

ISSN 2072-0297



# МОЛОДОЙ<sup>®</sup> УЧЁНЫЙ

международный научный журнал

## СПЕЦВЫПУСК

Актуальные вопросы  
медицины и права

Является приложением к научному журналу  
«Молодой ученый» № 17 (151)



17.1

2017

16+

ISSN 2072-0297

# МОЛОДОЙ УЧЁНЫЙ

Международный научный журнал

Выходит еженедельно

№ 17.1 (151.1) / 2017

## СПЕЦВЫПУСК

Актуальные вопросы медицины и права

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

**Главный редактор:** Ахметов Ильдар Геннадьевич, кандидат технических наук

**Члены редакционной коллегии:**

Ахметова Мария Николаевна, доктор педагогических наук

Иванова Юлия Валентиновна, доктор философских наук

Каленский Александр Васильевич, доктор физико-математических наук

Куташов Вячеслав Анатольевич, доктор медицинских наук

Лактионов Константин Станиславович, доктор биологических наук

Сараева Надежда Михайловна, доктор психологических наук

Абдрасилов Турганбай Курманбаевич, доктор философии (PhD) по философским наукам

Авдеюк Оксана Алексеевна, кандидат технических наук

Айдаров Оразхан Турсункожаевич, кандидат географических наук

Алиева Тарана Ибрагим кызы, кандидат химических наук

Ахметова Валерия Валерьевна, кандидат медицинских наук

Брезгин Вячеслав Сергеевич, кандидат экономических наук

Данилов Олег Евгеньевич, кандидат педагогических наук

Дёмин Александр Викторович, кандидат биологических наук

Дядюн Кристина Владимировна, кандидат юридических наук

Желнова Кристина Владимировна, кандидат экономических наук

Жуйкова Тамара Павловна, кандидат педагогических наук

Жураев Хусниддин Олтинбоевич, кандидат педагогических наук

Игнатова Мария Александровна, кандидат искусствоведения

Калдыбай Қайнар Қалдыбайұлы, доктор философии (PhD) по философским наукам

Кенесов Асхат Алмасович, кандидат политических наук

Коварда Владимир Васильевич, кандидат физико-математических наук

Комогорцев Максим Геннадьевич, кандидат технических наук

Котляров Алексей Васильевич, кандидат геолого-минералогических наук

Кузьмина Виолетта Михайловна, кандидат исторических наук, кандидат психологических наук

Курпаяниди Константин Иванович, доктор философии (PhD) по экономическим наукам

Кучерявенко Светлана Алексеевна, кандидат экономических наук

Лескова Екатерина Викторовна, кандидат физико-математических наук

Макеева Ирина Александровна, кандидат педагогических наук

Матвиенко Евгений Владимирович, кандидат биологических наук

Матроскина Татьяна Викторовна, кандидат экономических наук

Матусевич Марина Степановна, кандидат педагогических наук

Мусаева Ума Алиевна, кандидат технических наук

Насимов Мурат Орленбаевич, кандидат политических наук

Паридинова Ботагоз Жаппаровна, магистр философии

Прончев Геннадий Борисович, кандидат физико-математических наук

Семахин Андрей Михайлович, кандидат технических наук

Сенцов Аркадий Эдуардович, кандидат политических наук

Сенюшкин Николай Сергеевич, кандидат технических наук

Титова Елена Ивановна, кандидат педагогических наук

Ткаченко Ирина Георгиевна, кандидат филологических наук

Фозилов Садриддин Файзуллаевич, кандидат химических наук

Яхина Асия Сергеевна, кандидат технических наук

Ячинова Светлана Николаевна, кандидат педагогических наук

Журнал зарегистрирован Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций.

**Свидетельство о регистрации средства массовой информации ПИ № ФС77-38059 от 11 ноября 2009 г.**

Журнал входит в систему РИНЦ (Российский индекс научного цитирования) на платформе elibrary.ru.

Журнал включен в международный каталог периодических изданий «Ulrich's Periodicals Directory».

Статьи, поступающие в редакцию, рецензируются. За достоверность сведений, изложенных в статьях, ответственность несут авторы. Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов материалов. При перепечатке ссылка на журнал обязательна.

**Международный редакционный совет:**

Айрян Заруи Геворковна, *кандидат филологических наук, доцент (Армения)*

Арошидзе Паата Леонидович, *доктор экономических наук, ассоциированный профессор (Грузия)*

Атаев Загир Вагитович, *кандидат географических наук, профессор (Россия)*

Ахмеденов Кажмурат Максудович, *кандидат географических наук, ассоциированный профессор (Казахстан)*

Бидова Бэла Бертовна, *доктор юридических наук, доцент (Россия)*

Борисов Вячеслав Викторович, *доктор педагогических наук, профессор (Украина)*

Велковска Гена Цветкова, *доктор экономических наук, доцент (Болгария)*

Гайич Тамара, *доктор экономических наук (Сербия)*

Данатаров Агахан, *кандидат технических наук (Туркменистан)*

Данилов Александр Максимович, *доктор технических наук, профессор (Россия)*

Демидов Алексей Александрович, *доктор медицинских наук, профессор (Россия)*

Досманбетова Зейнегуль Рамазановна, *доктор философии (PhD) по филологическим наукам (Казахстан)*

Ешиев Абдыракман Молдоалиевич, *доктор медицинских наук, доцент, зав. отделением (Кыргызстан)*

Жолдошев Сапарбай Тезекбаевич, *доктор медицинских наук, профессор (Кыргызстан)*

Игисинов Нурбек Сагинбекович, *доктор медицинских наук, профессор (Казахстан)*

Кадыров Кутлуг-Бек Бекмуратович, *кандидат педагогических наук, заместитель директора (Узбекистан)*

Кайгородов Иван Борисович, *кандидат физико-математических наук (Бразилия)*

Каленский Александр Васильевич, *доктор физико-математических наук, профессор (Россия)*

Козырева Ольга Анатольевна, *кандидат педагогических наук, доцент (Россия)*

Колпак Евгений Петрович, *доктор физико-математических наук, профессор (Россия)*

Курпаяниди Константин Иванович, *доктор философии (PhD) по экономическим наукам (Узбекистан)*

Куташов Вячеслав Анатольевич, *доктор медицинских наук, профессор (Россия)*

Лю Цзюань, *доктор филологических наук, профессор (Китай)*

Малес Людмила Владимировна, *доктор социологических наук, доцент (Украина)*

Нагервадзе Марина Алиевна, *доктор биологических наук, профессор (Грузия)*

Нурмамедли Фазиль Алигусейн оглы, *кандидат геолого-минералогических наук (Азербайджан)*

Прокопьев Николай Яковлевич, *доктор медицинских наук, профессор (Россия)*

Прокофьева Марина Анатольевна, *кандидат педагогических наук, доцент (Казахстан)*

Рахматуллин Рафаэль Юсупович, *доктор философских наук, профессор (Россия)*

Ребезов Максим Борисович, *доктор сельскохозяйственных наук, профессор (Россия)*

Сорока Юлия Георгиевна, *доктор социологических наук, доцент (Украина)*

Узаков Гулом Норбоевич, *доктор технических наук, доцент (Узбекистан)*

Хоналиев Назарали Хоналиевич, *доктор экономических наук, старший научный сотрудник (Таджикистан)*

Хоссейни Амир, *доктор филологических наук (Иран)*

Шарипов Аскар Калиевич, *доктор экономических наук, доцент (Казахстан)*

Шуклина Зинаида Николаевна, *доктор экономических наук (Россия)*

**Руководитель редакционного отдела:** Кайнова Галина Анатольевна

**Ответственные редакторы:** Шульга Олеся Анатольевна

**Художник:** Шишков Евгений Анатольевич

**Верстка:** Майер Ольга Вячеславовна

Почтовый адрес редакции: 420126, г. Казань, ул. Амирхана, 10а, а/я 231.

Фактический адрес редакции: 420029, г. Казань, ул. Академика Кирпичникова, д. 25.

E-mail: info@moluch.ru; http://www.moluch.ru/.

Учредитель и издатель: ООО «Издательство Молодой ученый».

Основной тираж номера 500 экз., фактический тираж спецвыпуска: 20 экз. Дата выхода в свет: 17.05.2017. Цена свободная.

Материалы публикуются в авторской редакции. Все права защищены.

Отпечатано в типографии издательства «Молодой ученый», 420029, г. Казань, ул. Академика Кирпичникова, д. 25.

---

---

**Н**а обложке изображен *Георгий Аркадьевич Шенгели* (1894–1956 гг.), поэт, литературовед и переводчик.

Родился Георгий Шенгели в Темрюке в семье адвоката. После окончания керченской гимназии Шенгели сразу стал учителем и преподавал французский язык, тогда же он занялся переводами и начал писать стихи. Первые стихотворения Георгия Аркадьевича, которые были написаны под влиянием творчества «поборников совершенного искусства» Бодлера, Вархарна и Готье, были опубликованы в 1913 году в местной газете. Эти поэтические труды Шенгели оценили Игорь Северянин и Владимир Маяковский.

В 1914 году поэт поступил в Московский университет на юридический факультет, решив пойти по стопам отца. В возрасте 28 лет Георгий Шенгели стал действительным членом Государственной академии художественных наук, а в 1925 году возглавил Союз поэтов и занял должность профессора в Литературно-художественном институте.

Все эти годы Шенгели очень много работал над изучением структуры стихотворения, над попытками создать новую форму. Исследуя традиции русской поэзии, опираясь на свой опыт переводчика, Георгий Аркадьевич выявил закономерности стихосложения и затем опубликовал руководство для начинающих поэтов и писателей «Практическое стиховедение» и «Как писать статьи, стихи и рассказы». По мнению филолога, любое стихотворное произведение можно представить в виде последовательности ритмических комбинаций. Введя в эту после-

довательность закономерности, относящиеся к культуре данного народа, можно стать достойным представителем «клана» поэтов.

Но с такой точкой зрения далеко не все были согласны. Особенно критиковал эту теорию Владимир Маяковский, который с горячностью доказывал, что быть поэтом дано не каждому.

В 1927 году Георгий Аркадьевич опубликовал саркастический памфлет «Маяковский во весь рост», который стал знаковым произведением в биографии поэта. Ответным ударом в этой схватке была рифма Маяковского:

В русском стихе еле-еле  
Разбирался профессор Шенгели.

С 1933 Шенгели работал редактором в отделе «Творчество народов СССР» и в «Секторе западных классиков» Гослитиздата. До самой своей смерти в 1956 году Георгий Шенгели занимался преимущественно переводами и стиховедением.

Юрий Олеша сказал о Георгии Аркадьевиче Шенгели: «Он навсегда остался в моей памяти как железный мастер, как рыцарь поэзии, как красивый и благородный человек — как человек, одержимый служением слову, образу, воображению...».

Умер Георгий Аркадьевич Шенгели в возрасте 62 лет в Москве.

*Людмила Вейса, ответственный редактор*

---

---

## СОДЕРЖАНИЕ

<b>Агеева К. А.</b> Защита прав медицинских работников и организаций по договору оказания медицинских услуг в контексте современного законодательства России и зарубежных стран .....1	<b>Левашов А. И.</b> Проблема разграничения лекарственных средств, отпускаемых без рецепта и рецептурных лекарственных средств, не подлежащих предметно-количественному учету ..... 15
<b>Артамонов А. В., Васильченко А. А.</b> Медицинский критерий невменяемости в праве зарубежных государств: история и тенденции развития ..... 3	<b>Мартынюк М. В.</b> К вопросу о начале уголовно-правовой охраны человеческой жизни ..... 18
<b>Баумова Ж. С.</b> Использование в целях трансплантации донорских органов несовершеннолетних: «за» и «против» ..... 5	<b>Останькович Ж. И.</b> Отношение женщин к проблемам искусственного прерывания беременности .....20
<b>Гребенщикова А. А.</b> Проблема разграничения понятий «нежелательные явления» и «нежелательные реакции» в процессе проведения клинических исследований лекарственного препарата для медицинского применения ..... 8	<b>Пресняков Р. А.</b> Правовые проблемы лекарственного обеспечения ВИЧ-инфицированных в условиях эпидемии в Российской Федерации ..... 22
<b>Ильин Ф. И.</b> Неоказание помощи больному в уложении о наказаниях 1845 года и Уголовном Кодексе РФ 1996 года: сравнительно-правовой анализ объекта преступления ..... 11	<b>Савельев И. С.</b> Косметическая генитальная хирургия интерсекс-младенцев: медицинское право против прав человека ..... 25
	<b>Степнова А. В.</b> Невменяемость и проблемы ее установления на примере законодательства Чехии и России ..... 29
	<b>Чугунков П. И.</b> Правовые проблемы использования ноотропов ..... 31



## Защита прав медицинских работников и организаций по договору оказания медицинских услуг в контексте современного законодательства России и зарубежных стран

Агеева Ксения Альбертовна, студент

Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики» (г. Москва)

Каждый человек рано или поздно сталкивается с оказанием платных медицинских услуг, причем в последнее время это происходит все чаще. И далеко не во всех случаях, заключаемые договоры исполняются надлежащим образом. Данные выводы можно сделать, опираясь на судебную практику последних лет. Возросшее количество судебных споров по различным основаниям оказания платных медицинских услуг относит данную проблему в разряд наиболее актуальных.

Итак, современное гражданское законодательство выделяет 3 вида договоров оказания платных медицинских услуг: договор возмездного оказания медицинских услуг; договор добровольного медицинского страхования (далее — ДМС); договор подряда.

Выбор заключаемого договора на практике зависит от вида и специфики оказываемых медицинских услуг. Важную роль играет баланс эффективной защиты потребителя услуги и исполнителя, что вытекает из ряда особенностей вышеназванных договоров.

На сегодняшний день все медицинские услуги подпадают под действие Закона РФ № 2300—1 от 07.02.1992 (ред. от 03.07.2016) «О защите прав потребителей», однако, в отношении ДМС имеются специальные ограничения в соответствии с законодательством [1] о страховании. Важно учитывать, что в случае исчерпания лимита страхового покрытия действие страховой программы прекращается, следовательно, клиент теряет право на получение медицинской помощи по договору ДМС.

В настоящее время договор подряда используется все реже. Причиной тому послужило введение в практику ряда непоименованных договоров оказания платных медицинских услуг. Кроме того, в последнее десятилетие в научном мире медицинского права сформировалось четкое разграничение выполнения работ и оказания услуг. На наш взгляд это обусловлено, прежде всего, особым порядком исполнения договора подряда, который предполагает непосредственное выполнение работ, по итогам которых подписывается акт приемки-передачи, а на результат устанавливается гарантийный срок, в соответствии с гражданским кодексом РФ (далее — ГК РФ). Считается, что работа, по существу, преследует конечную цель — в нашем случае — излечение (вылечивание) пациента, однако, врач может гарантировать лишь лечение. Таким образом, договор подряда в области медицины приобретает специфические черты и применяется лишь при наличии о вещественных результатов. Ме-

дицинские изделия, присоединяемые к организму, теряют свойства вещи, так как после использования для оказания медицинской услуги они теряют оборотоспособность. Даже в том случае, если мы говорим об устройствах, которые носят съемный характер, необходимо учитывать цель использования (применения) медицинского изделия. Так, если мы видим, что съемная вещь не может быть в любое время отделена от организма человека без ущерба для здоровья (здоровье — главная цель оказания помощи пациенту), условие о цели нарушается, следовательно, вещь выбыла из оборота. Важно заметить, что гарантия, согласно ГК РФ устанавливается исключительно на вещь, а не услугу. Единственное, что может и должна гарантировать медицинская организация, оказывающая подобного рода услуги это надлежащее выполнения самих услуг, безопасность и соблюдение условий о качестве материала.

Так, основываясь на теоретических и практических аспектах медицинской деятельности можно сделать вывод, что договор подряда будет уместен лишь при наличии о вещественных результатов (например, протезирование). Но и здесь теоретики расходятся во мнении и некоторые из них считают, что протезирование включает в себя как выполнение работ, так и оказание услуг, поэтому относят к компетенции смешанного договора.

Однако в Швейцарии договор подряда получил широкое распространение на практике и им пользуются уже в течение многих лет. Но здесь важную роль играют организационно-правовые формы медицинских учреждений (Arztpraxis, Belegarztspital, Privatspital mit angestellten Ärzten, öffentliches Spital).<sup>1</sup> Безусловно, защита прав пациентов в этой стране занимает центральное место, однако, врачи ограничиваются в несении ответственности в случае полного предупреждения пациента о возможных исходах, рисках и альтернативных способах лечения. В Кодексе обязательственного права Швейцарии 1911 г. в части положений о договоре простого подряда и общих положений обязательственного права, прямо закреплено, что отрицательный результат лечения пациента, при соблюдении правил со стороны врача не может являться основанием компенсации вреда. Важно, что в договоре стороны не имеют право устанавливать ответственность медицинского работника за отрицательный результат.

<sup>1</sup> Частная практика, госпиталь, частный госпиталь с нанятым врачом, публичный госпиталь.

Основой права в области лечения в Швейцарии является принцип совмещения договорного и административного регулирования. Первый нацелен на достижения компромисса между сторонами, второй — обеспечивает госконтроль в сфере медицинских услуг [2].

Эффективной, на наш взгляд, является практика Германии в организации специализированных постоянно действующих экспертных бюро, которое состоит из врачей высокого класса и организуется практически при каждой медицинской организации. В Германии также широко распространена практика рассмотрения спора третейскими судами. Обязательным условием, как и в РФ, является согласие всех сторон, включая страховые организации. При отсутствии согласия, проводится экспертиза экспертной комиссией врачебной палаты, в которую входят юрист и, как минимум, два врача, причем специализация одного из них должна быть аналогичной специализации врача, на которого подана жалоба [3].

В Англии функционирует Общество медицинской защиты. Любой врач, состоящий в этой организации, правомочен при необходимости направить туда заявление с просьбой о предоставлении защиты, об участии в суде на его стороне в случае обвинения в совершении врачебной ошибки. Штат Общества включает профессиональных юристов, специализирующихся на медицинском праве.

Возвращаясь к российской практике, наиболее эффективным механизмом защиты прав сторон по оказанию платных медицинских услуг является закрепление данных положений в договоре возмездного оказания медицинских услуг. При этом, существенное условие о предмете дополняется перечнем услуг и количеством услугополучателей, если договор заключается в пользу третьих лиц (организация в отношении работников).

Принципиально важным обстоятельством для защиты прав медицинского работника и организации является подписание пациентом информированного добровольного согласия перед оказанием услуги по лечению. В такое согласие должны быть включены такие сведения как прогноз течения болезни без их вмешательства, предпосылки (клинико-лабораторные показания) для использования рекомендованного лечебного метода, основные ожидаемые результаты лечения и обсуждение тех моментов (сопутствующие заболевания, соблюдение больным режимных и иных специальных правил), которые могут повлиять на результат, основные опасности лечения, включая вероятность, тяжесть и время проявления возможных побочных эффектов, обсуждение альтернативных лечебных методов. Недостаточность в информировании пациента о вероятных последствиях лечения, об альтернативных методах лечения также является «ахиллесовой пятой» врачебной практики.

Крайне распространенным примером являются случаи, когда врач подвергает себя опасности, стремясь «экономить» деньги пациента, выписывая более дешевые лекарства. Часто эти лекарства являются устаревшими и малоэффективными. Наглядный тому пример — лекарства

для лечения глаукомы. При ненадлежащей терапии глаукомы, может развиваться прогрессирующее заболевание с частичной/полной потерей зрения. Логично полагать, что больной отреагирует на такое лечение жалобой.

Вопрос о выборе тактики и метода лечения находится под прицелом правовой оценки. При возбуждении уголовного или гражданского процесса в качестве первичной выдвигается и подвергается комплексной проверке версия о врачебной ошибке и халатности. Термин включает «действие или бездействие врача, которое способствовало или могло способствовать увеличению или не снижению риска прогрессирования имеющегося у пациента заболевания, возникновению нового патологического процесса». Под халатностью в медицинской деятельности понимается недостаточное обследование или невыполнение специальных исследований; недостаточная организация лечебного процесса; несоблюдение действующих медицинских инструкций и приказов.

При отказе пациента от лечения, практика диктует необходимость надлежащим образом оформленного отказа от медицинского вмешательства. Согласно ст. 401 ГК РФ «лицо признается невиновным, если при той степени заботливости и осмотрительности, какая от него требовалась по характеру обязательства и условиям оборота, оно приняло все меры для надлежащего исполнения обязательства».

Такие ученые как М. И. Брагинский, В. В. Витрянский, Л. Б. Ситдикова, А. Р. Шаяхметова, условия о качестве, сроках и цене относят к незначительным [4, с. 123]. Это объяснимо с тех позиций, что качество, согласно ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» [5] определяется через совокупность таких признаков как: своевременность, правильность выбора методов лечения, степень достижения определенных результатов. Стандарты существуют, но на практике учитываются индивидуальные особенности организма человека. Безусловным преимуществом для медицинских работников и организаций следует считать замены понятия «Норма» на «Референтный показатель», что обусловлено индивидуальными особенностями человеческого организма.

На сегодняшний день в России имеется судебная практика по рассматриваемому вопросу. Так, Конституционный Суд в Постановлении от 23.01.2007 № 1-П указал, что стороны не вправе изменять императивные требования закона о предмете данного договора. Суд пришел к выводу, что результат не является критерием неисполнения. Определением Московского городского суда от 20.06.2012 № 33—11398 провозглашено следующее: «Отсутствие ожидаемого результата, когда все необходимые профессиональные действия исполнены, имеется необходимая степень заботливости и осмотрительности, не основание для признания услуги ненадлежащего качества».

Безусловно, эффективным средством защиты медицинского работника является страхование его ответственности перед пациентом. Однако, не смотря на широкое



распространение подобной услуги, страховые организации в редких случаях предоставляют страховой пакет на случай причинения морального вреда пациенту, что является отрицательной чертой для медицинского работника и организации, так как с учетом специфики данного вида отношений физический и моральный вред идут в прочной связке.

Предложенный Д. А. Медведевым в 2011 г. способ защиты врачей с помощью медицинских ассоциаций, на сегодняшний день показал неэффективность на практике. Большинство медицинских работников не вступают в подобные общества, не желая платить дополнительные взносы из, без того, низкой заработной платы, а принуждение невозможно в связи с нарушением свободы волеизъявления при вступлении в общественные организации. В свою очередь, мы предлагаем при правовом департаменте Министерства здравоохранения создать четыре независимых органа (экспертная медицинская организация, третейский суд по рассмотрению споров, вытекающих из медицинских правоотношений, комитет по защите прав пациентов и комитет по защите прав медицинских работников), которые обеспечат объективную защиту прав и свобод не только ме-

дицинских работников, но и пациентов. Предложенные организации следует обеспечить профессионалами высокого уровня (экспертами, медиками, юристами в сфере медицинского права), которые смогут обеспечить объективную и беспристрастную оценку конкретной ситуации.

Нельзя забывать о полном исключении ответственности медицинской организации (работника) в случае, если пациент нарушает режим и не исполняет предписанные ему инструкции лечения. Обстоятельством, исключаящим вину медработника, также является непреодолимая сила (форс-мажор) в ходе исполнения обязанности по лечению медицинского работника.

Таким образом, не смотря на то, что не только в нашей стране, но и во всем мире к пациенту относятся как к наиболее слабой, незащищенной стороне договора, права медицинских организаций и медработников также соблюдаются и защищаются. Да, требуется еще время и практика, чтобы выработать и усовершенствовать единую систему, методы осуществления защиты данной стороны договора, однако, существующие на сегодняшний день средства и методы могут в полной мере удовлетворить потребности медицинских работников в защите.

#### Литература:

1. Гражданский кодекс Российской Федерации (часть вторая) от 26.01.1996 № 14-ФЗ (ред. от 29.06.2015) (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.07.2015) // Собрание законодательства РФ, ст. 410, № 5. 1996.
2. Медицина в Швейцарии [Электронный ресурс] // URL: <http://business-swiss.ch/2013/08/med-turismus/> (дата обращения: 20.11.16).
3. Система защиты прав пациентов от врачебной ошибки при оказании медицинской помощи в Федеративной Республике Германия [Электронный ресурс] // URL: [http://www.ved.gov.ru/rus\\_export/partners\\_search\\_torg\\_exp/?action=showproduct&id=3734](http://www.ved.gov.ru/rus_export/partners_search_torg_exp/?action=showproduct&id=3734) (дата обращения: 20.11.2016).
4. Брагинский М. И., Витрянский В. В. Договорное право. Книга третья: Договоры о выполнении работ и оказании услуг. — М.: Статут, 2002.
5. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 29.12.2015) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2016) // СПС «КонсультантПлюс».

## Медицинский критерий невменяемости в праве зарубежных государств: история и тенденции развития

Артамонов Андрей Витальевич, студент;

Васильченко Алена Алексеевна, студент

Московский государственный институт международных отношений (университет) МИД России

Институт невменяемости прошел сложный путь развития от первого упоминания в законодательстве Французской республики до нынешнего многоаспектного правового понятия. Однако вопросы о медицинских критериях выявления психических расстройств и степени их влияния на квалификацию преступного деяния и сегодня являются дискуссионными. Отсюда и вытекает актуальность выбранной темы исследования. Первым актом,

положившим начало правовому регулированию вопросов невменяемости, стал французский уголовный закон 1810 года. В соответствии с этим документом лица, совершившие общественно опасные деяния на фоне психического расстройства, освобождались от уголовной ответственности. Статья 64 гласила: «Il n'y a ni crime ni délit, lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action» [1]. Что в переводе с французского означает

следующее: «Нет ни преступления, ни проступка, если во время совершения деяния обвиняемый был в состоянии безумия». Впоследствии юридическая нечеткость такого медицинского критерия породила многочисленные изменения в законодательстве, частота которых зависела и по сей день зависит от темпов развития как общей, так и судебной психиатрии.

Цель исследования состоит в решении следующих задач:

- в анализе института невменяемости и его особенностей в странах различных правовых семей;
- в определении роли медицинского критерия невменяемости при квалификации преступного деяния;
- в рассмотрении судебных прецедентов, связанных с невменяемостью лица, совершившего уголовно-наказуемое деяние;
- в формулировании выводов о дальнейших тенденциях развития исследуемого правового института в зарубежных странах.

Перед тем как перейти к анализу особенностей медицинского критерия невменяемости в праве зарубежных стран, следует разобраться в определении данного термина. Итак, медицинский критерий невменяемости — это признак, свидетельствующий о наличии у лица строго определенного психического заболевания (расстройства) которое детерминирует возможность лица осознавать свои действия или руководить ими во время совершения общественно опасного деяния. Иными словами, находилось ли лицо в момент совершения противоправного деяния в здравом состоянии или нет. По определению Всемирной организации здравоохранения, здоровье человека — это состояние полного физического, душевного и социального благополучия. Психическое здоровье не может быть «условным (ограниченным, частичным, уменьшенным)» [2, С. 416–427]. Лицо может быть либо психически здоровым, либо страдать психическим расстройством, однако определить четкие границы между этими двумя категориями довольно непросто. И даже на сегодняшний день эта проблема остается нерешенной. Более того, законодатель не всегда способен быстро реагировать на новые открытия в психиатрии, в связи с чем вопрос о медицинском критерии невменяемости в каждой стране находится на своем этапе развития.

Рассмотрим регулирование вопроса о медицинском критерии невменяемости в зарубежных странах, относящихся к различным правовым системам.

В настоящее время в законодательстве Англии нет дефиниции невменяемости. В своей деятельности Судьи пользуются Правилами Мак-Натана, которые были сформулированы в современном виде еще в 1843 году. В основу этих правил было положено решение по делу шотландского лесоруба Дэниела Мак-Натана. На основе данного прецедента несколько авторитетных английских судей по запросу Палаты лордов сформулировали правила невменяемости. Таким образом, в соответствии с правилами Мак-Натана каждый человек презюмируется душевно здоровым и обла-

дающим достаточной степенью разумности, для того чтобы нести ответственность за совершенные им преступления, пока иное не будет достоверно доказано присяжным. Институт уменьшенной вменяемости в Англии регламентируется прецедентом по делу Барни (1960 г.)

В США невменяемость лица, совершившее уголовно-противоправное деяние, преимущественно устанавливается в соответствии правилами Мак-Натана, которые были заимствованы из прецедентного права Англии. Эти правила закреплены в Титуле 18 Свода законов и в УК некоторых штатов. Так, УК штата Нью-Йорк предписывает, что «лицо не несет уголовной ответственности за поведение, если во время его осуществления оно вследствие психической болезни или неполноценности лишено в существенной степени способности знать или оценивать:

- 1) характер и последствия такого поведения;
- 2) что такое поведение было неправильным» [3]. Однако, учитывая нечеткость данных правил, американские юристы были вынуждены скорректировать их доктринальными положениями [4, С. 36].

В соответствии со ст. 122–1 УК Франции: «Не подлежит уголовной ответственности лицо, которое в момент совершения деяния находилось в состоянии психического или нервно-психического расстройства, ухудшившего его способность осознавать или контролировать свои действия, подлежит уголовной ответственности, однако суд учитывает это обстоятельство при определении меры наказания и порядка его исполнения» [5]. Данная норма отражает два критерия: медицинский — наличие психического или нервно-психического расстройства и психологический — отсутствие способности осознавать или контролировать свои действия.

В УК ФРГ противоправное поведение невменяемого лица, страдающего психическим расстройством, характеризуется как невиновное деяние. Согласно § 20: «без вины действует тот, кто при совершении деяния, вследствие болезненного психического расстройства, глубокого расстройства сознания, слабоумиями другого тяжелого психического отклонения не способен осознавать противоправность деяния или действовать с сознанием его противоправности» [6]. Соответственно в данном случае выделяются два критерия невменяемости — наличие психического расстройства и неспособность осознавать деяние или действовать с осознанием его противоправности. Состояние уменьшенной вменяемости как особое смягчающее обстоятельство. Согласно ст. 10 «Невменяемость» УК Швейцарии: «Кто вследствие душевной болезни, слабоумия или тяжкого помутнения сознания на момент совершения преступного деяния не был способен осознавать противоправность своего преступного деяния или действовать с сознанием этой противоправности, является ненаказуемым» [7]. То есть признание лица невменяемым требует установления двух критериев: медицинского и психологического. Первый предполагает три группы психических расстройств: душевную болезнь, слабоумие или тяжкое помутнение сознания.

Психологический критерий выражается в неспособности лица осознавать противоправность своего преступного деяния или действовать с сознанием такой противоправности» [8, С. 26–31].

УК Ирана не содержит дефиниции невменяемости и ограниченной вменяемости, а также перечень психических заболеваний, исключающих вменяемость. Согласно ст. 51 Кодекса: «Не подлежит уголовной ответственности лицо, которое во время совершения преступления находилось в состоянии психического расстройства любой степени тяжести. Расстройство циклического характера как основание освобождения от уголовной ответственности. Невменяемость вследствие алкогольного опьянения» [9, с. 45].

Итак, проанализировав институт невменяемости и его особенности в различных зарубежных странах, мы пришли к следующим выводам:

- концепция «уменьшенной» вменяемости требует пересмотра, поскольку противоречит принципам защиты психически больных лиц и улучшениям психиатрической помощи, утвержденным Генеральной Ассамблеей ООН 17 декабря 1991 года;

— частичным устранением одной из самых важных проблем при решении вопроса о невменяемости лица, привлекаемого к уголовной ответственности, может стать составление и принятие в законодательном порядке четкого перечня психических заболеваний, явно влияющих на возможность освобождения лица от уголовной ответственности;

- на сегодняшний день при определении критериев освобождения от уголовной ответственности необходимо обратить внимание на такой раздел медицины, как неврология;
- одной из аксиом уголовного права в современном мире является аксиома уголовной неотвеченности тех, кто серьезно психически болен: тот, кто совершил преступные действия, страдая от психического расстройства, оказавшего губительное влияние на интеллектуальные способности, не может порицаться за свои поступки во всех странах.

#### Литература:

1. Французский уголовный закон 1810 года // Édition originale en version intégrale [Электронный ресурс] // URL: <http://www.koeblergerhard.de/Fontes/CodePenal1810.htm>.
2. Есаков Г. А. Невменяемость по английскому уголовному праву / Г. А. Есаков. // Lex Russica. — 2006. — № 2.
3. Уголовный кодекс штата Нью-Йорк США [Электронный ресурс] // URL: <http://constitutionallaw.ru/?p=1337>
4. Кубанцев, С. П. Институт невменяемости в уголовном праве США и права человека: Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата юридических наук. 2006.
5. Уголовный Кодекс Франции [Электронный ресурс] // URL: <http://constitutions.ru/?p=5859>.
6. Уголовный Кодекс Федеративной Республики Германия [Электронный ресурс] // URL: <http://constitutions.ru/?p=5854>.
7. Уголовный кодекс Швейцарии СПб Издательство «Юридический центр Пресс». 2002.
8. Спасенников Б. А. Медико-правовые аспекты невменяемости в иностранном законодательстве // Медицинское право. 2015. № 6.
9. Малиновский А. А. Сравнительное уголовное право: // Уголовное право Ирана. 2014.

## Использование в целях трансплантации донорских органов несовершеннолетних: «за» и «против»

Баумова Жанна Сергеевна, магистрант  
Санкт-Петербургский государственный университет

*В работе исследуются подходы к правовому регулированию детской трансплантологии. Автор проанализировал основные правовые концепции, используемые в мировой практике, а также в РФ. В статье освещены основные правовые коллизии и пробелы, существующие в регулировании данной отрасли медицинской деятельности.*

**Ключевые слова:** трансплантология, детская трансплантация, донорство несовершеннолетних, презумпция согласия

Развитие трансплантологии в последние годы позволило эффективно решать многие вопросы, связанные с продлением жизни человека на медицинском уровне, од-

нако законодательное регулирование этого процесса существенно отстает от потребностей жизни. Перед тем как приступить к анализу сложившегося правового регулирования

данной области медицинской деятельности необходимо коротко охарактеризовать трансплантацию, как один из видов медицинского вмешательства.

Существует несколько видов трансплантации:

*Ex vivo* — пересадка органов и тканей происходит от живого донора.

*Ex mortuo* — представляет собой посмертное донорство [1, с. 244].

Изотрансплантация — пересадка органов и тканей, которые взяты от генетически идентичных организмов. Это по сути единственный способ трансплантации *ex vivo*.

Аллотрансплантация (гомотрансплантация) — пересадка органов и тканей между двумя организмами одного и того же вида. Данный вид трансплантации предполагает именно посмертное донорство [2, с. 120].

Серьезной проблемой в правовом регулировании трансплантологии является отсутствие действенных правовых норм, регулирующих детскую трансплантологию.

Стоит отметить, что законодательство большинства зарубежных государств запрещает донорство несовершеннолетних (речь сейчас пойдет именно о трансплантации *ex vivo*). К числу таких государств относятся Финляндия, Германия, Греция, Австралия, Голландия и многие другие [3, с. 338]. Причем во многих вышеперечисленных странах несовершеннолетние с определенного возраста могут сами распоряжаться своим здоровьем, давать согласие на проведение тех или иных медицинских манипуляций, однако в отношении донорства подобной возможности не предусматривается.

Существует и иной подход к указанной проблеме. Так в докладе Этико-юридического совета Американской медицинской Ассоциации особо подчеркивается, что «если ребенок дееспособен в отношении своего лечения, то он должен быть также дееспособным в отношении органного донорства» [4].

Правомерность донорства несовершеннолетних неоднократно становилась предметом судебных разбирательств в США. Так суд Алабамы признал правомерным пожертвование 17-летним ребенком своей почки для 16-летней сестры.

Во многих странах законодатель устанавливает так называемый «гибкий» подход к проблеме донорства несовершеннолетних. Данный способ правового регулирования характеризуется тем, что дееспособность гражданина в отношении донорства не находится в прямой корреляции от достижения совершеннолетия.

Так Канадский Единый Акт донорства тканей человека устанавливает, что донорство нерегенерирующих тканей возможно с 16 лет. В США для изъятия органов у несовершеннолетнего необходимо согласие его законных представителей. А вот в Швеции и Норвегии также требуется разрешение Министерства здравоохранения на проведение подобных манипуляций [5, с. 135–136].

Таким образом, мы видим, что единообразного подхода к регулированию данной области медицинской деятельности в мировой практике пока не выработано.

В руководящих принципах ВОЗ указано, что в целях пересадки не допустимо удалять какой-либо орган из тела живущего несовершеннолетнего. Статья 20 Конвенции о правах человека и биомедицине [6] гласит, что «нельзя изымать никакие органы или ткани у человека, не способного дать на это согласие...».

Конвенция указывает, что «в исключительных случаях и в соответствии с требованиями, предусмотренными законом, изъятие регенеративных тканей у человека, который не способен дать на это согласие, может быть разрешено...». Для этого необходимо соблюдение 5 условий в совокупности:

- во-первых, отсутствует совместимый донор, способный дать соответствующее согласие;
- во-вторых, реципиент является братом или сестрой донора;
- в-третьих, трансплантация направлена на сохранение жизни реципиента;
- в-четвертых, на указанную манипуляцию получено конкретное письменное разрешение соответствующего органа;
- в-пятых, потенциальный донор не возражает против операции.

В доктрине не раз отмечалось некое противоречие, которое наличествует в тексте этого международного документа. Дело в том, что статья 6 Конвенции о правах человека и биомедицине гласит: «...медицинское вмешательство в отношении лица, не способного дать на это согласие, может осуществляться исключительно в непосредственных интересах такого лица». Не совсем понятно о каком интересе донора можно говорить при изъятии у последнего органа для трансплантации. Наиболее вероятно, что в данном случае имеется ввиду психологическое удовлетворение донора, наступающее вследствие спасения своего близкого родственника.

Стоит особо подчеркнуть, что указанная Конвенция санкционирует донорство только регенерирующих тканей. Речь идет о костном мозге, части печени, легкого, поджелудочной железы, кишечника.

Теперь обратимся к Российскому опыту.

Согласно части 2 статьи 54 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее по тексту — Основы) несовершеннолетние в возрасте старше пятнадцати лет или больные наркоманией несовершеннолетние в возрасте старше шестнадцати лет имеют право на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или на отказ от него. Однако в самих Основах, как и в Законе РФ от 22.12.1992 № 4180–1 «О трансплантации органов и (или) тканей человека» отдельно устанавливается исключение в отношении донорства, путем ограничения круга живых доноров.

Таким образом мы видим, что в РФ возможность распоряжаться своим здоровьем в отношении несовершеннолетних все-таки ограничивается. Несмотря на то, что инфор-

мированное добровольное согласие необходимо получать от лиц достигших пятнадцати лет, дееспособность в отношении органного донорства у них отсутствует.

Вопрос о том, разрешить ли проведение детской трансплантации, поднимался и поднимается в нашей стране уже не один год. Однако каких-либо концептуальных сдвигов в данной сфере до сих пор нет. Так, информация о том, что в России могут разрешить детскую трансплантацию, появлялась в 2007, 2011, 2013 гг.

На данный момент существует законопроект, в котором предусмотрена трансплантация *ex vivo* в отношении несовершеннолетних. Основные положения проекта заключаются в следующем:

- расширение перечня органов — объектов донорства;
- создание Федерального регистра доноров органов, реципиентов и донорских органов человека (в медицинских организациях вводится должность трансплантационного координатора);
- создание Регистра прижизненных волеизъявлений граждан о согласии или несогласии на изъятие их органов после смерти для трансплантации потенциальному реципиенту;
- легализация донорства органов несовершеннолетних [7, с. 45]

Мировая практика свидетельствует, что большое количество пропадающих в развивающихся странах детей отчасти объясняется их возможным использованием в качестве источников органов и тканей для трансплантации. Именно на предупреждение подобной негативной тенденции направлен запрет законодателя на трансплантацию органов у несовершеннолетних [7, с. 134].

Однако в числе препятствий к развитию трансплантологии наряду с негативным отношением со стороны российского общества к такому виду медицинского вмешательства, острым дефицитом донорских органов, также следует назвать и запрет детского донорства.

Трансплантация *ex mortuo* в отношении несовершеннолетних не исключается, однако здесь наличествует серьезная правовая коллизия.

Отметим, что в настоящее время очевидна конкуренция двух нормативных правовых актов. Речь идет об уже упоминавшихся Федеральном законе от 21.11.2011 № 323-ФЗ

«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Законе РФ от 22.12.1992 № 4180-1 «О трансплантации органов и (или) тканей человека». Статья 47 Основ закрепляет необходимость испрошенного согласия на посмертное изъятие органов у несовершеннолетних, а Закон 1992 года о трансплантации говорит о презумпции согласия на изъятие органов.

Казалось бы, конкуренцию данных норм легко разрешить, применив правило, неоднократно упоминавшееся Конституционным Судом [8], а именно в отношении федеральных законов как актов одинаковой юридической силы применяется правило «*lex posterior derogat priori*» («последующий закон отменяет предыдущие»), означающее, что даже если в последующем законе отсутствует специальное предписание об отмене ранее принятых законоположений, в случае коллизии между ними действует последующий закон; вместе с тем независимо от времени принятия приоритетными признаются нормы того закона, который специально предназначен для регулирования соответствующих отношений. Однако в нашем случае довольно сложно установить, какая же из названных норм является специальной.

При разрешении указанной коллизии в пользу Основ остается открытым вопрос, кто именно должен давать согласие на изъятие органов у несовершеннолетних. Статья 47 позволяет утверждать, что согласие на посмертную трансплантацию может дать только родитель и никто другой. Однако в настоящее время существуют разнообразные формы попечения над детьми, оставшимися без родителей: усыновление, опека, передача в приемную семью. По нашему мнению необходимо дополнить п.8 ст. 47 указанного закона, включив испрошенное согласие не только одного из родителей, но и усыновителя, опекуна, приемного родителя.

С другой стороны, опыт последних десятилетий показывает, что несовершеннолетние выражают свою активную жизненную позицию, вступая в брак либо проходя процесс эмансипации. Законодательство не позволяет и этим лицам распоряжаться при жизни своими органами. Представляется, что необходимо предоставить лицам, не достигшим 18 лет, но получившим гражданскую дееспособность в полном объеме в результате вступления в брак или эмансипации письменно выражать свое согласие на посмертное изъятие органов и тканей.

#### Литература:

1. Трансплантология: учебник. / Хубутя М. Ш. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. — 320 с.
2. Общая хирургия: учебник / Петров С. В. — 3-е изд., перераб. и доп. — 2010. — 768 с.
3. Price D. Legal and Ethical Aspects of Organ Transplantation // Cambridge, Cambridge University Press. — 2000.
4. Council on Ethical and Juridical Affairs // JAMA The Journal of the American Medical Association 273 (4) — January 1994 — P. 240–241.
5. Степанова Е. Н., Малярчук В. И., Степанов Н. В. О возможности трансплантации органов некомпетентных доноров // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. — 2003. — № 3. — С. 135–138.
6. «Конвенция о защите прав человека и человеческого достоинства в связи с применением достижений биологии и медицины: Конвенция о правах человека и биомедицине» (ETS N 164) (Заклучена в г. Овьедо 04.04.1997) (с изм. от 27.11.2008)

7. Биомедицинское право в России и за рубежом: монография / Г. Б. Романовский, Н. Н. Тарусина, А. А. Мохов и др. М.: Проспект, 2015. 368 с.
8. Постановление Конституционного Суда РФ от 29.06.2004 № 13-П «По делу о проверке конституционности отдельных положений статей 7, 15, 107, 234 и 450 Уголовно-процессуального кодекса Российской Федерации в связи с запросом группы депутатов Государственной Думы», Постановление от 27 марта 1996 года «По делу о проверке конституционности статей 1 и 21 Закона Российской Федерации «О государственной тайне».

## **Проблема разграничения понятий «нежелательные явления» и «нежелательные реакции» в процессе проведения клинических исследований лекарственного препарата для медицинского применения**

Гребенщикова Анастасия Андреевна, магистрант  
Санкт-Петербургский государственный университет

*В данной статье рассматривается проблема применения терминов фармаконадзора на основе анализа судебной практики. В работе изучается механизм действий организации, осуществляющей организацию проведения клинического исследования лекарственного препарата для медицинского применения, в случае выявления у пациента «нежелательного явления» или «нежелательной реакции».*

**Ключевые слова:** клинические исследования лекарственного препарата для медицинского применения, нежелательные явления, нежелательные реакции, фармаконадзор

Согласно ст. 18 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [1] право на охрану здоровья обеспечивается путём производства и реализации безопасных лекарственных препаратов (далее по тексту — ЛП). Безопасность включает в себя сравнительный анализ эффективности и риска причинения вреда здоровью, которая устанавливается в ходе проведения клинического исследования. Клиническое исследование лекарственного препарата для медицинского применения (далее по тексту — КИ) — неотъемлемый этап «жизненного цикла» любого ЛП. Стадия проведения КИ обладает определенным набором характеристик. Так, с одной стороны исследование использует принципы доказательной медицины, которые позволяют изучать диагностические, лечебные, профилактические, а также фармакологические свойства ЛП. С другой стороны, КИ обладают высоким риском, как для здоровья пациента, так и для фармацевтической компании (спонсора), поскольку именно на этой стадии впервые удаётся определить соотношения риска и пользы действующего вещества будущего ЛП. Наибольший риск заключается в выявлении ранее неизвестных побочных явлений, нежелательных явлений (adverse event; AE), нежелательных реакций (adverse drug reaction; ADR).

В соответствии с Федеральным законом «Об обращении лекарственных средств» (далее по тексту — 61-ФЗ) под нежелательной реакцией следует понимать непреднамеренную неблагоприятную реакцию организма, которая может быть связана с применением лекарственного препарата. [2] В соответствии с Приказом Росстандарта «Об утверждении национального стандарта» [3] (далее по тексту — ГОСТ) нежелательные реакции — это все негативные послед-

ствия, связанные с применением любой дозы лекарственного продукта. При этом, имеется причинно-следственная связь между приёмом ЛП и причинением вреда здоровью пациента. В свою очередь, понятие «нежелательные явления» законодательного закрепления не имеет и содержится только в ГОСТе, под которым понимают любое неблагоприятное у пациента, с медицинской точки зрения, выявленное событие, симптом или заболевание. При этом событие может и не иметь причинно-следственной связи с участием пациента в КИ. Поскольку в 61-ФЗ из-за неоднозначного определения и отсутствия полного закрепления, использующегося понятийного аппарата, в судебной практике возникают проблемы их толкования и разграничения.

Согласно материалам дела, [4] медицинский центр «Н», обратился в суд с заявлением к Территориальному органу Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения (далее по тексту — территориальный орган Росздравнадзора) о признании незаконным и отмене постановления о привлечении к административной ответственности по статье 19.7.8 КоАП РФ. Было установлено, что в медицинском центре территориальным органом Росздравнадзора проводилась плановая выездная проверка в целях осуществления государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности в части соблюдения прав граждан в сфере охраны здоровья. В ходе проведенной проверки было установлено, что медицинский центр «Н» в рамках реализации договора выполнял многоцентровое, открытое, с активным препаратом сравнения КИ III фазы по изучению безопасности и эффективности препарата для коррекции анемии у пациентов, начавших получать регулярный диализ. При проведении КИ иссле-

дователем были выявлены «серьезные нежелательные явления» у пациента. Информация о серьезной нежелательной реакции при применении ЛП Э. у пациента должна была быть передана в административный орган или внесена через автоматизированную систему Росздравнадзора «Фармаконадзор». Однако, в указанный период времени, сведения о серьезной нежелательной реакции обществом не передавались. Поэтому территориальным органом Росздравнадзора был составлен протокол об административном правонарушении.

Суд, рассмотрев материалы дела, несмотря на то, что оценил наступление неблагоприятных, с медицинской точки зрения, последствий у пациента как серьёзное нежелательное явление, отказал в удовлетворении заявленных требований и посчитал привлечение к административной ответственности по ст. 19.7.8 КоАП РФ правомерным. Таким образом, суд использовал понятия «нежелательное явление» и «нежелательная реакция» в качестве синонимов, однако указанные понятия не тождественны. В апелляторном рассмотрении [5] с участием специалиста было установлено, что возникшие неблагоприятные последствия выраженные в госпитализации по причине инфекционного заболевания и по причине генетического заболевания у пациента не были связаны с приёмом испытуемого ЛП. Таким образом, поскольку имели место два нежелательных явления, не связанных с испытуемым препаратом или иным ЛП, следовательно общество не обязано было сообщать о данном факте в территориальный орган Росздравнадзора.

Существуют разные механизмы взаимодействия между спонсором, организацией, осуществляющей организацию проведения КИ ЛП (CRO) и государственным органом (Росздравнадзором) при выявлении нежелательной реакции или нежелательного явления. Требования к процедуре предоставления информации (экспресс-отчёты), регистрации и сообщениям о нежелательных явлениях устанавливаются в протоколе КИ. В соответствии с Приказом Минздрава России «Об утверждении правил надлежащей клинической практики» [6] исследователь обязан сообщить спонсору информацию о любом виде нежелательной реакции у пациента, за исключением тех, которые в протоколе или в брошюре определены как не требующие немедленного сообщения. Таким образом, при возникновении наступления вреда здоровью пациента, участвующего в КИ, вся информация по данному факту подлежит сбору, обработке и в кратчайшие сроки передается спонсору. Информацию подготавливает врач (исследователь), который готовит подробный отчёт с собственным предварительным мнением о причинах возникновения, а также о наличии или отсутствии причинно-следственной связи между приемом испытуемого ЛП и наступившими последствиями. Указанный отчёт должен идентифицировать участников КИ по присвоенным им уникальным кодам. После получения указанного отчёта, спонсор обрабатывает поступившую информацию и даёт заключение в котором определяет ука-

занное событие как нежелательное явление или нежелательная реакция.

Как верно было отмечено в информационно-аналитическом бюллетене Ассоциации по организации клинических исследований (АОКИ) «учитывая сложность дизайна современных клинических исследований, а также то, что рандомизационный список (система, позволяющая в слепых исследованиях раскодировать информацию о том, попал ли участник в группу, получающую исследуемый препарат, либо в контрольную группу) хранится у спонсора, сделать какие-либо выводы на основе информации о серьезных нежелательных явлениях, полученной от отдельно взятых врачей-исследователей, уполномоченный орган любой страны не в силах». [7]

Учитывая положения Приказа Минздравсоцразвития РФ «Об утверждении порядка осуществления мониторинга безопасности лекарственных препаратов для медицинского применения, регистрации побочных действий, серьезных нежелательных реакций, непредвиденных нежелательных реакций при применении лекарственных препаратов для медицинского применения» [8] сообщение о выявлении любого вида нежелательной реакции в ходе проведения КИ должно направляться в Росздравнадзор не позднее 15 календарных дней со дня, когда стала известна соответствующая информация.

В соответствии с ч. 3 ст. 64 ФЗ-61, положениями Приказа Росздравнадзора от 15.02.2017 № 1071 «Об утверждении Порядка осуществления фармаконадзора», [9] организация, получившая разрешение на проведение КИ, направляет по установленному образцу извещение о нежелательной реакции. Извещение, содержащее информацию о угрожающих жизни серьёзных непредвиденных реакциях, летальном исходе на исследуемый ЛП, направляется в срок не более 7 календарных дней, в остальных случаях, сведение о серьёзных нежелательных реакциях сообщается в течение 15 календарных дней. В отношении нежелательных явлений никакого порядка предоставления информации в уполномоченный федеральный орган не установлено. Следовательно, требование о сообщении наступления вреда здоровью пациента, участвующего в КИ, применимо только в случае выявления любого вида «нежелательной реакции», а не явления. За непредоставление сведений о любом виде нежелательной реакции предусмотрена административная ответственность по статье 19.7.8 КоАП РФ, которая влечет за собой наложение административного штрафа для должностных лиц — от 10 до 15 тысяч рублей, для юридических лиц — от 30 до 70 тысяч рублей. [10]

Таким образом, рассматриваемое судебное решение наглядно отражает тенденцию в унификации терминов аппарата фармаконадзора, а также механизма взаимодействия между организацией, получившей разрешение на проведение КИ, CRO и территориальным органом Росздравнадзора. В отличие от «нежелательной реакции», при «нежелательном явлении» отсутствует причинно-следственная связь между приёмом испытуемого ЛП и наступившими

неблагоприятными, с медицинской точки зрения, последствиями у пациента. При этом, в случае выявления нежелательного явления организация, осуществляющая организацию проведения КИ, не обязана сообщать о выявленном факте в территориальный орган Росздравнадзора, а следовательно отсутствует состав административного правонарушения по ст. 19.7.8 КоАП РФ.

С целью создания надлежащей и правильной практики применения необходимо внести изменения в ст. 4 Феде-

рального закона «Об обращении лекарственных средств» и изложить в следующей редакции:

«49.1) нежелательное явление — нежелательная реакция организма, выявленная в ходе проведения клинического исследования лекарственного препарата для медицинского применения, которая не связана с приёмом испытуемого лекарственного препарата».

#### Литература:

1. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации [Электронный ресурс]: федер. закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ // Собр. законодательства Рос. Федерации. — 2011. — № 48. — Ст. 6724. — (в ред. 03 июля 2016 г.). — Доступ из справ.-правовой системы «Консультант Плюс».
2. Об обращении лекарственных средств [Электронный ресурс]: федер. закон от 12 апреля 2010 г. № 61-ФЗ // Собр. законодательства Рос. Федерации. — 2010. — № 16. — Ст. 1815. — (в ред. от 01 янв. 2017 г.). — Доступ из справ.-правовой системы «Консультант Плюс».
3. Об утверждении национального стандарта Российской Федерации [Электронный ресурс]: приказ Росстандарта от 08 декабря 2016 г. № 2004-ст. — Доступ из справ.-правовой системы «Консультант Плюс».
4. Решение арбитражного суда Краснодарского края от 26 апреля 2016 г. по делу № А32-47314/2015 // URL: [http://sudact.ru/arbitral/doc/RhDHWjMFnK5X/?arbitral-txt=&arbitral-case\\_doc=&arbitral-doc\\_type=&arbitral-date\\_from=&arbitral-date\\_to=&arbitral-region=&arbitral-court=%C0%D1+%CA%F0%E0%F1%ED%EE%E4%E0%F0%F1%EA%EE%E3%EE+%EA%F0%E0%FF&arbitral-judge=&arbitral-participant=%CD%E5%F4%F0%EE%F1&\\_=1490867220506](http://sudact.ru/arbitral/doc/RhDHWjMFnK5X/?arbitral-txt=&arbitral-case_doc=&arbitral-doc_type=&arbitral-date_from=&arbitral-date_to=&arbitral-region=&arbitral-court=%C0%D1+%CA%F0%E0%F1%ED%EE%E4%E0%F0%F1%EA%EE%E3%EE+%EA%F0%E0%FF&arbitral-judge=&arbitral-participant=%CD%E5%F4%F0%EE%F1&_=1490867220506)
5. Постановление Пятнадцатого Арбитражного апелляционного суда от 10 августа 2016 г. по делу № А32-47314/2015 // URL: <http://sudact.ru/arbitral/doc/zYGe85ZVx1Nv/>
6. Об утверждении правил надлежащей клинической практики [Электронный ресурс]: приказ Минздрава России от 01 апреля 2016 г. № 200н // Бюл. нормативных актов федеральных органов исполнительной власти. — 2016. — № 38. — СПС «Консультант Плюс».
7. Об утверждении порядка осуществления мониторинга безопасности лекарственных препаратов для медицинского применения, регистрации побочных действий, серьезных нежелательных реакций, непредвиденных нежелательных реакций при применении лекарственных препаратов для медицинского применения [Электронный ресурс]: Приказ Минздравсоцразвития Рос. Федерации от 26 августа 2010 г. № 757н // Российская газета. — 2010. — № 206. — Доступ из справ.-правовой системы «Консультант Плюс».
8. Информационно-аналитический бюллетень № 13 по I полугодю 2016 г. // URL: [http://acto-russia.org/files/bulletin\\_13.pdf](http://acto-russia.org/files/bulletin_13.pdf).
9. Об утверждении Порядка осуществления фармаконадзора [Электронный ресурс]: приказ Росздравнадзора от 15 февраля 2017 г. № 1071 // Зарегистрировано в Минюсте России. — 2017. — № 46039. — Доступ из справ.-правовой системы «Консультант Плюс».
10. Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях [Электронный ресурс]: федер. закон от 30 декабря 2001 г. № 195-ФЗ // Собр. законодательства Рос. Федерации. — 2002 г. — № 1 (ч. 1), ст. 1. — (в ред. от 03 апр. 201 г.7). — Доступ из справ.-правовой системы «Консультант Плюс».



## Неоказание помощи больному в уложении о наказаниях 1845 года и Уголовном Кодексе РФ 1996 года: сравнительно-правовой анализ объекта преступления

Ильин Федор Ильич, студент  
Санкт-Петербургский государственный университет

Актуальность вопросов уголовно-правовой охраны жизни пациента при одновременном обеспечении правовой защиты медицинских работников, обусловлена необходимостью реализации закрепленных статьями 2, 7, 17, 20, 41, 45 Конституции Российской Федерации (РФ) [1] и Федерального закона от 23.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» [3] права на жизнь, охрану здоровья и медицинскую помощь, обеспечения государственной защиты и реализации прав и свобод человека, имеющих исключительное по своей важности значение и являющихся общепризнанной нормой международного права.

Несмотря на то, что многие аспекты врачебной деятельности основываются на требованиях медицинской деонтологии, часть вопросов взаимоотношений врача и пациента издавна регламентировались уголовно-правовыми нормами, в том числе, в случае неоказания помощи больному. В Российской Империи уголовная ответственность медицинских работников в случае их неявки по приглашению больных или требующих их помощи предусматривалась, в частности, статьями 1084 и 1997 Уложения о наказаниях уголовных и исправительных 1845 года [7, с. 443, 777], позднее — статьями 872 и 1522 Уложения в издании 1885 года [8, с. 180, 345]. В настоящее время данное деяние квалифицируется, как преступное, в соответствии со статьей 124 «Неоказание помощи больному» Уголовного Кодекса РФ 1996 года [2] лицом, обязанным оказывать помощь больному в соответствии с законом или со специальным правилом.

Изучая деятельность канонизированного Русской Православной церковью Лейб-медика Евгения Сергеевича Боткина, оставшегося верным своему врачебному долгу и расстрелянного в 1918 году с семьей Императора Николая II, автор обратил внимание на дискуссию в 1900–1902 годах, развернувшуюся в Санкт-Петербургском врачебном обществе взаимной помощи, председателем правления которого был Е. С. Боткин. В ходе заседаний Общества [10, с. 28–31] обсуждался проект обращения в Министерство юстиции о необходимости изменения формулировок статей 872 и 1522 Уложения о наказаниях, статьи 497 проекта Уголовного Уложения, содержащий предложения, связанные с правовым регулированием ответственности за неоказание помощи больному [13, с. 139]. В настоящее время вопросы уголовной ответственности врача за неоказание медицинской помощи являлись предметом обсуждения, например, в 2003 и 2008 году при рассмотрении Государственной Думой РФ законопроектов о внесении изменений в статью 124 УК РФ.

Преступления, совершаемые при оказании медицинских услуг, характеризуются высокой степенью латентности — в 2013 году по статье 214 УК РФ осуждено всего 6 лиц [12, с. 19–20]. При этом, на протяжении более, чем 100 лет вопрос об уголовной ответственности за неоказание помощи больному, сохраняет актуальность для российского общества, в связи с чем автор избрал в качестве объектов сравнительного правового анализа статьи 872 и 1522 Уложения о наказаниях уголовных и исправительных 1845 года [8] и статью 124 УК РФ 1996 года [2].

*Цель работы* — с помощью сравнительного правового анализа выявление возможности использования в современной нормотворческой деятельности правовых норм и подходов, связанных с уголовной ответственностью за неоказание помощи больному, содержащихся в законодательстве Российской Империи.

В современной правовой доктрине указывается, что проблема объекта преступления сложна и дискуссионна [15, с. 133–145]. Автор придерживается высказанной профессором В. С. Прохоровым позиции, в соответствии с которой в общем виде объект преступления — это общественные отношения и что только при таком понимании объекта преступления находят свое естественное место и человек, и интересы, и ценности, и правовые блага, и правопорядок. Под уголовно-правовую охрану берутся лишь те общественные отношения, которые жизненно важны для общества, обобщенный перечень которых дан в ч. 1. ст. 2 УК РФ. Особенная часть УК РФ разделена на разделы, главы, статьи, соответственно объекты преступления делятся на общий, родовой, видовой и непосредственный [15, с. 133–145]. Кроме того, автор руководствуется позицией, высказанной в пособии к лекциям известного русского юриста дореволюционного периода Н. Д. Сергеевского, который считал, что всякое преступное деяние, являясь нарушением норм закона и, следовательно, посягательством на интерес всего общежития, в конкретной своей форме всегда включает вред или опасность известным благам или интересам, каждая из норм закона, охраняющих неприкосновенность жизни человека, может быть нарушена лишь в форме действия, посягающего на жизнь известного определенного лица, возникает двойственность объекта преступных деяний [14, с. 233–234].

Исходя из указанного понимания объекта преступления с учетом структуры УК РФ 1996 года, можно сделать вывод о том, что родовым объектом преступления, предусмотренного, как статьей 124 УК РФ «Неоказание помощи больному», так и статьей 125 УК РФ «Оставление в опасности»

признаются общественные отношения, обеспечивающие безопасность, свободу и достоинство личности; видовым объектом — общественные отношения, обеспечивающие жизнь и здоровье человека. Непосредственным объектом данных преступлений сегодня признается жизнь и здоровье человека [16, с. 326–380]. Аналогичным был подход законодателя в советский период, когда составы преступлений, предусмотренные статьёй 127 «Оставление в опасности» и статьёй 128 «Неоказание помощи больному» УК РСФСР 1960 года [4], были размещены в главе третьей УК РСФСР «Преступления против жизни, здоровья, свободы и достоинства личности».

Можно предположить, что иными правовыми соображениями руководствовался законодатель в дореволюционный период. Преступление, предусмотренное статьёй 1084 Уложения в издании 1845 года [7, с. 443], и статьёй 872 Уложения в издании 1885 года [8, с. 180] квалифицировало, как преступное деяние, неявку врача, оператора, акушера, фельдшера, повивальной бабки и т. п. по приглашению больных для оказания им помощи. В пользу разделяемого автором подхода дореволюционного источника права к определению объекта преступления свидетельствует и анализ содержания Уложения, с точки зрения размещения состава данного преступления в соответствующих разделах и главах правового акта. Исходя из структуры Уложения, родовым объектом преступления, предусмотренного указанными статьями, следует признать общественные отношения, обеспечивающие «общественное благоустройство, благочиние», видовым объектом — общественные отношения, обеспечивающие «народное здравие», непосредственным объектом — «Уставы Врачебные», требования которых нарушались субъектом преступления. Родовым объектом преступления, предусмотренного размещённой в главе 5 «О произвольном оставлении человека в опасности и неоказании помощи погибающему» статьёй 1997 Уложения в издании 1845 года [7, с. 443] и статьёй 1522 Уложения в издании 1885 года [8, с. 345], квалифицирующей, как преступное деяние, неявку врача, акушера, фельдшера, повивальной бабки к больным или родильницам, требующим их помощи, следует признать общественные отношения, обеспечивающие «жизнь, свободу и честь частного лица»; видовым объектом — общественные отношения, обеспечивающие «жизнь и здоровье человека, недопустимость произвольного оставления человека в опасности и неоказания помощи погибающему»; непосредственным объектом — жизнь и здоровье человека.

Из содержания статей 872 и 1522 Уложения [8, с. 180, 345], с учетом анализа размещения их в различных разделах и главах, усматривается, что в дореволюционных источниках права, с точки зрения автора, логично и обоснованно, данные статьи помещались в различных разделах Уложения. Тем самым, неявка по приглашению больных для оказания им помощи (статья 872) рассматривалась, как преступление, посягающее на «общественное благоустройство, благочиние и народное здравие», а неоказание

помощи больному или родильнице, требующим помощи (статья 1522) — как преступление посягающее на «жизнь, свободу и честь частного лица». При этом, уголовно наказуемым деянием, предусмотренным статьёй 872 Уложения, признавалась сама неявка по приглашению, независимо от наступления каких-либо ее последствий, связанных с нанесением ущерба жизни и здоровью больного. Разделяемая автором данная позиция об уголовной наказуемости факта неявки медицинского работника по приглашению больного, независимо от последствий такой неявки для здоровья пациента, нашедшая закрепление в структуре Уложения, вытекающая из содержания объекта преступления, представляется обоснованной, если учесть, что объектом данного преступления являлись не «жизнь, свобода и честь частного лица», а «общественное благоустройство, благочиние и народное здравие». Степень ответственности за неоказание помощи больному или родильнице, требующим помощи (статья 1522 Уложения), несмотря на то, что данное деяние посягало на «жизнь, свободу и честь частного лица», также не зависела от наступления последствий. Предполагаю, законодатель считал необходимым в данном случае подвергать наказанию медицинского работника, независимо от наступления неблагоприятных последствий за сам факт оставления человека в опасности и неоказания помощи погибающему.

При этом, автор считает, что законодатель допускал дублирование норм, изложенных в статьях 872 и 1522 Уложения 1845 года в редакции 1885 года [8, с. 180, 345]. Их основное отличие заключалось в том, что статья 872 квалифицировала, как преступление неявку врача, оператора, акушера, фельдшера, повивальной бабки и т. п. «по приглашению больных» для оказания им помощи «без особых законных к тому препятствий», а статья 1522 — неявку врача, акушера, фельдшера, повивальной бабки к больным или родильницам, «требующим их помощи», «без особых законных к тому причин». При этом санкция, предусмотренная частью 1 статьи 1522, прямо отсылала к наказаниям, в статье 872 сего Уложения определенным, хотя и предусматривала в части второй в случае, если медик знал об опасности больного, более серьезное наказание — в виде ареста от семи дней до трех месяцев, то есть санкция зависела не от наступления последствий, а от субъективной стороны деяния.

Необходимо указать, что в Высочайше утвержденном 22 марта 1903 года Новом уголовном уложении [9], которое не вступило в законную силу в полном объеме, был исключен, возможно под влиянием заявлений врачебной общественности [11, с. 143–172], состав преступления, ранее предусмотренный статьёй 872, содержащейся в седьмом отделении «О нарушениях Уставов Врачебных» Уложения о наказаниях — а именно неявка по приглашению больных для оказания им помощи. Новым уголовным уложением ответственность медицинских работников предусматривалась только за оставление в опасности статьёй 497, содержащейся в главе 25 «Об оставлении в опасности» [9,

с. 158]. Из содержания статьи 497 усматривается, что уголовно наказуемым деянием признавалось неисполнение правил об оказании помощи больному или находящемуся в бессознательном состоянии, при этом статья предусматривала ответственность любого виновного в неисполнении правил, установленных законом или обязательным постановлением, медицинские же работники привлекались к более строгой ответственности по части второй статьи 497 [9, с. 158]. Формулировка статей 872 и 1522 Уложения 1845 года в редакции 1885 года [8, с. 180, 345], предусматривающая в качестве условия ответственности — ответственность за неявку «без особых законных к тому препятствий», была смягчена и заменена в статье 497 Нового уголовного уложения на формулировку о неявке «без уважительной причины» [9, с. 158].

Из содержания ст. 124 УК РФ усматривается, что факт неоказания помощи больному в настоящее время не влечет уголовной ответственности. Санкция предусматривается только в случае, если данное деяние повлекло по неосторожности причинение средней тяжести вреда здоровью, смерти больного, либо причинение тяжкого вреда его здоровью, что представляется логичным с учетом позиции законодателя, поместившего данный состав в Раздел VII «Преступления против личности», а не Раздел IX «Преступления против общественной безопасности и общественного порядка» УК РФ. Представляется, что позиция, изложенная в Уложении 1845 года в редакции 1885 года [8], была предпочтительнее, так как основным объектом преступления, предусмотренного статьей 872 Уложения, являлась не жизнь и здоровье человека, а «общественное благоустройство, благочиние и народное здравие», нарушаемые в данном случае несоблюдением Уставов Врачебных и поэтому устанавливалась санкция за их нарушение, независимо от последствий для здоровья пациента.

Поскольку законодатель, устанавливая уголовную ответственность в соответствии со статьей 125 УК РФ «Оставление в опасности» — за заведомое оставление без помощи лица, находящегося в опасном для жизни и здоровья состоянии, независимо от наличия такого квалифицирующего признака, как наступление каких-либо последствий для здоровья человека, можно сделать вывод о том, что законодатель руководствовался тем, что основным непосредственным объектом преступления в данном случае является все же общественная безопасность, а не здоровье человека. Автор считает некорректным размещение состава, предусмотренного статьей 125 УК РФ «Оставление в опасности», в Разделе VII «Преступления против личности», так как основным непосредственным объектом преступления в данном случае, с точки зрения автора, основанной на правовом подходе, закрепленном в структуре Уложения 1845 года, является общественная безопасность и общественный порядок, а жизнь и здоровье человека — дополнительным непосредственным объектом. Нарушая свои обязанности по оказанию медицинской помощи, субъект деяния, с точки зрения автора, прежде всего, нарушает

установленный государством общественный порядок осуществления медицинского обслуживания, и, во вторую очередь, причиняет вред здоровью человека, что является дополнительным объектом преступления.

Исходя из высказанной автором позиции о том, что основной родовый объект преступления, предусмотренного ст. 124 УК РФ, составляют общественные отношения, обеспечивающие общественную безопасность и общественный порядок, а не безопасность, свобода и достоинство личности, автор следующим образом оценивает результаты рассмотрения законопроектов о внесении изменений в статью 124 УК РФ об уголовной ответственности врача за неоказание медицинской помощи, ставшие предметом обсуждения и отклонения в 2003 и 2008 году в Государственной Думе РФ.

Законопроект 2003 года, предусматривал необходимость дополнения статьи 124 частью третьей, которая устанавливала бы ответственность за безосновательное неоказание помощи больному врачом или фельдшером первичной реанимационной медицинской помощи и увеличение максимального срока наказания в виде лишения свободы за неоказание помощи больному, повлекшее его смерть [5]. Законопроект 2008 года, предусматривал отмену уголовной ответственности за неоказание медицинской помощи, если это повлекло по неосторожности причинение средней тяжести вреда здоровью, то есть исключение из диспозиции статьи 124 ее первой части [6].

Автор считает обоснованным отклонение данных законопроектов не только потому, что они предусматривают дублирование действующих норм статьи и неоправданное усиление санкции. Поскольку основным родовым объектом деяния, с точки зрения автора, являются общественные отношения, обеспечивающие общественную безопасность, а не безопасность, свободу и достоинство личности, то законодатель не должен ставить санкцию в зависимость факта наступления неблагоприятных последствий для здоровья человека и их тяжести. Автор предлагает возвратиться к идеям, нашедшим свое законодательное закрепление в Уложении, в котором преступлением считался сам факт неоказание медиком помощи без законных причин и санкция не зависела от наступивших последствий и не предусматривала длительного лишения свободы. При этом, предлагается изменить статью 124 УК РФ, предусмотрев ответственность медицинского работника за неоказание помощи даже в том случае, если вред для здоровья пациента был легким или вообще отсутствовал при одновременном смягчении предусмотренной в настоящее время санкции, так как суровая санкция не всегда приводит к достижению желаемого результата.

Автор руководствуется при этом соображениями, из которых, как считает автор, исходил законодатель в статье 872 Уложения. В частности, в комментарии, размещенном в издании Н. С. Таганцева (76/136, Петкевича), к статье 872 Уложения указывалось, что ответственность по статье 872 не зависит от того, находился ли призывавший врача

в опасном положении, или же болезнь его не угрожала опасностью жизни [8, с. 471]. В связи с этим автор считает, что медицинский работник, как и сам пациент, могут не осознавать степени тяжести состояния больного, оценить последствия неявки к больному, и поэтому формулировки статьи должны гарантировать обязательную явку медицинского работника к больному.

*Выводы.* С учетом результатов сравнительно-правового анализа статей 872, 1522 Уложения [8] и статей 124 и 125 УК РФ [2] автор пришел к следующим выводам:

1. Исходя из структуры Уложения 1845 года в редакции 1885 года [8] родовым объектом преступления, предусмотренного ст. 872 Уложения, признавались общественные отношения, обеспечивающие «общественное благоустройство, благочиние», видовым объектом — общественные отношения, обеспечивающие «народное здравие», непосредственным объектом — «Уставы Врачебные»; родовым объектом преступления, предусмотренного ст. 1522 Уложения [8] признавались общественные отношения, обеспечивающие «жизнь, свободу и честь частного лица»; видовым объектом — общественные отношения, обеспечивающие «жизнь и здоровье человека, недопустимость произвольного оставления человека в опасности и неоказания помощи погибающему»; непосредственным объектом — жизнь и здоровье человека.

Исходя из структуры УК РФ 1996 года [2] родовым объектом преступления, предусмотренного, как ст. 124 «Неоказание помощи больному», так и ст. 125 «Оставление в опасности» признаются общественные отношения, обеспечивающие безопасность, свободу и достоинство личности; видовым объектом — общественные отношения, обеспечивающие жизнь и здоровье человека, непосредственным объектом данных преступлений сегодня признается жизнь и здоровье человека.

2. Исходя из понимания объекта преступления, предусмотренного ст. 872 Уложения [8, с. 180] — нанесение ущерба общественному благоустройству, благочинию и народному здравью санкция обоснованно устанавливалась, независимо от наступления последствий деяния для здоровья пациента и их тяжести, то есть, в отличие от УК РФ [2] преступно наказуемым деянием являлся сам факт неоказания помощи больному. Исходя из понимания объекта

преступления, предусмотренного ст. 124 УК РФ [2] — нанесение ущерба жизни и здоровью человека — санкция логично устанавливается в прямой зависимости от последствий деяния для здоровья пациента.

3. С учетом результатов сравнительного анализа ст. 872 Уложения [8, с. 180] и ст. 124 УК РФ [2], основной родовый объект преступления, предусмотренного ст. 124 УК РФ, составляют общественные отношения, обеспечивающие общественную безопасность и общественный порядок, дополнительный объект — жизнь и здоровье человека. Исходя из данного понимания объекта деяния, автор считает, что состав преступления, предусмотренный ст. 124 «Неоказание помощи больному и ст. 125 УК РФ «Оставление в опасности», необоснованно включен в Раздел VII «Преступления против личности» [2], поскольку основным непосредственным объектом данных преступлений фактически является общественная безопасность и общественный порядок, а жизнь и здоровье человека — дополнительным непосредственным объектом. В связи с этим предлагается переместить ст. 124 и 125 УК РФ в Раздел IX «Преступления против общественной безопасности и общественного порядка», в результате чего данные нормы займут место среди преступлений, более соответствующих их объекту.

4. Автор считает, что, поскольку основным родовым объектом деяния, предусмотренного ст. 124 УК РФ [2] являются общественные отношения, обеспечивающие общественную безопасность, представляется целесообразным не ставить санкцию, предусмотренную ст. 124 УК РФ, в зависимость от факта наступления и тяжести последствий для здоровья человека. Предлагается использовать правовое понимание проблемы, законодательно закрепленное в Уложении 1845 года [8], в котором преступлением считался сам факт неоказания медпомощи без законных причин и санкция не зависела от наступивших последствий и не предусматривала длительного лишения свободы. Предлагается изменить ст. 124 УК РФ, предусмотрев ответственность медицинского работника за неоказание помощи даже в том случае, если вред для здоровья пациента был легким или вообще отсутствовал при одновременном смягчении предусмотренной ст. 124 УК РФ [2] санкции.

#### Литература:

1. Конституция (Основной Закон) Российской Федерации: принята всенародным голосованием 12 дек. 1993 г. (с учетом поправок, внесенных Законами РФ о поправках к Конституции РФ от 30.12.2008 № 6-ФКЗ, от 30.12.2008 № 7-ФКЗ, от 05.02.2014 № 2-ФКЗ, от 21.07.2014 № 11-ФКЗ) // Собр. Законодательства Рос. Федерации. — 2014. — № 31. — Ст. 4398.
2. Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 № 63-ФЗ (ред. от 07.03.2017) // Собр. Законодательства Рос. Федерации. — 1996. — № 25. — Ст. 2954.
3. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 03.07.2016) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2017) // Собр. Законодательства Рос. Федерации. — 2011. — № 48. — Ст. 6724.

4. Уголовный кодекс РСФСР (утв. ВС РСФСР 27.10.1960) (ред. От 30.07.1996) // Ведомости ВС РСФСР». — 1960. — № 40. — Ст. 591.
5. О внесении дополнения в статью 124 УК РФ [Электронный ресурс]: проект Федерального закона № 292046—3 «О внесении дополнения в статью 124 Уголовного кодекса Российской Федерации» (ред., внесенная в ГД ФС РФ, текст по состоянию на 05.02.2003). // Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».
6. О внесении изменений в статью 124 УК РФ [Электронный ресурс]: проект Федерального закона № 33572—5 «О внесении изменений в статью 124 УК РФ» (ред., внесенная в ГД ФС РФ, текст по состоянию на 19.03.2008). // Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».
7. Уложение о наказаниях уголовных и исправительных. СПб.: Тип. 2 Отд-ния Собств. Е. И. В. Канцелярии, 1845. — 898 с.
8. Уложение о наказаниях уголовных и исправительных 1885 года. Составлено Н. С. Таганцевым. СПб.: Государственная типография, 1908. — 959 с.
9. Новое уголовное уложение, Высочайше утвержденное 22 марта 1903 года. СПб.: Изд. В. П. Анисимова, 1903. — 250 с.
10. Борисов П. Я. Обзор товарищеских бесед членов общества / Е. А. Борисов // Вестник СПб врачебного О-ва взаимной помощи. Под ред. П. Н. Булатова и П. И. Дроздовского. — 1902. — вып. I. С. 28—31.
11. Евангулов Г. Г. «Новое уголовное уложение» // Вестник СПб врачебного О-ва взаимной помощи. Под ред. П. Н. Булатова и П. И. Дроздовского. — 1903. — вып. VI. С. 143—172.
12. Нагорная И. И. Уголовно-правовая охрана жизни и здоровья человека при оказании медицинских услуг: Сравнительно-правовой анализ: Монография / И. И. Нагорная. — М.: РАН. ИНИОН. Центр социал. науч. — информ. исслед. Отд. Правоведения, 2014. — 214 с.
13. О возбуждении правлением ходатайства (на имя графа К. И. Палена) по поводу ответственности врачей за оказание помощи больному // Вестник СПб врачебного О-ва взаимной помощи. Под ред. П. Н. Булатова и П. И. Дроздовского. — 1903. — С. 139.
14. Сергеевский Н. Д. Русское уголовное право. Пособие к лекциям. Часть Общая / Н. Д. Сергеевский. — СПб.: Типография М. М. Стасюлевича, 1911. — 397 с.
15. Уголовное право России. Общая часть: учебник / под ред. В. В. Лукьянова, В. С. Прохорова, В. С. Щапелькова, перераб. и доп. — СПб.: Издательство СПбГУ, 2013. — 600 с.
16. Уголовное право России. Части Общая и Особенная: учебник / под ред. А. В. Бриллиантова, 2-е издание, перераб. и доп. — М.: Проспект, 2015. — 1184 с.

## **Проблема разграничения лекарственных средств, отпускаемых без рецепта и рецептурных лекарственных средств, не подлежащих предметно-количественному учету**

Левашов Артем Игоревич, студент  
Санкт-Петербургский государственный университет

Все находящиеся в обращении лекарственные препараты, можно разделить на отпускаемые по рецептам, выданным имеющими соответствующее право медицинскими или ветеринарными работниками (далее — рецептурные препараты), и без них (далее — безрецептурные препараты). В свою очередь, рецептурные препараты дифференцируются на подлежащих предметно-количественному учету (далее — ПКУ), для которых Федеральным законом от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» [4] (далее — ФЗ № 61) и принятым в его исполнение Приказом Минздрава РФ от 22.04.2014 г. № 183н [5] установлены особые правила обращения, связанные с особым характером содержащихся в них веществ

(наркотические, психотропные и иные сильнодействующие вещества), и неподлежащие ПКУ, в отношении которых установлены менее строгие правила обращения.

Со вступлением ФЗ № 61 в силу 01.09.2010 г. правила обращения лекарственных препаратов существенно изменились по сравнению с утратившим силу Федеральным законом от 22.06.1998 № 86-ФЗ [6] (ред. от 30.12.2008) «О лекарственных средствах» (далее — ФЗ № 86). В частности, вместо входившей в ФЗ № 86 главы 8, посвященной розничной торговле лекарственными средствами, в ФЗ № 61 данный предмет регулирует лишь ст. 55, в то время как остальные положения главы 8 частично утратили силу, а частично были включены в иные правовые институты.

В связи с этим, одним из важнейших изменений является отсутствие в ФЗ № 61 упоминания о перечне лекарственных средств, отпускаемых без рецепта врача. Данный перечень устанавливался Приказом Минздравсоцразвития РФ от 13.09.2005 г. № 578 [7], и в целях приведения ведомственных нормативных актов в соответствие с действующим законодательством он был признан утратившим силу Приказом Минздравсоцразвития РФ от 26.08.2011 № 1000ан [8]. Нового перечня безрецептурных лекарственных препаратов установлено не было.

В связи с этим потребовалось переосмысление существовавшей до этого презумпции отпуска только по рецепту всех лекарственных препаратов, за исключением входивших в вышеупомянутый перечень. Идея о недопустимости безрецептурного обращения лекарственных средств была выражена еще Международной фармацевтической федерацией (FIP) в одобренном ей в 1993 г. руководстве по разработке и внедрению стандартов надлежащей аптечной практики (Good Pharmacy Practice — GPP), направленном на обеспечение качества лекарственной помощи на этапе непосредственного поступления ЛС к пациентам [9]. Несмотря на рекомендательный характер данного акта, подобная позиция не только не теряет своей актуальности, но и является господствующей у большого числа правоприменителей; достаточно упомянуть часто цитируемые высказывания главы Роспотребнадзора в рамках Санкт-Петербургского Международного экономического форума в 2016 г. [10]. Как правило, сторонники данного подхода аргументируют свою позицию высокой опасностью лекарственных средств при воздействии на организм человека и недопустимостью «самолечения». Вместе с тем, представляется, что во многом данные аргументы необоснованны: к сожалению, зачастую позиция «недопущения самолечения» начинает перерастать в презумпцию отсутствия здравого смысла у конечного потребителя лекарственных средств. Большое количество лекарственных препаратов, не подлежащих ПКУ, содержат минимальное, неопасное для здоровья человека количество опасных веществ; для возникновения вредных последствий от которых необходимо их употребление в несоизмеримых адекватным количествах. Также, в соответствии с правилами регистрации лекарственных средств, сформулированных в ст. 27 ФЗ № 61, к каждому лекарственному препарату разрабатывается инструкция по применению, прочитать и следовать которой разумный потребитель безусловно в состоянии. Требование об обязательном сопровождении лекарственного препарата инструкциями по применению для специалистов и для потребителей сформулированы также в Приказе Минздрава РФ № 88 от 26.03.2001 г. [11] Следует также упомянуть недавно закрепленное нормативно правило об обязательном «фармацевтическом консультировании», содержащееся в Приказе Минздрава РФ № 647н от 31.08.2016 г. [12] Наконец, даже при приобретении лекарственного препарата по рецепту, вполне возможно причинение вреда организму пациента в связи с несоблюдением

последним правил применения препарата. В связи с вышесказанным, неизбежен вывод о принципиальной невозможности достижения целей обеспечения населения лекарственными средствами в условиях полной незнательности потребителей, вне зависимости от степени строгости государственного контроля (надзора) в сфере обращения лекарственных средств. В дополнение к вышесказанному следует упомянуть об установленных в целях борьбы с «самолечением» правилах ст. 24 Федерального закона от 13.03.2008 № 38-ФЗ «О рекламе» [13] об ограничении распространения информации о лекарственных средствах неспециализированными СМИ, несостоятельность которых уже неоднократно подчеркивалась в научной литературе [1].

Можно предположить, что отказ от установления перечня лекарственных препаратов, отпускаемых без рецепта, во многом обусловлен осознанием фактической невозможности поддержания актуальности подобного перечня. Современный этап развития фармацевтического рынка характеризуется огромным количеством ежегодно выходящих на рынок лекарственных препаратов. Ситуация усугубляется тем, что в соответствии с действовавшими ранее правилами в перечень вносилось лекарственное средство в определенной форме и дозировке: в больших дозировках средство могло быть допущено к отпуску только по рецепту, в то время как в меньших — нет (например, приобретение Генферона в дозировках 125 тыс. единиц разрешено при отсутствии рецепта, а в дозировках 250, 500 и 1000 тыс. единиц — нет); в форме таблеток средство могло являться безрецептурным, а форме ампул — как правило рецептурным (например, анальгин) [7]. Однако предполагается, что сложившаяся ситуация должна была привести не к полному отказу законодателя от формирования перечня безрецептурных лекарственных средств, а к поиску новых механизмов правового регулирования. Например, представляется перспективным решение данного вопроса на основе организации работы трехсторонней комиссии с участием представителей государства, профессиональных участников оборота лекарственных препаратов и конечных потребителей. Данный механизм выработки нормативного регулирования считается одним из наиболее перспективных в отраслях права, которым имманентно присуще противодействие социальных и экономических интересов субъектов правоотношений. Примером может служить французский опыт в сфере трудового права, постепенно перенимаемым и отечественным законодателем, где в рамках работы трехсторонних комиссий было принято значительное число отраслевых соглашений, играющих «почти одинаковую с законами роль в правовом регулировании трудовых отношений» [3].

Существенной проблемой в вопросе разграничения рецептурных и безрецептурных лекарственных препаратов является отсутствие ясных критериев данной дифференциации. Традиционно она проводилась нормативно, на основании установленного Минздравом перечня лекарственных средств, отпускаемых без рецепта, пересматриваемого

в соответствии со ст. 32 ФЗ № 86 раз в пять лет, однако более подробные правила его формирования в законодательстве отсутствовали. Важным шагом на пути к установлению данных критериев является относительно недавнее Решение Коллегии Евразийской экономической комиссии от 29.12.2015 № 178 «О Правилах определения категорий лекарственных препаратов, отпускаемых без рецепта и по рецепту» [14], (далее — Правила) в котором содержатся 4 альтернативных условия отнесения лекарственных препаратов к рецептурным:

- 1) которые даже при правильном применении, но без медицинского наблюдения, могут нанести прямой или косвенный вред здоровью человека;
- 2) которые часто применяются неправильно и, как следствие, могут нанести прямой или косвенный вред здоровью человека;
- 3) которые содержат вещества или соединения, действие которых и (или) нежелательные реакции на которые недостаточно изучены (подлежат дальнейшему изучению);
- 4) которые вводятся парентерально (как правило).

Более того, данные Правила содержит критерии определения вреда здоровью человека и оценки вероятности неправильного использования препарата. Примечательно также наличие в Правилах ряда норм об «обязанностях» пациента, связанных с адекватной оценкой самочувствия и употреблением безрецептурных лекарственных препаратов. Однако следует указать, что данный акт на настоящий момент не вступил в силу, что не исключает возможности его инкорпорации в национальное законодательство.

В настоящее же время, в соответствии со ст. 67 ФЗ № 61:

1. Информация о лекарственных препаратах, отпускаемых по рецепту на лекарственный препарат, должна содержаться только в специализированных изданиях, предназначенных для медицинских, фармацевтических, ветеринарных работников.

2. Информация о лекарственных препаратах, отпускаемых без рецепта на лекарственный препарат, может содержаться в публикациях и объявлениях средств массовой информации, специализированных и общих печатных изданиях, инструкциях по применению лекарственных препаратов, иных изданиях субъектов обращения лекарственных средств.

#### Литература:

1. Львова Е. Реклама рецептурных лекарств: границы дозволенного // Конкуренция и право. 2011. № 1.
2. Малейна М. Н. Столкновение публичного и частных интересов в сфере лекарственного обеспечения населения (правовой аспект) // Образование и право. 2012. № 12 (40).
3. Трудовое право России: учебник для бакалавров / под общ. Ред. Е. Б. Хохлова, В. А. Сафонова. — 5-е изд., перераб. И доп. — М.: Издательство Юрайт, 2013.
4. Федеральный закон от 12.04.2010 № 61-ФЗ (ред. от 03.07.2016) «Об обращении лекарственных средств» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2017) // СПС Консультант Плюс».

Несмотря на то, что установление перечня безрецептурных лекарственных препаратов в предмет регулирования данной статьи исходя из ее буквального толкования не входит, фактически, в отсутствие надлежащих официальных разъяснений, разграничение рецептурных и безрецептурных лекарственных препаратов в настоящий момент производится именно на основании инструкций по применению и указаниям на упаковках лекарственных препаратов.

В связи с вышесказанным возникает вопрос о своего рода «презумптивной компетенции» производителей лекарственных средств, проистекающей из лицензионного контроля в сферах производства лекарственных средств и иной фармацевтической деятельности. Исходя из ст. 5 ФЗ № 61, можно выделить ряд направлений государственного контроля производителей лекарственных средств: контроль за соответствием производства требованиям надлежащей производственной практики, выдача разрешений на проведение клинических исследований препаратов, регистрация лекарственных средств и др. В соответствии с утвержденным Приказом Минздрава России от 21.09.2016 № 725н Административным регламентом по предоставлению государственной услуги по государственной регистрации лекарственных препаратов для медицинского применения, условия отпуска определяются при проведении экспертизы лекарственного средства по заданию ответственного исполнителя в рамках рассмотрения представленных для регистрации документов. Таким образом, признание лекарственных препаратов рецептурными/безрецептурными фактически осуществляется экспертными учреждениями, причем как государственными, так и негосударственными. Помимо того, что данное регулирование не основано на ФЗ № 61, само преимущество данного механизма регулирования перед формированием нормативного перечня представляется достаточно спорным.

Необходимо учитывать, что рецептурность лекарственного препарата неизбежно снижает его доступность для конечного потребителя. В связи с этим, необоснованное и не оцененное не только с медицинской, но и социально-экономической стороны отнесение лекарственного препарата к отпускаемому только по рецепту в конечном итоге будет нарушать как интересы граждан в доступности нужных им лекарственных препаратов, так и государства в обеспечении этой доступности, необходимой для благополучия населения [2].

5. Приказ Минздрава России от 22.04.2014 № 183н (ред. от 10.09.2015) «Об утверждении перечня лекарственных средств для медицинского применения, подлежащих предметно-количественному учету» // СПС Консультант Плюс».
6. Федеральный закон от 22.06.1998 № 86-ФЗ (ред. от 30.12.2008) «О лекарственных средствах» // СПС Консультант Плюс».
7. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 13.09.2005 № 578 (ред. от 26.07.2007) «Об утверждении Перечня лекарственных средств, отпускаемых без рецепта врача» // СПС Консультант Плюс».
8. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 26.08.2011 № 1000ан № О признании утратившими силу некоторых Приказов Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации» // СПС Консультант Плюс».
9. URL: [http://www.fip.org/good\\_pharmacy\\_practice](http://www.fip.org/good_pharmacy_practice) (дата обращения: 30.03.2017).
10. URL: <http://tass.ru/pmef-2016/article/3380773> (дата обращения: 30.03.2017).
11. Приказ Минздрава РФ от 26.03.2001 № 88 «О введении в действие отраслевого стандарта» «Государственный информационный стандарт лекарственного средства. Основные положения» // СПС Консультант Плюс».
12. Приказ Минздрава России от 31.08.2016 № 647н «Об утверждении Правил надлежащей аптечной практики лекарственных препаратов для медицинского применения» // СПС Консультант Плюс».
13. Федеральный закон от 13.03.2006 № 38-ФЗ (ред. от 28.03.2017) «О рекламе» // СПС Консультант Плюс».
14. Решение Коллегии Евразийской экономической комиссии от 29.12.2015 № 178 «О Правилах определения категорий лекарственных препаратов, отпускаемых без рецепта и по рецепту» // СПС Консультант Плюс».

## К вопросу о начале уголовно-правовой охраны человеческой жизни

Мартынюк Максим Валерьевич, магистрант  
Санкт-Петербургский государственный университет

В Российской Федерации жизнь человека является центральным объектом в иерархии защищаемых ценностей. Охрана человеческой жизни обеспечивается путем закрепления правовых гарантий в Конституции РФ, а также в различных отраслях права.

В уголовном законодательстве объектом преступлений против жизни и здоровья выступают общественные отношения в сфере безопасности жизни человека, другими словами — сама жизнь человека. Определение начального момента жизни человека является обязательным условием правильной квалификации преступлений, перечисленных в шестнадцатой главе Уголовного кодекса Российской Федерации, следовательно, данный вопрос имеет не только теоретическое, но и практическое значение.

Рассматриваемая проблема изучается представителями различных наук, трактуется почти всеми религиями мира, однако даже столь разносторонний подход, все еще не привел к единому пониманию «момента начала жизни человека», поэтому среди отечественных и зарубежных исследователей ведется оживленная дискуссия, которая не утихает на протяжении длительного времени. По этой причине, в научном сообществе сформировалось множество позиций, каждая из которых по-своему интерпретирует исследуемый вопрос.

Конституция РФ в ст. 20 провозглашает право на жизнь в качестве приоритетных прав человека, которое представляет собой естественное и неотъемлемое право каждого индивидуума, в свою очередь ст. 17 Конституции РФ уста-

навливает, что основные права и свободы человека неотчуждаемы и принадлежат каждому от рождения. Таким образом, исходя из текстуального содержания вышеуказанной статьи — право на жизнь у человека возникает с момента рождения, следовательно, право на жизнь может принадлежать только конкретному субъекту.

В ст. 53 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ [1] момент рождения ребенка определяется, как момент отделения плода от организма матери посредством родов.

Приказом Минздравсоцразвития РФ от 27 декабря 2011 г. № 1687н [2] (далее — Приказ) утверждены медицинские критерии рождения, к которым относятся:

- 1) срок беременности 22 недели и более;
- 2) масса тела ребенка при рождении 500 грамм и более (или менее 500 грамм при многоплодных родах);
- 3) длина тела ребенка при рождении 25 см и более (в том случае, если масса тела ребенка при рождении неизвестна).

В Приказе также перечислены признаки живорождения, к которым относятся: дыхание, сердцебиение, пульсация пуповины или произвольные движения мускулатуры независимо от того, перерезана пуповина и отделилась ли плацента.

Позицию законодателя, согласно которой жизнь возникает с момента рождения, разделяют многие ученые. В частности, А. Н. Красиков считает, что: «Начальным моментом жизни человека можно считать момент, когда



констатируется полное изгнание или извлечение продукта зачатия из организма беременной, то есть когда плод отделился от организма роженицы, за исключением пуповины, которая не перерезана, и у плода имеется дыхание или сердцебиение, пульсация пуповины либо произвольные движения мускулатуры» [3]. По этому поводу М. Д. Шаргородский отмечает, что преступление, направленное против еще не родившегося плода должно рассматриваться не как убийство, а как аборт [4].

Согласно следующей позиции, моментом начала жизни признается именно начало физиологических родов, то есть начало родового процесса. Так, Смирнов Н. К. пишет: «Медики рассматривают роды как процесс, начинающийся прорезыванием головы ребенка, выходящего из утробы матери, и заканчивающийся отделением ребенка от тела матери и первым самостоятельным вздохом. Следовательно, жизнь человека начинается с момента начала процесса рождения» [5]. Такой же позиции придерживается и А. А. Пионтовский, который отмечает, что критерием начала жизни является начало физиологических родов [6]. Однако некоторые ученые не разделяют данную позицию, в частности, Б. Сарыев отмечает: «Если преступник не может видеть в этот момент даже головки рождающегося ребенка, он не может воспринимать его как живое существо, а видит в нем лишь плод, скрытый в организме женщины. Пока плод не появится из утробы матери, действия, направленные на его уничтожение в процессе родов, нельзя расценивать, как убийство» [7].

Сторонники следующей позиции утверждают, что человеческая жизнь начинается с момента зачатия, а аборт является не просто прерыванием беременности, а преднамеренным убийством. Так, например, Г. Б. Романовский отмечает, что еще не рожденный ребенок, который существует в организме матери, является живым человеком, поэтому необходимо должным образом защитить его право на жизнь, начиная с этого момента [8]. Более радикального мнения придерживается Л. Н. Линик, предлагая внести изменения в Конституцию РФ, которые позволили бы установить начало жизни человека с момента зачатия [9].

Данная точка зрения не является новой. Проводя исторические параллели, отметим, что до 1903 года именно момент зачатия определял начало человеческой жизни, а аборт считался квалифицированным убийством. Свод законов уголовных от 1832 года в ст. 343 устанавливал ответственность «за умерщвление плода в чреве матери шарлатаном или другими лицами».

Ввиду стремительного развития медицины, возникают и другие новаторские суждения, которые приписывают начало жизни к определенным моментам развития еще не родившегося ребенка. М. Д. Точеный отмечает,

что плод способен к самостоятельному существованию через 5,5–8 месяцев беременности, в связи с этим полагает, что его насильственное уничтожение должно расцениваться как убийство [10]. В свою очередь, Р. Шарапов считает, что начало жизни человека связывается с началом жизни мозга, то есть с появлением оформившейся массы мозговых клеток, делающих плод жизнеспособным. Сам мозг, по словам автора, формируется к пятому месяцу беременности [11]. Таким образом, в данных позициях отсутствует четкое определение момента начала жизни, однако все они указывают на то, что жизнь человека начинается в утробе матери.

Современные исследования позволяют утверждать, что уже на 18-й день от зачатия у плода начинается сердцебиение, приходит в действие собственная система кровообращения и формируются основы нервной системы, а с 12-й недели беременности у плода функционируют все системы организма [12].

Необходимо отметить, что аборт при беременности свыше 22 недель не допускается. Исключением является наличие медицинских показаний к проведению искусственного прерывания беременности. Производство аборта в отсутствие соответствующих показаний — это глубоко аморальный поступок, за совершение которого должна наступать уголовно-правовая ответственность. И действительно, ст. 123 УК РФ устанавливает ответственность за незаконное проведение искусственного прерывания беременности, однако в случае проведения данной операции врачом, который имеет высшее медицинское образование соответствующего профиля, жизнь эмбриона находится вне поля уголовно-правовой охраны.

Основываясь на правовой доктрине, мнениях авторитетных ученых, а также принимая во внимание опыт законодательства зарубежных стран, в которых субъективные права возникают еще до рождения ребенка, представляется целесообразным поставить под охрану уголовного закона человеческий эмбрион и закрепить его правовой статус. Для этого необходимо внести изменения в Уголовный кодекс РФ, а именно добавить статью в главу Уголовного кодекса РФ «Преступления против жизни и здоровья», которая будет защищать право на жизнь плода, как самостоятельного субъекта права, начиная с шестимесячного срока. В связи с этим, причинение умышленного вреда, которое повлекло прекращение беременности у женщины после шестимесячного срока, будет квалифицироваться как убийство.

Представляется, что внесение в Уголовный кодекс РФ данной нормы будет способствовать уменьшению действий аморального характера в отношении человеческого эмбриона и прекращению незаконных манипуляций над ним.

#### Литература:

1. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Российская газета. — 2012. — 23 ноября. — № 5639.

2. Приказ Минздравсоцразвития России от 27.12.2011 № 1687н (ред. от 02.09.2013) «О медицинских критериях рождения, форме документа о рождении и порядке его выдачи» // СПС КонсультантПлюс.
3. Красиков Н. Е. Преступления против права человека на жизнь: в аспектах de lege lata u de lege ferenda. — Саратов, 1999. — С. 44.
4. Шаргородский М. Д. Избранные работы по уголовному праву. — СПб, 2003. — С. 32.
5. Уголовное право. Особенная часть: учебник для вузов. / Под ред. И. Я. Козаченко, З. А. Незнамовой. — М.: 1997. — С. 37.
6. Пионтковский А. А. Курс советского уголовного права. Т. 5. — М.: Наука, 1971. — С. 22.
7. Сарыев Б. Преступления против жизни. — Ашхабад, 1978. — С. 14.
8. Романовский Г. Б. Гносеология права на жизнь. — Изд-во «Юридический центр пресс», 2003. — С. 15.
9. Линик Л. Н. Конституционное право на жизнь: введение в теорию. — Чебоксары, 2005. — С. 23.
10. Точеный М. Д. Убийство либо причинение телесных повреждений при превышении мер, необходимых для задержания лица, совершившего преступление: автореф. дис. — Самара, 2006. — С. 10.
11. Шарапов Р. Начало уголовно-правовой охраны жизни человека: опыт юридического анализа // Уголовное право. — 2005. — № 1. — С. 75.
12. Романовский Г. Б. Право на жизнь. — Архангельск, 2002. — С. 12.

## Отношение женщин к проблемам искусственного прерывания беременности

Останькович Жанна Игоревна, студент  
Санкт-Петербургский государственный университет

Россия входит в число стран, где искусственное прерывание беременности наиболее распространено, несмотря на то что, с 1980-х годов число абортотворений снижается, особенно среди девушек молодого возраста [1].

В последнее время было внесено много предложений, касающихся ужесточения законодательства об абортотворении: письменное согласие мужа для замужних женщин, визуализация плода и его сердцебиения при УЗИ, право врача отказаться от проведения аборта, запрет розничной продажи лекарственных средств для искусственного прерывания беременности; часть из этих предложений уже реализована. Однако главные предложения: запрет абортов или выведение абортов из системы ОМС еще не приняты, поскольку не получили поддержки в правительстве [2].

Для того, чтобы посмотреть, как женское население относится к принятию данных законов, и определить, что их толкает на принятие решения делать аборт, было проанкетировано две группы женщин: студенты (n=302) и женщины 35–45 лет (n=200).

Результаты показали, что большинство женщин обеих групп, не согласны с принятием закона о полном запрете абортов (табл. 1). Россия уже имеет неудачный опыт запрета абортов 1936–1955 годов, когда из-за ужесточения закона аборт перешел в нелегальную сферу [3]. Следует отметить, что на сегодняшний день наибольшее число криминальных абортов наблюдается в развивающихся странах, которые, как правило, имеют более огра-

ниченное законодательство об искусственных абортах [4]. Также большинство опрошенных обеих групп были против исключения абортов из системы ОМС (табл. 2). Данный закон имеет более противоречивый характер, чем полный запрет абортов, однако он также может привести к росту числа криминальных абортов, увеличению расходов на последующее лечение женщин. Таким образом, вывод абортов из системы ОМС, не говоря уже о запрете абортов, лишь усложнит жизнь многим женщинам и их семьям. В результате таких мер может и увеличиться доля использования контрацептивных средств, благодаря которым снизится число незапланированных беременностей, однако эти меры негативно скажутся на уязвимых слоях населения. Поэтому при принятии таких кардинальных мер увеличится число нелегальных абортов, а в случае рождения нежеланного ребенка увеличится число брошенных детей.

Что касается других законов, как письменное согласие мужа для замужних женщин, мнения среди женщин 35–45 лет разделились практически поровну — согласны с принятием данного закона 51,0%, 49,0% считают, что женщина сама вправе решать, делать аборт или нет. Данный закон наиболее проблематичен для женщин, чье мнение не совпадает с мнением мужа. Предполагаемое изменение закона позволить мужу принудить женщину к родам, а в другом случае — даст ему право заставить жену сделать аборт.

Таблица 1. Распределение респондентов по отношению к принятию закона о запрете аборт

Группа женщин / Закон о запрете абортов	Студенты		Женщины 35–45 лет	
	Абс. Ч.	%	Абс. Ч.	%
Не согласны с запретом	200	66,2	129	64,5
Разрешить только по мед. и соц. показаниям	69	22,8	42	21,0
Разрешить только по мед. показаниям	31	10,3	21	10,5
За полный запрет абортов	2	0,7	8	4,0
Всего	302	100,0	200	100,0

Таблица 2. Распределение респондентов по отношению к вопросу о выведении абортов из системы ОМС

Группа женщин / Выведение абортов из системы ОМС	Студенты		Женщины 35–45 лет	
	Абс. Ч.	%	Абс. Ч.	%
Согласна	52	17,2	33	16,5
Не согласна	201	66,5	134	67,0
Затрудняюсь ответить	47	15,6	25	12,5
За полный запрет абортов	2	0,7	8	4,0
Всего	302	100,0	200	100,0

На сегодняшний день имеется ряд профилактических мероприятий абортов, таких как неделя тишины — время для обдумывания и принятия окончательного решения женщиной по поводу прерывания беременности, консультация психолога, недавно введенное правило о предабортном УЗИ для визуализации плода и его сердцебиения [6]. Данные меры, по мнению женщин, могут положительно повлиять на их решение об аборте. Как показывают ряд исследований — около 80% женщин отказываются от аборта, увидев ребенка на мониторе УЗИ. Около 20,0% женщин считают, что на решение об аборте может повлиять консультация психолога, который должен помочь ей найти пути решения проблем в сложившейся ее трудной ситуации. Однако, психологическая поддержка оказывается редко и не в полной мере. Лишь 32,0% опрошенных считают, что женщина, решившаяся на аборт, сделает его при любых профилактических мероприятиях.

В ходе работы над анкетами были выявлены признаки, которые тем или иным образом влияют на отношение женщины к аборту. Такими признаками являются — возраст женщины, желание в будущем иметь детей, религиозные взгляды, а также наличие у женщины абортов в прошлом. Следует отметить, что образование, семейные положение, жилищные условия, материальное положение не были взаимосвязаны с решением женщины о прерывании беременности. Однако основными причинами, по мнению женщин, которые толкают ее на аборт, являются — материальные трудности 40,0% и нежелание иметь детей 21,0%. Можно предположить, что трудное финансовое положение, не является главным фактором из — за которого женщина идет на аборт, за исключением ряда случаев, а является причиной, которая оправдывает ее данный поступок.

Таким образом, аборт является важной этической проблемой. Сторонники искусственного прерывания бере-

менности считают аборт обычной операцией. По их мнению, женщина сама вправе решать, делать аборт или нет; в ином случае она лишается права выбора в вопросе материнства [7]. Иную точку зрения имеют противники аборта. Они считают, что эмбрион имеет право на жизнь, поскольку является человеком с момента зачатия, и приравнивают аборт к убийству [8]. Такой консерваторской позиции придерживаются многие религии мира. Русская Православная церковь выступает за запрет не только искусственного прерывания беременности, но и за запрет любого метода контрацепции, а также за запрет полового воспитания подростков. Одним из важных аргументов сторонников запрета аборта является проблема, связанная с осложнениями у женщин после искусственного прерывания беременности. Большое внимание в последнее время уделяется психологическим проблемам, возникающим у женщин после аборта- состояние, характеризующееся депрессией, чувством вины, и может длиться несколько лет [9]. По некоторым данным, постабортный синдром развивается намного чаще у женщин, которые прибегли к аборту, чем у женщин, которые выносили незапланированную беременность. Эту проблему связывают с неадекватным информированием женщин врачом [10]. Женщинам предоставляется не вся информация о процедуре аборта, о возможных рисках, ее последствиях, а консультацию по поводу использования методов контрацепции после аборта получает лишь половина женщин.

В России женщина по-прежнему имеет право на аборт по собственному желанию до 12 недели беременности. Этот срок связан с тем, что к концу 11 недели у плода сформированы все основные системы органов [11].

Аборт по социальным показаниям с точки зрения морали более-менее оправдан. В этом случае женщина при рождении ребенка обрекает свою и жизнь ребенка

на страдания. Приняв решения об аборте, два человека избегают этих страданий.

В большинстве стран мира прерывание беременности разрешено по медицинским показаниям, к которым относится как патология плода, так и возможный вред для здоровья женщины при продолжении беременности. Данное показание оправдывается большинством людей, поскольку направлено на спасение жизни матери. Однако, что касается патологии плода, то здесь имеются противоречия. С одной стороны, каждая женщина желает иметь здорового ребенка. Ребенок с какой-либо патологией требует определенных ресурсов и денежных затрат, также это сказывается на психологическом и физическом состоянии матери и всех его родных. Поэтому в данной ситуации аборт для женщины является выходом, поскольку не каждая жен-

щина имеет средства и силы воспитывать больного ребенка [12]. С другой стороны, как и любой аборт, аборт по медицинским показаниям при патологии плода расценивается как убийство.

Таким образом, снижение числа абортов без применения кардинальных мер, возможно, путем добросовестного информирования женщин об аборте и его последствиях. Другими не менее важными профилактическими мерами являются правильный подход к планированию семьи и половое воспитание подростков в учебных заведениях, для предотвращения таких явлений как раннее материнство. Следует информировать молодежь о вреде ранней беременности, о профилактике нежелательной беременности, о методах контрацепции. Несмотря на необходимость данной просветительской работы, это редко где происходит.

#### Литература:

1. Здравоохранение в России 2015 // URL: [http://www.gks.ru/bgd/regl/b15\\_34/Main.htm](http://www.gks.ru/bgd/regl/b15_34/Main.htm) (дата обращения: 1.04.2017).
2. Андрияш Н. Профилактика беременности среди подростков, газета «Знамя Победы», выпуск № 1. 2015.
3. Баранов А. Н., Санников А. Л., Сизюхина Н. Н. Аборт: междисциплинарный взгляд / Журнал: Экология человека 2006.
4. ВОЗ, Безопасный аборт: рекомендации для систем здравоохранения по вопросам политики и практики. 2013.
5. Андрияш Н. Профилактика беременности среди подростков, газета «Знамя Победы». Выпуск № 1. 2015.
6. Саввина О. В. Причины легализации абортов в XX веке и современные дебаты о моральной допустимости абортов. Журнал — научная статья № 3. 2014.
7. Белкина Е. А. Этико-философский анализ специфики дилемм биоэтики на примере проблемы прерывания беременности. Журнал — Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Философия. Социология. Право. Выпуск № 20. 2011.
8. Додонов А. Н., Трубин В. Б. Влияние медицинского аборта на психическое здоровье и качество жизни женщины. Казанский медицинский журнал, выпуск № 3. том 90. 2009.
9. Гасратова А. И., Леут Е. В. Актуальность проблемы аборта. Медицинская и социальная значимость. Международный студенческий научный вестник. 2016.
10. Саввина О. В. Причины легализации абортов в XX веке и современные дебаты о моральной допустимости абортов. Журнал — научная статья. № 3. 2014.
11. Севитова Н. Е. Право на жизнь: аборт как этическая проблема современного общества. Научный журнал NovaInfo. № 48—2. 28.06.2016.

## Правовые проблемы лекарственного обеспечения ВИЧ-инфицированных в условиях эпидемии в Российской Федерации

Пресняков Роман Андреевич, магистрант  
Санкт-Петербургский государственный университет

*Статья посвящена вопросу лекарственного обеспечения ВИЧ-инфицированных в условиях эпидемии ВИЧ на территории Российской Федерации. Проблема значимая, так как эпидемия приобретает неконтролируемое состояние, а вопрос лекарственного обеспечения пациентов рассмотрен не полностью и имеется широкий спектр проблем.*

*Ключевые слова: ВИЧ, инфекция, лекарственное обеспечение, оборот лекарств*

## Legal problems of drug provision for HIV-infected people of the epidemic in the Russian Federation

Presnyakov Roman Andreevich, student of magistrate  
Saint-Petersburg state University

*The article is devoted to the issue of drug provision for HIV-infected people in the context of the HIV epidemic on the territory of the Russian Federation. The problem is significant, as the epidemic acquires an uncontrolled state, and the issue of drug support for patients is not fully considered and there is a wide range of problems.*

*Key words: HIV, infection, drug supply, drug turnover*

За последний год прирост заболевших ВИЧ в России — более одиннадцати процентов от общего числа живущих с ВИЧ. По скорости распространения заболевания в 2015 году Россия обгоняет такие африканские страны, как Зимбабве, Мозамбик, Танзания, Кения, Уганда, при этом в каждой из них почти вдвое больше больных, чем в нашей стране (1,4–1,5 млн человек) [1].

Основную причину продолжающегося ухудшения ситуации в России эксперты ЮНЭЙДС видят в том, что наша страна потеряла международную поддержку программ против ВИЧ и не смогла заместить ее адекватной профилактикой за счет бюджета [2].

В 2004–2013 годах крупнейшим донором профилактики ВИЧ-инфекции в регионе являлся Глобальный фонд, но в результате классификации России Всемирным банком как страны с высоким уровнем дохода международная поддержка прекратилась, а государственное финансирование не смогло обеспечить необходимыми препаратами больных. Сейчас в России действует Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 8 ноября 2012 г. № 689н, в соответствии с которым лекарства назначают только в случае критического снижения иммунитета ВИЧ-инфицированного [3]. Это не соответствует рекомендации ВОЗ, заключающейся в том, чтобы лечить всех больных сразу после выявления вируса. Отсутствие возможности обеспечения терапией всех ВИЧ-инфицированных (или хотя бы подавляющей их части) только способствует распространению данной патологии [4].

Основным нормативным правовым актом, регулирующим обеспечение лекарственными препаратами ВИЧ-инфицированных, является Федеральный закон от 30 марта 1995 года № 38-ФЗ (ред. от 23.05.2016) «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» (далее — Федеральный закон № 38-ФЗ). Так, в абзаце 3 пункте 1 статьи 4 указанного закона определяется, что государство гарантирует осуществлять производство лекарственных препаратов, медицинских изделий для профилактики, диагностики и лечения ВИЧ-инфекции, а также контролировать качество, эффективность и безопасность лекарственных препаратов [5]. Для реализации данной гарантии необходимо предпринять ряд действий:

— увеличить количество кабинетов добровольного обследования и консультирования по вопросам профи-

лактики ВИЧ-инфекции на федеральном и региональном уровне.

— организовать отечественные производства и проведение клинических испытаний перспективных средств лечения ВИЧ-инфекции [6].

Другие положения, регламентирующие основные начала лекарственного обеспечения ВИЧ-инфицированных, содержатся в абзаце 11 пункте 1 статьи 4 Федерального закона № 38-ФЗ, в котором указывается, что бесплатное обеспечение лекарственными препаратами для лечения ВИЧ-инфекции осуществляется в медицинских организациях в порядке, установленном уполномоченным Правительством Российской Федерации федеральным органом исполнительной власти. Во исполнение данного положения действует Постановление Правительства Российской Федерации от 27 декабря 2004 года № 856 «Об утверждении Правил обеспечения бесплатными медикаментами для лечения ВИЧ-инфекции в амбулаторных условиях в федеральных специализированных медицинских учреждениях», которое утвердило «Правила бесплатного обеспечения медикаментами для лечения ВИЧ-инфекции в амбулаторных условиях в федеральных специализированных медицинских учреждениях» (далее — Правила) [7].

Пункт 3 Правил указывает, что осуществление обеспечения пациентов бесплатными медикаментами возможно с момента установления диагноза или наличия показаний к проведению лечения ВИЧ-инфекции. Выдача бесплатных медикаментов осуществляется в структурном подразделении федерального специализированного медицинского учреждения. С учетом абзаца 5 пункта 12 Приказа Минздрава № 689н, в соответствии с которым антивирусную терапию назначают на основании решения врачебной комиссии Центра СПИД: можно сделать вывод, что такая практика противоречит рекомендациям ВОЗ по обеспечению антивирусной терапией всех пациентов, так как в данном случае широкий круг лиц остается без терапии.

Кроме того, во исполнение положений абзаца 11 пункта 1 статьи 4 Федерального закона № 38-ФЗ действует Приказ Минздравсоцразвития Российской Федерации от 5 декабря 2005 года № 757 «О неотложных мерах по организации обеспечения лекарственными препаратами больных ВИЧ-инфекцией», который определяет порядок назначения антивирусных препаратов для ВИЧ-инфицированных (по назначению врача Центра СПИД или лечебно-профилактического учреждения (далее — ЛПУ) с момента уста-

новления диагноза или наличия показаний к проведению лечения ВИЧ-инфекции), возможный способ получения препаратов ВИЧ-инфицированными (центрами СПИД, ЛПУ или аптечными учреждениями на основании рецептов врачей) и организацию деятельности центра СПИД. В данном Приказе также определяется, что ответственным за получение, хранение и обеспечение лекарственными средствами является руководитель Центра СПИД, ЛПУ, аптечного учреждения [8].

Опираясь на вышеизложенное, можно утверждать, что вопросы лекарственного обеспечения ВИЧ-инфицированных имеют достаточную правовую наполненность. Сложившаяся процедура назначения не соответствует современным реалиям и международной практике, когда после постановки диагноза сразу же назначают препараты, что, в первую очередь, продлевает жизнь пациента, а также снижает риск инфицирования для окружающих [9].

При лекарственном обеспечении больных всегда возникают вопросы, связанные с поставкой лекарственных препаратов, так как от этого зависят жизни пациентов. Поэтому необходимо рассмотреть порядок осуществления закупки препаратов для ВИЧ-инфицированных.

Актом, регулирующим данный вопрос, является Постановление Правительства РФ от 27 января 2012 года № 1438 (ред. от 19.10.2016) «О финансовом обеспечении закупок диагностических средств и антивирусных препаратов для профилактики, выявления, мониторинга лечения и лечения лиц, инфицированных вирусами иммунодефицита человека и гепатитов В и С, а также о реализации мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции и гепатитов В и С» (далее - Постановление Правительства РФ № 1438). В нем определяется, что финансовое обеспечение закупок антивирусных препаратов для профилактики и лечения лиц, инфицированных вирусами иммунодефицита человека, осуществляется в пределах бюджетных ассигнований и лимитов бюджетных обязательств, путем предоставления из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации [10].

Процедура закупки лекарственных препаратов осуществляется следующим образом: на первом этапе Феде-

ральное медико-биологическое агентство, Роспотребнадзор, ФСИН и федеральные государственные учреждения, оказывающие медицинскую помощь формируют заявку утвержденной формы не позднее 1 февраля на антивирусные препараты и препараты диагностики и отправляют её в Министерство здравоохранения Российской Федерации. Данная процедура закупки имеет длительный характер (около трех месяцев) и возникает вопрос в распоряжение лекарственных препаратов, который, зачастую, ограничивает лечебное учреждение в осуществлении своих функций.

Исходя из порядка осуществления закупки и последующей передачи препаратов можно выделить ряд проблем.

Во-первых, конечный объем утверждает Минздрав, что влечет нехватку препаратов на местах, так как средств недостаточно для закупки препаратов для всех больных. Как итог: поступательная деградация и распространение ВИЧ.

Во-вторых, месячный промежуток после поставки, когда организация хранит препараты, но не может им распоряжаться. Такая практика негативна, так как зачастую возникают ситуации, когда препараты нужны и они есть, а использовать их нельзя.

Для решения сложившейся ситуации необходимо:

1. Создать отдельный федеральный фонд в размере 15 миллиардов (на такую сумму необходимо закупать препараты для диагностики и лечения ВИЧ для предотвращения эскалации эпидемии в Российской Федерации);

2. Изменить порядок закупки препаратов для лечения ВИЧ: осуществлять основную закупку раз в год и проводить дополнительную закупку каждый квартал с учетом новых выявленных больных для обеспечения их лекарственными препаратами;

3. Изменить порядок распоряжения лекарственными препаратами таким образом, чтобы при отгрузке лекарственных препаратов учреждения-получатели могли бы ими распоряжаться сразу, а не через месяц. Для этого необходимо дополнить Постановление Правительства РФ № 1438 соответствующими положениями, а ответственность (в случае несоответствия препаратов или их недостаточности) возложить на должностных лиц учреждений-получателей.

#### Литература:

1. Газета.ru [Электронный ресурс]: федер. инф. портал. URL: <https://www.gazeta.ru/business/2016/07/14/9689903.shtml> (дата обращения: 30.11.2016).
2. К ликвидации эпидемии СПИДа ускоренными темпами [Электронный ресурс]: Семьдесят первая сессия Пункт 11 повестки дня Осуществление Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом и политических деклараций по ВИЧ и СПИДу // Доклад Генерального секретаря ООН от 1 апреля 2016 г. URL: [http://sgreport.unaids.org/pdf/20160423\\_SGreport\\_HLM\\_ru.pdf](http://sgreport.unaids.org/pdf/20160423_SGreport_HLM_ru.pdf) (дата обращения: 30.11.2016).
3. Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при заболевании, вызываемом вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции) [Электронный ресурс]: приказ Минздрава России от 8 ноября 2012 № 689н (Зарегистрировано в Минюсте России 21.12.2012 N 26267) // Рос. газ. — 2013. — 11 апреля. — СПС «Консультант плюс».
4. Информационный бюллетень» [Электронный ресурс]: Всемирная организация здравоохранения // межд. портал. URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/ru/> (дата обращения: 30.11.2016).

5. Федеральный закон от 30.03.1995 № 38-ФЗ (ред. от 23.05.2016) «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» // СПС «Консультант Плюс».
6. Варжникова А. С., Колоколов Г. Р. Комментарий к Федеральному закону от 30.03.1995 г. № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» (постатейный) // СПС «Консультант Плюс».
7. Постановление Правительства РФ от 27.12.2004 № 856 «Об утверждении Правил обеспечения бесплатными медикаментами для лечения ВИЧ-инфекции в амбулаторных условиях в федеральных специализированных медицинских учреждениях» // СПС «Консультант Плюс».
8. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 05.12.2005 № 757 «О неотложных мерах по организации обеспечения лекарственными препаратами больных ВИЧ-инфекцией» // СПС «Консультант Плюс».
9. Воронкова О. А., Волченкова Е. В. Профилактика ВИЧ-инфекций в молодежной среде // Вестник науки и образования. 2016. № 10. С. 82–83.
10. Постановление Правительства РФ от 27.12.2012 № 1438 (ред. от 19.10.2016) «О финансовом обеспечении закупок диагностических средств и противовирусных препаратов для профилактики, выявления, мониторинга лечения и лечения лиц, инфицированных вирусами иммунодефицита человека и гепатитов В и С, а также о реализации мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции и гепатитов В и С» // СПС «Консультант Плюс».

## Косметическая генитальная хирургия интерсекс-младенцев: медицинское право против прав человека

Савельев Илья Сергеевич, магистрант  
Казанский (Приволжский) федеральный университет

Косметическая хирургия — операции на теле, которые не вызваны медицинской необходимостью в момент их осуществления, а обоснованы культурными, религиозными и социальными причинами. Примерами таковых может служить удаление нетипичных конечностей, обрезание мальчиков и девочек на основе религиозных предрассудков, а также генитальная хирургия интерсекс-младенцев, о которой пойдёт речь в настоящей статье.

Интерсекс — термин, используемый для обозначения людей с нетипичными половыми характеристиками тела, которое в силу этого не может быть описано как мужское или женское. Это значит, что на хромосомном, генетическом, анатомическом, гормональном и других уровнях пола такой человек имеет черты, которые одновременно присущи и мужчине и женщине, или не присущи никому из них. Юридическое измерение интерсекс как новейшего вызова праву проявилось в правочеловеческом дискурсе совсем недавно. Так, в ряде государств в последнее десятилетие начались юридическая институционализация нового пола, создание специального законодательства о менеджменте интерсекс-состояний и другие проявления нового аспекта измерения человеческой личности в имеющемся правовом регулировании. На международном уровне подогреваемые национальными кампаниями правозащитных организаций и отдельными юридическими исследованиями данной темы, международные инстанции начали неуклонно продвигать тематику интерсекс в своих сообщениях, докладах и реко-

мендациях [1]. В целом, вопросы интерсекс-людей затрагивает соматические (репродуктивные и сексуальные) права личности, права детей, пациентов и лиц с ограниченными возможностями, запрещение дискриминации, вопросы гендерного равенства и гендерной идентичности. Все эти факторы обуславливают актуальность заявленной тематики.

К данному феномену существует 2 основных подхода:

1. Принятие как нормы. Интерсекс-активисты и правозащитники полагают, что интерсекс вариации являются проявлением естественного биологического и телесного разнообразия биологических форм жизни, не связаны с заболеваниями, сексуальной ориентацией или гендерной идентичностью. Эту же позицию поддерживает, например, ПАСЕ, которая в своей рекомендации о праве на телесную целостность детей, рассматривая интерсекс как естественное изменение человеческого тела, а не медицинское состояние [2]. Гуманистический подход прав человека воспринимает интерсекс как социальный феномен и новый вариант нормы, опровергающий непоколебимость существующей дуальной гендерной парадигмы. Люди отличного от мужского и женского пола давно существуют во многих культурах, а новый гендерный маркер появился уже в семи государствах мира. Свою поддержку интерсекс-людям в своих докладах и выступлениях отразили Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, Всемирная организация здравоохранения, Комитет по правам ребёнка, Верховный комиссар ООН по правам человека и множе-

ство других институций, выражающих политически значимые мнения. Готовятся первые дела в Европейский Суд по правам человека, а в США зарегистрировано 2 интерсекс-человека с юридическим полом «они».

2. Патологизация, т. е. восприятие интерсекс-вариаций как дисфункции нормального мужского или женского тела. Медицина, известная своей автономностью и самолегитимацией перед лицом государства, воспринимает интерсекс-вариации в виде списка диагнозов, которые необходимо «излечить», подобно абсурдному «лечению» гомосексуальности несколько десятилетий назад, а самым распространённым способом такого «излечения» являются генитальные операции. Статистика в сфере интерсекс очень неполная, но эксперты указывают, что от 1,7% [3, Р. 151–166] до 4% человечества является интерсекс-людьми, а по имеющимся данным мы можем заключить, что только в России ежегодно вопрос об оперировании новорождённого интерсекс младенца возникает около полутора тысяч раз.

Причины таких операций разнообразны.

— Невежество. Существующая бинарная социальная половая парадигма, в которой весь рукотворный мир жёстко разделён на 2 части по гендерному признаку, а существование вне двоичной системы полов рассматривается как невозможное.

— Жалость, т. к. интерсекс-детей воспринимают как страдающих от болезни и искренне хотят им помочь, игнорируя волю и интересы ребёнка.

— Бюрократическая необходимость. Других юридических маркеров в большинстве государств не предусмотрено, а устаревшие нормативные акты требуют скорейшей регистрации пола ребёнка после рождения.

— Личные заблуждения докторов — переоценка риска развития рака при некоторых вариациях, отсутствие научных данных о последствиях таких операций и др.

— Личные интересы и заблуждения родителей — удобство воспитания и общения с родственниками, религиозные воззрения, этнические и культурные установки о «нормальных» людях, гомофобия и трансфобия.

На последнем стоит остановиться подробнее. При рождении интерсекса для родителей терпит крах рефлекторная модель восприятия человека неразрывно от его пола — впервые ребёнок для них предстаёт как представитель человечества, а не мальчик или девочка. Отягощённые неинформированностью в данной сфере и культурными предубеждениями, они часто задаются вопросами — нормальный ли мой ребёнок? Значит ли это, что он вырастет гомосексуалом или трансгендером? Родительский шок подкрепляется чрезвычайным характером такого рождения, необходимостью выбора имени, одежды, игрушек, модели воспитания ребёнка, его презентации друзьям и родственникам (главный вопрос к роженицам — у вас мальчик или девочка?). Родители сталкиваются с тем, что даже врачи называют их ребёнка по-разному. В условиях отсутствия непатологизирующей информации по во-

просу эти факторы приводят их к мысли о том, что тело младенца, который рассматривается как некий неизвестный объект, нужно привести в соответствие с собственными ожиданиями к известному состоянию, реконструировать и перестроить. По отличной аналогии Аппе Тамар-Маттис [4] для родителей операция выступает «волшебной палочкой», за одну процедуру превращающей их ребёнка в «настоящего» мальчика или девочку, игнорируя всю сложность и многоаспектность ситуации. В ситуации полной неопределённости для человека вполне естественно прийти к известному и привычному варианту. Однако, при наличии иных средств, например, образования и просвещения, безнравственно использовать хирургическое вмешательство лишь для того, чтобы успокоить тревогу родителей интерсекса. В целом же главной причиной операций является мысль о том, что иметь отличное от обычного тело — постыдно. Ту же природу имеет дискриминация людей с другими особенностями организма — бесплодных людей, людей с врожденной ВИЧ-инфекцией, людей с ожирением и др.

Изобретатели косметических операций в качестве научной базы для них использовали голословные утверждения о том, что новорождённые не имеют гендера и гендерную идентичность можно навязать человеку воспитанием, гормональными препаратами и трансформацией его или её гениталий. Этот миф был достаточно ярко опровергнут историей Брюса Реймера, которого родители прооперировали и растили как девочку Бренду. Но несмотря на отсутствие мужских гениталий, Бренда осознала себя как мужчину, сменила имя на Дэвид и женился, однако, он покончил с жизнью, не в силах справиться с трагедией своего тела [12]. История знает и другие случаи.

Другой основой операций является мысль о том, что потенциальная психологическая травма от взросления с нетипичными гениталиями требует скорейшего предотвращения и в основу мандата на решение о незамедлительной операции помещают концепцию наилучших интересов ребёнка. Однако, у ребёнка существует как минимум 3 противоположных операции интереса — сохранить и выразить свою естественную идентичность, определять собственную внешность и тело и не подвергаться боли и ненужным хирургическим вмешательствам, однако, данные интересы врачами игнорируются.

Конкретный спектр операций включает в себя множество медицински не необходимых процедур, обоснованных исключительно социальными соображениями. Фактическая кастрация и искусственное формирование женской половой анатомии у интерсекс-детей, несоответствующих стереотипам о размерах гениталий мужчин и их сексуальности; болезненный перенос мочеиспускательного канала с целью обеспечить возможность мочеиспускания стоя; не необходимое удаление половых желёз с назначением пожизненной гормонотерапии; удаление тканей в целях «косметически приемлемого вида» и многие другие вмешательства [5]. Все эти операции имеют психосоматическую травми-



рующую природу, необратимый, произвольный и экспериментальный характер [6, с. 379–390].

На уровне ООН операции на интерсексах впервые были осуждены в 2013 году [7] как процедуры редко необходимые медицински, которые могут вызвать шрамы, боль, недержание, потерю сексуальной чувствительности и пожизненную депрессию, проводимые на базе отсутствия доказательств, без обсуждения альтернативных решений, сохраняющих детородные функции человека. Часто помимо операций требуются гормональная терапия и нарушение половой неприкосновенности ребёнка. Всесторонняя ложь о настоящем поле интерсекс-человека влечёт увеличение подростков-самоубийц и транссексуалов в обществе. По мнению интерсекс-сообщества генитальная хирургия нарушает права человека: независимое от пола достоинство, право на защиту от дискриминации, право на телесную автономию и физическую неприкосновенность, свободу от пыток и право на продолжение рода, и права ребёнка (учёт его мнения во всех вопросах касающихся его, право на защиту от физического насилия и злоупотреблений со стороны родителей и др.).

Со стороны учёных-юристов и активистов предлагаются следующие методы решения проблемы.

1. Сохранение права легитимировать медицинское вмешательство за родителями [8]. При этом необходимы новые дополнительные стандарты информированного согласия. Так, согласно этому предложению, родители должны быть полностью информированы (возможно, с участием независимого эксперта) об известных рисках и выгодах всех возможных вариантов работы с неопределённостью в теле их ребёнка, включая ожидание до достижения возраста принятия осознанного решения, а также наличия групп поддержки семей с интерсекс-детьми [9, Р. 195–236.]. Особо подчёркивается наличие других взглядов на проблему, возможность отсрочки операции и адекватной психологической поддержки, а такое информированное согласие должно быть получено в письменной форме несколько раз в течение периода времени, достаточно продолжительного для восприятия и понимания информации.

2. Однако, существует мнение, что отдельные этически сложные вопросы прав детей — донорство органов, особенно, в случае, когда реципиентом является брат или сестра ребёнка-донора, стерилизация людей с ментальными особенностями с целью предотвращения нежелательной беременности, отказ от переливания крови по религиозным соображениям и другие случаи составляют исключение из общего правила о «наилучших интересах ребёнка», выраженных устами родителей. Это исключение [10, Р. 1–68] основано на том, что существуют ситуации, когда право родителя выражать интересы ребёнка не достигает своей цели в силу различных обстоятельств, например, когда родители не могут отделить собственные или чужие интересы от интересов ребёнка; принятые родителями решения являются явно необоснованными либо в уникальных медицинских ситуациях, когда затрагива-

ются вопросы столь фундаментальных прав, что их невозможно разрешить без специальной подготовки. Также в западной практике используется тест способности дать согласие — возможность родителей оценить риск и явную пользу процедуры [11, Р. 613], а в условиях тотальной неинформированности по вопросу как родителей, так и конкретных докторов, это невозможно. В таких ситуациях предлагается использование принципов биоэтики вместо принципа связи родителя и ребёнка, и это вызывает необходимость помощи «адвоката» интерсекс-человека — третьих незаинтересованных и беспристрастных лиц, в качестве которых может выступать отдельный эксперт, междисциплинарный консилиум или суд.

3. Тем не менее, и эта мера не является совершенной. Сама дифференциация таких лиц и попытки подменить их анализом индивидуальную волю человека — мера бесполезная и паллиативная, т. к. не снимает проблемы субъективной информированности третьих лиц и такой же ограниченности культурными и социальными установками, а также невозможности принятия ими личного выбора жизни человека в бинарной гендерной парадигме с интерсекс-вариацией в нетронутом теле, сохраняя сексуальную чувствительность и репродуктивные функции, которая может быть для кого-то единственным способом выразить свою идентичность, а для кого-то — пожизненной трагедией. Более того, и родители и врачи могут быть попросту недостаточно образованны, чтобы осознать всю важность такого решения и рационально взвесить все аргументы. Эта мысль приводит нас к третьему решению проблемы, предлагаемому интерсекс-активистами: тотальный мораторий на любые медицинские вмешательства, которые могут затронуть идентичность ребёнка, до достижения им возраста согласия (с исключениями для рисков немедленного вреда здоровью). Он основывается на предположении о том, что делегирование родителям права на медицинское вмешательство настолько нарушает права ребёнка на телесную неприкосновенность и репродуктивные, соматические, сексуальные и иные права, связанные с жизненным выбором человека, что любое решение принятое ими в отношении ребёнка будет некорректным. Несмотря на то, что сами интерсексы в подростковом возрасте могут принять вредное для них решение из-за собственной неопытности, например, переоценить внешний вид гениталий в сравнении с сексуальной чувствительностью, мы должны признать их ответственность за собственную судьбу в отсутствии иных вариантов, потому что традиционный способ преодоления проблемы воли ребёнка через концепцию наилучших интересов наталкивается на неискоренимые пороки воли третьих лиц, которые попросту не могут выделить наилучшие интересы ребёнка в условиях экстремальной индивидуализации выбора и затронутых интересов. Интерсекс-активисты считают, что облегчать родительскую тревогу о соответствии социальным нормам нужно не хирургическими декорациями, а обеспечением полной информацией, профессио-

нальной поддержкой и консультациями по поводу воспитания такого рода детей.

Применение медицинских стандартов к интерсекс-детям вызывает к жизни и ряд философских вопросов. Имеет ли в принципе право третье лицо лишать человека его собственного опыта развития и жизни в его естественной идентичности, если это не угрожает его здоровью и существованию<sup>1</sup>, а если и угрожает, то кто должен оценивать эти медицинские риски (например, риск заражения при решении вопроса о прививках)? Может ли медицинская операция быть обоснованной лишь медицинской необходимостью или устранение риска стигмы<sup>2</sup>, связанной с несоответствием социальным ожиданиям, может оправдать отсутствие воли лица на вмешательство? Прогрессивное сообщество прекрасно понимает, что негативные последствия вызываются не особенностью человека *per se*, а интолерантностью и необразованностью окружающих, подобно необоснованным гонениям бездомных, ВИЧ-инфицированных (а в прошлом — левшей, карликов, альбиносов и др.) и других искусственно изолируемых обществом лю-

дей, но должны ли получать предрассудки защиту ценой страданий конкретного человека?

Все эти вопросы являются не новыми для медицинского права, однако, необходимость практического ответа на них взамен схоластических дискуссий особенно актуальна сейчас, когда мир открыт для изменений. Как в тоталитарных государствах, запрещающих выражать свою политическую или религиозную принадлежность, интерсексы лишены права декларировать свою половую идентичность, так как общество с первых часов жизни подталкивает их к соответствию социальной фикции о двух полах. Они лишены права на идентичность, признание достоинства, ценности и неповторимости их личности такой, какой она была создана природой. Имеет место их полная невидимость не только для международного права прав человека, но и для национального права, за редкими исключениями. Мы верим, что в будущем оперирование интерсекс людей получит осуждение международного сообщества так же, как получила его не менее варварская практика ритуального женского обрезания.

#### Литература:

1. Nolan H. United Nations Treaty Bodies: References to sexual orientation, gender identity, gender expression and sex characteristics, 2015; Human rights and intersex people. Issue Paper published by the Council of Europe Commissioner for Human Rights, 2015. [Электронный ресурс] // URL: [wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?p=&Ref=CommDH/IssuePaper\(2015\)1](http://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?p=&Ref=CommDH/IssuePaper(2015)1) (Дата обращения: 02.12.2016).
2. Parliamentary Assembly of the Council of Europe. (2013). Resolution 1952: Children's Right to Physical Integrity. [Электронный ресурс] // URL: <http://www.assembly.coe.int/nw/xml/XRef/X2H-Xref-ViewPDF.asp?FileID=20174&lang=en> (Дата обращения: 02.12.2016).
3. Blackless M. How sexually dimorphic are we? Review and synthesis // American Journal of Human Biology, 2000. — № 12 (2). P. 151–166.
4. Anne Tamar-Mattis, Exceptions to the Rule: Curing the Law's Failure to Protect Intersex Infants // Berkeley Journal of Gender, Law & Justice, 2013. — N 1 (21). — P. 67.
5. «Intersex Genital Mutilations: Human Rights Violations Of Children With Variations Of Sex Anatomy». NGO Report to the 2nd, 3rd and 4th Periodic Report of Switzerland on the Convention on the Rights of the Child (CRC) [Электронный ресурс] // URL: [http://intersex.shadowreport.org/public/2014-CRC-Swiss-NGO-Zwischengeschlecht-Intersex-IGM\\_v2.pdf](http://intersex.shadowreport.org/public/2014-CRC-Swiss-NGO-Zwischengeschlecht-Intersex-IGM_v2.pdf) (Дата обращения: 02.12.2016).
6. Савельев И. С. Интерсексуальность и права человека // Актуальные проблемы современного международного права: материалы XIII Международного конгресса «Блищенковские чтения»: в 2 ч. / отв. Ред. А. Х. Абашидзе. Москва: РУДН, 2015. — С. 379–390.
7. Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Juan E. Méndez. New York, United Nations General Assembly, 2013 (UN Doc A/HRC/22/53) [Электронный ресурс] // URL: [ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A-HRC-22-53\\_ru.pdf](http://ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A-HRC-22-53_ru.pdf) (Дата обращения: 02.12.2016).
8. Ст. 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». — Система ГАРАНТ // URL: [base.garant.ru/12191967/1/#ixzz4RgHsbK72](http://base.garant.ru/12191967/1/#ixzz4RgHsbK72).
9. Hermer L. Paradigms Revised: Intersex Children, Bioethics & the Law // Annals Health, 2002. — № 1 (11). — P. 195–236.
10. Rosato J. Using bioethics discourse to determine when parents should make health care decisions for their children: is deference justified // Temp. L. Rev, 2000. — № 73. — P. 1–68.

1 Например, гуманно ли вставлять слуховые импланты неслышащим детям, без их согласия, лишая возможности получить опыт визуально ориентирующегося человека?

2 К примеру, удаление заячьей губы или «лишних» конечностей имеет только косметические мотивы, а ритуальное обрезание — только религиозные.

11. Thorn E., Drop the Knife! Instituting policies of Nonsurgical Intervention for Intersex Infants // Family Court Review, 2014. — № 52. — P. 613.
12. [http://www.peoples.ru/state/citizen/david\\_reimer/](http://www.peoples.ru/state/citizen/david_reimer/)

## Невменяемость и проблемы ее установления на примере законодательства Чехии и России

Степнова Анастасия Викторовна, студент

Государственный университет морского и речного флота имени адмирала С. О. Макарова (г. Санкт-Петербург)

**П**роблемы определения невменяемости относятся к числу актуальных и нерешенных, во многом дискуссионных проблем медицинского права. Актуальность данной проблемы связана с целым рядом неоднозначных положений российского законодательства о невменяемости.

В связи с чем, весьма важно изучение зарубежного опыта относительно определения у лица состояния невменяемости.

Традиционная трактовка невменяемости основана на ее определении через два критерия: медицинский (психиатрический) и юридический (психологический). Под этими критериями понимаются соответственно наличие болезни или иного болезненного расстройства психики и вызванная неспособность осознавать характер либо значение своих действий или руководить ими. Оба критерия невменяемости взаимосвязаны и обязательны. Отсутствие любого из них исключает наличие указанного состояния психики человека, так как невменяемость лица включает в себя одновременную совокупность медицинского и юридического критериев.

Как и в Российской Федерации, так и в Чешской Республике, лицо, совершившее преступление в состоянии невменяемости, не подлежит уголовной ответственности (статья 21 Уголовного кодекса РФ, § 26 Уголовного кодекса Чехии). Уголовным кодексом Чехии довольно абстрактно сформулированы основания неприменения уголовной ответственности в случае невменяемости: «Кто в связи с психическим расстройством в момент совершения преступления не мог осознавать незаконности своих действий или их контролировать, за это преступное деяние не несет уголовной ответственности» [1, с. 9].

Психическое заболевание может повлечь утрату человеком волевых и мыслительных способностей или снижение функций головного мозга. Поэтому невменяемый независимо от характера, тяжести содеянного и наступивших последствий не может быть признан виновным.

Существенные отличия в конструировании невменяемости в Чехии и РФ носят достаточно частный характер и сводятся в основном к области юридической техники.

Прежде всего, они касаются различных терминов при описании медицинского критерия невменяемости. В Чехии законодатель использует родовое понятие «пси-

хическое расстройство». Когда в России приводятся конкретные виды психических расстройств. Так статья 21 УК РФ говорит о невменяемости лица вследствие хронического психического расстройства, временного психического расстройства, слабоумия или иного болезненного состояния психики [2].

Между тем применение российским законодателем данных терминов противоречит обязательному применению Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ — 10) при формулировке названия психического расстройства, предусмотренному Законом РФ от 02.07.1992 № 3185—1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» и Федеральному закону от 31.05.2001 № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации».

Психическое расстройство — это нарушение мышления, настроения или поведения, которые влекут за собой отторжение головным мозгом реального мира. В большинстве случаев такие нарушения связаны с угнетенным состоянием человека и препятствуют выполнению им своих функций.

Раздел F00-F99 МКБ — 10 «Психические расстройства и расстройства поведения» не содержит терминов, используемых в статье 21 УК РФ [3]. Такое положение приводит к неправильному подходу к определению состояния невменяемости субъекта.

На примере уголовного законодательства Чехии целесообразно использовать единый термин «психическое расстройство», понимая под ним заболевание, включенное в Международную классификацию заболеваний.

Анализ норм России и Чехии, определяющих понятие невменяемости, позволяет выявить определенные различия в подходах к определению юридического критерия. Законодательством Чешской Республики в качестве интеллектуального признака невменяемости указывается неспособность «осознавать незаконность деяния», тогда как в Российской Федерации говорится о неспособности осознавать «фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействий)».

Указанный подход российского законодателя привел к тому, что из двух критериев невменяемости — меди-

цинского и юридического — решающая роль отводится первому. При этом считается, что юридическое понятие «невменяемости» и само по себе обстоятельство «невменяемости», устанавливаемое судебно-психиатрической экспертизой, имеет одно и то же содержание. На практике при решении вопроса о невменяемости и эксперту и суду или следователю предлагается решить один и тот же вопрос. В результате на основании заключения эксперта (медицинского критерия) суды, следователи предпочитают вменение или невменение в вину деяния, минуя при этом рассмотрение психологического критерия. Кроме того, юридический критерий устанавливается судом, признание лица невменяемым только на основании заключения судебно-психиатрической экспертизы является преждевременным.

Следует отметить, что чешский законодатель предусматривает особое значение и важность юридического критерия при решении вопроса о признании лица невменяемым. При наличии заключения эксперта суды, как правило, опрашивают его относительно наличия признаков невменяемости во время совершения лицом тех или иных деяний. Например, при психическом расстройстве — наркомании — у лица возникает наркотическое голодание, но оно не приводит к потере волевого поведения лица, его осознанности. Если в Чехии психиатры при проведении экспертизы пришли к иному выводу, то помимо допроса эксперта, акт судебно-психиатрической экспертизы подлежит всесторонней оценке судом [4, с. 81–82]. В Чешской Республике господствует правильная точка зрения, сложившаяся в теории и судебной практике, относительно того, что эксперт не вправе давать заключение о вменяемости или невменяемости лица. Эксперт-психиатр обязан предоставить только заключение о психическом состоянии лица с точки зрения наличия или отсутствия у него болезненного расстройства.

Полагается, что данная позиция обоснована, поскольку медицинской симптоматики недостаточно, чтобы прийти к выводу о состоянии невменяемости лица. Эксперты фактически изучают психическое состояние субъекта на период проведения экспертизы. Однако состояние психической деятельности не всегда соответствует ее состоянию в момент совершения преступления. Для признания лица невменяемым необходимо установить, могло ли лицо осознавать именно те общественно опасные деяния, которые он совершил, будучи психически больным, так как при течении психических заболеваний допускается возможность ремиссии (улучшения состояния).

В качестве основного аргумента следует указать, что понятие невменяемости — юридическое понятие, а значит, правом использования такого понятия в рамках уголовного дела обладает ограниченный круг лиц (следователь, суд, прокурор). Эксперты-психиатры дают заключение относительно обстоятельств, касающихся психического состояния лица, с точки зрения наличия или отсутствия у него способности к осознано-волевому регулированию поведения.

Очевидно, что установление таких фактов, как совершение уголовно наказуемого деяния конкретным лицом не входит в компетенцию эксперта. Следовательно, и вывод о вменяемости или невменяемости находится за пределами его специальных знаний. Именно поэтому вопрос о невменяемости всегда должен решаться в отношении совершения лицом конкретного деяния, что говорит о необходимости установления связи между психическим состоянием субъекта и наличием такого заболевания во время совершения преступления.

В Российской Федерации продолжают существовать ошибочные взгляды на установление невменяемости, что говорит о неразрешенности данной проблемы. Кроме того, обращаясь к УПК РФ, можно сделать вывод о том, что законодательство способствует такому положению вещей. В соответствии со статьей 196 УПК РФ, если психическое состояние подозреваемого или обвиняемого дает повод сомневаться в его вменяемости, должна быть назначена судебно-психиатрическая экспертиза [4]. После получения заключения с выводом о том, что лицо имеет психические расстройства, следователь принимает решение об окончании предварительного следствия и в последующем выносит постановление о направлении дела в суд для применения принудительной меры медицинского характера.

Выходит, что эксперт делает вывод о невменяемости лица, а суд на основании данного заключения назначает принудительное лечение. Таким образом, фактически эксперт, выходя за рамки пределов компетенции, признает факт совершения общественно опасного деяния в состоянии невменяемости, что является неправомерным.

Исходя из проведенного сравнения положений законодательства обоих государств о признании лица невменяемым, представляется, что при разрешении данного вопроса могла бы быть использована следующая схема исследования психического состояния лица в момент совершения преступления:

- 1) назначение уполномоченным органом судебно-психиатрической экспертизы на основании полученных сведений о возможном наличии психических заболеваний;
- 2) сбор анамнеза, информации о психическом здоровье и адекватности поведения человека, анализ медицинской документации, осмотр подэкспертного, его наблюдение в медицинском учреждении;
- 3) рассмотрение возможности привлечения к проведению экспертизы специалистов в области психологии, сексопатологии;
- 4) получение заключения эксперта о наличии или отсутствии психического расстройства лица;
- 5) сопоставление результатов экспертизы о наличии у субъекта психического заболевания и иных доказательств, имеющихся в материалах дела;
- 6) установление судом факта нахождения лица в состоянии невменяемости именно в момент совершения общественно опасного деяния.

Сравнительный анализ уголовного законодательства показал, что вопрос определения невменяемости в Чехии урегулирован более детально. В теории уголовного права Чехии порядок установления критериев невменяемости не является объектом дискуссий. В связи с этим регламентация вопроса о признании лица невменяемым Уголовным кодексом Чехии представляется более предпочтительным.

Следует отметить необходимость изменения российской концепции института невменяемости, а также экспертной и судебной практики по его применению на примере законодательства Чехии. Такие изменения в некоторой степени позволят повысить эффективность защиты прав и законных интересов граждан при рассмотрении уголовных дел.

Литература:

1. ZÁKON ze dne 8. ledna 2009 trestní zákoník. 40/2009 Sb. [Электронный ресурс] // URL: <https://portal.gov.cz/app/zakony/zakon.jsp?page=0&nr=40~2F2009&gpp=15#seznam>. (дата обращения: 29.03.2017).
2. Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 № 63-ФЗ // Собрание законодательства РФ, 17.06.1996, № 25, ст. 2954.
3. Международная классификация болезней десятого пересмотра МКБ-10 (принята 43-ей Всемирной Ассамблеей Здравоохранения) // НИИ им. Н. А. Семашко. М., 1999.
4. Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации от 18.12.2001 № 174-ФЗ // Российская газета, № 249, 22.12.2001.
5. Майорова Л. В. Уголовно-процессуальное законодательство Чешской республики: Учебно-методическое пособие // Красноярск: Краснояр. гос. ун-т. — 1999. — С. 81–82.

## Правовые проблемы использования ноотропов

Чугунков Пётр Иванович, магистрант  
Санкт-Петербургский государственный университет

## Legal Issues of Nootropics Usage

Chugunkov Petr Ivanovich  
The 1<sup>st</sup> year student of magistrate of the Law department at St.Petersburg State University

*Статья посвящена проблемному вопросу правового регулирования особых лекарственных препаратов — ноотропов. Ноотропы относятся к психостимуляторам, которые положительно влияют на функции головного мозга, но имеют противопоказания. Неосмотрительный и неконтролируемый прием ноотропов может привести к причинению существенного вреда здоровью человека. В России и в мире не сложилось единой позиции к правовому регулированию ноотропов.*

**Ключевые слова:** *ноотропы, умные лекарства, вред здоровью, психостимуляторы, оборот лекарств.*

**Annotation:** *The article is devoted to the legal regulation of nootropics — special medicinal products. Nootropics relate to psychostimulants, which positively influence brain functions, but have contraindications. Imprudent and uncontrolled taking nootropics may lead to causing significant harm to the health of people. Unified position towards the legal regulation of nootropics does not exist in Russia and worldwide.*

**Keywords:** *Nootropics, smart drugs, health hazard, psychostimulants, turnover of drugs.*

Цель по поддержанию и улучшению состояния здоровья человека является приоритетной со стороны личности, общества и государства. Согласно ст. 41 Конституции РФ каждый имеет право на охрану и защиту здоровья со стороны государства. Для лечения различных болезней и поддержания здоровья используются лекарственные средства

(до 90% назначений врачей приходится на лекарственную терапию) [1, с. 31–35].

Использование лекарственных средств в силу их полезности, опасности для жизни и здоровья граждан обуславливает потребность в государственном регулировании потребления лекарств (вопросы назначения

лекарств, выписки рецептов, свободной продажи лекарств и т.д.) [2, с.11–20].

Государство влияет на процесс обращения лекарственных веществ регулируемого и свободного рынка. Государственное регулирование — это одна из функций государственного управления. «Государственное регулирование отношений в сфере обращения лекарственных средств осуществляется федеральным органом исполнительной власти в области здравоохранения, в компетенцию которого входят функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере обращения лекарственных средств, федеральным органом исполнительной власти, в компетенцию которого входит осуществление государственного контроля и надзора в сфере обращения лекарственных средств (Росздравнадзор), органами исполнительной власти субъекта РФ» [3, с.123].

Государство осуществляет государственный контроль качества, эффективности, безопасности лекарственных веществ и регулирует обращение лекарственных средств (произведенных и ввозимых на территорию Российской Федерации). Наряду с системой государственного контроля качества, эффективности и безопасности лекарственных средств существует система сертификации продукции услуг (обязательная и добровольная) и декларирование соответствия.

Основным нормативно-правовым актом в России, регулирующим разработку, доклинические исследования, клинические исследования, экспертизу, государственную регистрацию, производство, изготовление, хранение, перевозку, ввоз в Российскую Федерацию, вывоз из Российской Федерации, рекламу, отпуск, реализацию, передачу, применение, уничтожение лекарственных средств, является Федеральный закон от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» [4]. Каждое лекарственное средство, отпускаемое в России, должно быть надлежащим образом зарегистрировано.

Регулирование психотропных и наркотических веществ установлено в Федеральном законе от 08.01.1998 № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах» [5]. При этом, перечень наркотических и психотропных веществ закреплен в списках, утверждаемых Правительством Российской Федерации.

Современная нейрофармакология предлагает человеку большое количество лекарственных средств, среди которых значительное место занимают ноотропные препараты. Ноотропы (нейрометаболические стимуляторы) — это лекарственные средства, которые оказывают специфическое воздействия на высшие функции мозга. Ноотропы могут стимулировать умственную деятельность, активизировать когнитивные функции мозга, улучшать память, увеличивать способность к обучению и увеличивать устойчивость мозга к разнообразным вредным воздействиям. Например, чрезмерные нагрузки или гипоксия. Ноотропы не имеют самостоятельного класса в классификации лекарственных средств и объединены с психостимуляторами [6].

Как показывают современные исследования, ноотропы уменьшают когнитивные расстройства у пожилых, а также у больных деменцией. Отмечена эффективность ноотропных препаратов при нарушениях памяти и мышления, снижении общей активности и интереса к окружающему миру, способности к концентрации внимания, повышенной утомляемости, эмоциональных расстройствах, нарушениях сна. Они назначаются при ряде заболеваний с целью стимуляции мозговой деятельности (болезнь Альцгеймера, расстройства функций головного мозга у детей с минимальной мозговой дисфункцией, посттравматические и хронические поражения функции головного мозга), а также совершенно здоровым людям при высоких умственных нагрузках. Нередко врачи назначают ноотропы детям, отстающим в развитии [7, с.20–27].

Отношение к правовому регулированию ноотропов зависит от конкретной страны. В Великобритании идут споры о ноотропах, которые все это время находятся в серой зоне применения. В начале 2016 года на рассмотрении находилось несколько законопроектов, регулирующих производство и оборот ноотропов. Реализация модафинила, который является сильным ноотропом, в Великобритании без рецепта является незаконной, но не запрещено приобрести его в другой стране и использовать. Министерство здравоохранения Великобритании указывает на то, что использование ноотропных медицинских препаратов без рецептов небезопасно для жизни. В США использование любых ноотропов без рецепта врача является незаконной. В России ноотропы не относят к рецептурным препаратам, поэтому их можно свободно приобрести и использовать.

Однако, исследователи Гарвардского и Оксфордского университета назвали модафинил «первым безопасным ноотропом», который не наносит вреда организму в краткосрочной перспективе. Побочными эффектами препарата могут быть головные боли, бессонница, кожные высыпания, если принимать его продолжительное время. Другое исследование в Имперском колледже Лондона, показало, что модафинил помог хирургам лучше проводить операции. В среднем при приеме данного препарата повышается внимание и концентрация примерно на 15–20%, общее улучшение самочувствия, отсутствие усталости [8, 143–148].

При продолжительном приеме модафинила отмечаются сильные головные боли, мигрени, потеря концентрации, продолжительная бессонница, депрессия, кожные высыпания. У людей, которые принимают данный препарат возникает зависимость от него. Они не могут работать или учиться без него [9].

Когда с помощью ноотропов человек снимает чувство усталости, увеличивает концентрацию внимания и другие когнитивные способности, у него появляется ложная уверенность в свои силы, что может привести к нервному и психическому истощению, т. к. продолжая получать дозы мозгового допинга, организм работает на износ. Длительный прием препаратов амфетаминовой группы может вызывать мании и психозы.

Во многих странах студенты активно используют ноотропы для улучшения своих академических результатов. В связи с этим возникает множество вопросов относительно правового регулирования и повсеместного применения ноотропов в сфере здравоохранения, образования и спорта.

Российские спортсмены были отстранены от участия в Олимпиаде по причине использования мельдония. Мельдоний — это метаболическое средство, которое, как и ноотропы, повышает работоспособность, уменьшает симптомы психического и физического перенапряжения, способствует повышению выносливости. С 1 января 2016 года находится в действующем списке запрещённых в спорте веществ Всемирного антидопингового агентства.

Ноотропы применяют в боевой фармакологии, они необходимы ученым, сменным рабочим, предпринимателям, авиадиспетчерам, сотрудникам медицинских учреждений, занимающимся напряженной умственной деятельностью в процессе выполнения работы.

Предполагается, что ноотропы и биотехнологии помогут вывести людей на новый уровень реализации своих способностей и возможностей. В системе образования психоактивные вещества могут стать реальным образовательным инструментом. Однако, в некоторых зарубежных университетах «несанкционированное использование рецепта лекарства для повышения успеваемости» следует рассматривать как обман.

С правовой точки зрения использование ноотропов является спорной проблемой. Например, в России в ст. 41

Конституции РФ государство обязуется предоставлять необходимую медицинскую помощь гражданам России. Предоставление ноотропов для более продуктивной работы и улучшения самочувствия относительно здоровых граждан входит в конституционную обязанность по охране здоровья. Данная позиция является спорной, так как ноотропы в данном случае не будут жизненно необходимыми лекарствами, но они будут улучшать состояние здоровья человека.

В аптечных сетях продажи ноотропов быстро растут, их годовой оборот составил 12,9 млрд долларов США в 2015 году [10]. Эти препараты получают на законных основаниях те пациенты, у которых есть рецепт, а также те, которые намеренно фальсифицировали симптомы, чтобы приобрести нужные лекарства. Кроме того, множество людей принимают ноотропы не по назначению или совету врача.

Таким образом, граница между терапией и «косметической» психофармакологией может исчезнуть, поэтому вопросов медицинско-правового характера. Необходимо усилить медицинский, правовой и общественный контроль за распространением и приемом ноотропов. Государство должно разработать и ввести механизмы профилактики и контроля, позволяющие предотвратить злоупотребление нейрофармакологическими препаратами среди населения. Злоупотребление препаратами, которые находятся в свободной продаже может нанести существенный вред здоровью человека.

#### Литература:

1. Мосин В. М. Правовое регулирование оборота лекарственных средств // Медицинское право. 2015. № 1.
2. Миленина Н. В. Знакомимся с системой мониторинга движения лекарственных препаратов // Аптека: бухгалтерский учет и налогообложение. 2016. № 5.
3. Солонина А. В. Правовые аспекты регулирования фармацевтической деятельности. М., 2009.
4. Федеральный закон от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» // «Российская газета». № 78. 14.04.2010.
5. Федеральный закон от 08.01.1998 № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах» // «Российская газета». № 7. 15.01.1998.
6. Smart drugs: implications for general practice // URL: <http://bjgp.org/content/67/656/100.short?rss=1> (Дата обращения: 09.04.2017).
7. Евтушенко И. С. Ноотропы и нейропротекторы в современной клинической нейрофармакологии // Международный неврологический журнал. 2013. № 3.
8. Морозова О. Г. Ноотропы в комплексной терапии хронической церебральной ишемии: механизмы воздействия и терапевтические возможности прамирацетама. // Международный неврологический журнал. 2013. № 5.
9. Фармобзор новых препаратов и дженериков // URL: <http://xn—80acskcjj2a.xn—p1ai/modafinil/polozhitelnye-otzyvy-ot-modafinile/otchet-o-primenenii-modafinila/> (дата обращения: 09.04.2017).
10. Сколько стоит дополнительный год жизни? // [http://www.bbc.com/russian/science/2015/12/151225\\_vert\\_fut\\_cost\\_of\\_extra\\_year](http://www.bbc.com/russian/science/2015/12/151225_vert_fut_cost_of_extra_year) (дата обращения: 09.04.2017).

# МОЛОДОЙ УЧЁНЫЙ

Международный научный журнал

Выходит еженедельно

№ 17.1 (151.1) / 2017

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

**Главный редактор:**

Ахметов И. Г.

**Члены редакционной коллегии:**

Ахметова М. Н.  
Иванова Ю. В.  
Каленский А. В.  
Куташов В. А.  
Лактионов К. С.  
Сараева Н. М.  
Абдрасилов Т. К.  
Авдеюк О. А.  
Айдаров О. Т.  
Алиева Т. И.  
Ахметова В. В.  
Брезгин В. С.  
Данилов О. Е.  
Дёмин А. В.  
Дядюн К. В.  
Желнова К. В.  
Жуйкова Т. П.  
Жураев Х. О.  
Игнатова М. А.  
Калдыбай К. К.  
Кенесов А. А.  
Коварда В. В.  
Комогорцев М. Г.  
Котляров А. В.  
Кузьмина В. М.  
Курпаянниди К. И.  
Кучерявенко С. А.  
Лескова Е. В.  
Макеева И. А.  
Матвиенко Е. В.  
Матроскина Т. В.  
Матусевич М. С.  
Мусаева У. А.  
Насимов М. О.  
Паридинова Б. Ж.  
Прончев Г. Б.  
Семахин А. М.  
Сенцов А. Э.  
Сенюшкин Н. С.  
Титова Е. И.  
Ткаченко И. Г.  
Фозилов С. Ф.

Яхина А. С.

Ячинова С. Н.

**Международный редакционный совет:**

Айрян З. Г. (Армения)  
Арошидзе П. Л. (Грузия)  
Атаев З. В. (Россия)  
Ахмеденов К. М. (Казахстан)  
Бидова Б. Б. (Россия)  
Борисов В. В. (Украина)  
Велковска Г. Ц. (Болгария)  
Гайич Т. (Сербия)  
Данатаров А. (Туркменистан)  
Данилов А. М. (Россия)  
Демидов А. А. (Россия)  
Досманбетова З. Р. (Казахстан)  
Ешнев А. М. (Кыргызстан)  
Жолдошев С. Т. (Кыргызстан)  
Игисинов Н. С. (Казахстан)  
Кадыров К. Б. (Узбекистан)  
Кайгородов И. Б. (Бразилия)  
Каленский А. В. (Россия)  
Козырева О. А. (Россия)  
Колпак Е. П. (Россия)  
Курпаянниди К. И. (Узбекистан)  
Куташов В. А. (Россия)  
Лю Цзюань (Китай)  
Малес Л. В. (Украина)  
Нагервадзе М. А. (Грузия)  
Прокопьев Н. Я. (Россия)  
Прокофьева М. А. (Казахстан)  
Рахматуллин Р. Ю. (Россия)  
Ребезов М. Б. (Россия)  
Сорока Ю. Г. (Украина)  
Узаков Г. Н. (Узбекистан)  
Хоналиев Н. Х. (Таджикистан)  
Хоссейни А. (Иран)  
Шарипов А. К. (Казахстан)  
Шуклина З. Н. (Россия)

**Руководитель редакционного отдела:** Кайнова Г. А.

**Ответственные редакторы:** Шульга О. А.

**Художник:** Шишков Е. А.

**Верстка:** Бурьянов П. Я., Голубцов М. В., Майер О. В.

Статьи, поступающие в редакцию, рецензируются.

За достоверность сведений, изложенных в статьях, ответственность несут авторы.

Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов материалов.

При перепечатке ссылка на журнал обязательна.

Материалы публикуются в авторской редакции.

**АДРЕС РЕДАКЦИИ:**

**почтовый:** 420126, г. Казань, ул. Амирхана, 10а, а/я 231;

**фактический:** 420029, г. Казань, ул. Академика Кирпичникова, д. 25.

E-mail: [info@moluch.ru](mailto:info@moluch.ru); <http://www.moluch.ru/>

**Учредитель и издатель:**

ООО «Издательство Молодой ученый»

ISSN 2072-0297