройства и, как результат, невозможность отдавать себе отчет в своих действиях (интеллектуальный компонент) и руководить ими (волевой компонент) в конкретной процессуальной ситуации, играя при этом, по мнению многих специалистов,¹⁹ решающую роль.

Конституционный Суд РФ обращал внимание на то, что в действующей системе гражданско-правового регулирования не предусматривается возможность дифференциации гражданско-правовых последствий наличия у гражданина нарушения психических функций при решении вопроса о признании его недееспособным, соразмерных степени фактического снижения способности понимать значение своих действий или руководить ими²⁰.

Таким образом, в судебной психиатрии недееспособность обусловлена сочетанием двух критериев – медицинского (психическое расстройство) и юридического (непонимание значения своих действий и невозможность руководить ими). Недееспособность устанавливается при совпадении медицинского и юридического критерия; если психическое заболе-

¹⁷ Миннетдинова Л.М., Гатин Ф.Ф., Гатин Э.Ф. Судебно-психиатрическая экспертиза в гражданском процессе в Российской Федерации // Вестник гражданского процесса. 2020. № 5 // СПС Консультант Плюс.

¹⁸ Миннетдинова Л.М., Гатин Ф.Ф., Гатин Э.Ф. Там же.

¹⁹ Ситковская О.Д. Психологический комментарий к Уголовному кодексу Российской Федерации. М.: Зерцало, 1999. 89 с.

²⁰ Обзор практики Конституционного Суда Российской Федерации за второй и третий кварталы 2012 года // СПС Консультант Плюс.

вание сопровождается невозможностью понимать значение своих действий или руководить ими, лицо признается недееспособным.

Установление интеллектуального и волевого компонентов не требует специальных познаний, основывается на знаниях и опыте из области общей психологии (аналогично тому, как эти же компоненты устанавливаются при определении формы вины – а умысел или неосторожность и вида неосторожности – легкомыслие или небрежность).

Выявленная в результате оценки неполнота экспертного исследования является основанием для назначения дополнительной экспертизы, допроса эксперта.

Важным является выявление судом логической обоснованности хода экспертного исследования. При оценке суду надлежит установить, является ли вывод эксперта логическим следствием проведенного исследования; как соотносятся промежуточные и итоговый вывод судебно-медицинского эксперта, нет ли в них противоречий. Также необходимо определить, достаточно ли мотивированы выводы эксперта.

Наконец, при оценке заключения судебно – психиатрической экспертизы суд должен установить относимость результатов экспертного исследования к делу о признании гражданина недееспособным.

Такое заключение должно быть связано содержательно с фактами, составляющими предмет доказывания по делу (то есть, кругом обстоятельств, подлежащих установлению). Изложенное представляет возможность соотнести заключение по результатам судебно-психиатрической экспертизы с иными доказательствами, имеющимися по делу о признании гражданина недееспособным, оценить все имеющиеся доказательства в совокупности.

При том, что процессуальная форма оценки доказательств в гражданском судопроизводстве обладает свойством универсальности, оценка заключения по результатам судебно-психиатрической экспертизы обладает существенной спецификой.

Как верно отмечается в процессуальной литературе, «...в подавляющем большинстве случаев судей из всего экспертного заключения интересуют лишь выводы эксперта. Фактически оценка ими заключения эксперта обычно сводится только к проверке полноты выводов и их соответствия иным доказательствам по делу...»²¹.

Это объективно объясняется тем, что суд, как ранее отмечалось, не имеет квалификации в специальной медицинской области знаний (психиатрии), которая тождественна квалификации эксперта. В противном случае не было бы необходимости в привлечении сведущего лица и суд имел бы возможность

самостоятельно делать выводы о психическом состоянии подэкспертного субъекта. Это обуславливает и формальность подхода в оценке судом уровня компетентности эксперта, квалификация которого, хотя и будучи подтверждена документально, фактически может быть непригодной для решения конкретных задач в рамках рассмотрения дела о признании лица недееспособным.

Поэтому, безусловно, в научной обоснованности, состоятельности и объективности исследования судебно-медицинского эксперта могут возникнуть сомнения.

В разные времена для разрешения этих сомнений предлагались разные способы. В современный период также можно назвать ряд законодательно предусмотренных возможностей.

Используя состязательное начало в гражданском судопроизводстве, лица, участвующие в деле, имеют право просить суд назначить проведение экспертизы в конкретном судебно-экспертном учреждении или поручить ее конкретному эксперту; заявлять отвод эксперту; формулировать вопросы для эксперта; знакомиться с определением суда о назначении экспертизы и со сформулированными в нем вопросами; знакомиться с заключением эксперта; ходатайствовать перед судом о назначении повторной, дополнительной, комплексной или комиссионной экспертизы (ст. ст. 35, 79 ГПК РФ).

То есть, ознакомившись с заключением по результатам судебно-психиатрической экспертизы, заинтересованные лица вправе обращать внимание суда на моменты, которые вызывают их сомнения – как с точки зрения соблюдения порядка проведения экспертного исследования, так и с точки зрения компетентности конкретного эксперта.

Кроме того, при оценке заключения по результатам судебно-психиатрической экспертизы возможно привлечение специалиста – для дачи консультации (ст. 188 ГПК РФ), что позволит суду и лицам, участвующим в деле, получить ответы на возникающие вопросы – не только от эксперта, проводившего исследование, но и от другого сведущего лица в определенной области. Возможно, по делу о признании лица недееспособным следует привлекать специалиста уже на этапе постановки вопросов перед экспертом, чтобы в дальнейшем исключить или минимизировать риски экспертных и судебных ошибок. Таким образом, содержательно особенности исследования и оценки заключения эксперта зависят от круга вопросов, которые были поставлены перед экспертом (что влияет на относимость), а также от того, был ли при производстве экспертизы соблюден необходимый порядок (что определяет допустимость заключения эксперта как доказательства).

Библиографический список

1. Бейбутова А.М. Учебное пособие (курс лекций) по дисциплине «Судебная психиатрия» для направления подготовки «Юриспруденция», профиль «Уголовное право». – Махачкала: ДГУНХ, 2016. – 107 с.

²¹ Россинская Е.Р. Судебная экспертиза в гражданском, арбитражном, административном и уголовном процессе: монография. 4-е изд., перераб. и доп. М.: Норма, ИНФРА-М, 2018. 576 с. // СПС Консультант Плюс.

-
2. Божченко А.П. К вопросу о пределах компетенции врачей-психиатров при производстве судебно-медицинской и судебно-психиатрической экспертиз // Медицинское право. – 2024. – № 2. – С. 2-6.
 3. Клевно В.А. Понятие и классификация экспертных ошибок // Судебно-медицинская экспертиза. – 2012. – № 2. – С. 36-38.
 4. Корзун Д.Н. Методология судебно-психиатрической экспертизы в гражданском процессе: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2014. – 44 с.
 5. Миннетдинова Л.М., Гатин Ф.Ф., Гатин Э.Ф. Судебно-психиатрическая экспертиза в гражданском процессе в Российской Федерации // Вестник гражданского процесса. 2020. № 5.
 6. Останина Е.А. Ограниченная дееспособность либо недееспособность: попытка дифференцированного гражданско-правового и гражданско-процессуального анализа // Закон. – 2022. – № 9. – С. 171-179.
 7. Россинская Е.Р. Судебная экспертиза в гражданском, арбитражном, административном и уголовном процессе: монография. 4-е изд., перераб. и доп. – М.: Норма, ИНФРА-М, 2018. – 576 с.
 8. Ситковская О.Д. Психологический комментарий к Уголовному кодексу Российской Федерации. – М.: Зерцало, 1999. – 89 с.
 9. Янева Р.Р. Особенности рассмотрения судами дел, связанных с наследованием. – Оренбург, 2011. – 172 с.

Рецензент: Ефимцева Т.В., заведующий кафедрой предпринимательского и природоресурсного права Оренбургского института (филиала) Университета имени О.Е. Кутафина (МГЮА), д.ю.н., доцент.

Раздел третий

УКРЕПЛЕНИЕ ЗАКОННОСТИ И БОРЬБА С ПРЕСТУПНОСТЬЮ

ГРИШИН АЛЕКСЕЙ ЮРЬЕВИЧ

преподаватель кафедры уголовно-процессуального права и криминалистики
Оренбургского института (филиала) Университета имени О.Е. Кутафина (МГЮА),
соискатель, 460000, г. Оренбург, ул. Комсомольская, д. 50,
e-mail: sovetnik710@gmail.com

ПРОБЕЛЫ В СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ И ИХ УСТРАНЕНИЕ ПРИ РАССМОТРЕНИИ УГОЛОВНОГО ДЕЛА СУДОМ

GRISHIN ALEXEY YURIEVICH

Lecturer at the Department of Criminal Procedure Law and Criminalistics of the
Orenburg Institute (branch) Moscow State Law University named after O.E. Kutafin
(MGUA), applicant, 460000, Orenburg, Komsomolskaya str., 50,
e-mail: sovetnik710@gmail.com

GAPS IN THE FORENSIC MEDICAL EXAMINATION AND THEIR ELIMINATION DURING THE CONSIDERATION OF A CRIMINAL CASE BY THE COURT

Аннотация: несмотря на принцип свободы оценки доказательств, заключению эксперта в уголовном судопроизводстве уделяется особое внимание, что подтверждает важность всесторонности, полноты и объективности экспертиз. Пробелы в судебно-медицинской экспертизе могут повлечь как необоснованное привлечение к уголовной ответственности невиновных лиц, ошибки в квалификации деяний, так и необоснованное освобождение от уголовной ответственности. Предлагается оптимизировать механизм устранения пробелов в судебно-медицинской экспертизе при рассмотрении уголовного дела судом.

Ключевые слова: эксперт, судебно-медицинская экспертиза, пробелы предварительного расследования, доказывание, судебное разбирательство, неполнота экспертизы.

Abstract: despite the principle of freedom of evaluation of evidence, special attention is paid to the expert's opinion in criminal proceedings, which confirms the importance of comprehensive, complete and objective examinations. Gaps in the forensic medical examination can lead to unjustified criminal prosecution of innocent persons, errors in the qualification of acts, and unjustified release from criminal liability. It is proposed to optimize the mechanism for eliminating gaps in the forensic medical examination during the consideration of a criminal case by the court.

Keywords: expert, forensic medical examination, gaps in the preliminary investigation, evidence, judicial proceedings, incompleteness of the examination.

Несмотря на закрепленный в ст.17 Уголовно-процессуального кодекса Российской Федерации (далее по тексту – УПК РФ) принцип свободы оценки доказательств, а также положения о том, что никакие доказательства не имеют заранее установленной юридической силы, заключение эксперта продолжает оставаться «священной коровой» уголовного судопроизводства.

Отчасти такая ситуация обусловлена особенностями нормативного статуса эксперта в УПК РФ, а также правовых требований к заключению эксперта и его оценке.

Статья 57 УПК РФ предоставляет эксперту весьма широкие полномочия, что вполне обосновано возложенными на него задачами. Однако закрепление ограничений действий эксперта в ч.4 ст.57 УПК РФ невольно ставит его в определенную зависимость от органов, осуществляющих предварительное расследование, повышает вероятность односторонности экспертного исследования, даже при отсутствии признаков деяния, предусмотренного ст.307 УК РФ.

При этом, как справедливо отмечено Р.С. Белкиным, «доказательственное значение заключения эксперта зависит от его истинности, внутренней непро-

тиворечивости, точности и достоверности всех действий, оценок и выводов эксперта в ходе и по результатам процесса экспертного исследования»¹.

С другой стороны, несмотря на включение в предмет доказывания по делу обстоятельств, которые могут повлечь за собой освобождение от уголовной ответственности и наказания (п.7 ч.1 ст.73 УПК РФ), следователь (дознатель) вряд ли будет назначать такие виды исследований и ставить перед экспертом такие вопросы, которые с высокой долей вероятности приведут к реабилитирующему решению или опровержению обвинительной версии.

Практика автора свидетельствует, что часто даже по требованию стороны защиты назначение экспертиз и постановка экспертам вопросов, идущих вразрез с основной линией предварительного расследования, не производится с тем или иным обоснованием отказа в удовлетворении ходатайств.

Например, по уголовному делу в отношении Б., обвиняемого в совершении преступления, предусмотренного ч.4 ст.111 УК РФ, стороной защиты в ходатайстве о постановке дополнительных вопросов эксперту для проведения судебно-медицинской экспертизы указано 13 вопросов, касающихся характера телесных повреждений, причинно-следственной связи, степени тяжести вреда здоровью потерпевшего. Однако не все они были включены следователем в постановление о назначении судебно-медицинской экспертизы, равно как и не в полном объеме разрешены в заключении эксперта. При этом на стадии предварительного расследования в удовлетворении ходатайства о проведении повторной экспертизы отказано.

Назначить проведение судебно-медицинской экспертизы самостоятельно защитник не вправе, однако вопрос о предоставлении стороне защиты такого права уже обсуждался в юридической литературе².

Учитывая положения ст.8 Федерального закона от 31.05.2001 № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации»,³ заключение эксперта должно отвечать требованиям объективности, всесторонности и полноты исследований, а несоответствие данным требованиям указывает на наличие пробелов в экспертном заключении.

Возможность допущения пробелов в заключении эксперта не исключается, исходя из формулировок ч.1 ст.207 УПК РФ, согласно которой дополнительная судебная экспертиза может быть назначена при недостаточной ясности или полноте заключения эк-

сперта, а также с учетом разъяснений, изложенных в п.13 постановления Пленума Верховного Суда Российской Федерации от 21.12.2010 №28 «О судебной экспертизе по уголовным делам»⁴ (далее по тексту – постановление Пленума ВС РФ №28).

Более того, в данном постановлении Пленума ВС РФ №28 достаточно подробно описываются признаки таких пробелов, как недостаточная ясность и неполнота заключения эксперта, его необоснованность. Однако решение о наличии пробелов в заключении эксперта принимается судом в каждом конкретном случае отдельно на основании совокупности имеющихся по делу доказательств.

Законом установлены случаи обязательного проведения судебно-медицинской экспертизы в целях установления причин смерти, характера и степени вреда, причиненного здоровью (п.п.1, 2 ст.196 УПК РФ). При этом, исходя из п.1 Порядка проведения судебно-медицинской экспертизы, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 25.09.2023 №491н,⁵ могут проводиться: 1) судебно-медицинская экспертиза трупов; 2) судебно-медицинская экспертиза вещественных доказательств и объектов биологического и иного происхождения; 3) судебно-медицинская экспертиза живых лиц; 4) судебно-медицинская экспертиза по материалам дела.

Сложно переоценить значение судебно-медицинской экспертизы для уголовного дела, поскольку такие виды экспертиз назначаются, как правило, при расследовании посягательств на жизнь, здоровье и половую неприкосновенность личности, представляющих повышенную общественную опасность. Пробелы в заключении по результатам судебно-медицинской экспертизы могут повлечь как уход виновных лиц от предусмотренной законом ответственности, так и возможность привлечения к уголовной ответственности невиновного, ошибки в квалификации деяния (завышение или занижение квалификации), а, следовательно, принятие по уголовному делу незаконного, необоснованного и несправедливого итогового решения.

Нет сомнений в верности утверждения Е.Р. Россинской о том, что «объективизация процесса доказывания требует предупреждения и своевременного распознавания экспертных ошибок, а, в конечном счете – искоренения причин, их порождающих»⁶.

В судебной практике имеются случаи отмены судебных решений вследствие неполноты или противоречивости заключения судебно-медицинской эк-

¹ Курс криминалистики: Учеб. пособие для студентов вузов, обучающихся по юрид. специальностям / Р.С. Белкин. 3. изд., доп. Москва : Юнити, 2001. С. 470.

² Бахтадзе Г. Э. Необходимость надления стороны защиты правом назначения судебных экспертиз // Вестник СамГУ. 2014. №11-2 (122). С. 87.

³ Федеральный закон от 31.05.2001 г. № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» (ред. от 22.07.2024) // СЗ РФ. 2001. № 23. Ст. 2291.

⁴ Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 21.12.2010 г. № 28 «О судебной экспертизе по уголовным делам» (ред. от 29.06.2021) // Российская газета. 2010. №296.

⁵ Приказ Минздрава России от 25.09.2023 г. № 491н «Об утверждении Порядка проведения судебно-медицинской экспертизы» (Зарегистрировано в Минюсте России 24.10.2023 г. № 75708) // Режим доступа: URL: <http://publication.pravo.gov.ru/document/0001202310250009> (дата обращения: 11.11.2024).

⁶ Судебная экспертиза: типичные ошибки / [Россинская Е. Р. и др.]; под ред. Е. Р. Россинской. Москва: Проспект, 2014. С.3.

спертизы, расхождении мнений судебно-медицинских экспертов.

Так, например, Кассационным определением Судебной коллегии по уголовным делам Второго кассационного суда общей юрисдикции отменен апелляционный приговор судебной коллегии по уголовным делам Ивановского областного суда в отношении Р., материалы дела переданы на новое апелляционное рассмотрение в связи с наличием в выводах экспертных заключений существенных противоречий относительно раздельной оценки переломов разных структур решетчатой кости по степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, которые не были устранены в судебном заседании, в том числе путем допроса экспертов⁷.

В другом случае Кассационным определением Судебной коллегии по уголовным делам Верховного Суда Российской Федерации отменен приговор Брединского районного суда Челябинской области, апелляционное определение Челябинского областного суда, кассационное определение судебной коллегии по уголовным делам Седьмого кассационного суда общей юрисдикции в отношении М., с передачей дела на новое рассмотрение иным составом суда первой инстанции⁸. Основанием для принятия такого решения послужила, в том числе, односторонность позиции судебных инстанций при оценке выводов эксперта, изложенных как в заключении судебно-медицинской экспертизы, так и в его показаниях в суде. Как указано в определении, доказательства свидетельствовали о необходимости проведения комплексной медико-криминалистической ситуационной экспертизы для выяснения возникшей версии причинения потерпевшему телесных повреждений, однако судом необоснованно отказано в соответствующем ходатайстве стороны защиты, разумные доводы оставлены без проверки.

Приведенные примеры указывают на критическое значение предупреждения пробелов в заключении судебно-медицинской экспертизы, необходимость разработки эффективного механизма их устранения, в том числе на стадии судебного разбирательства.

Для предложения способов устранения пробелов в заключении судебно-медицинской экспертизы следует понимать их причины. Анализ практики расследования и рассмотрения судами уголовных дел, опыт поддержания государственного обвинения и защиты по уголовным делам указывают на то, что таких причин несколько.

Первая из них – назначение экспертизы и формальная постановка вопросов эксперту без учета всех известных на тот момент обстоятельств дела, самоустранение защитника от активного участия в постановке вопросов эксперту без проведения в необхо-

димых случаях консультаций со специалистами в соответствии со ст.58 УПК РФ, а также несвоевременное реагирование на односторонность судебно-медицинского исследования.

Также следует выделить в качестве причины специфический характер исследований в рамках судебно-медицинской экспертизы, сложность медицинской терминологии, отсутствие специальной подготовки по вопросам судебно-медицинской экспертизы у значительного количества адвокатов, невозможность привлечения защитником специалистов в сфере судебной медицины на договорной основе при осуществлении защиты по назначению следователя и оплате услуг защитника за счет средств федерального бюджета лишь после окончания предварительного расследования.

Третьей причиной образования пробелов в заключениях судебно-медицинских экспертиз на стадии предварительного расследования можно назвать монополию стороны обвинения на назначение судебно-медицинской экспертизы, ограничивающую сторону защиты в познании всех обстоятельств дела на данном этапе даже с привлечением специалиста.

Современная конструкция уголовного судопроизводства не позволяет стороне защиты оценить весь объем доказательств по уголовному делу и соотносить его с выводами экспертиз до ознакомления с материалами уголовного дела в порядке ст.217 УПК РФ перед направлением уголовного дела прокурору для утверждения обвинительного заключения.

Принимая во внимание изложенные обстоятельства, судебный механизм устранения пробелов предварительного расследования, в том числе в заключении по результатам судебно-медицинской экспертизы – важнейшая гарантия не только права обвиняемого на защиту, но и реализации назначения уголовного судопроизводства (ст.6 УПК РФ), фундаментальных принципов уголовного процесса.

С учетом выявленных причин образования пробелов в заключениях судебно-медицинских экспертиз, взаимосвязанного анализа норм ст.ст.204, 205, 207, 269, 282, 283 УПК РФ и судебной практики, в целях устранения пробелов в экспертных исследованиях представляется возможным дать рекомендации по специализации адвокатской деятельности в сфере защиты по уголовным делам о преступлениях против личности, активному использованию защитником права на привлечение к участию в деле специалистов в судебной медицине (ч.2.1 ст.58 УПК РФ) как для постановки вопросов эксперту, дачи письменного заключения на основании материалов дела, так и для разъяснения спорных вопросов в судебном заседании, формулировки вопросов эксперту, входящих в его профессиональную компетенцию.

⁷ Кассационное определение Судебной коллегии по уголовным делам Второго кассационного суда общей юрисдикции №77-1060/2020 от 14 июля 2020 года по делу № 7У-6279/2020 // Режим доступа: URL:https://2kas.sudrf.ru/modules.php?name=sud_delo&srv_num=1&name_op=doc&number=1046663&delo_id=2450001&new=2450001&text_number=1 (дата обращения: 11.11.2024).

⁸ Кассационное определение Судебной коллегии по уголовным делам Верховного Суда Российской Федерации от 18.03.2021 № 48-УД21-2-К7. Режим доступа: URL: <https://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=ARB&n=659336#Cq4UjfUNBiB2UaGK> (дата обращения: 11.11.2024).

Также сторонам процесса при оценке полноты и всесторонности судебно-медицинского исследования представляется необходимым учитывать данные медицинских документов, которые представлялись или должны были быть представлены эксперту, содержат объективную информацию о состоянии здоровья лица, в отношении которого проводилась экспертиза. При отсутствии таких документов в материалах дела следует заявлять ходатайства об их истребова-

нии судом в соответствии со ст.271 УПК РФ.

В целях нормативного закрепления элементов механизма устранения пробелов в судебно-медицинской экспертизе, представляется возможным рассмотреть закрепление в ст.282 УПК РФ обязанности суда вызывать для допроса эксперта при поступлении соответствующего ходатайства от защитника или государственного обвинителя, независимо от факта допроса эксперта в ходе предварительного расследования.

Библиографический список:

1. Бахтадзе Г. Э. Необходимость наделения стороны защиты правом назначения судебных экспертиз // Вестник СамГУ. – 2014. – №11-2 (122). – С. 87-94.
2. Курс криминалистики: Учеб. пособие для студентов вузов, обучающихся по юрид. специальностям / Р.С. Белкин. 3. изд., доп. – Москва: Юнити, 2001. – 837 с.
3. Судебная экспертиза: типичные ошибки / [Россинская Е. Р. и др.]; под ред. Е.Р. Россинской. – Москва: Проспект, 2014. – 301 с.

Рецензент: Жеребятьев И.В., доцент кафедры уголовно-процессуального права и криминалистики Оренбургского института (филиала) Университета имени О.Е. Кутафина (МГЮА), к.ю.н.

ОСОБЕННОСТИ ДОСУДЕБНОГО ПРОИЗВОДСТВА ПО ПРАВОНАРУШЕНИЯМ, СОВЕРШЕННЫМ МЕДИЦИНСКИМИ РАБОТНИКАМИ

KLIMOVA LILIYA ADILBEKOVNA

Master of Law, Senior Lecturer at the Department of History and Law West Kazakhstan
University of Innovation and Technology, Republic of Kazakhstan , 090000 Uralsk,
klimovalily@cloud.com

FEATURES OF PRE-TRIAL PROCEEDINGS OF OFFENSES, COMMITTED BY MEDICAL PROFESSIONALS

Аннотация. Современная медицина и система здравоохранения стремительными темпами развивается, открывая все большее количество различных манипуляций и техник. Однако расширение возможностей медицины также влияет на повышение риска для жизни и здоровья пациентов. Для разрешения этой проблемы созданы правила и стандарты оказания медицинской помощи, устанавливаемые Министерством здравоохранения, которые должны соблюдаться медицинскими работниками при осуществлении своей деятельности.

Ключевые слова: Жизнь и здоровье человека, медицинские нормативные акты, досудебное расследование, работники медицинских учреждений.

Review. Modern medicine and the healthcare system are developing rapidly, revealing an increasing number of different manipulations and techniques. However, the expansion of medical capabilities also affects the increased risk to the life and health of patients. To solve this problem, rules and standards of medical care have been created, established by the Ministry of Health, which must be observed by medical professionals in carrying out their activities.

Keywords: Human life and health, medical regulations, pre-trial investigation, employees of medical institutions.

Во все века здоровье и жизнь считались самым главным благом и ценностью человека. Поэтому государство защищает права и законные интересы своих граждан. Земное богатство, которое не служит человеку, ничего не стоит.

Статья 1 Конституции РК сказано, что Республика Казахстан утверждает себя демократическим, светским, правовым и социальным государством, высшими ценностями которого являются человек, его жизнь, права и свободы. Каждый гражданин Республики Казахстан имеет право на жизнь, на охрану здоровья, вправе получать бесплатно гарантированный объем медицинской помощи (ст.ст.15, 29 Конституции РК). Как показывает практика, преступления против жизни и здоровья граждан совершаются не только рядовыми гражданами страны, но и работниками медицинских учреждений. В Уголовном кодексе РК есть специальная Глава 12, которая называется «Медицинские уголовные правонарушения», где в семи статьях указаны преступные действия (бездействие) работников медицинских учреждений при исполнении служебных обязанностей. В результате гражданам причиняются различного рода вред здоровью, иногда в результате неправильного исполнения служебных обязанностей врачами, другими работниками

здравоохранения, наступает смерть больного.

По действующему уголовно-процессуальному законодательству, вступившему в законную силу с 1 января 2015 года, по преступлениям, предусмотренным Главой 12 УК РК, досудебное расследование, в основном, проводится следователями органов внутренних дел (ст. 187 УПК РК), вместе с тем и ведется дознание (по статьям 319 ч.ч.1,2,3,4; 321 ч.2; 322 ч.5 УК), возможна и протокольная форма (317 ч.1, 320 ч.1, 322 ч.1). В связи с этим лицом, ведущим досудебное расследование по этим категориям дел (следователем, дознавателем), необходимо знать медицинские нормативные акты, регламентирующие порядок оказания медицинской помощи, порядок ведения историй болезни, различного рода инструкции, регламентирующие работу не только медицинских учреждений, но и их работников, главного врача, лечащего врача, младшего медицинского персонала и т.д., где освещены проблемы профилактики, диагностики, лечения заболевания¹.

Как показывает судебно-следственная практика, преступления данной категории совершаются по неосторожности работниками медицинского учреждения, которые законодательством отнесены и специальным субъектам. И во многих случаях при произ-

¹ Гецманова И.В. Актуальные вопросы правовой оценки и расследования преступлений, связанных с дефектами оказания медицинской помощи // Медицинское право. 2007. № 2 (СПС «Консультант Плюс»).

водстве следственных и процессуальных действий по этим категориям дел следователи сталкиваются с корпоративностью работников здравоохранения, то есть стремлением одних медицинских работников избавить своего коллегу от ответственности, например, судебно-медицинский эксперт, стремясь облегчить положение врача либо огородить его от уголовной ответственности, допустившего то или иное нарушение в лечении больного, дает заключение, не соответствующее объективной действительности. Более того, противодействие досудебному расследованию по данным категориям дел, то есть по врачебным преступлениям, имеет место, когда подозреваемые склоняют свидетелей, потерпевших и их родственников путем угроз, шантажа и т.д. к даче показаний, выгодных именно им.

Определенные трудности вызывает и то, что в связи с поздним получением сообщения о смерти больного или иного вреда здоровью, в медицинские учреждения, по вине врачей, следователи на место происшествия не вызываются, труп не осматривается, медицинские документы своевременно не изымаются, не принимаются меры по собиранию и закреплению документов. В подавляющем большинстве подозреваемые не задерживаются, не арестовываются, не допрашиваются своевременно, что позволяет лицам, допустившим нарушения, вносить в документы исправления, сведения, не соответствующие действительности, что затрудняет расследование. В этой связи мы поддерживаем позицию профессора Е.П. Ищенко, который отмечает, что «участившиеся случаи противоправного воздействия на свидетелей и потерпевших со стороны виновных лиц и их связей, трудности в материально-техническом обеспечении правоохранительных органов на фоне активного использования преступными элементами самых последних достижений научно-технического прогресса ставят перед учеными и законодателями вопрос о необходимости защиты интересов законопослушных граждан за счет применения в ходе расследования нетрадиционных средств получения криминалистически значимой информации».²

Для обеспечения объективности, полноты, всесторонности досудебного расследования следователь назначает и проводит судебно-медицинскую экспертизу, которая позволяет решить ряд вопросов, а именно: были ли нарушены медицинскими работниками правила приема больных; своевременно ли оказана медицинская помощь; соответствовали ли действия медицинских работников требованиям лечебной практики; имеется ли причинная связь между этими действиями и наступившими последствиями; в результате каких действий работников медицины наступили тяжкие последствия (смерть, тяжкий или средней тяжести вред здоровью больного). При назначении и проведении экспертизы следует строго соблюдать требования действующего уголовно-процессуального законодательства (ст.ст. 116, 117, 270-

287 УПК РК).

С учетом указанных обстоятельств и ввиду сложности досудебного расследования преступлений, совершенных медицинскими работниками, с нашей точки зрения, целесообразно передать данные дела в подследственность следователей органов внутренних дел, что позволило бы ввезти специализацию следователей, организовать их подготовку и переподготовку, в результате чего было бы обеспечено качество досудебного расследования.

При определении обстоятельств, подлежащих доказыванию (ст. 113 УПК РК) лицам, ведущим досудебное расследование, следует особое внимание обратить на время, место и способ совершения преступления, на виновность лица в совершении преступления, на характер и размер вреда, причиненного преступлением.

Время совершения преступления в зависимости от обстоятельств может быть любое время суток, особенно ночью, когда в медицинском учреждении остаются только специалисты, которые должны дежурить, и разумеется, контроль над ними несколько слабее, чем в рабочее время. Чувствуя бесконтрольность, дежурный персонал, вместо оказания медицинской помощи тяжело больному, может заниматься личными делами и еще хуже – спать в течение всей ночи.

Место совершения преступления – это, как правило, медицинское учреждение или карета скорой помощи при транспортировке больного пациента от одного в другое медицинское учреждение, когда по состоянию здоровья больного, например, при высоком артериальном давлении, нельзя его транспортировать.

Способы совершения – бесконтрольное отключение аппарата, временно поддерживающего функции организма человека, констатация смерти мозга человека.

Вина лица, совершившего преступление, выражается в форме неосторожности: в виде преступной самонадеянности, когда лицо предвидело наступления общественного опасного последствия, но легкомысленно рассчитывало на предотвращение этих последствий; в виде небрежности, когда лицо предвидело возможность наступления общественно-опасных последствий своих действий, но легкомысленно рассчитывало на предотвращение этих последствий.

Характер вреда, причиненного преступлением, может выражаться в форме имущественного, морального и физического, а размер вреда устанавливается судом, рассмотревшим дело по существу, на основе данных, собранных на стадии досудебного расследования и по результатам судебных действий, проведенных по инициативе участников процесса (потерпевшего, защитника и т.д.).

В ст. 29 Конституции Республики Казахстан записано: «Граждане Республики Казахстан имеют право на охрану здоровья. Граждане Республики вправе получать бесплатно гарантированный объем медицинс-

² Ищенко Е.В. Об использовании специальных детекторов в борьбе с преступлениями террористической направленности // Криминология, уголовное право и криминалистика. 2006. № 3-4. С. 75.

кой помощи, установленный законом». Это конституционное положение характеризует степень ответственности государства перед своими гражданами.

В повседневной жизни конституционное право граждан на охрану здоровья реализуется медицинскими учреждениями и их сотрудниками. Право граждан на охрану здоровья, на бесплатное получение гарантированного объема медицинской помощи указанными выше конституционными положениями возлагается на медицинских работников.

В своем Послании народу Казахстана от 1 сентября 2021 года «Единство народа и системные реформы – прочная основа процветания страны» Глава государства Касым-Жомарт Токаев посвятил проблемам медицины целый раздел «Повышение эффективности системы здравоохранения»³. Система здравоохранения не может стать эффективной, если от халатного отношения медицинских работников к своим обязанностям будут страдать пациенты.

Жизнь и здоровье человека являются важнейшими социальными ценностями, огромное значение в охране которых имеет своевременная и качественная медицинская помощь. Поэтому они относятся к наиболее ценным объектам уголовно-правовой охраны.

подавляющее большинство медицинских работников прилагают все свои знания, усилия на то, чтобы вылечить, а порой и спасти от смерти пациента. Поэтому по разным причинам мы обращаемся в поликлинику, доверяем свое здоровье и жизнь докторам. При этом рассчитываем получить квалифицированную, своевременную помощь и правильное лечение. К сожалению, в реальной жизни имеют место разного рода нарушения со стороны медицинских работников, которые в некоторых случаях приводят к трагическому исходу: пациент теряет здоровье, становится инвалидом или лишается самого дорогого – жизни.

Таким образом, последствия нарушений в сфере оказания медицинской помощи могут быть самыми

плачевными, вплоть до гибели пациента. Число таких случаев с каждым годом не уменьшается, как и количество жалоб пациентов на медицинских работников за халатность, неграмотно или не вовремя оказанную медицинскую помощь.

Отметим, что за нарушение своих профессиональных обязанностей медицинские работники могут быть привлечены к следующим видам ответственности:

- дисциплинарной (замечание, выговор, лишение премии, увольнение);

- гражданско-правовой (возмещение причиненного пациенту ущерба в полном объеме через суд, в том числе и компенсация морального вреда);

- уголовной, причем за одно медицинское правонарушение можно одновременно привлекать к уголовной и гражданско-правовой ответственности.

Особенности указанных нами выше статей УК РК заключаются в том, что по большинству из них к ответственности могут привлекаться медицинские работники за деяния, совершаемые в сфере оказания медицинской помощи, или фармацевтические работники в процессе исполнения ими своих профессиональных обязанностей. Поэтому в криминологической науке существует понятие уголовных правонарушений медицинских работников, под которыми понимаются уголовные правонарушения, совершаемые при осуществлении чисто профессиональных функций с нарушением современных требований медицинской науки и практики, положений медицинской этики и врачебной деонтологии, а также правовых актов.

В заключение следует указать, что досудебное производство уголовных дел, совершенных работниками медицинских учреждений в основном по неосторожности, отличается достаточной степенью сложности. Следовательно должен провести большое количество следственных и процессуальных действий, изучать и анализировать медицинские документы, назначать и проводить экспертизы.

Библиографический список

1. Гецманова И.В. Актуальные вопросы правовой оценки и расследования преступлений, связанных с дефектами оказания медицинской помощи // Медицинское право – 2007. – № 2 (СПС «Консультант Плюс»).
2. Ищенко Е.В. Об использовании специальных детекторов в борьбе с преступлениями террористической направленности // Криминология, уголовное право и криминалистика. – 2006. – № 3-4. – С. 73-84.

Рецензент: Михайлова Е.С., доцент кафедры административного и финансового права Оренбургского института (филиала) Университета имени О.Е. Кутафина (МГЮА), к.ю.н., доцент.

³ Послание Главы государства Касым-Жомарта Токаева народу Казахстана от 1 сентября 2021 года «Единство народа и системные реформы – прочная основа процветания страны». URL: <https://www.akorda.kz/ru/poslanie-glavy-gosudarstva-kasym-zhomarta-tokaeva-narodu-kazahstana-183048> (дата обращения 20.12.2024).

КОСТЕНЮК ЕКАТЕРИНА АЛЕКСАНДРОВНА

аспирант 4 курса кафедры уголовно- процессуального права им. Радутной
ФГБОУ ВО «РГУП им. В.М. Лебедева», помощник судьи Оренбургского районного
суда Оренбургской области, 460034, г. Оренбург, ул. Путепроводная, 11 «Б»,
orensud@yandex.ru

ЦИФРОВАЯ ГЛАСНОСТЬ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ В УГОЛОВНОМ СУДОПРОИЗВОДСТВЕ: НОВЫЕ ВЫЗОВЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ

KOSTENYUK EKATERINA ALEXANDROVNA

Graduate student of the 4th year of the Department of Criminal Procedure Law named
after Radutnoy FGBOUVO «RGUP named after V.M. Lebedev », Assistant judge of the
Orenburg District Court of the Orenburg region, 460034, Orenburg, 11 «B» Overpass
street, oremsud@yandex.ru

DIGITAL PUBLICITY OF FORENSIC EXAMINATIONS IN CRIMINAL PROCEEDINGS: NEW CHALLENGES AND PROSPECTS

Аннотация. Цифровизация, проникающая во все сферы нашей жизни, не обошла стороной и судебную систему. Одной из наиболее актуальных тем является вопрос о цифровой гласности судебно-медицинских экспертиз. С одной стороны, открытый доступ к информации о проведенных экспертизах может способствовать повышению прозрачности судебного процесса, укреплению доверия к правосудию и развитию научного сообщества. С другой стороны, необходимо учитывать потенциальные риски, связанные с раскрытием конфиденциальной информации и возможностью манипулирования экспертными заключениями.

Ключевые слова: цифровая гласность, судебно-медицинская экспертиза, уголовное судопроизводство, открытые данные, защита персональных данных, информационная система.

Review. Digitalization, penetrating all spheres of our lives, has not bypassed the judicial system. One of the most pressing issues is the issue of digital transparency of forensic medical examinations. On the one hand, open access to information about the examinations carried out can contribute to increasing the transparency of the judicial process, strengthening trust in justice and developing the scientific community. On the other hand, it is necessary to take into account the potential risks associated with the disclosure of confidential information and the possibility of manipulating expert opinions.

Keywords: digital transparency, forensic medical examination, criminal proceedings, open data, personal data protection, information system.

Цифровая трансформация, охватившая практически все сферы человеческой деятельности, не обошла стороной и систему уголовного судопроизводства. Одним из наиболее значимых направлений цифровизации является открытие данных судебно-медицинских экспертиз. Данный процесс, получивший название «цифровая гласность», несет в себе как значительные перспективы повышения прозрачности и объективности судебного процесса, так и определенные вызовы, связанные с защитой персональных данных и обеспечением безопасности участников судебного процесса. Вопрос обеспечения гласности в судебном процессе, особенно в условиях чрезвычайных ситуаций, приобретает особую актуальность. Однако часто наблюдается смешение понятий «гласность» и «цифровая гласность», что приводит к некорректному толкованию принципов правосудия.

Однако, часто понятие «гласность» использует-

ся довольно расплывчато, что приводит к путанице и неточностям в научных дискуссиях и правоприменительной практике. Гласность традиционно рассматривается как один из фундаментальных принципов правосудия. Она предполагает открытость судебного процесса для общественности и гарантирует возможность каждому присутствовать на судебном заседании¹. Однако гласность не является абсолютным принципом и может быть ограничена в случаях, предусмотренных законом, например, для защиты интересов несовершеннолетних или государственной тайны.

Цифровая трансформация судебной системы привела к появлению нового понятия – цифровая гласность. Она предполагает открытый доступ к судебным материалам в электронном виде, включая экспертные заключения. В контексте судебно-медицинских экспертиз цифровая гласность может суще-

¹Lee H. J. Ethical considerations in digital forensic medicine. In M. K. Chen & N. L. Wang (Eds.) // Handbook of forensic science. 2022. P. 345-362.

ственно повысить прозрачность судебного процесса². В условиях чрезвычайной ситуации может возникнуть необходимость в ограничении физического доступа к судебным заседаниям, однако не означает отказ от принципа гласности. В таких случаях можно обеспечить доступ к судебным заседаниям в режиме онлайн, поможет сохранить принцип открытости судебного процесса.

Судебно-медицинская экспертиза играет ключевую роль в уголовном процессе, и цифровая гласность в судебно-медицинской экспертизе имеет свои особенности³. С одной стороны, открытый доступ к экспертным заключениям повысит прозрачность судебного процесса и повысит уровень доверия к экспертам. С другой стороны, необходимо учитывать этические аспекты, связанные с защитой персональных данных и правом на неприкосновенность частной жизни.

Цифровая гласность в отношении судебно-медицинских экспертиз подразумевает открытый доступ к информации о проведенных экспертизах, их резуль-

татах и заключениях в электронном виде и помогает участникам судебного процесса, а также общественности, ознакомиться с экспертными материалами, оценить их объективность и обоснованность.

Цифровая гласность в контексте судебно-медицинских экспертиз – комплексный феномен, отражающий процесс открытого доступа к информации, связанной с проведением экспертиз, их результатами и процедурами. **Цифровая гласность**, как предоставление общественности возможности ознакомиться с основными положениями экспертных заключений, так и обеспечение прозрачности процесса экспертизы для участников судебного процесса⁴. Ключевые аспекты цифровой гласности в судебно-медицинской экспертизе представлены на рис. 1.

Цифровая гласность в судебно-медицинской экспертизе является неизбежным трендом, который требует взвешенного подхода и комплексного решения возникающих проблем. С одной стороны, открытость данных способствует повышению доверия к экспертизам и развитию науки. С другой стороны, необхо-



Рис. 1. Основные аспекты цифровой гласности в судебно-медицинской экспертизе (разработано автором)

²Белякова А.В. Медиатизация принципа гласности судебного процесса в условиях цифрового государства // Право и экономика. 2023. № 6(424). С. 20-29.

³Петришин А.П. Влияние цифровых технологий на реализацию принципа гласности правосудия // Образование и право. 2021. № 10. С. 209-213.

⁴Jones A. B., Smith C. D. The impact of digital transparency on forensic medical examinations: A systematic review // Journal of Forensic Sciences. 2023. Vol.68(2). P. 456-472.

димо принимать меры для защиты конфиденциальности и предотвращения злоупотреблений.

В настоящее время в большинстве стран мира судебно-медицинские экспертизы проводятся в закрытом режиме. Результаты экспертиз предоставляются суду и сторонам процесса, но доступ к ним для широкой общественности, как правило, ограничен. Такой подход обусловлен необходимостью защиты прав и законных интересов участников уголовного процесса, а также сохранения конфиденциальности персональных данных.

Однако с развитием информационных технологий и ростом общественного интереса к вопросам правосудия, все чаще звучат призывы к большей открытости судебного процесса. Ведь общественность имеет право знать, на основании каких доказательств принимаются судебные решения, особенно в делах, вызывающих широкий общественный резонанс.

Внедрение цифровой прозрачности в судебно-медицинскую экспертизу стало растущей тенденцией во всем мире. Различные страны используют разные подходы, чтобы сбалансировать необходимость открытого доступа к судебно-медицинским доказательствам с заботой о конфиденциальности, безопасности и возможности неправомерного использования.

В США Национальный институт стандартов и технологий (NIST) сыграл весомую роль в разработке стандартов и руководств для судебной экспертизы, включая цифровую криминалистику. NIST опубликовали множество отчетов и рекомендаций, направленных на повышение прозрачности и воспроизводимости результатов судебного анализа. Цифровая криминалистика с открытым исходным кодом (OSDF) способствует разработке и использованию инструментов и методов цифровой криминалистики с открытым исходным кодом. Цифровая криминалистика с открытым исходным кодом (OSDF) стремится повысить прозрачность и доступность в уголовном судопроизводстве⁵.

В условиях геополитической напряженности и санкций Россия вряд ли будет активно использовать стандарты, разработанные в США, потому что может быть воспринято как зависимость от противника и потенциальная угроза национальной безопасности. Существующие санкции и взаимные обвинения подрывают доверие между Россией и США. В таких условиях сложно говорить о широком использовании американских стандартов в критически важных сферах. Российское законодательство в области судебной экспертизы и цифровой криминалистики имеет свои особенности, которые могут отличаться от американских стандартов. Прямое применение американских регламентов может привести к конфликтам с российским законодательством. Использование американских инструментов и технологий с открытым исходным кодом может быть ограничено санк-

циями, затрудняющими доступ к необходимым программным обеспечениям и аппаратным средствам. Однако, это не означает, что российские специалисты полностью игнорируют опыт США в области цифровой криминалистики.

В Великобритании регулирующий орган судебной экспертизы (FSR) играет решающую роль в надзоре за качеством и стандартами судебной экспертизы. Они выпустили руководство по цифровой судебной экспертизе, в котором подчеркивается значимость прозрачности, подотчетности и использования проверенных методов. Также в Великобритании имеется обширная национальная база данных ДНК, доступная для правоохранительных органов. Несмотря на споры о конфиденциальности, база данных помогает в раскрытии преступлений и установлении личности подозреваемых⁶.

Национальный институт судебной экспертизы (NIFS) является ведущим поставщиком судебно-медицинских услуг в Австралии так как реализовали различные инициативы по повышению прозрачности и подотчетности, включая разработку систем управления качеством и использование инструментов управления цифровыми доказательствами.

Европейская сеть институтов судебной экспертизы (ENFSI) - сеть институтов судебной экспертизы по всей Европе, которая разработала руководящие принципы и стандарты судебной экспертизы, в том числе цифровую криминалистику. ENFSI также способствует сотрудничеству и обмену знаниями между своими членами.

Национальный центр криминалистических технологий (NFSTC) - канадское государственное учреждение, которое занимается исследованиями, разработками и обучением в области криминалистики. Оно участвовало в разработке стандартов и руководств по цифровой криминалистике, уделяя особое внимание обеспечению надежности и достоверности судебных доказательств.

На основании проведенного исследования определили, что цифровая гласность в судебно-медицинских экспертизах имеет ряд существенных преимуществ:

1. Открытость и прозрачность процесса экспертизы способствуют укреплению доверия общественности к результатам экспертных исследований.
2. Общественный контроль и обсуждение результатов экспертиз стимулируют экспертов к тщательному и объективному проведению исследований.
3. Открытость информации о проведении экспертиз затрудняет манипулирование результатами и снижает риск коррупционных проявлений.
4. Публикация результатов экспертиз способствует развитию научных исследований в области судебной медицины.
5. Цифровизация экспертных заключений сокращает время на их подготовку и передачу, что ускоряет рассмотрение дел.

⁵Arcos T.M. Digital evidence and fair trial rights at the International Criminal Court // *Leiden Journal of International Law*. 2023. Vol.36(3). P.749-769.

⁶Lee H. J. Ethical considerations in digital forensic medicine. In M. K. Chen & N. L. Wang (Eds.) // *Handbook of forensic science*. 2022. P. 345-362.

6. Открытость экспертной деятельности способствует укреплению доверия к судебной системе в целом.

Вместе с тем, цифровая гласность в судебно-медицинских экспертизах сталкивается с рядом вызовов и ограничений:

- Необходимо отметить баланс между правом общественности на информацию и правом граждан на защиту персональных данных.

- Некоторые аспекты экспертной деятельности могут быть конфиденциальными и требуют защиты профессиональной тайны.

- Публикация экспертных заключений может создать угрозу безопасности участников судебного процесса, особенно в случаях, связанных с особо тяжкими преступлениями.

- Обеспечение безопасного и удобного доступа к большим объемам данных о судебно-медицинских экспертизах требует значительных технических ресурсов.

- Недобросовестные пользователи могут использовать открытую информацию для манипулирования общественным мнением.

- Открытый доступ к экспертным материалам может стать инструментом для манипулирования доказательствами и оказания давления на экспертов.

Выделим основные проблемы цифровой гласности в судебно-медицинских экспертизах:

- Баланс между необходимостью обеспечения прозрачности и защитой частной жизни является серьезной проблемой.

- Обеспечение безопасности конфиденциальных криминалистических данных имеет значение для предотвращения несанкционированного доступа и манипуляций с ними.

- Сложность цифровых доказательств и стремительный технологический прогресс затрудняет внедрение согласованных стандартов и практик.

- Внедрение цифровой прозрачности является ресурсоемким процессом, требующим инвестиций в технологии, обучение и системы управления качеством.

Несмотря на указанные проблемы, тенденция к цифровой прозрачности в судебно-медицинской экспертизе, вероятно, сохранится. По мере развития технологий и повышения требований к подотчетности судебно-медицинским сообществам во всем мире нужно принимать меры, способствующие открытому доступу, воспроизводимости и доверию к системе правосудия.

Для реализации цифровой гласности в отношении судебно-медицинских экспертиз необходимо разработать и внедрить следующие механизмы:

1. Создание единой информационной системы, которая поможет хранить и предоставлять открытый доступ к экспертным материалам.

2. Разработать систему аутентификации и авторизации пользователей для обеспечения безопасности доступа к экспертным материалам.

3. Определение круга лиц, имеющих доступ к информации и экспертным материалам.

4. Необходимо разработать правила публикации экспертных заключений, которые обеспечивают баланс между правом на информацию и защитой персональных данных.

Одним из возможных решений проблем, связанных с цифровой гласностью в судебно-медицинской экспертизе, является видеофиксация процесса проведения экспертизы.

Введение видеофиксации при проведении судебно-медицинских экспертиз является важным шагом к повышению прозрачности и объективности судебного процесса, чтобы обеспечить доверие к результатам экспертиз и снизить количество судебных разбирательств. Видеозапись поможет:

- Повысить прозрачность, так как участники процесса могут самостоятельно оценить объективность и полноту проведенных исследований.

- Наличие видеозаписи может снизить количество ходатайств о проведении повторных экспертиз, так как участники процесса будут уверены в объективности первоначального исследования.

- Видеозапись может служить дополнительным доказательством в случае возникновения споров о результатах экспертизы.

Несмотря на существующие вызовы, цифровая гласность в судебно-медицинских экспертизах имеет большие перспективы развития. В будущем можно ожидать следующих тенденций:

- Создание цифровых платформ для публикации результатов экспертиз, обеспечивающих удобный поиск и анализ информации).

- Применение искусственного интеллекта для автоматизации некоторых этапов экспертизы и анализа больших данных.

- Разработка международных стандартов и рекомендаций в области цифровой гласности в судебно-медицинских экспертизах.

В контексте судебно-медицинской экспертизы, приложение к экспертным заключениям видеозаписи процесса экспертизы может стать эффективным инструментом повышения прозрачности и доверия к судебной системе. Однако необходимо разработать четкие правила, регулирующие порядок создания, хранения и доступа к таким видеоматериалам, с учетом требований законодательства о защите персональных данных и других этических норм.

Цифровая гласность в сфере судебно-медицинской экспертизы поднимает вопросы о границах допустимого в медицине и праве. С одной стороны, общество имеет право знать, как принимаются судебные решения, основанные на результатах экспертиз. С другой стороны, необходимо учитывать интересы участников процесса и соблюдать медицинскую тайну.

В заключение отметим, что цифровая гласность в судебно-медицинских экспертизах является инструментом повышения прозрачности и эффективности правосудия. Ее развитие требует совместных усилий экспертного сообщества, органов государственной власти и гражданского общества.

Таблица 1 - Преимущества видеофиксации при проведении судебно-медицинской экспертизы (составлено автором)

Преимущества видеофиксации	Описание
Повышение прозрачности процесса	Участники процесса (следователи, адвокаты, стороны процесса) могут лично оценить ход экспертизы, убедиться в объективности и полноте проведенных исследований для того, чтобы снизить уровень недоверия к результатам экспертизы.
Снижение количества ходатайств о повторных экспертизах	Наличие видеозаписи служит гарантией того, что экспертиза проведена в соответствии с установленными правилами и методиками, чтобы снизить количество запросов на повторные экспертизы, так как у участников процесса будет меньше оснований сомневаться в результатах первоначального исследования.
Дополнительное доказательство	Видеозапись может быть использована в качестве дополнительного доказательства в случае возникновения споров о результатах экспертизы. Она поможет детально проанализировать все этапы исследования и убедиться в его достоверности.
Контроль за действиями эксперта	Видеозапись даст возможность контролировать действия эксперта на всех этапах исследования, чтобы снизить риск фальсификации результатов и ошибок.
Фиксация всех этапов экспертизы	Видеозапись помогает зафиксировать все этапы экспертизы, включая подготовку образцов, проведение исследований, оформление заключения, чтобы создать полную картину проведенных работ и облегчает последующий анализ.
Возможность дистанционного участия в экспертизе	При наличии качественной системы видеосвязи, участники процесса могут дистанционно наблюдать за ходом экспертизы, что особенно актуально в условиях ограничений или удаленности.

Цифровая гласность в отношении судебно-медицинских экспертиз является важным шагом на пути к повышению прозрачности и эффективности уголовного судопроизводства. Однако реализация этого принципа требует тщательного взвешивания всех «за» и «против» и разработки эффективных механизмов, которые помогут обеспечить баланс между правом на информацию и защитой законных интересов участников судебного процесса.

Обеспечение гласности в суде первой инстанции в условиях чрезвычайной ситуации – сложная задача, требующая взвешенного подхода. Гласность не является абсолютным принципом и может быть ог-

раничена в интересах других конституционных ценностей. Цифровая гласность в сфере судебно-медицинских экспертиз открывает новые возможности для повышения прозрачности судебного процесса, однако требует решения ряда этических и правовых проблем.

В перспективе развитие цифровой гласности в области судебно-медицинских экспертиз может привести к созданию электронных архивов экспертных заключений, которые будут доступны для научного сообщества и широкой общественности, чтобы повысить качество экспертиз и ускорить развитие судебной медицины в целом.

Библиографический список

1. Белякова А.В. Медиатизация принципа гласности судебного процесса в условиях цифрового государства // Право и экономика. – 2023. – № 6(424). – С. 20-29.
2. Петришин А.П. Влияние цифровых технологий на реализацию принципа гласности правосудия // Обращение и право. – 2021. – № 10. – С. 209-213.
3. Arcos T.M. Digital evidence and fair trial rights at the International Criminal Court // Leiden Journal of International Law. 2023. Vol.36(3). P.749-769.
4. Jones A. B., Smith C. D. The impact of digital transparency on forensic medical examinations: A systematic review // Journal of Forensic Sciences. 2023. Vol.68(2). P. 456-472.
5. Lee H. J. Ethical considerations in digital forensic medicine. In M. K. Chen & N. L. Wang (Eds.) // Handbook of forensic science. 2022. P. 345-362.

Рецензент: Долгополов Д.В., доцент кафедры уголовно-процессуального права им. Н. Радутной ФГБОУВ «РГУП им. В.М. Лебедева», к.ю.н.

МИШУРОВ АЛЕКСЕЙ ПАВЛОВИЧ

начальник отдела по расследованию имущественных и личных рисков
Управления расследования страховых случаев Департамента безопасности
Страхового акционерного общества «РЕСО-Гарантия», 117105, Москва,
Нагорный пр., 6, эл. почта mishp@reso.ru

УГОЛОВНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В СЛУЧАЯХ СТРАХОВОГО МОШЕННИЧЕСТВА

MISHUROV ALEXEY PAVLOVICH

head of the department for investigation of property and personal risks of the
Insurance investigation department of the Security department of the Insurance Joint
Stock Company «RESO-Garantia», 6 Nagorny ave., Moscow, 117105, mishp@reso.ru

CRIMINAL LIABILITY OF MEDICAL WORKERS IN CASES OF INSURANCE FRAUD

Аннотация. Страховое мошенничество - одно из распространенных преступлений, совершаемых на территории Российской Федерации. В своей статье автор рассматривает один из способов совершения страхового мошенничества в сфере личного страхования граждан, с участием медицинских работников. Приводит примеры совершенных преступлений, с отсылкой к статьям Уголовного кодекса Российской Федерации.

Ключевые слова: преступления, мошенничество, страховое мошенничество, уголовная ответственность медицинских работников, личное страхование граждан, фальсификация.

Review. Insurance fraud is one of the most common crimes committed on the territory of the Russian Federation. In his article, the author examines one of the ways to commit insurance fraud in the field of personal insurance of citizens, with the participation of medical professionals.

He gives examples of crimes committed, with reference to articles of the Criminal Code of the Russian Federation.

Keywords: crimes, fraud, insurance fraud, criminal liability of medical workers, personal insurance of citizens, falsification.

«Страховое мошенничество» – это любое действие, совершенное с целью фальсификации процесса страхования. То есть, данная терминология имеет очень широкий круг деяний, а кроме того, субъектов совершаемых деяния с целью фальсификации процесса страхования.

Страховое мошенничество существует с первых дней появления страхового бизнеса. Страховые выплаты по заявленным мошенническим событиям составляют примерно 25% от всех осуществляемых страховщиками выплат и ежегодно обходятся страховым компаниям в миллиарды рублей. Виды страхового мошенничества весьма разнообразны и встречаются во всех областях страхования. Страховые преступления также варьируются по степени тяжести: от слегка завышенных сумм страховых выплат до умышленного причинения несчастных случаев или имущественного ущерба. Мошеннические действия влияют на жизнь ни в чем не повинных людей, как непосредственно в результате случайных или умышленных травм или ущерба, так и косвенно, поскольку эти преступления приводят к повышению страховых взносов.

Деяния, связанные с получением страховых выплат с использованием обмана, встречались еще в первом веке нашей эры, о чем свидетельствует «Эпиграм-

рамма римского поэта Марциала»:¹

«Дом себе, Тонгилиан, за двести тысяч купил ты,
но уничтожен он был частой в столице бедой.

Внятеро больше тебе собрали. И можно подумать,
Тонгилиан, будто сам свой ты домишко поджег».

Страховое мошенничество в Российской Федерации приобрело явный характер в 2004 году, после введения в действия Федерального закона от 25.04.2002 № 40-ФЗ «Об обязательном страховании гражданской ответственности владельцев транспортных средств». И лишь спустя 8 лет, законодателем принято решение о выделении из статьи уголовного кодекса «Мошенничество» в отдельную подгруппу деяний «страхового мошенничества» как самостоятельного вида преступлений.

Так, 29 ноября 2012 года Федеральным законом от 29.11.2012 № 207-ФЗ «О внесении изменений в Уголовный кодекс Российской Федерации и отдельные законодательные акты Российской Федерации» Уголовный кодекс Российской Федерации был дополнен статьей 159.5 «Мошенничество в сфере страхования».

В российском законодательстве страховое мошенничество – это хищение чужого имущества путем обмана относительно наступления страхового случая, а равно размера страхового возмещения, подлежащего

¹ Эпиграммы римского поэта Марциала. URL: https://lib.ru/POEEAST/MARCIAL/marzial1_1.txt (дата обращения: 05.11.2024).

выплате в соответствии с законом либо договором страхователю или иному лицу. Таким образом, субъектами указанного преступления могут быть сотрудники страховой компании, страхователи или застрахованные лица. То есть, исходя из положения статьи 159.5 Уголовного кодекса Российской Федерации – страховое мошенничество имеет место в тех случаях, когда заявитель пытается получить от страховой компании какую-либо выгоду или преимущество, на которые он не имеет права, или когда страховщик сознательно оспаривает или занижает какие-либо выплаты, причитающиеся страхователю или застрахованному.

События, происходящие на мировой арене в последнее время, в частности, уход с российского рынка иностранных производителей автомобилей вследствие введения санкций, способствуют появлению нестандартных способов обогащения.

Так, многие лица, ранее занимавшиеся инсценировками ДТП и получением страховых выплат по договорам ОСАГО, прекращают свою деятельность и начинают совершать преступные деяния в сфере страхования жизни и здоровья от несчастных случаев и болезней, руководствуясь получением большего размера денежного обогащения.

Одним из видов страхования является заключение договоров личного страхования, которое предусмотрено статьей 934 Гражданского кодекса РФ, и осуществляется в соответствии с положениями статей 943, 944 и 945 Гражданского кодекса РФ.

Договор личного страхования – это когда страховщик обязуется за обусловленную договором страховую премию, уплачиваемую страхователем, выплатить единовременно или выплачивать периодически обусловленную договором страховую сумму в случае причинения вреда жизни или здоровью самого страхователя или другого названного в договоре гражданина (застрахованного лица), достижения им определенного возраста или наступления в его жизни иного предусмотренного договором события (страхового случая).

Согласно правилам страхования, любое событие, которое имеет признаки страхового, должно быть подтверждено документами из компетентных органов. Как пример таких документов, в случае с заявлениями о страховой выплате по обязательному страхованию гражданской ответственности владельцев транспортных средств, это справки из органов Госавтоинспекции о фиксации факта дорожно-транспортного происшествия и о определении виновности конкретного участника происшествия. В случае с личным страхованием, основанием для выплаты страхового возмещения являются документы, выданные медицинской организацией. К таким документам относятся справки, выписные эпикризы, заключения экспертов, выписки из медицинских карт, протоколы исследований. Перечень документов, выдаваемых медицинской организацией, не является исчерпывающим. В любом случае, медицинские документы, предоставляемые страхователем страховщику, изго-

тавливаются конкретным должностным лицом медицинской организации. И вот в этот момент, по нашему мнению, появляются недобросовестные лица, которые ставят свои личные интересы выше интересов профессии.

Рассматривая страхование жизни и здоровья как один из способов совершения страхового мошенничества, можно однозначно утверждать, что все сфальсифицированные события происходят с участием медицинских работников. Однако, не во всех случаях страховых мошенничеств в личном страховании врачи являются соучастниками преступления. В судебной практике очень много примеров, когда врач используется «в темную», или используются персональные данные конкретного врача.

Один из таких примеров находился в практике САО «РЕСО-Гарантия». В январе 2023 года в адрес Общества обратилась страхователь, которая в своем заявлении сообщила, что разбирала книжную полку, и вдруг, неожиданно для нее, посыпались книги, спустя два часа ей стало плохо, у нее появилась тошнота, головокружение, головная боль. В подтверждение своих слов страхователем была представлена медицинская справка, согласно которой у потерпевшей диагностировано сотрясение головного мозга. Сотрудниками департамента безопасности проведен анализ представленного медицинского документа, по ряду признаков установлено, что указанный документ не мог быть выдан медицинской организацией. Однако при проверке сведений, размещенных в свободном доступе в глобальной сети Интернет, установлено, что в медицинском учреждении, выдавшем справку, действительно осуществляет деятельность врач, выдавший медицинскую справку. При направлении запроса в медицинское учреждение получен ответ, что данный медицинский документ не выдавался. Такого рода действия составляют немалую часть страховых мошенничеств, когда страхователи приобретают готовые бланки с подписью врача и печатями медицинских учреждений. И, безусловно, данные события не имеют отношения к медицинским работникам.

Однако, получение значительной страховой выплаты в обмен на медицинский документ заставляет медицинских работников зачастую совершать должностные преступления.

Почему врач является должностным лицом? Согласно примечанию 1 к статье 285 Уголовного кодекса Российской Федерации следует, что должностными лицами признаются лица, постоянно, временно или по специальному полномочию осуществляющие функции представителя власти либо выполняющие организационно-распорядительные, административнохозяйственные функции в государственных органах, органах местного самоуправления, государственных и муниципальных учреждениях.

Среди представителей юриспруденции происходят постоянные споры на тему: «является ли врач должностным лицом?», так как однозначной формулировки в законе нет. Фактически, любой врач име-

ет возможность выдать пациенту лист нетрудоспособности, либо выписать рецепт на получение лекарства, то есть, согласно положению пункта 4 постановления Пленума Верховного Суда РФ от 16.10.2009 № 19 «О судебной практике по делам о злоупотреблении должностными полномочиями и о превышении должностных полномочий»,² выполнить организационно-распорядительную функцию. Данное разъяснение Верховного Суда Российской Федерации однозначно переводит врачей в статус должностных лиц, что влечет за собой, в случае совершения ими противоправных действий, привлечению к уголовной ответственности по статьям Уголовного кодекса (Глава 30 «Преступления против государственной власти, интересов государственной службы и службы в органах местного самоуправления»).

Самым распространенным примером участия врачей в страховом мошенничестве является установление группы инвалидности. Данный подвид страхового мошенничества можно разделить на две группы:

1. единичные случаи;
2. устойчивая преступная группа.

При выявлении страхового мошенничества в единичных случаях и возбуждения по данным фактам уголовных дел, как правило, на стадии предварительного следствия, сотрудниками правоохранительных органов выявляется врач, который способствовал совершению преступления. К роли врача, в зависимости от его должностного положения, может относиться:

1. посредничество во взятке (ст. 291.1 УК РФ) – как один из распространенных примеров – когда заместитель главного врача по клинико-экспертной работе на стадии подготовки медицинских документов за денежное вознаграждение оказывает содействие в виде внесения некоторых коррективов в медицинские документы;

2. фальсификация медицинских документов (ст. 292 УК РФ) – когда, например, врач-офтальмолог вносит в медицинские документы заведомо ложные сведения о медицинском диагнозе. Что в дальнейшем, при проведении медико-социальной экспертизы в заочной форме, влечет установление группы инвалидности гражданину РФ. В случаях служебного подлога врач, внося заведомо ложные сведения в медицинские документы, одновременно превышает свои должностные полномочия (ст. 285 УК РФ), так как в должностной инструкции врача нет такой обязанности – фальсифицировать данные о заболевании пациента. (п. 17 постановления Пленума Верховного Суда РФ от 16.10.2009 № 19 «О судебной практике по делам о злоупотреблении должностными полномочиями и о превышении должностных полномочий»);

3. взятка (ст. 290 УК РФ) – когда врач, за денежное вознаграждение, принимает решение об установлении диагноза, либо группы инвалидности.

Один из последних случаев ярко освещался в средствах массовой информации. Это преступление, совершенное руководителем одного из бюро медико-социальной экспертизы Оренбургской области – С.В.Ш. Обстоятельства совершения преступления подробно изложены в приговоре Октябрьского районного суда г. Орска Оренбургской области по уголовному делу № 1-16/2024. Согласно вступившему в законную силу приговору суда, должностное лицо признано виновным в пяти эпизодах получения взятки должностным лицом. Так, С.В.Ш., будучи осведомленной о своих должностных обязанностях и мерах ответственности, являясь должностным лицом, обладая знаниями в сфере определения критериев, на основании которых гражданину может быть установлена инвалидность, действуя умышленно, незаконно, используя свое служебное положение, из корыстной заинтересованности, за совершение действий, входящих в ее полномочия, сообщила гражданину РФ о наличии у неё полномочий принимать решение о наличии или отсутствии оснований для установления статуса инвалида лицам, обратившимся на основании направления о проведении медико-социальной экспертизы в бюро медико-социальной экспертизы Минтруда России, и потребовала от гражданина РФ передачи ей взятки в виде денег в значительном размере за оказание содействия в получении гражданином РФ статуса инвалида второй группы бессрочно (при наличии у гражданина третьей группы инвалидности), на что гражданин РФ согласился. По итогам проведенного судебного следствия, С.В.Ш. приговорена к штрафу в размере 900 тысяч рублей, с лишением права заниматься в государственных учреждениях деятельностью, связанной с выполнением организационно-распорядительных функций в сфере оказания услуги по проведению медико-социальной экспертизы, на срок 3 года, а также конфискации в доход государства денежных средств в размере 155 тысяч рублей.

Не стоит забывать, что заведомо ложное установление группы инвалидности гражданину с целью получения страховой выплаты обязательно попадет в поле зрения правоохранительных органов. Помимо получения страховой выплаты «лжеинвалид» получает льготы, в том числе ежемесячные денежные выплаты в соответствии с положением Федерального закона от 24 ноября 1995 года № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации». Таким образом, принимая решение об установлении II или I групп инвалидности лицу, заведомо не имеющему заболеваний, соответствующих критериям указанных групп, врач автоматически становится соучастником преступления, ответственность за которое предусмотрена ст. 159 Уголовного кодекса Российской Федерации, в части получения инвалидом выплат от государства.

Но установление инвалидности далеко не единственный способ незаконного обогащения. В случаях

² Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 16.10.2009 № 19 (ред. от 11.06.2020) «О судебной практике по делам о злоупотреблении должностными полномочиями и о превышении должностных полномочий» // СПС КонсультантПлюс (дата обращения: 05.11.2024).

установления инвалидности медицинский работник получает лишь малую часть страховой премии. Данное обстоятельство подталкивает недобросовестных врачей возглавлять преступные группы. Устойчивые преступные группы страховых мошенников, в состав которых входят врачи, зачастую образуются двумя способами:

1. Врача вовлекает в преступную группу лицо, не имеющее отношения к медицине, при этом владеющее навыками в области страхового дела;

2. Преступную группу создает медицинский работник.

Оба варианта участия медицинских работников в страховом мошенничестве всегда являются следствием удачно совершенного единичного страхового мошенничества. Психология совершения страхового мошенничества не отличается от психологии совершения других преступлений. Попробовав один раз, доведя преступный умысел до логического финала – получения страховой выплаты, злоумышленники начинают развиваться, изобретая всевозможные варианты получения страховых выплат.

В зависимости от распределения ролей участников преступления, действия конкретного медицинского работника могут быть квалифицированы по одной из следующих статей Уголовного кодекса Российской Федерации:

1. ч. 5 ст. 33, ч. 2 ст. 159.5 УК РФ – пособник (в случаях вовлечения врача лицом, не имеющим отношения к медицине, при этом владеющим навыками в области страхового дела). Одним из самых распространенных примеров является случай, когда к врачу обращается лицо, которое сообщает о своих намерениях получить страховую выплату, в связи с чем просит медицинского работника изготовить необходимые медицинские документы, обещая взамен поделиться частью страховой выплаты;

2. ч. 3 ст. 159.5 УК РФ – квалифицирующий признак (совершение лицом преступления с использованием своего служебного положения). Безусловно, самый распространенный пример такого деяния – когда один из супругов является заявителем, а второй супруг врачом. С целью получения страховой выплаты в страховую компанию предоставляются заведомо подложные медицинские документы, выполненные супругом-врачом. Наличие гражданского брака в указанном мной примере не является исчерпывающим признаком. Очень часто, даже чаще, чем в случаях с браком, зарегистрированным в гражданском порядке, указанное преступление совершаются сожителями;

3. ч. 4 ст. 159.5 УК РФ – квалифицирующий признак (преступления, совершенные организованной группой). Самая частая специализация врачей, которые организуют преступные группы с целью совершения страхового мошенничества – травматологи или хирурги. Врачи, которые ведут прием граждан, являющихся в медицинские учреждения с настоящими травмами, имеют реальную возможность вносить изменения в медицинские документы в части

времени обращения пациента. С целью получения страховой выплаты, как правило, врач имеет устойчивый контакт со страховым агентом. События развиваются по следующему сценарию: в травматологический пункт приходит лицо, имеющее серьезные телесные повреждения, страховая выплата за которые будет существенной (например, перелом ладьевидной кости кисти, либо перелом мыщелка бедренной кости). Данному лицу предлагается заключить договор страхования жизни и здоровья с целью получения страховой выплаты. При получении согласия от пациента травматолог связывается с агентом страховой компании, который осуществляет страхование конкретного лица. В свою очередь пациенту либо делают обезболивающий укол и отправляют домой, либо в медицинские документы вносятся заведомо ложные сведения о дате и времени обращения за медицинской помощью. Всё зависит от конкретной ситуации, возможностей агента и возможностей врача.

4. заведомо ложные показания или заключение эксперта или специалиста (ст. 307 УК РФ) – в большинстве своем происходит в делах о дорожно-транспортных происшествиях, когда государственным судебно-медицинским экспертом вносятся заведомо ложные сведения, увеличивающие степень вреда, причиненного здоровью.

Такой случай имеется в практике Страхового общества «РЕСО-Гарантия»: гражданин РФ, имея высшее медицинское образование, обладая организаторскими способностями и чертами лидера, зная основания и порядок заявления требований о получении страховых и компенсационных выплат, понимая, что сложность и масштабность хищения денежных средств страховой компании путем организации инсценированного дорожно-транспортного происшествия, повлекшего смерть человека, и предоставление заведомо ложных сведений относительно заявляемого ДТП в страховую компанию требуют создание и функционирование сплоченной и четко скоординированной организованной преступной группы с распределением ролей между его членами, узнав о наличии неизлечимого онкологического заболевания «Периферический рак верхней доли левого легкого, Т3N1M0, стадия 3А, с инвазией перикарда», влекущего смерть больного в течение короткого периода, у его родственника, создал организованную преступную группу, сформировав ее на основе родственных отношений между всеми участниками, для хищения чужого имущества (денежных средств) страховой компании, путем обмана – заключения договора страхования, инсценировки наступления страхового случая и получения необоснованных страховых выплат, и возглавил ее.

Обстоятельства совершенного преступления следующие: два брата, один из которых занимал должность заведующего Бюро СМЭ в одном из субъектов Российской Федерации, узнав о наличии у своего дяди онкологического заболевания, застраховали последнего в 4-х страховых компаниях на общую сум-

му 5 миллионов рублей. Примерно через три месяца после заключения договоров страхования, дядя скончался дома. Братья, в день смерти дяди, взяв его автомобиль, выехали за территорию населенного пункта, в место отсутствия камер видеонаблюдения, где данный автомобиль перевернули на крышу, после чего вызвали сотрудников полиции. Прибывшим на место сотрудникам полиции братья сообщили, что забрали труп дяди домой по религиозным соображениям. По тем же религиозным соображениям братья написали отказ от проведения судебно-медицинской экспертизы трупа. После чего захоронили своего дядю на следующий день после смерти. В свою очередь, в следственном действии – осмотре трупа умершего дяди, в качестве эксперта участвовал его племянник – заведующий Бюро СМЭ, который при осмотре трупа сообщил следователю, что в области шеи имеется подвижность шейных позвонков, которая указывает на перелом в шейном отделе позвоночника. В связи с чем подвел итог, что смерть наступила в результате ДТП, возможно, опрокидывания транспортного средства. После соблюдения всех необходимых процедур, родственниками были направлены документы в страховые компании с целью получения страховых выплат. В ходе проведения предварительного расследования, инициированного департаментом безопасности «РЕСО-Гарантия», произведена эксгумация трупа, назначена и проведена судебно-медицинская экс-

пертиза, по выводам которой установлено, что труп не имеет повреждений, выявленных при осмотре трупа в день смерти. Смерть наступила вследствие развившегося онкологического заболевания. В настоящее время уголовное дело № 1-133/2024 рассматривается по существу в Малокарачаевском районном суде Карачаево-Черкесской республики, подсудимым предъявлено обвинение в совершении 4-х эпизодов преступлений – покушение на страховое мошенничество в крупном размере. Кроме того, одному из подсудимых – заведующему Бюро судебно-медицинской экспертизы, предъявлено обвинение в совершении преступления, предусмотренного ст. 307 УК РФ.

Таким образом, страховое мошенничество, как способ преступного обогащения, искоренить сложно, так как с каждым годом совершенствуются способы совершения преступления. Однако ущерб, который причиняется государству и страховым компаниям, можно многократно снизить при условии добросовестного отношения медицинских работников к выполнению своих должностных обязанностей. Понимание медицинскими работниками возможной уголовной ответственности может действовать в виде сдерживающего фактора. Наилучшим способом предотвращения преступлений, совершаемых медицинскими работниками, может являться профилактическая разъяснительная работа, проводимая руководителями медицинских учреждений.

Библиографический список

1. Ермоленко Г.Г. Урегулирование убытков в системе обязательного страхования гражданской ответственности владельцев транспортных средств в Российской Федерации // Научный вестник: финансы, банки, инвестиции. – 2015. – № 4(33). – С. 117-122.
2. Павлюченко В.Г., Ширококов В.Г. Учет договоров страхования // Международный бухгалтерский учет. – 2009. – № 8(128). – С. 34-40.

Рецензент: Хмелевская Т.А., доцент кафедры уголовного права и криминологии Оренбургского института (филиала) Университета имени О.Е. Кутафина (МГЮА), к.ю.н., доцент.

ПЛОТНИКОВ АЛЕКСАНДР ИВАНОВИЧ

доктор юридических наук, доцент, заведующий кафедрой уголовного права и криминологии Оренбургского института (филиала) Университета имени О.Е. Кутафина (МГЮА), 460000, г. Оренбург, ул. Комсомольская, 50,
plotnikovmgua@yandex.ru

УГОЛОВНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В СФЕРЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

PLOTNIKOV ALEXANDER IVANOVICH

Doctor of Law, Associate Professor, Professor, Head of the Department of Criminal Law and Criminology of the Orenburg Institute (branch) O.E. Kutafin University (MGUA),
460000, Orenburg, Komsomolskaya str., 50, plotnikovmgua@yandex.ru

CRIMINAL LIABILITY OF MEDICAL WORKERS IN THE FIELD OF PROFESSIONAL ACTIVITY*

Аннотация. В статье рассматриваются особенности законодательной характеристики медицинских преступлений и их установления в практическом правоприменении. Отмечается, что судебная практика испытывает определенные трудности в уяснении медицинского преступления, что приводит к ошибкам в применении закона и нарушению основного принципа уголовного права - законности. Автор называет основные трудности в применении закона и ошибки, допускаемые в практике, вносит предложения по совершенствованию закона и практики его применения.

Review. The article examines the features of the legislative characteristics of medical crimes and their establishment in practical law enforcement. It is noted that judicial practice is testing the application of the law and the mistakes made in practice, making proposals to improve the law and the practice of its application.

Ключевые слова: преступление, закон, медицина, профессия, деятельность, законность, ошибка, совершенствование, практика.

Keywords: crime, law, medicine, profession, activity, legality, error, improvement, practice.

Медицина далеко не самая криминальная сфера. Но поскольку она связана с жизнью и здоровьем людей, то преступления в медицинской деятельности всегда будоражат общественное сознание, обсуждаются в обществе и имеют большой резонанс. Проблема правоприменения в сфере медицины имеет двойное значение. В юридическом смысле высоко актуальной является защита как прав граждан, которым требуется медицинская помощь, так и самих медицинских работников. Уголовное право, естественно, не может быть в стороне там, где затрагивается здоровье, а тем более жизнь людей.

Уголовно-правовые нормы в сфере медицинской деятельности имеют давнюю историю и стали складываться в нашей стране еще в дореволюционный период. К настоящему времени УК РФ предусматривает целый ряд преступлений, связанных с медицинской деятельностью. Они находятся в разных разделах и главах уголовного кодекса, что делает актуальной проблему их систематизации, согласования и, в конечном счете, уяснения.

Прежде всего, нужно определиться с самим понятием профессиональной медицинской деятельности и с тем, какие преступления мы относим к сфере профессиональной деятельности медицинских работни-

ков.

Под профессиональной медицинской деятельностью мы понимаем деятельность по лечению людей, включая оперативное вмешательство, применение лекарств, процедур и мер реабилитации, осуществляемую на законных основаниях, лицом, имеющим медицинское образование и принятом на работу в медицинское учреждение, или осуществляющего такую деятельность на основании специального разрешения (лицензии и т.п.). Всякое «подпольное лечение» образует общеуголовное преступление в зависимости от причиненных последствий.

В перечень преступлений в сфере медицинской профессиональной деятельности, на наш взгляд, должны войти следующие преступления:

1) Причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей (часть 2 ст. 109 УК РФ).

2) Причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности, совершенное вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей (часть 2 ст. 118 УК РФ).

3) Заражение другого лица ВИЧ-инфекцией вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих

* Выступление на научно-практической конференции «Право и медицина: инновационная практика, проблемы и перспективы», 15 ноября, 2024.

профессиональных обязанностей (часть 4 ст. 122 УК РФ).

4) Незаконное проведение искусственного прерывания беременности (ст. 123 УК РФ).

5) Неоказание помощи больному (ст. 124 УК РФ).

6) Оставление в опасности (ст. 125 УК РФ).

Хотя в названиях этих статей мы не видим прямого упоминания медицинской деятельности, но некоторые из них, такие как заражение другого лица ВИЧ-инфекцией вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей (часть 4 ст. 122 УК РФ), безусловно, свидетельствуют о медицинской сфере, другие, как неоказание помощи больному (ст. 124 УК РФ), как правило, относятся к ней, в остальных она либо встречается, либо преобладает.

Есть неопределенность относительно выполнения работ или оказания услуг, не отвечающих требованиям безопасности (ст. 238 УК РФ), незаконного осуществления медицинской и фармацевтической деятельности (ст. 235 УК РФ), нарушения санитарно-эпидемиологических правил (ст. 236 УК РФ), халатности (ст. 293 УК РФ).

Как свидетельствует практика, в ряде случаев медицинские нарушения (такие, как неоказание помощи больному – ст. 124 УК РФ, или причинение вреда здоровью – ст.ст. 109, 118 УК РФ) квалифицируются либо по ст. 238 УК РФ или по ст. 293 УК РФ. Однако такой подход вызывает серьезные возражения. Преступление, предусмотренное ст. 238 УК РФ (оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности), в отличие от преступлений по ст. 109 и 118 УК, являющихся преступлениями против личности, относится к преступлениям против общественной безопасности. Общеизвестно, что характерной чертой последних является создание опасности для многих людей, с чем и связано их наименование как общеопасных. Тогда как услуги в медицинской сфере (если их вообще можно считать услугами в обычно понимаемом хозяйственном смысле) носят индивидуальный характер и объективно не могут создавать опасность для многих людей. Медицинская помощь адресная и индивидуальная. Таким образом, у этих преступлений (ст. 109, ст. 118 УК РФ, с одной стороны, и ст. 238 УК РФ – с другой) просто разные объекты, что не позволяет произвольно относить одни и те же деяния к тем или другим. Нельзя не учитывать и то, что в ст. 238 УК РФ идет речь не только об услугах, а о производстве, хранении и перевозке товаров, продукции, то есть деятельности материального и хозяйственного характера, что никак не вяжется с медицинской помощью. Невозможно представить, чтобы по данной статье квалифицировались, например, услуги педагогического характера, сходные по социальной значимости с медицинскими¹.

По этим же соображениям нельзя отнести к профессиональной медицинской деятельности незакон-

ное осуществление фармацевтической деятельности (ст. 235 УК РФ), а также нарушения санитарно-эпидемиологических правил (ст. 236 УК РФ).

Что касается ст. 293 УК (халатность), то она предусматривает должностное (управленческое преступление), к которым профессиональная медицинская деятельность не относится. Однако это не означает, естественно, что в сфере медицины нет должностных лиц, и что они не могут совершать преступлений медицинского характера. В данном случае мы говорим не о преступлениях, возможных в сфере медицины, а о преступлениях с использованием чисто профессиональных функций, то есть в ходе лечения больных. Мы не относим к указанной профессиональной категории также общего субъекта, то есть человека, не лечащего больных, а препятствующего, например, профессиональному лечению (воспрепятствование оказанию медицинской помощи (ст. 124.1 УК РФ)).

Если та или иная группа преступлений достигает более-менее значительного количества, то естественно возникает вопрос об ее обособлении в виде отдельной главы или даже раздела в кодексе. Стоит ли такой вопрос относительно преступлений в сфере профессиональной медицинской деятельности? Полагаю, что формирование единой главы преступлений в сфере медицинской деятельности было бы полезным, если понимать эту деятельность не в узко-профессиональном смысле, рассматриваемом в данном случае нами, а в более широком, то есть включить в эту группу и должностные преступления, а также преступления умышленные, когда медицина злонамеренно используется для совершения общеуголовных преступлений, как, например, изъятие органов и тканей человека (п. «м» части 2 ст. 105 УК РФ, п. «ж» части ст. 111 УК РФ, ст. 120 УК РФ, ст. 128 УК РФ (Незаконная госпитализация в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях)). Название такой главы следовало бы определить предельно широко, например, «Преступления в сфере медицинской деятельности». Единая глава о медицинских преступлениях позволила бы вести их более тщательной учет, облегчила бы квалификацию и выработку мер предупреждения.

Следует отметить, что некоторые базовые уголовно-правовые институты и понятия, такие, как соучастие в преступлении, малозначительность деяния, обоснованный риск имеют достаточно очевидные особенности фактического и социального характера в рассматриваемой сфере. Так, соучастие, как совместная деятельность в сфере медицины, может быть весьма своеобразной и, по-видимому, констатироваться при взаимодействии нескольких лиц, находящихся в разных местах или даже в разных городах, не исключено и в странах и континентах. Разумеется, с условием, что речь идет об умышленных преступлениях при осуществлении медицинской деятельнос-

¹ Следует с удовлетворением отметить, что через полтора месяца после конференции, где нами давалась негативная оценка практики квалификации медицинских упущений (услуг) по ст. 238 УК РФ, законодатель внес изменения в эту статью, указав в примечании, что ее действие не распространяется «на случаи оказания медицинскими работниками медицинской помощи». Федеральный закон от 28.12.2024 № 514-ФЗ.

ти, незаконной госпитализации в организацию, оказывающую психиатрическую помощь (ст. 128 УК РФ), например. Подобное может происходить в тех случаях, когда решение о тех или иных лечебных мероприятиях принимается, например, на так называемых консилиумах, то есть коллективных обсуждениях и решениях². Тем более, что в настоящее время все большее распространение получают консилиумы или консультации, осуществляемые виртуально. Если же решение консилиума привело к ошибочному решению, повлекшему тяжкие последствия, то к индивидуальной ответственности за неосторожное преступление может быть привлечен каждый из его участников, естественно, как и исполнившие его при наличии их вины. Здесь, очевидно, должна быть принята во внимание и уголовно-правовая норма об исполнении обязательного приказа или распоряжения (ст. 42 УК РФ), освобождающая исполнителя от ответственности за исполнение обязательного для него приказа в условиях неочевидности его незаконности.

Довольно остро по медицинским преступлениям стоит вопрос о причинной связи между действиями отдельных лиц и причиненным результатом, в особенности, если он не связан со смертью. С точки зрения физической причинности не имеет значения количество вовлеченных в процесс причинения факторов, если каждый из них был необходим для наступления результата, поскольку без него решение бы не состоялось, но в то же время ясно, что чем их больше, тем меньше значение отдельного индивидуального фактора, участвующего лица. Чисто логически каждое звено является необходимым и участвует в формировании (причинении) последствия. Однако практический разум подсказывает, что отдельное действие в этом случае возможно признать малозначительным и не образующим преступления (часть 2 ст. 14 УК РФ), так как степени причинения отдельных факторов могут быть разными. В то же время при наступлении от совокупных действий тяжкого последствия, отдельные действия будут приобретать дополнительную весомость и чем последствие опаснее, тем весомей и заметней становится любой из множественности факторов. Объективные основания для индивидуальной уголовной ответственности в последнем случае будут вполне достаточными.

Современное российское законодательство не признает преступлением деяние, совершенное при обоснованном риске для достижения общественно полезного результата. Это норма (ст. 42 УК РФ) не ограничена по сфере действия, но в области медицины она может иметь наибольшее применение, поскольку, несмотря на методическое регулирование процесса лечения, его осуществление нередко происходит в критических условиях при остром недостатке времени, а результаты и эффективность часто являются непредсказуемыми. Казалось бы, сам бог велел при оценке правильности лечения учитывать тре-

бования этой нормы. Однако, как свидетельствует практика, правоохранительные органы крайне редко обращаются к ней, что нельзя, конечно, признать удовлетворительным. Являясь нормативной опорой для справедливой оценки критических ситуаций в любой сфере человеческой деятельности, в том числе в сфере медицины, ст. 42 УК РФ тем не менее не учитывает сложной специфики медицинской деятельности. Поэтому высказывающиеся в теории предложения о ее конкретизации в законодательстве или, хотя бы, в практическом толковании, заслуживают всяческой поддержки. Разумеется, для этого нужны серьезные исследования, которые пока, к большому сожалению, еще наукой не осуществлены.

В судебной практике возникают вопросы разграничения должностных злоупотреблений или упущений в медицинской деятельности и чисто профессиональных нарушений вне сферы управления. Нам уже неоднократно приходилось отмечать, что сложившееся в текущем уголовно-правовом применении расширительное толкование должностной деятельности и понятия должностного лица не отвечает требованиям законности. Суть критикуемого понимания должностного лица базируется на представлении, что должностным лицом является тот, деяние которого влекут юридические последствия. При этом авторы этой формулы почему-то игнорируют то обстоятельство, что совершать действия, влекущие юридические последствия, может и реально совершает практически любое лицо. К примеру, едва ли не ежедневно люди совершают покупки тех или иных товаров, продуктов, в особенности. Покупка – это заключение гражданско-правового договора купли-продажи, который влечет юридические последствия различного характера. Следуя логике, что должностное лицо это тот, чьи действия влекут юридические последствия, любого покупателя и продавца (а по идее любого гражданина и не только в подобных случаях), следует признать должностными лицами. Порочность такого подхода очевидна. Как ни странно, он прочно утвердился в современной судебной практике. Еще в 70-е годы прошлого столетия в работе (и в докторской диссертации) профессора Здравомыслова Б.В. «Должностные преступления. Понятие и квалификация»³ было показано различие должностной и иной, в частности профессиональной деятельности. Должностной характер деятельности определяется не последствиями, а характером совершаемого действия и бездействия, в основе которого управление материальными или социальными процессами. Там, где этого нет, нет и должностной деятельности, независимо от того, какие последствия наступают. Следует отметить, что законодатель того периода сразу же воспринял эту идею. В УК РСФСР была введена ст. 156² об ответственности за профессиональную, в отличие от должностной, деятельность. Статья называлась «Получение незаконного вознаграждения от граждан за выполнение работ, связанных с обслужи-

² Закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ // СЗ РФ. 2011. № 48. Ст. 6724.

³ Должностные преступления. Понятие и квалификация. М.: Юридическая литература, 1975. 168 с.

ванием населения», в числе которых была прямо указана и медицинская деятельность⁴. Однако при реформировании уголовного закона в постперестроечный период и большого распространения либеральных идей при принятии нового Уголовного кодекса (1996 г.) ее декриминализировали, сочтя чисто профессиональное нарушение недостаточно опасным для уголовного преследования. Как ни парадоксально, эта законодательная декриминализация профессионального нарушения обернулась по факту сверх криминализацией путем отнесения его в последующим, на фоне захлестнувшей страну коррупции, к должностному, по критерию наличия юридических последствий, порочность которого показана нами выше. В тот период юридическому сообществу не хватило принципиальности восстановить ст. 156² УК РСФСР в прежнем качестве, обоснованным наукой и воспри-

нятым законодательством. Практика пошла, как говорится, по «пути наименьшего сопротивления». Разумеется, разграничение профессиональной и должностной деятельности порою вызывает затруднения, но при грамотном применении закона они вполне преодолимы, что подтверждается и существующей практикой применительно к другим сферам деятельности (государственной службы, например, или правоохранительной деятельности). И само собой, трудности – не повод подвергать «коррозии» принцип законности, превращая состав преступления в «каучуковый».

Как мы видим, сложность и многогранность медицинской деятельности требует от правоприменителя комплексного учета значительного числа уголовно-правовых норм, а их корректное применение знаний как уголовного права, так и медицины.

Библиографический список

1. Должностные преступления. Понятие и квалификация. – М.: Юридическая литература, 1975. – 168 с.

Рецензент: Багун Э.А., доцент кафедры уголовного права и криминологии Оренбургского института (филиала) Университета имени О.Е. Кутафина (МГЮА), к.ю.н.

⁴ Указ Президиума ВС РСФСР от 21.09.81 г. (в ред. Закона РФ от 20.10.92 N 3692-1) // Ведомости ВС РСФСР, 1981. N 38. Ст. 1304; Ведомости СНД РФ и ВС РФ. 1992. N 47. Ст. 2664).

ЭРТЕЛЬ ЛЮДМИЛА АЛЕКСАНДРОВНА

доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры криминалистики и правовой информатики, ФГБОУ ВО «Кубанский государственный университет», 350040, Краснодарский край, город Краснодар, улица Ставропольская, дом 149, rector@kubsu.ru

ВАСИЛЬЧИКОВА ЮЛИАНА СЕРГЕЕВНА

студентка 2 курса магистратуры, заочной формы обучения ФГБОУ ВО «Кубанский государственный университет», 350040, Краснодарский край, город Краснодар, улица Ставропольская, дом 149, rector@kubsu.ru

**ПРОБЛЕМЫ, ВОЗНИКАЮЩИЕ ПРИ ПРОИЗВОДСТВЕ
КОМИССИОННОЙ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ,
НАЗНАЧАЕМОЙ ПРИ РАССЛЕДОВАНИИ ПРЕСТУПЛЕНИЙ,
СОВЕРШАЕМЫХ МЕДИЦИНСКИМИ РАБОТНИКАМИ, И СПОСОБЫ
ИХ РЕШЕНИЯ**

ERTEL LYUDMILA ALEXANDROVNA

Doctor of Medical Sciences, Professor, Professor of the Department of Criminology and Legal Informatics, KubSU, 350040, Russia, Krasnodar Territory, Krasnodar city, Stavropol Street, 149, rector@kubsu.ru

VASILCHIKOVA JULIANA SERGEEVNA

2nd year student of the Master's degree, correspondence studies at the KubSU, 350040, Russia, Krasnodar Territory, Krasnodar city, Stavropol Street, 149, rector@kubsu.ru

**PROBLEMS ARISING DURING THE COMMISSION OF A FORENSIC
MEDICAL EXAMINATION APPOINTED IN THE INVESTIGATION
OF CRIMES COMMITTED BY MEDICAL PROFESSIONALS AND WAYS
TO SOLVE THEM**

Аннотация. Постоянно изменяющиеся процедуры стандартизации в области медицинской помощи и отсутствие единых методик проведения комиссионных судебно-медицинских экспертиз затрудняет объективный анализ преступлений и установление вины медицинского работника. В статье приводится анализ проблем, которые возникают при производстве комиссионных судебно-медицинских экспертиз и предлагаются способы их решения

Ключевые слова: комиссионная судебно-медицинская экспертиза; преступления, совершаемые медицинскими работниками; экспертные ошибки, внештатные специалисты, методика производства комиссионной судебно-медицинской экспертизы, прямая причинно-следственная связь

Review. The constantly changing standardization procedures in the field of medical care and the lack of uniform methods for conducting commission forensic examinations make it difficult to objectively analyze crimes and establish the guilt of a medical worker. The article provides an analysis of the problems that arise in the production of commission forensic examinations and suggests ways to solve them

Keywords: commission forensic medical examination; crimes committed by medical professionals; expert errors, freelance specialists, methods of commission forensic medical examination, direct causal relationship

Среди проблем, которые связаны с производством комиссионных судебно-медицинских экспертиз, на первый план выступает проблема дефицита кадров судебно-медицинской службы. Программа ординатуры по соответствующей специальности, предусматривающая обучение в течение 2 лет подготовки пос-

ле получения специальности имеется далеко не во всех медицинских вузах. В.А. Клевно, А.В. Максимов, С.А. Кучук, О.В. Лысенко отмечают проблемы, которые обусловлены сокращением сроков освоения образовательной программы высшего профессионального образования по предмету «судебная меди-

цина», снижением уровня значимости предмета и интереса к нему путем замены экзамена на зачет¹.

Теоретиками и правоприменителями обсуждается проблема привлечения в обозначенную экспертизу внештатных специалистов. Анализируя мнение различных ученых, Е.Ю. Казачек утверждает, что для производства комиссионных судебно-медицинских требуются врачи различных клинических специальностей, которые отсутствуют в штатном расписании бюро судебно-медицинской экспертизы и в Экспертном Центре СК РФ. В результате необходимости соблюдения процедуры подбора, привлечения, определения процессуального статуса главного профильного специалиста Министерства здравоохранения субъекта, срок производства экспертизы удлиняется в среднем на месяц².

А.И. Авдеев, В.Г. Дьяченко, С.В. Дьяченко указывают на необходимость привлечения в состав экспертизы клинического фармаколога для оценки медикаментозного лечения³.

С.В. Козлов, А.И. Авдеев, Л.В. Солохина уточняют, что при необходимости оценки качества оказанной медицинской помощи «в состав комиссии должен быть включен врач-эксперт организатор, который имеет подготовку по специальности «общественное здоровье и здравоохранение»⁴.

Теоретические данные подтверждаются следственной практикой, проанализированной С.В. Шепелевым, который указывает на то, что такая экспертиза «в большинстве случаев проводится в комиссионном порядке (81% из числа изученных 278 экспертиз), причем, если это требуется, к производству экспертизы привлекаются специалисты соответствующего профиля (68%)»⁵.

По результатам анкетирования 162 следователей СК России, проведенного автором: «привлечение для производства экспертизы узких специалистов (хирургов, травматологов, анестезиологов, инфекционистов и др.) в 57% случаев обеспечивалось руководителем бюро судебной медицинской экспертизы»⁶.

Анализируя обозначенную проблему, А.В. Нестеров, С.В. Ненилин, Д.Ю. Землянский констатируют наличие проблемы, которая связана с оплатой труда привлеченных специалистов, которые должны полу-

чать оплату на возмездной основе за счет средств заказчика, что не всегда реализуется. Авторы также указывают и проблему процессуального характера, связанную с отсутствием у руководителя полномочия по разъяснению таким лицам норм процессуального права. Довольно часто такие специалисты отказываются от участия в комиссионных судебно-медицинских экспертизах в связи с загруженностью по клинической специальности. Изложенные проблемы сохраняются, до сих пор ученые спорят о возможности их решения⁷.

Следующая проблема, которая заслуживает внимания, заключается в экспертных ошибках при подготовке заключения. Р.С. Белкин утверждает: «под экспертными ошибками понимаются не соответствующие объективной действительности суждения эксперта или его действия, не приводящие к цели экспертного исследования и являющиеся результатом добросовестного заблуждения»⁸.

Е.Р. Россинская с соавторами в своих трудах подробно рассматривают: «виды и причины экспертных ошибок. Такие ошибки подразделяются на ошибки процессуального характера,⁹ гносеологические ошибки, деятельностные (операционные) ошибки.

Е.Р. Россинская в соавторстве с Е.Х. Бариновым, А.Ю. Бутыриным, Е.И. Галяшиной расширяют понимание ошибок гносеологического характера, среди которых выделяют логические и фактические (предметные) ошибки¹⁰.

Как отмечают А.А. Ивин, А.Л. Никифоров: «чаще всего логические ошибки встречаются при выполнении логических операций и формулировании умозаключений»¹¹.

В ходе анализа причин, по которым возникают ошибки в экспертной деятельности, исследователи пришли к выводу, что это может быть связано с отсутствием утвержденной и проверенной методологии, соответствующей современному уровню развития научной экспертизы, а также с недостатками в применяемой методологии. Кроме того, ошибки могут возникать из-за использования методов, которые были неправильно рекомендованы или находятся на стадии разработки. Неисправное оборудование также может способствовать возникновению ошибок.

¹ Клевню В.А., Максимов А.В., Кучук С.А., Лысенко, О.В. Подготовка врачей судебно-медицинских экспертов: проблемы и пути решения // Судебная медицина. 2019. Т.5. №1. С. 47-48.

² Казачек Е.Ю. Ошибки назначения судебно-медицинских экспертиз при расследовании уголовных дел по медицинским преступлениям/ материалы Всероссийской научно-практической конференции «Судебные экспертизы в уголовном процессе: теория и практика». М., 18 -19 октября 2022. С. 98.

³ Экспертиза ятрогении: монография / А.И. Авдеев, В.Г. Дьяченко, С.В. Дьяченко. Хабаровск: Изд-во «Лидер», 2015. С. 599.

⁴ Козлов С.В., Авдеев А.И., Солохина Л.В. К вопросу об организации производства судебно-медицинских по так называемым «врачебным делам» // Проблемы экспертизы в медицине. 2010. Т.10. №1-2 (37-38). С. 29.

⁵ Шепелев С.В. Взаимодействие следователя и экспертных учреждений при определении состава комиссии по производству судебной медицинской экспертизы // Правда и закон. 2022. №2 (20). С.47.

⁶ Шепелев С.В. Взаимодействие следователя со сведущими лицами в ходе расследования преступлений, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи: Дис. ... канд. юрид. наук. М., 2022. С. 156.

⁷ Нестеров А.В., Ненилин С.В., Землянский Д.Ю. О некоторых аспектах привлечения внештатных специалистов при проведении комиссионных или комплексных судебно-медицинских экспертиз/ сборник статей под ред. А.И. Авдеева, И.В. Власюка. Избранные вопросы судебно-медицинской экспертизы. Хабаровск, 2022. Т. Выпуск 21. С. 48-49.

⁸ Белкин Р.С. Криминалистическая энциклопедия. М., 2000. С. 155-156.

⁹ Судебная экспертиза: типичные ошибки / под ред. Е.Р. Россинской. М.: Проспект, 2015. С. 9.

¹⁰ Россинская Е.Р., Баринов Е.Х., Бутырин А.Ю., Галяшина Е.И. и др. Судебная экспертиза в гражданских процессах: научно-практическое пособие / под ред. Е. Р. Россинской. М.: Проспект, 2018. С. 53.

¹¹ Ивин А. А., Никифоров А. Л. Словарь по логике. М., 1997. С. 261.

Среди субъективных факторов, которые вызывают ошибки в экспертной работе, выявлены следующие: недостаточная квалификация эксперта, неполное или предвзятое исследование, игнорирование правил и условий использования методик и оборудования, профессиональные промахи, такие как невнимательность, неряшливость, поверхностность исследования, не полное выявление важных характеристик объекта, а также пренебрежение использованием всех доступных методов исследования и отсутствие учета взаимосвязей между свойствами объектов.

По мнению С.В. Козлова: «значительную роль в качестве экспертной деятельности играет отношение членов комиссии к выполнению своих профессиональных обязанностей, проявлению экспертной инициативы»¹².

Д.В. Тягунов в своем диссертационном исследовании указывает: «наибольшее количество экспертных ошибок связано с определением причинно-следственных связей, превышением пределов компетенции, различной трактовкой терминов и понятий в процессе квалификации действий медицинских работников»¹³.

Ученые продолжают спорить относительно субъекта установления прямой причинной связи. Остается открытым вопрос о том, какая связь должна быть установлена: прямая или косвенная, опосредованные или иные связи. Возможна ли прямая причинно-следственная связь между не оказанием медицинской помощи и наступившим неблагоприятным исходом. Исследования В.Б. Малинина указывают на то, что: «наличие причинно-следственной связи должен устанавливать правоприменитель»¹⁴. Н.В. Мирошниченко указывает на отсутствие такой связи и утверждает: «смерть или вред здоровью является результатом вмешательства других факторов»¹⁵. Как видно из приведенных примеров в доктрине до сих пор отсутствует единое мнение, в связи с чем в различных бюро СМЭ и экспертных центрах СК РФ имеются различные подходы к решению данного вопроса. Однако, мы придерживаемся точки зрения о том, что:

- решение вопроса о наличии причинной связи между ненадлежащим оказанием медицинской помощи и наступившими последствиями должна находиться в компетенции комиссии судебно-медицинских экспертов;

- должна быть установлена или исключена только прямая причинно-следственная связь;

- нет оснований для невозможности установления прямой причинно-следственной связи между бездействием (полное или частичное не оказание медицинской помощи) и неблагоприятным исходом (смерть или наступление вреда здоровью).

А.Е. Баринов, Е.Х. Баринов совместно с С.Г. Воеводиной, В.К. Дадабаевым и С.Л. Джувалыковым указывают на отсутствие полноты оформления исследуемых медицинских документов: отсутствует последовательность оформления дневниковых записей, консультаций специалистов, консилиумов, что препятствует выяснению как самого дефекта оказания медицинской помощи, так и этапа, на которой он был допущен. Авторами приводился анализ 170 заключений комиссионных судебно-медицинских экспертиз по уголовным и гражданским делам в ГБУЗ Бюро СМЭ ДЗ г. Москвы за период 2010г. по 2020г., в результате которого они выявили, что в 60% случаев эти документы были малоинформативны, заполнены небрежно, не отражали полную картину заболевания, полученных повреждений (40%)¹⁶.

О.А. Быховская, Е.Н. Павлова раскрывают причины роста повторных СМЭ по ненадлежащему оказанию медицинской помощи. Отсутствие разрешения разногласий на досудебном этапе, приводит к росту как гражданских, так и уголовных дел. Авторы отмечают рост СМЭ по хирургическим специальностям: хирургия, акушерство и гинекология, стоматология, нейрохирургия, а также по специализированной медицинской помощи онкологического профиля. Все указанное приводит к увеличению сроков производства такого рода экспертиз¹⁷.

Н.В. Дядичкина, В.В. Фуриленко, Ф.В. Алябьев среди проблем, связанных с производством комиссионных судебно-медицинских экспертиз указывают на несовершенство непрерывного медицинского

¹² Козлов С.В. Недостатки экспертной деятельности при производстве судебно-медицинских экспертиз, связанных с неблагоприятными последствиями оказания медицинской помощи / Научные труды V Всероссийского съезда (Национального конгресса) по медицинскому праву под ред. проф. Ю.Д. Сергеева, проф. С.В. Ерофеева. М., 2013. С. 128; Клевню В.А., Максимов А.В., Кучук С.А., Лысенко О.В. Подготовка врачей – судебно-медицинских экспертов: проблемы и пути решения // Судебная медицина. 2019. Том 75. № 1. С. 48-49.

¹³ Тягунов Д.В. Судебно -медицинская характеристика дефектов, возникших при оказании медицинской помощи (по материалам судебно-медицинских комиссионных экспертиз): Автореф. дис. ...канд. мед. наук. М., 2010. С. 6.

¹⁴ Малинин В.Б. Причинная связь в уголовном праве: вопросы теории и практики: Автореф. дис. д-ра юрид. наук. СПб. 1999. С.6-7; Ревин В.П. Уголовное право России. Общая часть. Учебник. М.: Юстицинформ. 2016. С.171-172; Сухарникова Л.В. Особенности расследования неосторожного причинения вреда жизни и здоровью граждан медицинскими работниками в процессе профессиональной деятельности: Автореф. дис. ...канд. юрид. наук. СПб. 2006. С.14.

¹⁵ Мирошниченко Н.В. Причинение медицинскими работниками смерти и вреда здоровью пациентов: уголовно-правовые аспекты: Автореф. дис.канд. юрид. наук. Саратов. 2007. С.8.

¹⁶ Баринов А.Е., Баринов Е.Х., Воеводина С.Г., Дадабаев В.К., Джувалыков С.Л. и др. Роль судебно-медицинской документации при проведении комиссионных судебно-медицинских экспертиз по уголовным и гражданским делам, связанным с дефектами оказания медицинской помощи / тезисы X юбилейного международного Конгресса «Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики». М., 19-20 апреля 2023. С. 39.

¹⁷ Быховская О.А., Павлова Е.Н. Проблемы проведения судебно-медицинских экспертиз по материалам уголовных и гражданских дел по профессиональным правонарушениям медицинских работников, в том числе по профилю «Онкология» / тезисы X юбилейного международного Конгресса «Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики». М., 19-20 апреля 2023. С. 73.

образования в цифровом формате и демонстрируют опыт создания алгоритма взаимодействия между бюро СМЭ, экспертными центрами СК РФ, Министерствами здравоохранения краев и областей и государственными медицинскими образовательными учреждениями¹⁸.

Мы придерживаемся мнения ученых о том, что

необходима актуализация обучающих программ для судебных медиков, разработка и принятие унифицированного подхода к методике производства комиссионных судебно-медицинских экспертиз, постоянное активное взаимодействие между правоохранительными органами и судебно-медицинским экспертным сообществом.

Библиографический список

1. Баринов А.Е., Баринов Е.Х., Воеводина С.Г., Дадабаев В.К., Джуваляков С.Л. и др. Роль судебно-медицинской документации при проведении комиссионных судебно-медицинских экспертиз по уголовным и гражданским делам, связанным с дефектами оказания медицинской помощи / тезисы X юбилейного международного Конгресса «Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики». 19-20 апреля 2023 г. – М. – С. 38-40.
2. Белкин Р.С. Криминалистическая энциклопедия. – М., 2000. – 334с.
3. Быховская О.А., Павлова Е.Н. Проблемы проведения судебно-медицинских экспертиз по материалам уголовных и гражданских дел по профессиональным правонарушениям медицинских работников, в том числе по профилю «Онкология» / тезисы X юбилейного международного Конгресса «Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики». 19-20 апреля 2023 г. – М. – С. 73-74.
4. Дядичкина Н.В., Фуриленко В.В., Алябьев Ф.В. и др. Опыт взаимодействия бюро судебно-медицинской экспертизы и медицинского университета для обеспечения системной реализации непрерывного медицинского образования для врачей судебно-медицинских экспертов / тезисы X юбилейного международного Конгресса «Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики». 19-20 апреля 2023 г. – М. – С. 109-110.
5. Ивин А.А., Никифоров А.Л. Словарь по логике. – М., 1997. – 384 с.
6. Казачек Е.Ю. Ошибки назначения судебно-медицинских экспертиз при расследовании уголовных дел по медицинским преступлениям / материалы Всероссийской научно-практической конференции «Судебные экспертизы в уголовном процессе: теория и практика». 18-19 октября 2022 г. – М. – С. 97-101.
7. Козлов С.В. Недостатки экспертной деятельности при производстве судебно-медицинских экспертиз, связанных с неблагоприятными последствиями оказания медицинской помощи / Научные труды V Всероссийского съезда (Национального конгресса) по медицинскому праву под ред. проф. Ю.Д. Сергеева, проф. С.В. Ерофеева. – М., 2013. – С. 126-128.
8. Козлов С.В., Авдеев А.И., Солохина Л.В. К вопросу об организации производства судебно-медицинских по так называемым «врачебным делам» // Проблемы экспертизы в медицине. – 2010. – Т.10. – №1-2 (37-38). – С. 28-30.
9. Клевно В.А., Максимов А.В., Кучук С.А., Лысенко О.В. Подготовка врачей судебно-медицинских экспертов: проблемы и пути решения // Судебная медицина. – 2019. – Т.5. – №1. – С. 47-51.
10. Малинин В.Б. Причинная связь в уголовном праве: вопросы теории и практики: Автореф. дис. д-ра юрид. наук. - СПб., 1999. – 43 с.
11. Мирошниченко Н.В. Причинение медицинскими работниками смерти и вреда здоровью пациентов: уголовно-правовые аспекты: Автореф. дис. канд. юрид. наук. – Саратов, 2007. – 22 с.
12. Нестеров А.В., Ненилин С.В., Землянский Д.Ю. О некоторых аспектах привлечения внештатных специалистов при проведении комиссионных или комплексных судебно-медицинских экспертиз / сборник статей под ред. А.И. Авдеева, И.В. Власюка. Избранные вопросы судебно-медицинской экспертизы. – Хабаровск, 2022. – Том Выпуск 21. – С. 48-50.
13. Ревин В.П. Уголовное право России. Общая часть. Учебник. – М.: Юстицинформ, 2016. – 580 с.
14. Россинская Е.Р., Баринов Е.Х., Бутырин А.Ю., Галяшина Е.И. и др. Судебная экспертиза в гражданских процессах: научно-практическое пособие / под ред. Е. Р. Россинской. – М., 2018. – 701 с.
15. Судебная экспертиза: типичные ошибки / под ред. Е.Р. Россинской. – М.: Проспект, 2015. – 544 с.
16. Сухарникова Л.В. Особенности расследования неосторожного причинения вреда жизни и здоровью граждан медицинскими работниками в процессе профессиональной деятельности: Автореф. дис. ...канд. юрид. наук. – СПб., 2006. – 26с.
17. Тягунов Д.В. Судебно-медицинская характеристика дефектов, возникших при оказании медицинской помощи (по материалам судебно-медицинских комиссионных экспертиз): Автореф. дис. ...канд. мед. наук. – М., 2010. – 27с.

¹⁸ Дядичкина Н.В., Фуриленко В.В., Алябьев Ф.В. и др. Опыт взаимодействия бюро судебно-медицинской экспертизы и медицинского университета для обеспечения системной реализации непрерывного медицинского образования для врачей судебно-медицинских экспертов / тезисы X юбилейного международного Конгресса «Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики». М., 19-20 апреля 2023. С. 109.

-
18. Шепелев С.В. Взаимодействие следователя и экспертных учреждений при определении состава комиссии по производству судебной медицинской экспертизы // Правда и закон. – 2022. – №2 (20). – С. 45-49.
19. Шепелев С.В. Взаимодействие следователя со сведущими лицами в ходе расследования преступлений, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи: Дис. ... канд. юрид. наук. – М., 2022. – 246 с.
20. Экспертиза ятрогении: монография / А.И. Авдеев, В.Г. Дьяченко, С.В. Дьяченко. – Хабаровск. Изд-во «Лидер», 2015. – 660 с.

Рецензент: Породенко В.А., доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой судебной медицины ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России.

Раздел четвертый

ВОПРОСЫ ТРУДОВОГО, ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСКОГО ПРАВА И ПРАВА СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

АСТРАХАНЦЕВА ЕВГЕНИЯ ВЛАДИМИРОВНА

кандидат юридических наук, доцент кафедры трудового права и права социального обеспечения Оренбургского института (филиала) Университета имени О.Е. Кутафина (МГЮА), 460000 Россия, Оренбург, ул. Комсомольская, д. 50, astrahanceva_evlg@mail.ru

ОТНОШЕНИЯ ПО ПЕНСИОННОМУ ОБЕСПЕЧЕНИЮ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ: ИСТОРИЯ И АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ

ASTRAKHANTSEVA EVGENIIA VLADIMIROVNA

candidate of Juridical Sciences, Associate Professor of the Department of Labor and Social Security Law of the Orenburg Institute (Branch) of the Kutafin Moscow State Law University (MSLA) (Orenburg)

PENSION PROVISION RELATIONS FOR MEDICAL WORKERS: HISTORY AND CURRENT ISSUES OF LEGAL REGULATION

Аннотация. В статье исследуются отношения по пенсионному обеспечению медицинских работников. Раскрывается история развития пенсионного обеспечения данных работников, рассматриваются основания возникновения пенсионных отношений. Анализируется правоприменительная практика по данному вопросу.

Ключевые слова: пенсионные отношения, медицинские работники, право на досрочное назначение страховой пенсии по старости, специальный страховой стаж.

The article examines the retirement relationship of medical professionals. The history of the development of pension provision for these employees is disclosed, the grounds for the emergence of pension relations are considered. Law enforcement practice on this issue is analyzed.

Key words: pension relations, medical workers, the right to early appointment of an old-age insurance pension, special insurance experience.

Пенсионные отношения являются основным видом социально-обеспечительных правоотношений, ядром предмета права социального обеспечения. Посредством пенсионных отношений реализуется конституционное право человека на социальное обеспечение по возрасту, в случаях инвалидности, потери кормильца и в других установленных законом случаях, т.е. удовлетворяются потребности пожилых и нетрудоспособных членов общества в материальном обеспечении за счет предоставления соответствующих денежных выплат. Для отдельных категорий работников, законодательство предусматривает льготные условия пенсионного обеспечения в связи с осуществлением особой профессиональной деятельности. К их числу относятся и медицинские ра-

ботники, поскольку их труд связан с высоким эмоциональным, психологическим, интеллектуальным и физическим напряжением, с вредными и (или) опасными условиями труда, что оказывает негативное воздействие на их здоровье, приводящее к преждевременному старению организма, профессиональному «выгоранию».

Стоит отметить, что пенсионное обеспечение для медицинских работников впервые было предусмотрено почти 100 лет назад. В 1929 году¹ право на получение пенсии было закреплено для медицинских работников (врачи, зубные врачи, фельдшеры, акушерки, медицинские сестры) при условии осуществления ими деятельности в сельской местности, поселках городского типа и при наличии стажа работы не

¹ Постановление ЦИК и Совнаркома СССР от 25.09.1929 г. «О пенсионном обеспечении медицинских и ветеринарных работников в сельских местностях и рабочих поселках за выслугу лет» // СЗ СССР. 1929. № 63. Ст. 582.

менее 25 лет. Пенсия выплачивалась работникам независимо от состояния их трудоспособности, а факт оставления работы влиял только на размер выплат.

В дальнейшем, право на пенсию было предоставлено также медицинским работникам, имевшим высшее или среднее образование, которые осуществляли свою деятельность в городах². При этом, им требовалось наличие трудового стажа не менее 30 лет (при подсчете стажа работы в различных местностях применялись специальные коэффициенты). В это же время впервые был утвержден перечень учреждений, предприятий, организаций и должностей, работа в которых давала право на пенсию за выслугу лет.

В целом, система пенсионного обеспечения медицинских работников, сложилась с принятием Закона СССР от 14 июля 1956 года «О государственных пенсиях»³. С этого времени были введены пенсии на льготных условиях для медицинских работников, занятых на работах с вредными и тяжелыми условиями труда, при наличии стажа работы определенной продолжительности и достижении установленного возраста, а также пенсии за выслугу лет врачам и другим работникам здравоохранения, только при наличии стажа работы по специальности. В 2001 году⁴ законодатель отказался от использования понятия пенсии за выслугу лет для медицинских работников, но сохранил условия досрочного назначения им пенсионного обеспечения.

Действующее законодательство сохраняет преемственность правового регулирования и предусматривает несколько оснований для досрочного назначения страховых пенсий по старости медицинским работникам, независимо от факта прекращения трудовой деятельности.

В соответствии с Федеральным законом от 28 декабря 2013 г. № 400-ФЗ «О страховых пенсиях»⁵ медицинским работникам может быть досрочно назначены страховые пенсии по старости по следующим основаниям:

- в связи с работой во вредных условиях труда (п. 1 ч. 1 ст. 30);
- в связи с работой в тяжелых условиях труда (п. 2 ч. 1 ст. 30);

- в связи с работой в плавсоставе на судах морского, речного флота и флота рыбной промышленности, за исключением портовых судов, постоянно работающих в акватории порта, служебно-вспомогательных и разъездных судов, судов пригородного и внутригородского сообщения (п. 9 ч. 1 ст. 30);

- в связи с занятостью на работах с осужденными (п. 17 ч. 1 ст. 30);

- в связи с осуществлением лечебной и иной деятельности по охране здоровья населения в учреждениях здравоохранения при наличии стажа определенной продолжительности (п. 20 ч. 1 ст. 30).

Таким образом, для возникновения право на страховую пенсию по конкретному основанию и соответственно отношения по пенсионному обеспечению медицинский работник должен осуществлять трудовую деятельность продолжительное время в определенных условиях.

Так, право на назначение досрочную страховую пенсию в связи с работой во вредных⁶ либо в тяжелых⁷ условиях труда имеют:

1) работники, чья работа связана с радиацией (врачи-рентгенологи, рентгенолаборанты, средний медицинский персонал рентгеновских отделений и т.д.). Они составляют наиболее многочисленную группу;

2) медицинский персонал, чья работа сопряжена с возможностью заражения различными инфекционными заболеваниями (работники противочумных учреждений; работники, непосредственно обслуживающие больных, в туберкулезных и инфекционных учреждениях; медицинские и фармацевтические работники, занятые на работах с материалами, зараженными или подозрительными на заражение вирусом иммунодефицита человека);

3) лица, работающие в психиатрических (психоневрологических) лечебно-профилактических учреждениях и отделениях домов ребенка, в домах-интернатах для психических больных, детских домах-интернатах для умственно отсталых детей системы социального обеспечения;

4) врачи, средний и младший медицинский персонал, работающий в ожоговых и гнойных отделениях, в отделениях и кабинетах химиотерапии онколо-

² Вайсфельд Л.В., Караваев В.В. Законодательство о государственных пенсиях. М.: Госюриздат, 1959. С. 256-264, 282-283, 285-286.

³ Ведомости ВС СССР. 1956. № 15. Ст. 313.

⁴ Ст. 27 Федерального закона от 17.12.2001г. № 173-ФЗ «О трудовых пенсиях в РФ» // СЗ РФ, 24.12.2001. № 52 (1 ч.). Ст. 4920.

⁵ СЗ РФ. 2013. № 52. Ст. 6965; 2018. № 41. Ст. 6190; 2021. № 9. Ст. 1465; № 22. Ст. 3688; 2023. № 23. Ст. 4010; 2024. № 1. Ст. 16; № 12. Ст. 1571; № 33. Ст. 5009.

⁶ Мужчинам – по достижении 50 лет и женщинам – по достижении 45 лет, если они проработали соответственно не менее 10 лет и 7 лет 6 месяцев на работах с вредными условиями труда и имеют страховой стаж соответственно не менее 20 лет и 15 лет. Виды работ указаны в Списке № 1 производств, работ, профессий, должностей и показателей на подземных работах, на работах с особо вредными и особо тяжелыми условиями труда, занятость в которых дает право на пенсию по возрасту (по старости) на льготных условиях, утвержденном Постановлением Кабинета Министров СССР от 26.01.1991 г. № 10, а также Списке № 1 производств, цехов, профессий и должностей на подземных работах, на работах с вредными условиями труда и в горячих цехах, работа в которых дает право на государственную пенсию на льготных условиях и в льготных размерах, утвержденном Постановлением Совета Министров СССР от 22.08.1956 г. № 1173.

⁷ Мужчинам – по достижении возраста 55 лет и женщинам по достижении возраста 50 лет, если они проработали на работах с указанными условиями труда соответственно не менее 12 лет 6 месяцев и 10 лет и имеют страховой стаж соответственно не менее 25 лет и 20 лет. Виды работ указаны в Списке № 2 производств, работ, профессий, должностей и показателей с вредными и тяжелыми условиями труда, занятость в которых дает право на пенсию по возрасту (по старости) на льготных условиях, утвержденном Постановлением Кабинета Министров СССР от 26. 01.1991 г. № 10, а также Списке № 2 производств, цехов, профессий и должностей с тяжелыми условиями труда, работа в которых дает право на государственную пенсию на льготных условиях и в льготных размерах, утвержденном Постановлением Совета Министров СССР от 22.08.1956 г. № 1173.

гических учреждений (подразделений), отделениях подземных больниц, расположенных в отработанных соляных шахтах; младший медицинский персонал в детских онкологических отделениях;

5) младшие медицинские сестры (санитарки) патолого-анатомических отделений, прозекторских, моргов.

Право на досрочное назначение страховых пенсий связи с работой в плавсоставе на судах морского, речного флота и флота рыбной промышленности⁸ имеют медицинские работники, направляемые на суда морского флота, речного флота (флота внутриводного транспорта) и флота рыбной промышленности (рыбопромыслового флота) и включаемые в штаты медико-санитарной службы этих судов. Как правило, это специалисты - врач-терапевт, врач-хирург, судовой врач - и средний медицинский персонал.

Медицинские работники, постоянно и непосредственно занятые на работах с осужденными – врачи всех наименований, средний и младший медицинский персонал – также имеют право на назначение досрочное назначение страховой пенсии по старости (мужчины по достижении возраста 55 лет и женщины по достижении возраста 50 лет), если они были заняты на работах с осужденными в учреждениях, исполняющих уголовные наказания в виде лишения свободы, соответственно не менее 15 лет и 10 лет и имеют страховой стаж соответственно не менее 25 и 20 лет⁹.

До 1 января 2013 года для приобретения права на досрочное назначение страховой пенсии по старости медицинским работникам, по указанным выше основаниям, необходимо было подтвердить наличие специального страхового стажа определенной продолжительности, при этом учитывался факт осуществление трудовой деятельности именно на тех работах, в тех должностях и в тех учреждениях (отделениях), которые поименованы в соответствующих списках, с привязкой к проценту непосредственной занятости – не менее 80%.

В связи с принятием Федерального закона от 28 декабря 2013 года № 426-ФЗ «О специальной оценке условий труда»¹⁰ и внесением изменений в пенсионное законодательство¹¹ ситуация изменилась и периоды работы в особых условиях труда после 1 января 2013 г. стали засчитываться в специальный страховой стаж только при соблюдении дополнительных условий: 1) класс условий труда на рабочих местах соответствует вредному (3 класс) или опасному (4 класс) классу, установленному по результатам специальной оценки условий труда (аттестации рабо-

чих мест); 2) за периоды работы работодателем должны быть начислены и уплачены страховые взносы по дополнительным тарифам в Пенсионный фонд РФ (с 1 января 2023 года - Фонд пенсионного и социального страхования РФ).

С одной стороны, это позволило при определении права на досрочное пенсионное обеспечение более полно учитывать объективно существующие вредные и (или) опасные факторы производственной среды и трудового процесса, идентифицированные по результатам специальной оценки условий труда либо аттестации рабочих мест. Начисление и уплата работодателями за такие периоды страховых взносов по дополнительному тарифу выступают материальной гарантией предоставления застрахованным надлежащего страхового обеспечения.

С другой стороны, на практике, это привело к тому, что лицам, занимающим должности, перечисленные в соответствующих списках, периоды их работы перестали считать в специальный страховой стаж, если по результатам специальной оценки условий труда (либо аттестации рабочих мест) не был установлен соответствующий класс опасности.

Как следует из анализа судебной практики¹², большей степени это затронуло медицинских работников, у которых работа была связана с радиацией. Именно условия труда врачей-рентгенологов и рентген-лаборантов по степени вредности и опасности, в ряде случаев по результатам аттестации рабочих мест, а также специальной оценки условий труда, были отнесены ко 2 классу (допустимые условия труда). В связи с этим данные лица фактически утратили право на досрочное назначение страховой пенсии по старости в связи с вредными и тяжелыми условиями труда.

Кроме того, пробелы процедуры специальной оценки условий труда привели к тому, что сама по себе работа с осужденными не была отнесена к вредным и опасным факторам, а специфика трудовой деятельности медицинских работников не могла быть измерена посредством описанного в Федеральном законе «О специальной оценке условий труда» инструментария. В результате медицинским работникам, занятым на работах с осужденными, правоприменительные органы стали отказывать в досрочном назначении страховой пенсии по старости на основании п. 17 ч. 1 ст. 30 Федерального закона «О страховых пенсиях», и соответствующее правовое регулирование было оспорено в Конституционный Суд РФ.

Рассмотрев данное дело, Конституционный Суд РФ указал, что «установив механизм реализации права ... медицинских работников, постоянно и не-

⁸ Мужчины по достижении возраста 55 лет и женщины по достижении возраста 50 лет, если они проработали соответственно не менее 12 лет 6 месяцев и 10 лет в плавсоставе и имеют страховой стаж соответственно не менее 25 лет и 20 лет.

⁹ Пункт 3 Списка работ, профессий и должностей работников учреждений, исполняющих уголовные наказания в виде лишения свободы, занятых на работах с осужденными, пользующихся правом на пенсию в связи с особыми условиями труда, утвержденного Постановлением Правительства РФ от 3.02.1994г. № 85

¹⁰ СЗ РФ 2013. № 52. Ст. 6991; 2014. № 26, Ст. 3366; 2015. № 29. Ст. 4342; 2016. № 18. Ст. 2512; 2018. № 30. Ст. 4543; 2019. № 52. Ст. 7769; 2021. № 1. Ст. 42; 2023. № 1. Ст. 16.

¹¹ См.: п.3 ст. 27 Федерального закона «О трудовых пенсиях в РФ», в редакции, введенной Федеральным законом от 28.12.2013 г. № 421-ФЗ; ч.6 ст.30 и ч. 8 ст. 35 Федерального закона «О страховых пенсиях»

¹² Определение Верховного Суда РФ от 22.01.2016г. № 307-КГ15-18130 по делу № А44-1480/2015, Постановление Семнадцатого арбитражного апелляционного суда от 18.04.2017 г. № 17АП-3326/2017-АК по делу № А60-49663/2016 и др.

посредственно занятых на работах с осужденными, на досрочное назначение пенсии по старости, при котором приобретение ими страхового стажа на данных работах, по существу, зависит от результатов специальной оценки условий труда, законодатель, определив процедуру исследования (испытания) и измерения вредных и (или) опасных производственных факторов для целей этой оценки, не принял во внимание специфику указанной трудовой деятельности. В итоге в специальный страховой стаж граждан, надлежащим образом выполнявших работу и в силу закона отнесенных к лицам, имеющим право на досрочное назначение пенсии, не засчитываются соответствующие периоды, а значит, вопреки статье 39 (части 1 и 2) Конституции РФ создаются препятствия для реализации предусмотренных для них законом пенсионных прав¹³.

В результате, стаж медицинских работников, постоянно и непосредственно занятых на работах с осужденными, стал учитываться при определении права на досрочное назначение страховой пенсии по старости на основании п. 17 ч. 1 ст. 30 Федерального закона «О страховых пенсиях».

Вне зависимости результатов специальной оценки условий труда (аттестации рабочих мест) и уплаты страховых взносов по дополнительным тарифам медицинские работники имеют право на досрочное назначение страховой пенсии по старости в связи с лечебной и иной деятельностью по охране здоровья населения на основании п. 20 ч. 1 ст. 30 Федерального закона «О страховых пенсиях». В соответствии с данной нормой, как и по ранее действовавшему законодательству, право на досрочную пенсию независимо от возраста имеют лица, осуществлявшие указанную деятельность в учреждениях здравоохранения не менее 25 лет в сельской местности и поселках городского типа и не менее 30 лет в городах, сельской местности и в поселках городского типа либо только в городах.

Однако, в результате проведения пенсионной реформы, связанной с повышением пенсионного возраста, законодатель и здесь предусмотрел дополнительное условие, согласно которому медицинским работникам страхования пенсия по старости может быть назначена не ранее 60 месяцев (5 лет) с момента формирования страхового стажа необходимой продолжительности¹⁴ и предусмотрел постепенное увеличение этого срока, начиная с 12 месяцев. Период ожидания фактически синхронизирован с повышением общеустановленного пенсионного возраста. Та-

ким образом, если у медицинского работника специальный страховой стаж полностью сформировался в 2023 году, то страховая пенсия по старости ему может быть назначена только в 2028 году. Вводя такое регулирование, как указал Конституционный Суд РФ, законодатель действовал в рамках своей дискреции, учитывая, что демографические, социально-экономические и иные факторы, в связи с которыми было признано необходимым изменение условий пенсионного обеспечения в части повышения пенсионного возраста, относятся в той же степени и к указанным категориям застрахованных лиц¹⁵.

Для досрочного назначения страховой пенсии по старости по указанному основанию главным условием выступает необходимая продолжительность осуществления лечебной и иной деятельностью по охране здоровья населения в учреждениях здравоохранения. И как раз проблемы правоприменительной практики связаны именно с зачетом тех или иных периодов в деятельности в указанный стаж.

Стаж работы определенной продолжительности определяется на основании списков соответствующих работ, профессий, должностей, специальностей и учреждений (организаций), с учетом которых назначается данная пенсия, а также Правил исчисления стажа¹⁶. Это необходимо учитывать, поскольку согласно ч. 8 ст. 13 Федерального закона «О страховых пенсиях» при исчислении страхового стажа в целях определения права на страховую пенсию периоды работы и (или) иной деятельности, которые имели место до дня вступления в силу данного Федерального закона и засчитывались в трудовой стаж при назначении пенсии в соответствии с законодательством, действовавшим в период выполнения работы (деятельности), могут включаться в указанный стаж с применением правил подсчета соответствующего стажа, предусмотренных указанным законодательством (в том числе с учетом льготного порядка исчисления стажа), по выбору застрахованного лица.

Как свидетельствует судебная практика, достаточно часто споры возникают в связи с отказом пенсионных органов включать в страховой стаж, дающий право на досрочное назначение страховой пенсии по старости, времени пребывания врача в клинической ординатуре до 1 ноября 1999 г.¹⁷, нахождения в отпуске по уходу за ребенком, имевшего место до 6 октября 1992 года¹⁸.

Кроме того, довольно часто возникают вопросы о возможности включения в стаж, дающий право на

¹³ Постановление от 4.10.2022 г. № 40-П по делу о проверке конституционности пункта 17 части 1 статьи 30 Федерального закона «О страховых пенсиях» и статей 12 и 13 Федерального закона «О специальной оценке условий труда» в связи с жалобой гражданки И.В. Глушенко // СЗ РФ. 2022. № 42. Ст. 7260.

¹⁴ См.: ч. 1.1 ст. 30 Федерального закона «О страховых пенсиях».

¹⁵ Определение от 2.04.2019 г. № 854-О по запросу группы депутатов Государственной Думы о проверке конституционности положений статей 4 и 7 Федерального закона «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам назначения и выплаты пенсий» // Вестник Конституционного Суда РФ. 2019. № 4.

¹⁶ Все действовавшие и действующие списки и правила перечислены в Постановлении Правительства РФ от 16.07.2014 г. № 665 «О списках работ, производств, профессий, должностей, специальностей и учреждений (организаций), с учетом которых досрочно назначается страховая пенсия по старости, и правилах исчисления периодов работы (деятельности), дающей право на досрочное пенсионное обеспечение» // СЗ РФ. 2014. № 30. Ст. 4306; 2022. № 48. Ст. 8459

¹⁷ Определение Судебной коллегии по гражданским делам Верховного Суда РФ от 14.12.2020 г. № 5-КГ20-115-К2 и др.

¹⁸ Определение Верховного Суда РФ от 14.05.2009 г. № 19-В09-3; п. 27 постановления Пленума Верховного Суда РФ от 11.12.2012 г. № 30 «О практике рассмотрения судами дел, связанных с реализацией прав граждан на трудовые пенсии» и др.

досрочное назначение пенсии по старости медицинским работникам периодов работы в организациях, не относящихся по своей организационно-правовой форме к учреждениям. По общему правилу, зачету в стаж подлежат периоды работы в учреждениях независимо от формы собственности¹⁹.

Только в двух случаях в указанный стаж могут включаться периоды деятельности в медицинских организациях, не являющихся учреждениями, а именно: 1) в случае изменения организационно-правовой формы учреждения, если будет доказано сохранение прежнего характера профессиональной деятельности работников и суд установит тождественность должностей, работа в которых засчитывается в стаж для назначения досрочной пенсии по старости, тем должностям, которые установлены после такого изменения²⁰; 2) при работе в определенных струк-

турных подразделениях отдельных организаций в случае совпадения наименований и соответствия их деятельности требованиям правового регулирования в сфере здравоохранения, которые обязательны для всех медицинских организаций независимо от организационно-правовой формы (организация оказания медицинской помощи в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, а также на основе стандартов медицинской помощи, которые утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти)²¹.

Таким образом, отношения по пенсионному обеспечению медицинских работников могут возникать по разным основаниям, но в любом случае, законодатель учитывает особый характер их деятельности, направленной на осуществления лечебной и иной деятельностью по охране здоровья населения.

Библиографический список

1. Вайсфельд Л.В., Караваев В.В. Законодательство о государственных пенсиях. – М.: Госюриздат, 1959. 343 с.

Рецензент: Черепанцева Ю.С., заведующий кафедрой трудового права и права социального обеспечения Оренбургского института (филиала) Университета имени О.Е. Кутафина (МГЮА), к.ю.н., доцент.

¹⁹ Постановление Конституционного Суда РФ от 3.06.2004 г. № 11-П по делу о проверке конституционности положений подпунктов 10, 11 и 12 пункта 1 статьи 28, пунктов 1 и 2 статьи 31 Федерального закона «О трудовых пенсиях в РФ» в связи с запросами Государственной Думы Астраханской области, Верховного суда Удмуртской Республики, Биробиджанского городского суда Еврейской автономной области, Елецкого городского суда Липецкой области, Левобережного, Октябрьского и Советского районных судов города Липецка, а также жалобами ряда граждан; п. 17 Пленума Верховного Суда РФ от 11.12.2012 г. № 30 «О практике рассмотрения судами дел, связанных с реализацией прав граждан на трудовые пенсии».

²⁰ Определение Конституционного Суда РФ от 4.03.2004 г. № 81-О об отказе в принятии к рассмотрению запроса Чкаловского районного суда города Екатеринбурга о проверке конституционности положения подпункта 11 пункта 1 статьи 28 Федерального закона «О трудовых пенсиях в РФ».

²¹ См: п.6 Правил исчисления периодов работы, дающей право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости в соответствии со статьей 27 Федерального закона «О трудовых пенсиях в РФ», утв. Постановлением Правительства РФ от 29.10.2002г. № 781; Письмо СФР от 12.09.2024 г. № МС-25-20/43368.

ПОПОВКИНА ДАРЬЯ ВЛАДИМИРОВНА

специалист по учебно-методической работе Оренбургского института (филиала)
Университета имени О.Е. Кутафина (МГЮА), 460000, г. Оренбург,
ул. Комсомольская, 50, post@oimsla.edu.ru

**НОВАЯ СИСТЕМА ОПЛАТЫ ТРУДА КАК ГОСУДАРСТВЕННАЯ
ГАРАНТИЯ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ЗАРАБОТНОЙ ПЛАТЫ
МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ**

POPOVKINA DARYA VLADIMIROVNA

specialist in educational and methodical work, Orenburg Institute (Branch) of The
Kutafin Moscow State Law University (MSLA), 460000, Russia, Orenburg,
Komsomolskaya Street, 50, post@oimlsa.edu.ru

**THE NEW WAGE SYSTEM AS A STATE GUARANTEE OF LEGAL
REGULATION OF SALARIES OF MEDICAL WORKERS**

Аннотация: в статье рассматривается одна из актуальных проблем для современного медицинского сообщества - оплата труда. Посредством исследования экономических и правовых механизмов, влияющих на размер заработной платы, дана характеристика предлагаемых Правительством Российской Федерации изменений, суть которых заключается во введении новой системы оплаты труда. Анализ основных стандартов, заложенных в определение размера заработной платы, позволил определить как преимущества пилотного проекта, так и недостатки, устранение которых позволит создать справедливую систему оплаты труда медицинских работников.

Ключевые слова: медицинские работники, заработная плата, новая система оплаты труда, пилотный проект, единые стандарты, должностной оклад, коэффициенты, стимулирующие и компенсационные выплаты.

Annotation: The article discusses one of the urgent problems for the modern medical community - remuneration. Through the study of the economic and legal mechanisms affecting wages, the article describes the changes proposed by the Government of the Russian Federation, the essence of which is the introduction of a new wage system. An analysis of the basic standards laid down in determining the amount of wages allowed us to identify both the advantages of the pilot project and the disadvantages, the elimination of which will create a fair remuneration system for medical workers.

Keywords: medical workers, salaries, new wage system, pilot project, uniform standards, salary, coefficients, incentive and compensation payments.

Профессия врача для человечества одна из важнейших. Они спасают жизни и уже только этим заслуживают признание. В России врачей и тех, кто связал себя с медициной, уважали во все времена. Но медик, прежде всего, человек, который живет в материальном мире, у него такие же бытовые потребности, как у всех. Ему нужно развиваться и совершенствоваться. Поэтому вопрос заработной платы для медицинских работников, как и для многих других, очень значим.

Происходящие в нашей стране преобразования, оптимизация медицины, сокращение государственного финансирования учреждений здравоохранения, привели к определенным проблемам. В первую очередь, это проблема укомплектования бюджетных учреждений квалифицированными кадрами. Многие специалисты уходят в частные медицинские организации, клиники или вообще из профессии. Сложилась ситуация, когда отток медицинских кадров превышает их приток. Многие выпускники не идут ра-

ботать по профилю. Так, ежегодно порядка 35% выпускников-бюджетников в системе высшего образования и 40% среднего профессионального медицинского образования не работают в государственной медицине. Решающим фактором в этом случае является уровень заработной платы. Поэтому еще одной из проблем, которая остро стоит перед государственной системой здравоохранения, является стимулирование труда. Мы вынуждены констатировать тот факт, что сложившиеся подходы к регулированию заработной платы в бюджетной сфере не соответствуют современным требованиям и нуждаются в продуманных решениях на каждом уровне управления. Ведь именно уровень и динамика заработной платы «выступают одним из основных критериев оценки эффективности проводимых в стране экономических преобразований»¹.

Несмотря на предпринимаемые государством отдельные меры, кадровая обеспеченность врачами за последние 10 лет в России сократилась на 3% и се-

¹ Жуков А.Л. Регулирование заработной платы: современные тенденции и пути реформирования: монография. М.: ИД «АТиСО», 2014. С.58.

годня на 15-20% ниже, чем в Австрии, Германии, Испании, Норвегии и ряде других европейских стран, – при большем потоке больных и меньшей плотности населения в РФ. С обеспеченностью средними медицинскими работниками ситуация еще хуже – за 10 лет она сократилась на 15%, и сейчас является одной из самых низких среди развитых стран².

Для решения ситуации принципиальным образом, необходим пересмотр системы оплаты труда. К такому выводу государство пришло некоторое время назад, когда в рамках ежегодного послания Президента РФ Федеральному Собранию был анонсирован переход медицинских работников на новую систему оплаты труда³. Главной целью, которую преследовала запланированная реформа, являлось устранение необоснованной дифференциации размеров заработных плат медицинских работников между организациями одного типа в условиях применения единых требований к расчету должностного оклада, назначению стимулирующих и компенсационных выплат и т.п.

В соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 1 июня 2021 года № 847 «О реализации пилотного проекта в целях утверждения требований к системам оплаты труда медицинских работников государственных и муниципальных учреждений здравоохранения»⁴ с 1 июня 2021 года в 7 субъектах страны начала осуществляется трехэтапная реализация мероприятий проекта⁵. Предполагалось, что новые правила начнут вводиться в пилотных регионах не ранее второго полугодия 2022 года. Большая же часть регионов должна была начать работать по новым требованиям не раньше 2023 года. По завершению опробирования новая система оплаты труда (далее - НСОТ) была бы распространена на всю территорию Российской Федерации. С учетом обозначенных временных рамок был запущен первый этап. Но в дальнейшем, в силу объективных причин, срок реализации проекта был перенесен на 2025 год⁶.

Несмотря на взятый перерыв, следует отметить, что Правительство Российской Федерации не оставило без внимания решение проблем оплаты труда медицинских работников. С помощью имеющихся в распоряжении экономических и правовых ресурсов, были установлены дополнительные социальные выплаты. С 1 января 2023 года для медиков, работающих

в городских и районных больницах, а также в службе скорой помощи, введена новая социальная выплата⁷. Она начисляется ежемесячно и составляет от 4,5 тыс. до 18,5 тыс. рублей. По сути, каждый месяц врач получает прибавку в среднем 14 500 руб. При этом врачам общей практики дополнительно выделяются в месяц 15 000 руб, семейным докторам 18 500, а врачам скорой помощи – 11 500. По 8 тыс. рублей выделяется для медицинского персонала центральных районных и областных больниц. Медсестры получают больше почти на 6 500 рублей, а младший медицинский персонал (санитар, санитар-водитель, младшая сестра по уходу за больными, сестра-хозяйка) – на 4 тыс. рублей⁸. Кроме того, с 1 апреля 2025 года работникам медицинской сферы будет проиндексирована заработная плата в среднем на 5,1% в зависимости от специальности и квалификации.

По данным различных источников, средняя заработная плата по стране у медицинских работников составляет от 73 383 до 94 546 рублей. Однако такие цифры в разбивке по регионам выглядят иначе. В 2024 году средняя заработная плата врачей в крупных городах России значительно выше, чем в провинциальных областях. В Москве врачи в среднем зарабатывают около 167 тысяч рублей, в Санкт-Петербурге – 122 тысячи. В других крупных городах, таких как Волгоград, Воронеж и Екатеринбург, средняя заработная плата варьируется от 45 до 97 тысяч рублей. В отдаленных регионах, таких как Мурманск и Камчатка, врачи могут получать значительно больше – до 154 тысяч рублей⁹.

В то же время, по результатам опроса, проведенного профессиональным сообществом «Врачи РФ», из 2 тысяч медиков разных специальностей по всей России, 57,5% говорят, что их дохода не хватает на еду, оплату жилья, лечение. При этом около 79% участников опроса работают более, чем на одну ставку. Самые низкие заработные платы, до 20 тысяч рублей, чаще получают педиатры, терапевты, акушеры и гинекологи. 32,7% опрошенных врачей получают от 20 до 40 тысяч рублей, еще 33,6% – от 40 до 60 тысяч рублей. От 60 до 80 тысяч зарабатывают 22,6% российских врачей. При этом такой доход складывается из всех подработок, дежурств и дополнительных ставок. А заработную плату в 100-150 тысяч рублей (которую подавляющее большинство респондентов счи-

² Гурьянов С. Кадр-бланш: когда медики станут получать больше // URL: <https://iz.ru/1556741/sergei-gurianov/kadr-blansh-kogda-mediki-stanut-poluchat-bolshe> (дата обращения: 10.03.2025).

³ Послание Президента Российской Федерации Путина В.В. Федеральному Собранию от 15 января 2020 года // Российская газета. 2020. № 7.

⁴ СЗ РФ. 2021. № 24 (часть II). Ст. 4499.

⁵ К таким субъектам отнесены Белгородская, Курганская, Омская, Тамбовская Оренбургская области, Республика Саха (Якутия) и город Севастополь.

⁶ Постановление Правительства РФ от 5 июля 2022 г. № 1205 «О приостановлении действия постановления Правительства Российской Федерации от 1 июня 2021 г. № 847» // СЗ РФ. 2022. № 28. Ст. 5120.

⁷ Постановление Правительства РФ от 31 декабря 2022 г. № 2568 (с изм. от 01.09.2024) «О дополнительной государственной социальной поддержке медицинских работников медицинских организаций, входящих в государственную и муниципальную системы здравоохранения и участвующих в базовой программе обязательного медицинского страхования либо территориальных программах обязательного медицинского страхования» // СЗ РФ. 2023. № 3. Ст. 560.

⁸ На сколько повысят зарплату медикам в 2024 году? // URL: <https://newizv.ru/news/2023-10-27/na-skolko-povyssyat-zarplatu-medikam-v-2024-godu-422346> (дата обращения: 10.03.2025).

⁹ Новые правила начисления зарплат врачам в 2025 году // URL: <https://apkip.ru/novosti/novye-pravila-nachisleniya-zarplat-vracham-v-2025-godu-schitaem-ot-mrota/> (дата обращения: 10.03.2025).

тают достойной) получают только 3,5% медицинских работников¹⁰.

Приведенные цифры указывают на высокую дифференциацию размеров оплаты труда в зависимости от разных факторов, и прежде всего, от региона работы. Даже в пределах одного региона встречаются разные варианты. Такое положение стало следствием того, что распределять систему оплаты труда бюджетников может руководство каждого региона и даже муниципального образования. В некоторых субъектах РФ полномочия по установлению размеров должностных окладов и определению условий оплаты труда предоставлено главным врачам. В результате можно встретить существенную разницу в уровне заработных плат медиков, которые работают в одном регионе или даже соседних медицинских организациях. Кроме того действующие системы оплаты труда излишне сложны и непрозрачны. Отсутствие единых правил для установления стимулирующих или компенсационных выплат, становится поводом для конфликтов и разбирательств¹¹.

Различия выражаются и в том, что при выполнении одних и тех же обязанностей, региональный врач и врач столичный, получают разную оплату. Подобное положение нельзя признать справедливым. Для искоренения такой «несправедливости», приведения заработных плат к единым стандартам и предлагается введение НСОТ.

Как указывалось ранее, срок введения пилотного проекта НСОТ для медицинских работников был перенесен на 2025 год. В результате в 2025 году стартует работа проекта в отдельных регионах со значительной разницей в оплате труда бюджетников. В 2026 году будет окончательно сформирована нормативно-правовая база, а в 2027 году проект будет введен среди всех медицинских работников.

Для создания правовой основы НСОТ в 2024 году были внесены поправки в статью 144 Трудового кодекса Российской Федерации, где Правительству Российской Федерации предоставлено право утверждать требования к системам оплаты труда работников государственных и муниципальных учреждений¹².

Значительную помощь оказала судебная и правоприменительная практика, где разъяснялись нормы, касающиеся минимальной заработной платы в регионах, правила установления районного коэффициента и процентной надбавки, учета дополнительных выплат в составе минимального размера оплаты труда¹³. Тем самым, была сформирована правовая база, позволяющая обеспечить единые правила в оплате труда медицинских работников.

Что же в итоге представляет собой НСОТ?

Эта система предлагает введение единого порядка формирования должностных окладов, единых для всех регионов перечней выплат компенсационного и

стимулирующего характера, а также условий их установления. В рамках НСОТ будут конкретизированы составы групп должностей, методика расчета и структура заработной платы.

Основными факторами, которые будут влиять на базовый оклад медицинских работников станут сложность работы и экономические особенности региона. Оклад будет рассчитываться по формуле:

$$Q = q \times k_1 \times k_2,$$

где: q – расчетная величина оклада;

k_1 – коэффициент сложности труда;

k_2 – коэффициент экономической дифференциации.

Размер заработной платы будет зависеть от категории медицинского работника. Коэффициенты сложности устанавливаются для 16 групп должностей и будут отличаться для врачей, среднего и младшего медицинского персонала. Диапазон варьируется от 1,00 до 3,13.

Что же касается регионального фактора, то для каждого региона Правительство РФ разработало определенный коэффициент. Исходя из медианной заработной платы, по данным Росстата, для Белгородской области и Севастополя установлен коэффициент 1,38, для Курганской – 1,00, в Омской области будут использовать коэффициент 1,11, в Оренбургской – 1,09, в Республике Саха – 1,16, Тамбовской области – 1,14.

Как уже отмечалось, НСОТ основывается на единых стандартах. Но несмотря на то, что список стимулирующих и компенсационных выплат будет единым, регионы все же наделены правом устанавливать их дополнительные виды.

Важной гарантией, которая обеспечивается соблюдение трудовых прав медицинских работников, бесспорно, является то, что итоговый размер заработной платы работника по правилам пилотного проекта не может быть ниже гарантированной (фиксированной) суммы, которую работник получает в рамках действующей системы оплаты труда.

Цели, которые преследует НСОТ, заключаются в следующем. Прежде всего, это поднять заработную плату медицинским работникам. Кроме того, обеспечить равную оплату труда для всех работников государственной системы здравоохранения. Ну и конечно же, обеспечить равную оплату труда во всех регионах.

Механизмом повышения оплаты труда в НСОТ является минимальный размер оплаты труда (МРОТ). При этом для младшего и среднего медицинского персонала установлен нижний предел оплаты труда - не менее 2,5 МРОТ, для медицинских работников с высшим образованием - не менее 4-х МРОТ. Учитывая, что с 1 января 2025 года МРОТ составляет 22 440 рублей в месяц, не сложно подсчитать минимум для каждой категории.

¹⁰ Более 50% врачей жалуются на то, что зарплата не покрывает базовых потребностей // URL: <https://rtvi.com/news/bolee-50-vrachej-zhaluyutsya-na-to-chto-zarplata-ne-pokryvaet-bazovye-potrebnosti/> (дата обращения: 10.03.2025).

¹¹ Черепанцева Ю.С., Симаева Е.М. Стимулирующие и компенсационные выплаты в системе заработной платы медицинских работников: проблемные аспекты // Труды Оренбургского института (филиала) МГЮА. 2023. № 4 (58). С.107.

¹² Трудовой кодекс Российской Федерации от 30 декабря 2001 г. № 197-ФЗ // СЗ РФ. 2002. № 1 (Ч. I). Ст. 3.

Что касается заявленной цели по обеспечению равной оплаты труда, важно понимать, что устанавливая единые правила, государство не стремится уравнивать все медиков во всех регионах. Главным здесь является установление размеров, которые бы были обоснованы и логичны. Это будет реализовано с помощью коэффициентов экономического развития региона. Там, где цены на ЖКХ, продукты, товары, бензин и т.п. выше - в этом регионе будет выше и зарплата медиков. Этот коэффициент подразумевает, что одни и те же категории медицинских работников, проживающих в разных регионах, будут получать разные оклады.

Совершенно очевидно, что осозная масштабы, Правительство Российской Федерации избрало верное направление - отработка пилотного проекта НСОТ. По результатам будет изучена эффективность нововведений, реальная возможность повышения уровня заработной платы медицинских работников, объективность избранных критериев и факторов, их способность влиять на формирование зарплатной и стимулирующих частей на различных уровнях доходов в разных субъектах РФ.

В то же время уже сейчас возникают вопросы и обозначаются очевидные проблемы. Так, ряд экспертов отмечают, что главной проблемой НСОТ является дифференциация в зависимости от медианной средней заработной платы по региону. В текущих условиях это не позволяет устранить разрыв в оплате труда медиков по регионам. Как вариант, предлагается ориентироваться на показатель стоимости жизни в том или ином регионе, который рассчитывает Росстат¹⁴.

Большие опасения вызывают и финансовые ре-

сурсы, требующиеся для реализации намеченных целей. Чтобы поднимать и поэтапно выравнивать заработную плату медикам, по оценкам ВШОУЗ, нужно не менее 350-400 млрд рублей¹⁵.

Не решенным остается вопрос о нормативной правовой базе. Основная работа по ее созданию лежит на Минздраве России (непосредственно на Департаменте медицинского образования и кадровой политики в здравоохранении). Должны быть созданы акты, которые будут регулировать новые подходы к формированию окладов, стимулирующих и компенсационных выплат. Доработка будет осуществляться и на уровне учреждений здравоохранения, чьи локальные нормативные акты напрямую влияют на размер оплаты труда их сотрудников. Изменения должны будут вноситься непосредственно и в трудовые договоры. Все это - сложный и многоэтапный процесс, который по планам Минздрава России, должен быть завершен до 31 марта 2025 года. с большой степенью вероятности, до указанной даты такая масштабная работа вряд ли будет завершена.

Таким образом, уже сейчас понятно, что введение НСОТ для медицинских работников, очень трудоемкий процесс. Но осозная потребность в улучшении уровня доходов одной из многочисленных групп работников бюджетной сферы, государство стремится решить проблемы здравоохранения, повысить престиж медицинской профессии. И даже несмотря на уже очевидные недостатки, считаем, что НСОТ медиков значительно лучше и справедливее, по сравнению с существующей системой. Наши медицинские работники заслуживают того, чтобы их труд оплачивался достойно.

Библиографический список

1. Жуков А.Л. Регулирование заработной платы: современные тенденции и пути реформирования: монография. – М.: ИД «АТиСО», 2014. – 406 с.
2. Черепанцева Ю.С., Симаева Е.М. Стимулирующие и компенсационные выплаты в системе заработной платы медицинских работников: проблемные аспекты // Труды Оренбургского института (филиала) МГЮА. 2023. № 4 (58). С.101-108.

Рецензент: Черепанцева Ю.С., заведующий кафедрой трудового права и права социального обеспечения Оренбургского института (филиала) Университета имени О.Е. Куцафина (МГЮА), к.ю.н., доцент.

¹³ См., напр.: Постановление Конституционного суда РФ от 27.07.2023 № 35-П, Постановление Конституционного суда РФ от 07.12.2017 № 38-П, Постановление Конституционного суда РФ от 11.04.2019 № 17-п, письмо Минтруда от 04.09.2018 № 14-1/ООГ-7353, письмо Роструда от 27.12.2024 № ПГ/26659-6-1.

¹⁴ Гурьянов С. Три года ждут: когда заработает новая система оплаты труда медработников // URL: <https://iz.ru/1769724/sergei-guranov/tri-goda-zdut-kogda-zarabotaet-novaa-sistema-oplaty-truda-medrabotnikov> (дата обращения: 10.03.2025).

¹⁵ Трифонов И. Средняя по больнице: из чего складывается зарплата медиков на бумаге и в жизни // URL: <https://profile.ru/society/srednyaya-po-bolnice-iz-chego-skladyvaetsya-zarplata-medikov-na-bumage-i-v-zhizni-1466991/> (дата обращения: 10.03.2025).

ЧЕРЕПАНЦЕВА ЮЛИЯ СЕРГЕЕВНА

заведующий кафедрой трудового права и права социального обеспечения
Оренбургского института (филиала) Университета имени О.Е. Кутафина (МГЮА),
доцент, кандидат юридических наук, 460000, г. Оренбург, ул. Комсомольская, 50,
post@oimsla.edu.ru

ТРУД МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ: ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ И ПРАКТИКА

CHEREPANTSEVA YULIYA SERGEEVNA

head of the Department of labor law and social security law, associate Professor,
candidate of law, Orenburg Institute (Branch) of The Kutafin Moscow State Law
University (MSLA), 460000, Russia, Orenburg, Komsomolskaya Street, 50,
post@oimsla.edu.ru

THE WORK OF MEDICAL WORKERS: LEGAL REGULATION AND PRACTICE

Аннотация: данная статья посвящена рассмотрению вопросов правового регулирования труда одной из наиболее многочисленных групп - медицинских работников. Посредством анализа нормативных правовых актов, исследованы правовые механизмы, которыми располагает трудовое законодательство, регламентирующее вопросы рабочего времени, оплаты труда в медицине. Кроме того, автором выделены наиболее проблемные аспекты, решение которых будет способствовать обеспечению соблюдения трудовых прав медицинских работников, повышению престижа медицинской деятельности.

Ключевые слова: медицина, трудовое регулирование, сокращенное рабочее время, переработки, нормативы рабочего времени, оплата труда, пилотный проект ОСОТ, Оренбургская область.

Annotation: This article is devoted to the consideration of issues of legal regulation of labor of one of the most numerous groups - medical workers. Through the analysis of normative legal acts, the legal mechanisms available to labor legislation regulating working hours and remuneration in medicine are investigated. In addition, the author highlights the most problematic aspects, the solution of which will contribute to ensuring compliance with the labor rights of medical workers, increasing the prestige of medical activities

Keywords: medicine, labor law regulation, reduced working hours, processing, working time standards, remuneration, pilot project of OSOT, Orenburg region.

Вопросы трудовых отношений и их правового регулирования всегда находятся в центре внимания. И прежде всего, потому, что они объединяют двух участников, с разными личными, экономическими, социальными интересами. С точки зрения права, мы говорим о двух разных субъектах, вступивших в правовые отношения друг с другом – экономически самостоятельным работником и обладающим административной (дисциплинарной) властью работодателем.

Взаимоотношения этих субъектов характерны для многих производственных и непроизводственных сфер. Одной из областей, для которой трудовые отношения традиционны и общепризнанны, является медицина. Оказывать медицинскую помощь, лечить, консультировать, обследовать - все это очень специфично, особенно с точки зрения правового регулирования.

Состояние правового регулирования труда медицинских работников достаточно давно привлекает внимание представителей науки и практики. И к большому сожалению, приходится признать, что проблемы, характерные для этой сферы на протяжении долгого времени, остаются без должного разрешения.

А в трудовые отношения медицинских работников их действительно хватает.

Как одну из причин сложившегося положения, мы видим сложность правового регулирования. Трудовой кодекс Российской Федерации содержит только одну правовую норму – статью 350, в которой, судя по ее названию, отражены лишь некоторые особенности регулирования труда рассматриваемой категории работников. В ней 11 частей. Регулирование охватывает вопросы рабочего времени (сокращенного и при работе по совместительству – часть 1 и 2), предоставление ежегодного дополнительного оплачиваемого отпуска (часть 3), дежурство на дому (части 4-7), а также вопросы трудовых договоров, их заключения и прекращения с руководителями медицинских организаций (части 8-11).

В данной правовой дефиниции, фактически закреплены лишь дифференцирующие основания, характерные для труда медиков. Для решения конкретных вопросов используется подзаконное регулирование, т.к. ст.350 ТК РФ содержит отсылочные нормы, где соответствующая обязанность предоставляется Правительству РФ. Кроме того, мы видим ука-

зание на Министерство труда и социальной защиты РФ, Министерство здравоохранения РФ, как профильные органы исполнительной власти федерального уровня, а также соответствующие органы исполнительной власти субъектов РФ и муниципальные органы. Учитывая, что речь идет о трудовых отношениях, вопросы организации труда и обеспечение условий для осуществления трудовой деятельности регулируются самим работодателем на локальном уровне и в договорном порядке. С одной стороны, все это в совокупности, позволяет более тщательно проработать конкретные условия трудовой деятельности медицинских работников. И с этим нельзя не согласиться. Но с другой, такой громоздкий массив нормативных правовых актов разного уровня, зачастую вступающих в противоречие друг с другом, в котором отсутствуют связи между отдельными актами, не способствует эффективному правовому регулированию. Мы придерживаемся высказываемой в научной литературе точки зрения о необходимости внесения в ТК РФ самостоятельной главы, которая бы закрепила основные аспекты правового регулирования труда медицинских работников и гарантии их трудовых прав¹. А уже нюансы были бы урегулированы в специальных законах и подзаконных нормативных актах.

Но пока это лишь предложения. Поэтому необходимо иметь четкое представление по основным вопросам, которые затрагивают наиболее важные аспекты трудовой жизни медицинского работника. И среди них, на наш взгляд, в первую очередь, следует выделить вопросы рабочего времени и его продолжительности.

Как уже отмечалось, ст. 350 ТК РФ указывает общую норму, а именно не более 39 часов в неделю. Это *сокращенное рабочее время*. Оно может рассчитываться как в неделю, так и за день. Как уже отмечалось, для правового регулирования труда медицинских работников используется дифференцирующий подход, что выражается в установлении рабочего времени иной продолжительности в зависимости от должности или специальности. Так, постановлением Правительства РФ от 14 февраля 2003 г. № 101 «О продолжительности рабочего времени медицинских работников в зависимости от занимаемой ими должности и (или) специальности» может устанавливаться 36-часовая рабочая неделя (Приложение № 1 – Перечень должностей и (или) специальностей медицинских работников, организаций, а также отделений, палат, кабинетов и условий труда, работа в которых дает право на сокращенную 36-часовую рабочую неделю, 33-часовая рабочая неделя (Приложение № 2 – Перечень должностей и (или) специальностей медицинских работников, организаций, а также отделений, палат, кабинетов и условий труда, работа в которых дает право на сокращенную 33-часовую рабочую неделю) и 30-часовая рабочая неделя (Приложение № 3 – Перечень должностей и (или)

специальностей медицинских работников, организаций, а также отделений, палат, кабинетов и условий труда, работа в которых дает право на сокращенную 30-часовую рабочую неделю). Кроме того, в нем же установлена 24-часовая рабочая неделя (например, для медицинских работников, непосредственно осуществляющих гамма-терапию и экспериментальное гамма-облучение гамма-препаратами в радиоманипуляционных кабинетах и лабораториях).

Несмотря на существование такого акта, вопросы продолжительности рабочего времени становятся предметом рассмотрения Минздрава России. Так, письмом от 18 августа 2021 г. № 16-6/2122 предусмотрено, что для врача-эндоскописта и врача ультразвуковой диагностики устанавливается рабочая неделя продолжительностью 39 часов.

Аналогичная ситуация существует и по отпускам, где применяется подзаконное регулирование. Например, постановлением Правительства РФ от 20 декабря 2021 года № 2365 «О продолжительности ежегодного дополнительного оплачиваемого отпуска, предоставляемого отдельным категориям медицинских работников» в зависимости от должности и места работы устанавливается ежегодный дополнительный оплачиваемый отпуск продолжительностью 3 календарных дня за непрерывный стаж работы свыше 3 лет в должностях и учреждениях здравоохранения. Некоторым медицинским работникам установлен ежегодный дополнительный оплачиваемый отпуск за работу с вредными и (или) опасными условиями труда. Это лица, которые оказывают психиатрическую помощь, непосредственно участвуют в оказании противотуберкулезной помощи, занимаются диагностикой и лечением ВИЧ-инфицированных, работают с материалами, содержащими ВИЧ. Постановлением Правительства РФ от 6 июня 2013 года № 482 «О продолжительности ежегодного дополнительного оплачиваемого отпуска за работу с вредными и (или) опасными условиями труда, предоставляемого отдельным категориям работников» определено, что продолжительность указанного отпуска по должностям (специальностям, категориям) колеблется от 14 до 35 дней.

Однако, несмотря на наличие необходимых правовых основ, на практике установленные нормативы, а точнее их соблюдение, перерастает в серьезную проблему в условиях, когда врачи или медицинских персонал вынужденно перерабатывают. Ни для кого не секрет, что в настоящее время сферу медицины сопровождает кадровый дефицит, причем как по отдельным специальностям, так и в целом, по количеству занимаемых должностей.

Трудовое законодательство содержит в себе правовые способы, которые могут быть использованы для решения вопросов соблюдения нормативов рабочего времени.

Одним из таких вариантов, может быть установление *суммированного учета рабочего времени* (ст. 104

¹ Филиппова И.А. Правовое регулирование труда медицинских работников: особенности правового статуса и проблемы, имеющиеся в законодательстве // Медицинское право. 2016. № 1. С.18.

ТК РФ). Особенностью такого режима является то, что учетный период позволяет достигать установленную законом норму часов, даже если в какие-то временные отрезки работник ее перерабатывает. Учетный период, согласно ст. 104 ТК РФ, может составлять месяц, квартал (три месяца), один год и иную продолжительность. В медицинских организациях отсутствует практика установления учетного периода в один год, поэтому наиболее приемлемым вариантом будет период продолжительностью, как правило, один или три месяца.

Такой режим устанавливается на локальном уровне и закрепляется в правилах внутреннего трудового распорядка, согласно ТК РФ.

Основной обязанностью работодателя при суммированном учете рабочего времени является ведение строго учета отработанного времени, составление графиков работы (сменности) и ознакомление с ними работников в установленные сроки.

Востребованным на практике стал еще один вариант - это *совместительство*, т.е. выполнение в свободное от основной работы время другой регулярной оплачиваемой работы (ст. 60.1 ТК РФ). Кодекс, в главе 44 «Особенности регулирования труда лиц, работающих по совместительству», регламентирует особенности такой работы. Относительно медицинских работников следует отметить, что для них особенности такой работы регулируются самостоятельным актом – Постановлением Минтруда РФ от 30 июня 2003 г. № 41 «Об особенностях работы по совместительству педагогических, медицинских, фармацевтических работников и работников культуры» (далее – Постановление № 41). Например, медицинским работникам, ведущим свою деятельность в сельской местности, при совместительстве может быть увеличена продолжительность рабочего времени, но только по решению Правительства РФ и с учетом мнения общероссийского профсоюза и общероссийского объединения работодателей. Так, в соответствии с постановлением Правительства РФ от 12 ноября 2002 года № 813 «О продолжительности работы по совместительству в организациях здравоохранения медицинских работников, проживающих и работающих в сельской местности и в поселках городского типа» таким работникам разрешается работать по совместительству в общей сложности 8 часов в день и 39 часов в неделю.

Как можно заметить, ТК РФ не запрещает заключать несколько трудовых договоров о работе по совместительству с одним работодателем (что так же подтверждается в письме Роструда от 1 февраля 2023 года № ПГ/01303-6-1). Однако отсутствие запрета порождает практику, когда медицинские работники работают по две, три и даже больше ставок, включая дежурства в стационаре, что фактически означает работу и днем, и ночью. В свою очередь, это оборачивается большими психо-эмоциональными нагрузками на таких работников и полностью не соответствует принципам охраны труда.

Важно помнить, что совместительство оформля-

ется отдельным трудовым договором, т.к. именно этот факт позволяет отличать от совместительства *совмещение профессий (должностей)* (ст. 60.2 ТК РФ). Такая возможность тоже применяется для регулирования труда медицинских работников.

При решении вопроса об использовании данного правового инструмента важно учитывать установленные нормы труда. В том числе штатные нормативы, нормы времени приема и т.п. В случае их превышения, необходимо получить письменное согласие работника, что и будет реализацией ст. 60.2 ТК РФ. Работнику можно поручать дополнительную работу в течение дня по другой или такой же должности. Размер доплаты согласуется заранее (ст. 151 ТК). Так как ТК РФ минимального размера такой доплаты нет, поэтому она может быть любой, главное, чтобы она компенсировала повышенную нагрузку. Важно, чтобы работник дал свое письменное согласие на совмещение, потому что в случае спора, его исход будет зависеть от документов, которые подтвердят факт поручения и факт выполнения такой работы.

Переработка установленной продолжительности рабочего времени для медицинского работника может рассматриваться как *сверхурочная работа*. Сверхурочной считается работа сверх установленных для работника часов, осуществляемая по инициативе работодателя (ст. 99 ТК РФ). Применение возможностей сверхурочной работы зачастую позволяет эффективно решить острую проблему замены отсутствующего работника, завершения начатой работы или даже разгрузить персонал. Особенностей именно для медицинских работников законодательство не устанавливает. Поэтому применяются общие правила. На что в этом случае следует обратить особое внимание? Конечно же, требуется вести строгий учет отработанного времени. Это позволит правильно произвести оплату. Согласно ст. 152 ТК РФ, сверхурочная работа оплачивается в полуторном и двойном размере: полуторная/двойная дневная или тарифная ставки либо полуторная/двойная сдельная расценка.

С учетом судебной практики, хочется отметить те корректировки, которые произошли в вопросах оплаты сверхурочной работы, что несомненно, повысило не только качественный уровень применяемой правовой дефиниции, но и способствует защите трудовых прав работника, вынужденного работать сверхурочно. В постановлении Конституционного суда РФ от 28 июня 2018 года № 26-П «По делу о проверке конституционности части первой статьи 153 Трудового кодекса Российской Федерации в связи с жалобами граждан Д.В. Апухтина, К.К. Багирова и других», указывалось на обязанность работодателя начислять компенсационные и стимулирующие выплаты, предусмотренные системой оплаты труда. Определением Четвертого кассационного суда общей юрисдикции от 25.01.2022 № 88-344/2022 подчеркнута недопустимость производить оплату исходя только из оклада работника. Благодаря постановлению Конституционного Суда РФ от 27 июня 2023 года № 35-П «По делу о проверке конституционнос-

ти положений части первой статьи 152 Трудового кодекса Российской Федерации и абзаца второго Постановления Правительства Российской Федерации «О минимальном размере повышения оплаты труда за работу в ночное время» в связи с жалобой гражданина С.А. Иванченко», принятым во исполнение решения высшего судебного органа Федеральным законом от 22 апреля 2024 года № 91-ФЗ «О внесении изменений в статью 152 Трудового кодекса Российской Федерации» с 1 сентября 2024 года введено правило, что при расчете сверхурочных начислений необходимо учитывать всю заработную плату сотрудника, то есть оклад или тарифную ставку, а также компенсационные и стимулирующие выплаты. Рассчитывают доплату по прежним правилам: первые два часа работы оплачиваются не менее чем в полуторном размере, последующие - не менее чем в двойном. Данные изменения не коснулись случаев, когда в локальных актах работодателя установлены условия оплаты сверхурочной работы в более высоком размере. Сохранено и правило о возможности компенсировать сверхурочную работу по желанию работника предоставлением дополнительного времени отдыха, но не менее времени, отработанного сверхурочно, за исключением случаев, предусмотренных ТК РФ (часть 1 ст.152).

Важной гарантией соблюдения прав работника является запрет на замену выплаты за сверхурочную работу стимулирующими выплатами. Нельзя забывать, что это разные формы оплаты труда. Сверхурочные - гарантированная часть заработной платы, в то время как стимулирующие выплаты направлены на повышение качества работы. Их размер определяется по решению руководителя в пределах фонда оплаты труда.

Следует помнить и то, что обстоятельство, что сверхурочная работа будет признаваться таковой только в том случае, если она производится по инициативе работодателя. Данная гарантия имеет свое непосредственное отношение уже к работодателю, что позволяет ему не оплачивать выполненную работу работнику, если инициатором ее проведения стал сам работник (например, работник участвовал в суде в качестве эксперта без поручения со стороны работодателя – апелляционное определение Санкт-Петербургского городского суда от 18.09.2018 № 33-17930/2018).

Что касается перечисленных видов работы, рабочего времени и его учета, недопустимо подменять эти понятия, т.к. это не только разные правовые механизмы учета рабочего времени, но и соответственно, иные правила оплаты труда. Важно следить за правильностью оформления выполняемой работы, что в свою очередь станет гарантией защиты трудовых прав медицинского работника.

Еще одним из сложных вопросов продолжает оставаться *дежурство медицинских работников*, или

как его называют в Постановлении № 41 – дежурство медицинских работников сверх месячной нормы рабочего времени по графику. Исключительная социальная значимость трудовой деятельности медицинских работников по оказанию медицинской помощи населению обуславливает необходимость обеспечения непрерывного режима работы соответствующих учреждений².

До настоящего времени отсутствует законодательное определение термина «дежурство». Хотя, как мы уже отмечали, ст.350 оперирует термином «дежурство на дому». И если здесь присутствует определенная ясность и понимание такого режима работы, то правовой режим дежурства в стационаре фактически отсутствует. С дежурствами связаны особенности работы по совместительству и учета проработанного медицинским работником времени. По сути, единственным документом, регламентирующим этот вопрос остается Циркулярное письмо Министерства здравоохранения СССР, Министерства финансов СССР, Государственного комитета СССР по труду и социальным вопросам и ВЦСПС от 4 мая 1990 года № 01-14-5-24 «Об организации и оплате дежурств врачей учреждений здравоохранения, имеющих стационары». Наряду с ним, можно назвать еще письмо Минздрава СССР от 11 декабря 1954 года № 02-19/21, которым предусмотрены категории работников, которые не должны спать при ночной работе (это, например, медицинский персонал, оказывающий скорую помощь, экстренную или неотложную хирургическую, терапевтическую, гинекологическую помощь; средний медицинский персонал психоневрологических учреждений, детских больниц, родильных домов и отделений, хирургических отделений больниц, а также больниц и отделений для острозаразных больных; младший медицинский персонал стационаров).

Учитывая подобный вакуум современного адаптированного правового регулирования, решение вопросов дежурства осуществляется посредством локального регулирования и индивидуального договорного регулирования (т.е. включения в трудовой договор условия об обязанности медицинского работника дежурить). Большинство работодателей идут именно по этому пути, закрепляя дежурство как обязательное условие трудового договора и предусматривая такую обязанность медицинского работника в локальном акте организации. Подобная практика считается положительной и поддерживается в научных кругах³. Но так или иначе – в ТК РФ следует законодательно прописать работу медицинских работников и ее оплату за дежурство (сверх месячной нормы), что не только бы улучшило взаимоотношения между работником и работодателем, но и приводило бы к меньшему количеству трудовых споров.

Конечно же, все, что касается вопросов рабочего времени, теснейшим образом связано с оплатой тру-

² Кошкин Н.С., Орешкина Н.В. Особенности правового регулирования медицинских работников // Вестник ЮрГУ. Серия «Право». 2019. Т.19. № 1. С. 56.

³ Волжанин П.В. Некоторые аспекты дежурства медицинских работников // Менеджер здравоохранения. 2015. № 7. С. 56.

да. Перерабатывают медицинские работники вынужденно, и это факт. В то же время нельзя не отметить, что государство предпринимает настойчивые попытки решения данной проблемы, ведь именно низкий уровень оплаты труда является ключевым фактором в сложившейся ситуации. Так, с 1 января 2023 года для медиков, работающих в городских и районных больницах, а также в службе скорой помощи, введена новая социальная выплата⁴. Она начисляется ежемесячно и составляет от 4,5 тыс. до 18,5 тыс. рублей. Размер зависит от категории сотрудника и вида учреждения здравоохранения. Продолжается кампания по привлечению медицинских работников в сельскую местность⁵. Тем, кто решил переехать работать в село или поселок, выплачиваются подъемные размером от 500 тыс. до 2 млн рублей. Точная сумма зависит от занимаемой должности и региона. В рамках работы по снижению заболеваемости населения и выявления их на ранней стадии, установлены такие виды доплат, как доплата за проведение диспансеризации и доплата за онконастороженность⁶.

С целью минимизации разрыва заработных плат между регионами, повышения уровня доходов и привлечения в отрасль молодых специалистов, Минздрав России совместно с Минтрудом России разработал и запланировал введение новой единой системы оплаты труда медицинских работников. Эта система предусматривает установление единых требований к формированию окладов и надбавок, предусмотренных на федеральном уровне. Размеры окладов определяются путем умножения расчетной величины на коэффициенты, на величину которых влияет сложность выполняемой работы, а также региональная экономическая дифференциация.

Конкретные размеры всех частей заработной платы медицинских работников устанавливают федеральные органы – учредители для подведомственных федеральных учреждений здравоохранения и органы власти субъекта РФ для региональных и муниципальных учреждений здравоохранения. Расчетную величину и коэффициенты утверждает Правительство Российской Федерации. При этом коэффициенты сложности устанавливаются для 16 групп должностей. Размер коэффициента региональной экономической дифференциации рассчитывается на основе данных Росстата по медианной заработной плате в каждом субъекте.

Вопрос о введении отраслевой системы оплаты труда – ОСОТ, обсуждается с 2019 года. К 2021 году были подготовлены конкретные цифры окладов, размеры надбавок к ним, но с учетом обстановки в стране (пандемия COVID-19, начало специальной военной операции), ее сроки были сдвинуты на лето 2022

года, а затем на 2025 год. Но, как и предполагалось изначально, были определены регионы, на территории которых этот пилотный проект будет апробирован. В число новых областей, наряду с Белгородской, Курганской Омской, Тамбовской областями, Республикой Саха (Якутия) и Севастополем, вошла и Оренбургская область. В начале новую систему труда запустят в этих регионах, потом проанализируют результаты и только после этого внедрят в рамках всей России.

Во исполнение Постановления Правительства РФ от 1 июня 2021 года № 847 «О реализации пилотного проекта в целях утверждения требований к системам оплаты труда медицинских работников государственных и муниципальных учреждений здравоохранения» (далее – Постановление № 847), Распоряжения Губернатора Оренбургской области от 8 июля 2021 года № 303-р, в Оренбургской области в апреле 2022 года проходил второй этап – внедрение критериев бережливого производства в повседневную работу участковых врачей, медицинских сестер и немедицинского персонала. Экспериментальными площадками были определены по два терапевтических участка Городской клинической больницы им. Н.И. Пирогова г. Оренбурга и Соль-Илецкой межрайонной больницы. Кроме того, в области были проведены все подготовительные мероприятия, касающиеся предупреждения медицинских работников о переходе на ОСОТ с точки зрения соблюдения трудового законодательства. Но как уже отмечалось, в связи с приостановлением до 1 января 2025 года действия Постановления № 847, реализация иных мероприятий не проводится. Остается надеяться, что пилотные регионы смогут показать жизнеспособность, а главное их реальную эффективность в достижении поставленных перед ОСОТ целей.

Обозначенные нами аспекты рабочего времени, его переработки, существенно влияют на гарантии полноценного отдыха медицинского работника, ограничивая его, что в соотношении с принципами трудового права, нельзя признать правомерным. Полагаем, что решение данного вопроса должно осуществляться комплексно. Усилий только государства не достаточно. Активное участие в этой работе должны принимать и субъекты Российской Федерации, их профильные министерства, в ведении которых находятся медицинские организации.

Интересной, на наш взгляд, является ситуация в Оренбургской области. По официальным данным областного Министерства здравоохранения по состоянию на 1 апреля 2024 года укомплектованность государственных учреждений здравоохранения врачами составляет 94,6%, средними медицинскими ра-

⁴ Постановление Правительства РФ от 31 декабря 2022 г. № 2568 (с изм. от 01.09.2024) «О дополнительной государственной социальной поддержке медицинских работников медицинских организаций, входящих в государственную и муниципальную системы здравоохранения и участвующих в базовой программе обязательного медицинского страхования либо территориальных программах обязательного медицинского страхования» // СЗ РФ. 2023. № 3. Ст. 560.

⁵ Постановление Правительства РФ от 26 декабря 2017 г. № 1640 (с изм. от 26.11.2024) «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» // СЗ РФ. 2017. № 1 (часть II). Ст. 373.

⁶ Черепанцева Ю.С., Симаева Е.М. Стимулирующие и компенсационные выплаты в системе заработной платы медицинских работников: проблемные аспекты // Труды Оренбургского института (филиала) МГЮА. 2023. № 4 (58). С.107.

ботниками – 97%. То есть можно сказать, что проблем с кадрами в области нет. Но само же Министерством ежегодно определяется потребность государственной системы здравоохранения в квалифицированных кадрах. Так, на 2024 год потребность во врачах составляет 509 человек, в средних медицинских работниках – 366 человек. На деле же в каждой больнице существуют вакансии, например, в Оренбургской инфекционной больнице нехватка составляет 14 человек, в Психоневрологическом госпитале ветеранов войны – 12, в Бузулукской больнице скорой медицинской помощи имени академика Н.А. Семашко – 26, в Больнице скорой медицинской помощи города Новотроицк открыто 52 вакансии⁷. Объяснить ситуацию, когда по официальным данным врачами больницы укомплектованы, а специалистов не хватает, можно именно тем, что один человек работает на несколько ставок, либо по совместительству, либо еще и совмещает должности и т.п.

Большая роль в решении вопросов эффективного использования труда своих работников принадлежит непосредственно работодателю, который не может не быть в этом заинтересован. И вот тут, на наш взгляд, кроется еще одна важная проблема, которую можно обозначить как добросовестность руководителя. Если руководитель не понимает, что главная его ценность – это работники, у него всегда будут проблемы с персоналом. И тогда уже ни ТК РФ, ни какой иной нормативный правовой акт помочь не смогут. Считаем, что в первую очередь, именно от руководителя – главного врача, зависит решение большинства их них. Но и профильные министерства, особенно регионального

уровня, не должны устраняться в этом случае. Что остается работникам, если их «не слышат»? К большому сожалению, сегодня есть масса примеров, когда недовольство достигает такого уровня, что заявления на увольнения пишут целыми отделениями⁸.

Безусловно, только перечисленными, круг проблем правового регулирования труда медицинских работников не ограничивается. Не менее сложными являются вопросы, например, нормирования труда медицинских работников, когда они физически не успевают выполнять так называемую, «бумажную» работу и осуществлять прием пациентов. Это и вопросы в аккредитации специалиста, с точки зрения соотношения с требованиями, предъявляемыми к медицинским работникам, когда в противоречие, на наш взгляд, вступают часть 1 ст. 69 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и ст. 65 ТК РФ, не устанавливающая возможности требовать от работника периодического подтверждения соответствия навыков и знаний, вопросы заключения эффективного контракта медицинскими работниками. Отдельным блоком, мы считаем, являются вопросы воспроизводства и подготовки кадров, их обучение, в том числе и целевое, а также иные вопросы. Их скорейшее решение, несомненно, будет способствовать повышению качества исполнения медицинскими работниками своих трудовых обязанностей. И ведущая роль здесь принадлежит праву, т.к. только четкое и грамотное правовое регулирование может обеспечить действительно достойные условия труда медицинских работников.

Библиографический список

1. Волжанин П.В. Некоторые аспекты дежурства медицинских работников // Менеджер здравоохранения. – 2015. – № 7. – С.54-59.
2. Кошкин Н.С., Орешкина Н.В. Особенности правового регулирования медицинских работников // Вестник ЮрГУ. Серия «Право». – 2019. – Т.19. – № 1. – С.53-59.
3. Филиппова И.А. Правовое регулирование труда медицинских работников: особенности правового статуса и проблемы, имеющиеся в законодательстве // Медицинское право. – 2016. – № 1. – С.17-21.
4. Черепанцева Ю.С., Симаева Е.М. Стимулирующие и компенсационные выплаты в системе заработной платы медицинских работников: проблемные аспекты // Труды Оренбургского института (филиала) МГЮА. – 2023. – № 4 (58). – С.101-108.

Рецензент: Беребина О.П., доцент кафедры трудового права и права социального обеспечения Оренбургского института (филиала) Университета имени О.Е. Кутафина (МГЮА), к.ю.н.

⁷ Сколько врачей нужно Оренбуржью? Официальные данные Минздрава и мнения самих медиков // URL: <https://56orb.ru/news/2024-06-01/skolko-vrachey-nuzhno-orenburzhyu-ofitsialnye-dannye-minzdrava-i-mneniya-samih-medikov-5096754> (дата обращения: 20.11.2024).

⁸ Гинекологический корпус на грани распада: медики пожаловались на главврача 14-й больницы Екатеринбурга // URL: <https://www.e1.ru/text/health/2023/06/09/72377750/>; Люди уже износились. Медики пермской ГБ № 6 бьют тревогу: из первичного сосудистого отделения увольняется персонал // URL: <https://59.ru/text/job/2023/09/30/72746894/>; Врач с 45-летней практикой разнес в пух и прах главврача ГКБ №4 города Оренбурга в открытом письме Паслеру // URL: <https://1743.ru/news/38024> (дата обращения: 20.11.2024).

**Труды Оренбургского института (филиала) МПЮА
№ 1 (63) / 2025**

Подписано в печать 15.04.2025 г. Дата выхода в свет 15.05.2025 г.

Формат 60х84¹/₈. Бумага офсетная. Свободная цена.

Усл. печ. листов 19,25. Тираж 25. Заказ 20.

Адрес издателя: 460000, г. Оренбург, ул. Комсомольская, 50.

Отпечатано в ООО ИПК «Университет».

Адрес: 460007, г. Оренбург, ул. М. Джалиля, 6.