

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

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

**24-25 декабря 2021 года**

*Сборник трудов*



Нордмедиздат  
Санкт-Петербург  
2022

XIII ежегодная научно-практическая конференция «Медицина и право в XXI веке», 24-25 декабря 2021 года. *Сборник трудов. Научное издание* – СПб.: Нордмедиздат – Санкт-Петербург, 2022 – 160 с.

Под редакцией **Акулин И.М.**  
проф. СПбГУ, д.м.н., зав. каф. организации здравоохранения и  
медицинского права СПбГУ.

***Председатель программного комитета:***

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

***Редакционная коллегия:***

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

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

***Ответственный секретарь:***

**Щульгина О.С.**, магистрант юридического факультета СПбГУ.

**Рецензент.** Сборник содержит интересные статьи, посвященные актуальным темам медицинского права и вопросам организационной деятельности системы здравоохранения РФ. Многие выводы в статьях имеет не только научное, но и практическое значение, что является несомненным достоинством представленных материалов. Сборник может быть полезен широкому кругу специалистов, юристам, врачам, организаторам здравоохранения, интересующихся актуальными вопросами медицинского права, сложными организационным проблемами системы здравоохранения РФ.

***Золотарев П.Н.***

*Заместитель министра здравоохранения  
Самарской области – руководитель департамента информатизации,  
организационной деятельности и лицензирования,  
доктор медицинских наук, доцент.*

© Санкт-Петербургский государственный университет (СПбГУ), 2022

ISBN 978-5-98306-170-5

DOI 10.46980/978598306170-5



Оригинал-макет подготовлен издательством

«Нордмедиздат»

199004, Санкт Петербург, Биржевой пер., д.1/10

www.nordmedizdat.com (812)934-79-05.



## Предисловие

---

*Уважаемые читатели!*

Ежегодная научно-практическая Конференция с международным участием **«Медицина и право в XXI веке»**, проводилась в СПбГУ уже 13 раз. В 2021 году Конференция состоялась 24-25 декабря в Санкт-Петербургском государственном университете на юридическом факультете. Молодежная секция прошла 25 декабря.

Основной темой являлась: **«Медицинское и фармацевтическое право, как направления научной и образовательной деятельности. К 10-летию открытия магистратуры СПбГУ по направлениям медицинское и фармацевтическое право»**.

На Конференции обсуждались актуальные вопросы медицинского права: «Перспективы развития государственной системы здравоохранения в условиях новых вызовов связанных с пандемией»; «Актуальные вопросы трансформации законодательства о здравоохранении в эпоху глобальных изменений общественно-экономических отношений в России и в мире»; «Юридическая оценка при ненадлежащем оказании медицинской помощи»; «Новые технологии в медицине: правовое регулирование и вопросы биомедицинской этики»; «Проблемы общественного здоровья и здравоохранения. Развитие медицинского права в РФ»; «Правовые и криминологические проблемы профилактической медицины» и многие другие темы.

В этом году одной из ключевых тем являлась: **«Концепция совершенствования наднационального правового регулирования в ЕврАзЭС в сфере здравоохранения в условиях развития инновационных цифровых технологий»**.

Информация о Конференции размещена на сайте СПбГУ  
<https://events.spbu.ru/events/medicine-and-law-2021>

В данном сборнике представлены научные работы участников  
XIII Конференции.

***Акулин Игорь Михайлович,***  
*д.м.н., профессор СПбГУ, заведующий кафедрой организации  
здравоохранения и медицинского права СПбГУ,  
руководитель магистерской программы  
«Медицинское и фармацевтическое право» СПбГУ,  
президент Ассоциации медицинского права Санкт-Петербурга,  
Председатель программного комитета конференции.  
(akulinim@yandex.ru)*





- 1. Десятилетний опыт подготовки магистров по Программе «Медицинское и фармацевтическое право» СПбГУ. Итоги и перспективы.** Акулин И.М., д.м.н., профессор СПбГУ, заведующий кафедрой организации здравоохранения и медицинского права СПбГУ, руководитель магистерской программы «Медицинское и фармацевтическое право» СПбГУ, президент Ассоциации медицинского права Санкт-Петербурга, Председатель программного комитета 13-й Конференции «Медицина и право» ..... 18
- 2. Конвенция совершенствования наднационального правового регулирования в ЕАЭС в сфере здравоохранения в условиях развития инновационных цифровых технологий.** Акулин И.М., Чеснокова Е.А., Пресняков Р.А., Белоколодова Т.И. Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург, Российская Федерация, кафедра организации здравоохранения и медицинского права СПбГУ. Юридический факультет Санкт Петербургского филиала Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики» ..... 27
- 3. Проблема свободы воли в контексте нейроправа.** Гущина В.С., магистр, юридический факультет СПбГУ, Тарасенко Д. В., магистр, магистр, юридический факультет СПбГУ, Поляков А. В., доктор юридических наук, проф. .... 36
- 4. Об институте донорства в Российской Федерации.** Рагозина Н.А., к. ю. н., доцент, доцент кафедры конституционного и административного права, Санкт-Петербургский государственный экономический университет, Санкт-Петербург, доцент кафедры «Межкультурные коммуникации и общегуманитарные науки», Санкт-Петербургский филиал

Финансового университета при Правительстве Российской Федерации, Санкт-Петербург ..... 55

**5. Репродуктивное право на применение суррогатного материнства: от буквы закона до правового прецедента. Посадкова М.В.**, исследователь научно-учебной лаборатории международного правосудия Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики», преподаватель кафедры медицинского права Первого МГМУ им И.М. Сеченова ..... 61

**6. Уголовно-правовое значение согласия несовершеннолетнего при реализации соматических прав. Барышева К.А.**, доцент каф. судопроизводства и уголовного права, юридического факультета Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики». **Мамедова Ф.Ф.**, доцент каф. судопроизводства и уголовного права, юридического факультета Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики» ..... 83

**7. Международное сотрудничество в борьбе с торговлей людьми и нелегальным оборотом органов человека. Сизов А.А.**, доцент КГМУ, кандидат юридических наук; кафедра общественного здоровья и здравоохранения Курского государственного медицинского университета. **Рукавицын В.Р.**, студент 2 курса педиатрического факультета КГМУ; Курский государственный медицинский университет ..... 98

**8. Удовлетворенность населения медицинской помощью в рамках ПМСП по результатам выборочного анкетирования. Фарафонова С.И.**, юридический факультет СПбГУ, **Акулин И.М.** д.м.н., зав. каф. организации здравоохранения и медицинского права СПбГУ, руководитель Программы СПбГУ «Медицинское и фармацевтическое право»..... 106

**9. Особенности правового регулирования генетических исследований: соотношение личных и общественных интересов. Солодкая А.Р.**, выпускница СПбГУ, юридический факультет СПбГУ, Программа: «Медицинское и фармацевтическое право» фармацевтическое право». **Акулин И.М.**, д.м.н., проф. СПбГУ зав. каф. организации здравоохранения и медицинского права СПбГУ ..... 118

<b>10. Субъективная оценка пациентами организации медицинской помощи, качества жизни лиц, страдающих сахарным диабетом в Российской Федерации. Паргунькина М.И., выпускница медицинского факультета СПбГУ. Акулин И.М., д.м.н., проф. СПбГУ, зав. каф. организации здравоохранения и медицинского права СПбГУ.....</b>	<b>127</b>
<b>11. Особенности организации офтальмологической помощи студентам высших учебных заведений. Газизуллина А.И. выпускница медицинского факультета СПбГУ. Акулин И.М., д.м.н., проф. СПбГУ, зав. каф. организации здравоохранения и медицинского права СПбГУ .....</b>	<b>136</b>
<b>12. Особенности организации медико-социальной помощи людям с нарушениями слуха. Хлебникова Е. Ю., выпускница медицинского факультета СПбГУ. Акулин И.М., д.м.н., проф. СПбГУ, зав. каф. организации здравоохранения и медицинского права СПбГУ .....</b>	<b>145</b>



**ДЕСЯТИЛЕТНИЙ ОПЫТ ПОДГОТОВКИ МАГИСТРОВ  
ПО ПРОГРАММЕ «МЕДИЦИНСКОЕ И  
ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЕ ПРАВО» СПбГУ.  
ИТОГИ И ПЕРСПЕКТИВЫ**

**Акулин И.М.**

д.м.н., профессор СПбГУ, заведующий кафедрой организации здравоохранения и медицинского права СПбГУ, руководитель магистерской программы «Медицинское и фармацевтическое право» СПбГУ, президент Ассоциации медицинского права Санкт-Петербурга, Председатель программного комитета 13-й Конференции «Медицина и право».

***Аннотация.** Формирование новой самостоятельной отрасли юридической науки и практики – медицинского права невозможно представить без качественной подготовки профессиональных кадров юристов. Накоплен бесценный десятилетний опыт преподавания медицинского и фармацевтического права в СПбГУ в рамках программы «Медицинское и фармацевтическое право». Описаны этапы подготовки, условия поступления, даны примеры магистерских исследований, представлены результаты научной деятельности преподавателей СПбГУ в сфере медицинского права, опыт межкафедрального сотрудничества по вопросам подготовки в сфере медицинского и фармацевтического права.*

***Ключевые слова:** медицинское право, магистратура, здравоохранение, стандарты подготовки юристов в сфере магистерских программ по медицинскому и фармацевтическому праву, СПбГУ.*

**«TEN YEARS OF EXPERIENCE IN PREPARING MASTERS  
IN THE PROGRAM “MEDICAL AND PHARMACEUTICAL  
LAW” OF ST. PETERSBURG STATE UNIVERSITY.  
RESULTS AND PROSPECTS»**

**Akulin I.M.,**

prof. St. Petersburg State University, St. Petersburg,  
Russian Federation, Department  
of Healthcare Organization and Medical Law  
of St. Petersburg State University.



**Annotation.** *The formation of a new independent branch of legal science and practice – medical law is impossible to imagine without high-quality training of professional lawyers. We have accumulated invaluable ten-year experience in teaching medical and pharmaceutical law at St. Petersburg State University within the framework of the program “Medical and Pharmaceutical Law”. The stages of preparation, admission conditions are described, examples of master’s studies are given, the results of the scientific activity of St. Petersburg State University teachers in the field of medical law, the experience of interdepartmental cooperation on training in the field of medical and pharmaceutical law are presented.*

**Keywords:** *medical law, master’s degree, healthcare, standards of training lawyers in the field of master’s programs in medical and pharmaceutical law, St. Petersburg State University.*

На Пленарном заседании Санкт-Петербургского экономического Форума 2017 В.В. Путин сказал: «К середине следующего десятилетия, уважаемые друзья, мир, совершенно очевидно, будет совершенно другим. Не замечать, игнорировать происходящие процессы – значит оказаться на обочине развития. А чтобы быть лидерами, нужно самим формировать эти изменения». Наибольшие изменения ждет сфера медицины и биотехнологий, что рождает правовые риски для пациентов и в целом, для человечества. В связи с этим в последнее десятилетие возрастает роль права в деятельности медицинского работника в как главной фигуры важнейшей социальной сфере – здравоохранении.

Идет активный процесс формирования новой самостоятельной отрасли юридической науки и практики – **медицинского права**. Правовая подготовка специалистов сферы здравоохранения становится обязательной и принципиально значимой частью общей профессиональной подготовки юриста, врача, организатора здравоохранения, преподавателя высшей школы.

**Впервые мы дали определение медицинского права на первой Конференции «Медицина и право в 21 веке» в 1999 году. Медицинское право** – это система норм права, регулирующая отношения с участием субъектов, осуществляющих медицинскую деятельность, а также отношений, связанных с обеспечением данной деятельности ресурсами медицинского характера (медицинским имуществом – медицинским оборудованием; лекарственными средствами, диетическим (лечебным и профилактическим питанием), электронным документооборотом. (Ковалевский М.А; Акулин И.М., 1999 год). С тех пор накоплен ценный опыт преподавания медицин-

ского и фармацевтического права в СПбГУ в рамках программы «Медицинское и фармацевтическое право»<sup>1</sup>.

С тех пор мы обосновано считаем, что Санкт-Петербургский Государственный университет является лидером медицинского права в Российской Федерации. Преподавание медицинского права началось на юридическом факультете СПбГУ в 1999 году., первоначально в форме спецкурса.<sup>2</sup> По мере развития данного направления появилась возможность **впервые в Российской Федерации в 2011 году открыть 2-х годичную магистерскую Программу «Медицинское право»**, а с 2019 года **«Медицинское и фармацевтическое право»**. Кроме того, нами подготовлена новая магистерская программа по «Фармацевтическому праву», которая была поддержана Министерством образования РФ.

Основные учебные курсы Программы «Медицинское и фармацевтическое право» включают 33 дисциплины.

- Общественное здоровье и здравоохранение (проф. д.м.н. Акулин И.М.)
- Биоэтика (доц. к.м.н., LL.M., Чеснокова Е.А.)
- Конституционные основы правового регулирования охраны здоровья. (декан юрфака зав. каф. к.ю.н., Белов С.А.)
- Ятрогенные преступления: особенности уголовного преследования. (проф. СПбГУ. к.ю.н., Пристансков В.Д.)
- Правовое регулирование трудовых отношений с медицинскими работниками (к.ю.н. Белоколодова Т.И.)
- Правовое регулирование обращения лекарственных средств. (к.х.ф.н., магистр права СПбГУ, Лалаев Б.Ю.)
- Вопросы социального и медицинского права. (доц. к.ю.н. Филиппова М.В.)
- Медицинское страхование. (д.м.н., Акулин И.М.)
- Вопросы судебной медицины. (доц. к.м.н. Петров В.В.)
- И другие дисциплины.

---

<sup>1</sup> Третья научно-практическая конференция с международным участием. *Медицина и право в XXI веке. Акулин И.М., Волкова С.В., Мальшева Н.И., Горяинов А.М. Известия высших учебных заведений. Правоведение. 2012. № 1 (300). С. 221-241.*

<sup>2</sup> *К вопросу о системе подготовки высококвалифицированных юридических кадров для сопровождения фармацевтического бизнеса и эффективного обращения лекарственных средств в российской федерации. Акулин И.М., Дивеева Н.И. Здоровье - основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения. 2015. Т. 10. № 1. С. 366-370.*

Прием в СПбГУ на образовательную программу «Медицинское право и фармацевтическое право» имеет особенности. *Форма проведения вступительного испытания:* конкурс документов (портфолио), мотивировочное письмо, Эссе из предлагаемых 24 тем. Количество мест для приема в 2020-21 гг.: 5 – за счет бюджетных ассигнований средств федерального бюджета; 10 – с оплатой стоимости обучения.

**Формы подготовки включают:**

1. Лекции.
2. Семинары.
3. Интерактивные занятия: совместный разбор юридических казусов, практических задач и кейсов (распределение ролей участников в учебном классе суда, конфликтной комиссии, использование процедуры медиации)
4. Круглые столы по различным темам.
5. Подготовка докладов, курсовых работ, решение ситуационных задач.
6. Мастер классы работодателей, ведущих отечественных и зарубежных юристов в сфере медицинского права.
7. Студенческий кружок юристы (бакалавры, студенты старших курсов медицинского и стоматологического факультетов).

СПбГУ гарантирует следующие **преимущества образования** по программе, т.к. будущие магистры активно участвуют:

- в работе студенческих кружков по медицинскому праву, уголовному процессу, коммерческому праву, по трудовому праву;
- в международных конкурсах научных работ студентов;
- в ежегодно проводимых в зарубежных Летних школах медицинского права;
- в круглых столах с ординаторами и аспирантами медицинского факультета СПбГУ и других медицинских вузах.

Студенты магистратуры СПбГУ образовательной программы «Медицинское право» в 2016/2021 учебных годах приняли участие более чем в 100 отечественных и международных конференциях, выиграли гранты по различным исследованиям в области медицинского права, опубликовали многочисленные научные труды в различных солидных научных изданиях.

Интересы магистров очень разнообразные, приведем лишь некоторые темы выпускных квалификационных работ и научных руководителей обучающихся по основной образовательной программе магистратуры (шифр ВМ.5545.\*) «**Медицинское право» по направлению подготовки 40.04.01 «Юриспруденция». 2020-2021 годы.**

1. Белгородцева А. К. «Организационно-правовые особенности внедрения телемедицины в условиях крупной многопрофильной медицинской Организации». Рук. Проф. Акулин И.М.

2. Лесниченко А. М. «Правовые аспекты применения искусственного интеллекта в Медицине». Рук. Доц. Чеснокова Е.А.

3. Малахова С. В. «Реализация конституционного принципа достоинства личности при проведении генетических исследований». Рук. Проф. Белов С. А.

4. Шабалина Е. А. «Актуальные биоэтические и правовые проблемы применения вспомогательных репродуктивных технологий на примере экстракорпорального оплодотворения». Рук. Доц. Чеснокова Е.А.

5. Шведова Е. А. «Особенности расследования ятрогенных преступлений при оказании стоматологической помощи». рук. Проф. Пристансков В.Д.

6. «Правовое регулирование труда и социальное обеспечение медицинских работников». Акулин И.М., и другие.

По итогам Государственной аттестационной комиссии СПбГУ 2021 год. (шифр ВМ.5545. \*) «**Медицинское право**» по направлению подготовки 40.04.01 «Юриспруденция» за период количество выпускников программы «Медицинское и фармацевтическое право» с 2011 по 2021 год составил 111 магистров.

Важным аспектом подготовки магистров является тесная связь с работодателями в соответствии с Приказом ректора СПбГУ от 22.10.2018 №10173/1 « Об утверждении **Совета основной образовательной программы** магистратуры ВМ.5700\* «Медицинское и фармацевтическое право» создан Совет образовательной программы.

**В него входят очень авторитетные представители:** Организационно-аналитического отдела Управления процессуального контроля Главного следственного управления Следственного комитета РФ по Санкт-Петербургу; Санкт-Петербургской химико-фармацевтической академии; адвокатуры Санкт-Петербургской коллегии адвокатов; национального представителя ВОЗ в РФ; Миланского университета в области судебной и страховой медицины; юридического управления по Северо-западному ТО, АО «Страховое общество газовой промышленности»; общественной организации «Врачи Санкт-Петербурга»; фармако-юридической консалтинговой фирмы; института повышения квалификации Санкт-Петербургской Академии Следственного комитета РФ; кафедры уголовного права Северо-Западного филиала Федерального государственного бюджетного обра-

зовательного учреждения высшего образования «Российский государственный университет правосудия»; адвокатского бюро «Марсово Поле»; ООО «Северо-Западный центр консалтинга и защиты информации, Института права цифровой среды НИИ ВШЭ, «Союз Фармацевтических и Биомедицинских кластеров России». **Председателем СОП** образовательной программы магистратуры ВМ.5700\* «Медицинское и фармацевтическое право» **назначен Никитин Евгений Николаевич**, зам Председателя Правления Ассоциации медицинского права Санкт-Петербурга, исполнительный директор Ассоциации медицинского права Санкт-Петербурга.

**Будущая карьера магистра по нашей программе** позволяет ее выпускникам реализоваться в самых различных сферах юридической деятельности. Выпускники программы, склонные к научной деятельности, получают образование в аспирантуре, готовят диссертационные исследования. Магистры готовы и к практической работе в органах законодательной, исполнительной, судебной власти, в адвокатуре и прокуратуре, могут занимать должности в органах предварительного расследования любых ведомств, заниматься юридическим обслуживанием предприятий, учреждений, организаций.

В качестве примера успешной карьеры можно привести **Горяинова А.М., выпускника магистерской Программы СПбГУ «Медицинское право к.м.н.**, адвоката, члена европейской ассоциации медицинского права и ее национального представителя, эксперта ВОЗ по вопросам законодательства о здравоохранении.<sup>3</sup>

**Экспертная деятельность научно-педагогических кадров магистерской программы по медицинскому праву обширна.**<sup>4,5</sup>

---

<sup>3</sup> *Причины и условия ятрогенной преступности. Акулин И.М., Горяинов А.М. В сборнике: Проблемы выявления и расследования преступлений в сфере оказания медицинских услуг. Материалы Всероссийского научно-практического «круглого стола». Москва, 2016. С. 8-14.*

<sup>4</sup> *Развитие медицинского страхования в РФ. На перепутье. Что дальше? Акулин И.М., Жигулева Л.Ю. В сборнике: Медицина и право в XXI веке. Ежегодная международная научно-практическая конференция. Под ред. Акулина И.М., 2018. С. 68-83.*

<sup>5</sup> *Развитие системы здравоохранения России: анализ внедрения электронной медицинской карты на примере Санкт-Петербурга. Васин А.Г., Свиркин М.В., Балыкина Ю.Е., Акулин И.М. Дискуссия. 2019. № 4 (95). С. 48-60.*

### **Примеры Грантов и экспертных работ:**

1. «О проведении экспертизы контракта по информатизации медицинской организации (закупки для государственных нужд)», по заданию СК и Прокуратуры Санкт-Петербурга.

2. Распоряжение от 14.04.2021 №1287/1р В целях проведения исследования по обращению и.о. председателя Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга А.М. Сарана от 22.03.2021 № 01/26-599/21-0-0 Предмет исследования: «Централизаций ПМСП (переподчинение поликлинических учреждений Комитету по здравоохранению Санкт-Петербурга)».

3. Приказ от 15.04.2021 № 3370/1 Проректора по научной работе Микушева С.В. «Об утверждении состава экспертной группы для подготовки предложений по вопросу цифровой трансформации системы здравоохранения» В связи с подготовкой предложений в рамках Концепции стратегии цифровой трансформации системы здравоохранения Санкт-Петербурга на 2021-2030 годы по запросу Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга. Руководитель экспертной группы – Акулин Игорь Михайлович, профессор Кафедры организации здравоохранения и медицинского права.

4. RFBR «Разработка концепции совершенствования национального правового регулирования и наднационального регулирования в ЕАС с в сфере здравоохранения в условиях развития инновационных цифровых технологий», 2018- 2021 г. Акулин И.М. – рук. Гранта.

5. RFBR «Правовые и криминологические проблемы профилактической медицины», 2020 – 2021 гг. Рук. проф. Щепельков В.Ф.; участники: Акулин И.М., Дивеева Н.И., Чеснокова Е.А.

6. IMP «Организация первичной медико-санитарной помощи в Германии с учетом внешней миграционной политики и наличия отдаленных и труднодоступных территорий». Рук. Акулин, И. М. , проф. Дивеева Н.И. Сопрун, Л. А.

7. Секретариат Совета Межпарламентской Ассамблеи государств – участников Содружества Независимых государств 2020 – 2021 «О социальной рекламе в области здорового образа жизни» 2020-2021, рук. Проф. Дивеева Н.И. Акулин, И. М., Чеснокова Е.А. – участники.

8. Женевский университет международных отношений и партнерства служба Project “Bioethics, Biolaw, and Medical Humanities: A Swiss-Russian Comparative Research” was accepted with a grant sum of CHF 19 950. Geneva, 23 September 2020, Участник: Цюрихский университет: PD доктор Роберто Андорно; Проф. Д-Р Никола Биллер-Андорно; Доктор Анна Эльснер; Млав Екатерина Тихомирова;

Санкт-Петербургский Государственный Университет: Проф. Д-Р Игорь Акулин; Проф. Д-Р Наталья Красильникова.

9. Заключение по запросу Аналитический центр при Правительстве Российской Федерации 30.03.2021 г. № 16-2/И/1-2279 (рег. Министерства здравоохранения Российской Федерации) «Об утверждении примерной дополнительной профессиональной программы профессиональной переподготовки по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье» (со сроком освоения 504 академических часа).

10. Участие в качестве независимого эксперта в заседании аттестационной комиссии руководителей Комитета по здравоохранению Правительства Ленинградской области 16 октября 2020 в соответствии с запросом Первого заместителя руководителя Администрации Губернатора и Правительства Ленинградской области. А.А. Григорьева. (Письмо в адрес Ректора СПбГУ Кропачева Н.М. от 07.10.2020 г. № АГ – 06-29352/07.10.2020)

**Межгосударственная Ассамблея государств** – участников Содружества Независимых Государств активно привлекает специалистов СПбГУ (проф. Акулин И.М., проф. Девеева Н.И.) для работы над различными проектами. Подготовлен проект: «О сближении и гармонизации законодательств государств – участников СНГ в сфере охраны здоровья». <sup>6</sup> Идет подготовка модельного закона по общественному здравоохранению, по социальной рекламе здорового образа жизни (ЗОЖ) среди населения стран СНГ. <sup>7</sup>

Мы выступали **экспертами Конституционного Суда РФ** по вопросу публичной значимости медицинской деятельности (Отражено в решении Конституционного суда, в Постановлении Конституционного Суда РФ от 03.06.2004 N 11-П “По делу о проверке конституционности положений подпунктов 10, 11 и 12 пункта 1 статьи 28, пунктов 1 и 2 статьи 31 Федерального закона «О трудовых пенсиях в Российской Федерации»).

---

<sup>6</sup> *Итоги первого рабочего совещания представителей стран-участников содружества независимых государств по подготовке модельного закона по общественному здравоохранению. Акулин И.М., Чеснокова Е.А., Пресняков Р.А., Медяник М.И., Гурьянова Н.Е. Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2019. № 4. С. 94-102.*

<sup>7</sup> *Концепция модельного закона “о социальной рекламе в области здорового образа жизни”. Акулин И.М., Чеснокова Е.А., Дивеева Н.И., Гурьянова Н.Е., Владимиров Е.Ю. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2021. Т. 29. № 6. С. 1516-1524.*

Особенности публичной значимости медицинской деятельности нами сфокусировано в 5 тезисах:

I. Обязанность медицинских работников при оказании экстренной и неотложной помощи безотлагательно осуществлять медицинскую деятельность.

II. Наличие у медицинских работников власти особого рода (профессиональной власти) в отношении пациента (в отдельных случаях медицинская помощь может оказываться даже против воли пациента).

III. Наличие доверия в отношениях медицинского работника и пациента при их фактическом неравенстве.

IV. Неопределенность труда медицинских работников в части выбора адекватных для пациента и его болезни средств.

V. Независимость в принятии своих решений медицинскими работниками, возможность действовать вне указаний работодателя.

Началась активная работа по научному направлению в области исследования вопросов медицинского права и участие в заседаниях ученого совета СПбГУ во исполнение приказа от 01.09.2016 № 6821/1 **«О порядке присуждения ученых степеней в Санкт-Петербургском государственном университете».**

Среди актуальных проблем, которые являются предметом научных исследований, дополнительных образовательных программ является тема ятрогенных преступлений, так как врачебные ошибки в реальности стали причиной 9,5% всех смертельных случаев в США и в других странах, проблема также актуальна и в РФ. Причины: недостаточный уход, несвоевременная, недостаточная или ошибочная диагностика, неверное лечение, отсутствие взаимодействия между медицинскими службами. Нами сделаны законодательные предложения необходимые для нейтрализации правовых рисков во взаимоотношении врач-пациент, которые доложены в государственной Думе РФ.

Большое внимание в научных исследованиях уделяется гражданско-правовым проблемам медицинской ответственности в здравоохранении, цифровому здравоохранению и правовым проблем ее регулирования и другим актуальным вопросам, которые представлены в списке литературы.

Нами предложены законодательное введение обязательной процедуры досудебного урегулирования (профессиональные центры медицинской медиации, третейский суд), введение в ГПК специаль-



ной статьи, позволяющей суду назначать по своему усмотрению компенсацию в пользу медицинского работника (участвующего в процессе в качестве ответчика или третьего лица без самостоятельных требований) в случае, если судом будет установлено, что требования истца были заведомо необоснованными.

Также неоднократно мы настаивали о необходимости разработки закона, регулирующего отношения профессионального медицинского сообщества, обязательность членства врачей РФ в профессиональной врачебной ассоциации. Это важно для того, чтобы усилить роль профессионального сообщества и ее обязанность нести ответственность за профессиональную компетентность врачей, их морально-этический облик (правила поведения между членами Ассоциации и во взаимоотношении врач-пациент); защиту членов профессиональной ассоциации через систему страхования профессиональной ответственности, для чего необходим закон о страховании профессиональной ответственности медицинских работников.<sup>8</sup>

В рамках соглашения от 3 декабря 2010 года, между Министерством юстиции Российской Федерации и Санкт-Петербургским государственным о сотрудничестве в сфере мониторинга правоприменения, постоянно проводится исследование **законодательных актов в сфере здравоохранения, даются предложения по их усовершенствованию**. Преподаватели и студенты магистратуры по медицинскому и фармацевтическому праву активно принимают участие в данной работе. В результате этой работы мы выявили **9 причин ятрогенной преступности**:

1. Крайне высоко рисковый характер деятельности.
2. Снижающийся общепрофессиональный уровень подготовки медицинских работников.
3. Отсутствие системы возмещения вреда, причиненного пациенту предусматривающая в качестве обязательного условия вину врача.

---

<sup>8</sup> *Почему не развивается страхование профессиональной ответственности медицинских работников в Российской Федерации? Акулин И.М., Чеснокова Е.А., Даниюкин Н.Н. В сборнике: Реформы Здравоохранения Российской Федерации. Современное состояние, перспективы развития. Сборник материалов конференции V ежегодной конференция с международным участием, посвященная памяти д.м.н. профессора, акад. МАНЭБ, з.д.н. РФ Полякова Игоря Васильевича. Под редакцией И.М. Акулина, О.В. Мироненко. 2018. С. 16-25.*

4. Слабость современных медицинских научных школ.
5. Путаница и неразбериха в стандартизации профессиональной медицинской деятельности.
6. Профессиональная перегрузка врачей.
7. Отсутствие в обществе уважения к медику.
8. Раннее эмоциональное выгорание медицинских работников.
9. Правовая безграмотность врачей и администрации ЛПУ.

Данная работа нашла отклик в СК РФ, чему свидетельствует награждение Председателем Следственного комитета РФ генералом юстиции РФ Бастрыкиным А.И. преподавателей СПбГУ Акулина И.М., Пристанкова В.Д., Сидоровой Н.А. ведомственной медалью «За содействие».

Очень важным является для нас **межкафедральное взаимодействие**.<sup>9</sup> В образовательной сфере невозможно обойтись без взаимного проникновения базовых знаний юристов и медицинских работников, которые могут иметь противоположные позиции, основанные на неверных представлениях о процессе оказания медицинской помощи, или незнании медиками основ законодательства РФ, например, в споре о причинении вреда пациенту. Вместе с тем, совместные действия врачей и юристов, основанные на профессиональных знаниях, медицинском праве, могут способствовать развитию сбалансированных правовых позиций в обеспечении медицинской деятельности в РФ.

Можно привести примеры ВКР медицинского и стоматологического факультетов СПбГУ: «Создание эффективной модели частной медицинской организации»; «Использование телемедицинской технологии в дерматологии для раннего выявления злокачественных новообразований»; «Правовые аспекты применения цифровых медицинских технологий в Российской Федерации» и др.

Мы практикуем совместные образовательные программы в СПбГУ, медицинское и фармацевтическое право на медицинском

---

<sup>9</sup> *Междисциплинарное сотрудничество во взаимодействии врача и пациента в онкологии. Акулин И.М., Жигулева Л.Ю. В сборнике: Реформы Здравоохранения Российской Федерации. Современное состояние, перспективы развития. Сборник материалов конференции IV ежегодной конференции с международным участием, посвященной памяти д.м.н. профессора, акад. МАНЭБ, з.д.н. РФ Полякова Игоря Васильевича. Под редакцией И.М. Акулина, О.В. Мироненко. 2017. С. 13-15.*

факультете; стоматологическом факультете; ординатуре по организации здравоохранения и общественному здоровью.<sup>10</sup>

Дополнительные образовательные программы для юристов и врачей по **вопросам** расследования ятрогений, например, по приглашению Министерства здравоохранения Забайкальского края.<sup>11</sup>

Вместе с тем, мы неоднократно подчеркивали, что с врача можно спрашивать только тогда, когда ему обеспечены адекватные условия работы, четкие инструкции, по взаимодействию с другими отделениями, консультантами, однако, при достаточно тщательным контроле со стороны заведующего отделением, зам главного врача по клинической работе. Одно из существенных условий в работе врача – техническое обеспечение (исправное оборудование и средства измерения процессов диагностики и лечения). Основная роль врача качественная диагностика и лечение пациентов. Образование и повышение квалификации – основная их задача и обязанность. В этом направлении мы наладили **активное взаимодействие с профессиональными сообществами врачей**, которое позволяет нам применять теоретические знания в области медицинского права на практике.

Интересное сотрудничество сложилось у нас с **саморегулируемой организацией (СРО) частных врачей**, которая постоянно приглашает нас на свои конгрессы и собрания как независимых членов СРО. Профессиональные ассоциации акушер-гинекологов, онкологов, реаниматологов и анестезиологов, фтизиатров и многие другие дают нам возможность поделиться своими знаниями и

---

<sup>10</sup> *Опыт работы по исполнению государственного контракта ффомс на оказание образовательных услуг по дополнительной программе повышения квалификации работников системы обязательного медицинского страхования. Петухова В.В., Акулин И.М. В сборнике: Медицина и право в XXI веке. Ежегодная международная научно-практическая конференция. Под ред. Акулина И.М., 2018. С. 115-121.*

<sup>11</sup> *Межтерриториальное взаимодействие в рамках обязательного медицинского страхования: опыт и проблемы. Акулин И.М., Носырева О.М., Орёл В.И., Петухова В.В. В сборнике: Реформы Здравоохранения Российской Федерации. Современное состояние, перспективы развития. Сборник материалов конференции V ежегодной конференция с международным участием, посвященная памяти д.м.н. профессора, акад. МАНЭБ, з.д.н. РФ Полякова Игоря Васильевича. Под редакцией И.М. Акулина, О.В. Мироненко. 2018. С. 6-15.*

опытом в области медицинского права.<sup>12</sup> Большим успехом пользовались наши доклады на **темы:**

«Правовые основы материнства и детства»; «Правовое регулирование медицинской деятельности специалистов из Китая в РФ»; «Субъекты и объекты репродуктивных технологий в соответствии с порядком предоставления ЭКО»; «Право на здоровье и репродуктивные технологии»; «Репродуктивные права в свете последних тенденций законодательства»; «Правовые аспекты трансграничной передачи медицинских услуг»; «Медицинский туризм, правовые аспекты»; «Трансформация взаимоотношений врача и пациента» и др.

Прекрасные отношения у нас сложились с профессиональной ассоциацией – Союз врачей Северо-Запада. Последняя встреча состоялась онлайн 16 декабря 2021. В ней приняли участие 2300 участников. Темой наших докладов были: «Взаимоотношение врача и пациента в условиях цифровизации здравоохранения. Частное и публичное право в условиях глобальных вызовов и пандемии». Преподаватели СПбГУ ответили на многочисленные вопросы, касавшихся медицинского права. Более 90 % слушателей дали отличную оценку этой встрече.

Актуальными темами становятся цифровые технологии и интеллектуальные системы, искусственный интеллект (ИИ) в здравоохранении, которые также являются предметом наших исследований.<sup>13</sup> Дело в том, что в настоящее время меняется традиционная идентичность врача и пациента.<sup>14</sup> Между врачом и пациентом появляется

---

<sup>12</sup> *Концептуальные и организационно-правовые принципы функционирования новой публичной службы первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) населению на основе общеврачебной (семейной) практики. Акулин И.М. В сборнике: Реформы Здравоохранения Российской Федерации. Современное состояние, перспективы развития. VI-я ежегодная конференция с международным участием, посвященная памяти д.м.н. профессора, акад. МАНЭБ, з.д.н. РФ Полякова Игоря Васильевича. Под. ред. И.М. Акулина, О.В. Мироненко. 2019. С. 6-9.*

<sup>13</sup> *Трансформация института врачебной тайны в эпоху электронного здравоохранения. Акулин И.М., Чеснокова Е.А., Смирнова К.М., Пресняков Р.А. Закон. 2019. № 9. С. 179-189.*

<sup>14</sup> *Правовые риски реализации нового закона о вопросах применения информационно-телекоммуникационных технологий и введения электронных форм документов в сфере здравоохранения в деятельности медицинских организаций. Акулин И.М. В сборнике: Реформы Здравоохранения Российской Федерации. Современное состояние, перспективы развития. Сборник материалов конференции IV ежегодной конференции с международным участием, посвященной памяти д.м.н. профессора, акад. МАНЭБ, з.д.н. РФ Полякова Игоря Васильевича. Под редакцией И.М. Акулина, О.В. Мироненко. 2017. С. 9-12.*

посредник в виде технического устройства ИИ, которое может «не согласиться» с мнением врача, что может быть источником вреда для пациента.<sup>15</sup> Как строить правовые и этические отношения врач-пациент в этих условиях, какова роль юриста, предстоит дать ответы на эти сложные вопросы.<sup>16</sup> Хранителями и защитниками личного и общественного здоровья в обществе являются врачи – представители одной из древнейших профессий. В условиях цифровизации, появления ИИ, роботов, и других технологий роль врачей, как адвокатов здоровья пациента, возрастает! Мы сфокусировали этико-правовые проблемы цифровизации и роботизации в медицине в следующие тезисы:

- **Доминирование модели врача и пациента технического типа.**
- **Замена врача роботизированными системами.**
- **Отсутствие контакта между врачом и пациентом.**
- **Снижение ответственности врача за врачебные ошибки.**
- **Утрата врачами специализированных профессиональных навыков.**
- **Отсутствие правовых механизмов защиты пациентов, врачебной тайны, права на управление своими данными.**<sup>17</sup>

**Международные связи** нашей программы обширны. Студенты магистратуры имеют возможность использовать в обучении широкие международные связи Санкт-Петербургского университета. Среди наших партнеров: Миланский государственный Университет, Италия; Роттердамский университет, летняя школа медицинского права; Университеты Швейцарии, Межпарламентская Ассамблея стран СНГ; Института повышения квалификации и переподготовки кадров Гродненского государственного университета им. Янки

---

<sup>15</sup> *Правовой режим квалифицированной электронной подписи в рамках системы здравоохранения российской федерации: проблемы отсутствия надлежащего уголовного регулирования.* Акулин И.М., Чеснокова Е.А., Пресняков Р.А. В сборнике: Уголовное право: стратегия развития в XXI веке. материалы XVI Международной научно-практической конференции. 2019. С. 659-664.

<sup>16</sup> *Нормативно-правовые основы применения телемедицинских технологий в российской федерации: в начале реформ.* Акулин И.М., Чеснокова Е.А. В сборнике: Инновации в здоровье нации. Сборник материалов V Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. 2017. С. 4-8.

<sup>17</sup> *Трансформация института врачебной тайны в эпоху электронного здравоохранения.* Акулин И.М., Чеснокова Е.А., Смирнова К.М., Пресняков Р.А. Закон. 2019. № 9. С. 179-189.

Купалы, Белоруссия; Европейская Ассоциация медицинского права и другие.

Так профессор Миланского государственного университета Умберто Дженовезе неоднократно выступал с различными сообщениями, последний доклад был посвящен важной теме: «Ответственность медицинских работников, опыт Европы». Мы часто являемся участниками Международного юридического форума, впервые на 2-ом Форуме была заявлен и успешно прошел круглый стол: «Профессиональная ответственность врачей и медицинских работников». В круглом столе приняли ведущие мировые специалисты медицинского права.

В заключении необходимо заметить, что успешная реализация программы «Медицинское и фармацевтическое право» невозможно было бы осуществить без активной поддержки ректора СПбГУ профессора, д.ю.н., Кропачева Н.М., руководства юридического факультета в лице декана к.ю.н. Белова С.А., 1-го проректора по медицинской деятельности СПбГУ проф. д.м.н., Яблонского П.К. и многих других специалистов, преподавателей и самих студентов СПбГУ.

Мы надеемся, что данное направление будет успешно развиваться и привлечет талантливых студентов и аспирантов для решения сложных научных и практических задач медицинского и фармацевтического права в РФ.

### **Список литературы**

1. Правовое регулирование единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения: перспектива развития платформы для фармакологического обеспечения и сохранения жизни граждан Российской Федерации. Акулин И.М., Чеснокова Е.А., Пресняков Р.А. В сборнике: IX Международный конгресс “Спорт, Человек, Здоровье”. Материалы Конгресса. Международная общественная организация содействия науке и спорту “Спорт, Человек, Здоровье”, Министерство спорта Российской Федерации, Олимпийский комитет России, Правительство Санкт-Петербурга и др., 2019. С. 325-327.

2. К вопросу о расследовании ятрогенных преступлений в контексте перехода на цифровое здравоохранение: новые перспективы и проблемы нормативно-правового регулирования. Акулин И.М., Чеснокова Е.А., Пресняков Р.А. В книге: Право и современные технологии в медицине. Отв. ред. А.А. Мохов, О.В. Сушкова. Москва, 2019. С. 300-303.

3. Перспективы объединения финансовых источников в здравоохранении. Акулин И.М., Сененко А.Ш., Обухова О.В., Цыдыпов В.Ч., Гармаева А.Б. Социальные аспекты здоровья населения. 2020. Т. 66. № 3. С. 12.

4. Региональные медицинские информационные системы в сфере здравоохранения: направления развития и правовые проблемы. Акулин И.М., Чеснокова Е.А., Пресняков Р.А., Прядко А.Е., Зими́на Е.И., Гурьянова Н.Е. Менеджер здравоохранения. 2020. № 9. С. 55-62.

5. Возможность трансграничной передачи связанных со здоровьем персональных данных в рамках ЕАЭС: реальность, перспективы. Акулин И.М., Чеснокова Е.А., Гурьянова Н.Е., Пресняков Р.А., Летова А.Д. Менеджер здравоохранения. 2020. № 7. С. 65-73.

6. Телемедицина в странах еаэс: реальность и перспективы. Акулин И.М., Чеснокова Е.А., Пресняков Р.А., Летова А.Д., Зими́на Е.И., Гурьянова Н.Е. Менеджер здравоохранения. 2020. № 10. С. 49-69.

7. Применение технологии распределенного реестра и смарт-контрактов в медицине. Акулин И.М., Чеснокова Е.А., Сvirкин М.В., Балыкина Ю.Е., Пресняков Р.А., Васин А.Г., Гурьянова Н.Е. Менеджер здравоохранения. 2020. № 1. С. 47-55.

8. Порядок осуществления телемедицинских консультаций в субъектах Российской Федерации. Акулин И.М., Чеснокова Е.А., Пресняков Р.А., Прядко А.Е., Зими́на Е.И., Гурьянова Н.Е. Врач и информационные технологии. 2020. № 3. С. 49-59.

9. Правовые модели регулирования вакцинопрофилактики в зарубежных странах: конституционно-правовая обоснованность и поиск баланса между частным и публичным интересом. Чеснокова Е.А., Акулин И.М. Закон. 2020. № 7. С. 35-46.

10. Телемедицина: правовой опыт регулирования субъектов Российской Федерации, перспективы развития. Акулин И.М., Чеснокова Е.А., Пресняков Р.А., Прядко А.Е. Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2020. № 5-6. С. 15-22.

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

12. Перспективы развития дополнительного медицинского страхования в рамках общей и цифровой системы здравоохранения Российской Федерации. Акулин И.М., Нам И.Л., Пресняков Р.А., Чеснокова Е.А. В сборнике: Медицина и право в XXI веке. Материалы XI ежегодной научно-практической конференции с международным участием. Санкт-Петербург, 2020. С. 7-18.

13. Уголовное судопроизводство по делам о ятрогенных преступлениях: необходимость правовой определённости. Чеснокова Е.А., Акулин И.М., Пресняков Р.А. В сборнике: Юридическая ответственность в сфере здра-

воохранения. Сборник статей по материалам Научно-практического круглого стола. Под общей редакцией В.И. Кайнова, В.П. Очерedyкo, В.П. Сальникова, Е.В. Семухиной. Санкт-Петербург, 2020. С. 231-238.

14. Уголовно-правовая политика Российской Федерации в сфере противодействия публичному распространению заведомо ложной информации: анализ новелл российского законодательства. Чеснокова Е.А., Акулин И.М. В сборнике: уголовная политика и правоприменительная практика. сборник материалов VIII-й Международной научно-практической конференции. Санкт-Петербург, 2020. С. 228-236.

15. Уголовно-правовые механизмы противодействия общественно опасным деяниям в отношении больших данных в системе здравоохранения: целесообразность дополнения уголовного кодекса. Акулин И.М., Чеснокова Е.А., Пресняков Р.А. В сборнике: Уголовное право: стратегия развития в XXI веке. материалы XVII Международной научно-практической конференции. Москва, 2020. С. 176-180.

16. Медицина и право в XXI веке. Материалы XI ежегодной научно-практической конференции с международным участием / Санкт-Петербург, 2020. – С. 120.

17. Legal regulation of the transmission of health-related data: balance of public interests and individual rights in the context of cross-border health care. Akulin I.M., Chesnokova E.A., Genovese U., Presnyakov R.A., Pryadko A.E. Vestnik of Saint Petersburg University. Law. 2021. T. 12. № 2. С. 419-440.

18. Концепция модельного закона “О социальной рекламе в области здорового образа жизни”. Акулин И.М., Чеснокова Е.А., Дивеева Н.И., Гурьянова Н.Е., Владимирова Е.Ю. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2021. Т. 29. № 6. С. 1516-1524.

19. Реалии реализации цифровых телемедицинских технологий в Российской Федерации. Черных Е.О., Акулин И.М., Чеснокова Е.А. В сборнике: XII ежегодная научно-практическая конференция “Медицина и право в XXI».

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

21. Прогресс медицины и право. Акулин И.М., Белоколодова Т.И. В сборнике: XII ежегодная научно-практическая конференция “Медицина и право в XXI веке”. Сборник трудов (дополнительные материалы). Санкт-Петербург, 2021. С. 7-30.

22. Централизация управления первичной медико-санитарной помощи на уровне субъекта Российской Федерации. Акулин И.М. В сборнике: XII ежегодная научно-практическая конференция “Медицина и право в XXI веке”. Сборник трудов (дополнительные материалы). Санкт-Петербург, 2021. С. 64-84.



23. Развитие государственной системы здравоохранения в условиях новых вызовов, связанных с пандемией Ковид-19. Акулин И.М., Белоколов Т.И. В сборнике: XII ежегодная научно-практическая конференция “Медицина и право в XXI веке”. Сборник трудов (дополнительные материалы). Санкт-Петербург, 2021. С. 30-44.

24. Обеспечение безопасности при применении медицинских изделий. Акулин И.М., Махова О.А., Чеснокова Е.А. Монография. Москва, 2021.

25. Ограничения медицинских и фармацевтических работников при осуществлении профессиональной деятельности. Урегулирование конфликта интересов. Акулин И.М., Махова О.А., Чеснокова Е.А. Монография. Москва, 2021.

26. Возможные подходы к реализации технологических решений в едином электронном здравоохранении странучастниц ЕАЭС. Акулин И.М., Чеснокова Е.А., Пресняков Р.А., Сvirкин М.В., Балькина Ю.Е., Гурьянова Н.Е. Менеджер здравоохранения. 2022. № 3. С. 60-69.

27. Трансформация института врачебной тайны в эпоху электронного здравоохранения. Акулин И.М., Чеснокова Е.А., Смирнова К.М., Пресняков Р.А. Закон. 2019. № 9. С. 179-189.

28. Правовые риски реализации нового закона о вопросах применения информационно-телекоммуникационных технологий и введения электронных форм документов в сфере здравоохранения в деятельности медицинских организаций. Акулин И.М. В сборнике: Реформы Здравоохранения Российской Федерации. Современное состояние, перспективы развития. Сборник материалов конференции IV ежегодной конференции с международным участием, посвященной памяти д.м.н. профессора, акад. МАНЭБ, з.д.н. РФ Полякова Игоря Васильевича. Под редакцией И.М. Акулина, О.В. Мирненко. 2017. С. 9-12.

29. Правовой режим квалифицированной электронной подписи в рамках системы здравоохранения Российской Федерации: проблемы отсутствия надлежащего уголовного регулирования. Акулин И.М., Чеснокова Е.А., Пресняков Р.А.

30. В сборнике: Уголовное право: стратегия развития в XXI веке. материалы XVI Международной научно-практической конференции. 2019. С. 659-664.

31. Нормативно-правовые основы применения телемедицинских технологий в Российской Федерации: В НАЧАЛЕ РЕФОРМ. Акулин И.М., Чеснокова Е.А. В сборнике: Инновации в здоровье нации. Сборник материалов V Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. 2017. С. 4-8.

32. Трансформация института врачебной тайны в эпоху электронного здравоохранения. Акулин И.М., Чеснокова Е.А., Смирнова К.М., Пресняков Р.А. Закон. 2019. № 9. С. 179-189.

33. Межтерриториальное взаимодействие в рамках обязательного медицинского страхования: опыт и проблемы. Акулин И.М., Носырева О.М., Орёл В.И., Петухова В.В. В сборнике: Реформы Здравоохранения Российской Федерации. Современное состояние, перспективы развития. Сборник материалов конференции V ежегодной конференции с международным участием, посвященная памяти д.м.н. профессора, акад. МАНЭБ, з.д.н. РФ Полякова Игоря Васильевича. Под редакцией И.М. Акулина, О.В. Мироненко. 2018. С. 6-15.

34. Концептуальные и организационно-правовые принципы функционирования новой публичной службы первичной медико-санитарной помощи (пмсп) населению на основе общеврачебной (семейной) практики. Акулин И.М. В сборнике: Реформы Здравоохранения Российской Федерации. Современное состояние, перспективы развития. VI-я ежегодная конференция с международным участием, посвященная памяти д.м.н. профессора, акад. МАНЭБ, з.д.н. РФ Полякова Игоря Васильевича. Под ред. И.М. Акулина, О.В. Мироненко. 2019. С. 6-9.

35. Междисциплинарное сотрудничество во взаимодействии врача и пациента в онкологии. Акулин И.М., Жигулева Л.Ю. В сборнике: Реформы Здравоохранения Российской Федерации. Современное состояние, перспективы развития. Сборник материалов конференции IV ежегодной конференции с международным участием, посвященной памяти д.м.н. профессора, акад. МАНЭБ, з.д.н. РФ Полякова Игоря Васильевича. Под редакцией И.М. Акулина, О.В. Мироненко. 2017. С. 13-15.

36. Опыт работы по исполнению государственного контракта ФФОМС на оказание образовательных услуг по дополнительной программе повышения квалификации работников системы обязательного медицинского страхования. Петухова В.В., Акулин И.М. В сборнике: Медицина и право в XXI веке. Ежегодная международная научно-практическая конференция. Под ред. Акулина И.М., 2018. С. 115-121.

37. Почему не развивается страхование профессиональной ответственности медицинских работников в Российской Федерации? Акулин И.М., Чеснокова Е.А., Данюкин Н.Н. В сборнике: Реформы Здравоохранения Российской Федерации. Современное состояние, перспективы развития. Сборник материалов конференции V ежегодной конференции с международным участием, посвященная памяти д.м.н. профессора, акад. МАНЭБ, з.д.н. РФ Полякова Игоря Васильевича. Под редакцией И.М. Акулина, О.В. Мироненко. 2018. С. 16-25.

38. Итоги первого рабочего совещания представителей стран-участников содружества независимых государств по подготовке модельного закона по общественному здравоохранению. Акулин И.М., Чеснокова Е.А., Пресняков Р.А., Медяник М.И., Гурьянова Н.Е. Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2019. № 4. С. 94-102.

39. Причины и условия ятрогенной преступности. Акулин И.М., Горяинов А.М. В сборнике: Проблемы выявления и расследования преступлений в сфере оказания медицинских услуг. Материалы Всероссийского научно-практического «круглого стола». Москва, 2016. С. 8-14.

40. Развитие медицинского страхования в РФ. Наперутье. Что дальше? Акулин И.М., Жигулева Л.Ю. В сборнике: Медицина и право в XXI веке. Ежегодная международная научно-практическая конференция. Под ред. Акулина И.М., 2018. С. 68-83.

41. Развитие системы здравоохранения россии: анализ внедрения электронной медицинской карты на примере Санкт-Петербурга. Васин А.Г., Свиркин М.В., Балькина Ю.Е., Акулин И.М. Дискуссия. 2019. № 4 (95). С. 48-60.

42. Третья научно-практическая конференция с международным участием. Медицина и право в XXI веке. Акулин И.М., Волкова С.В., Малышева Н.И., Горяинов А.М. Известия высших учебных заведений. Правоведение. 2012. № 1 (300). С. 221-241.

43. К вопросу о системе подготовки высококвалифицированных юридических кадров для сопровождения фармацевтического бизнеса и эффективного обращения лекарственных средств в Российской Федерации. Акулин И.М., Дивеева Н.И. Здоровье - основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения. 2015. Т. 10. № 1. С. 366-370.

## **КОНВЕНЦИЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ НАДНАЦИОНАЛЬНОГО ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ В ЕАЭС В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В УСЛОВИЯХ РАЗВИТИЯ ИННОВАЦИОННЫХ ЦИФРОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ**

**Акулин И.М., Чеснокова Е.А.,  
Пресняков Р.А., Белоколодова Т.И.\***

Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург, Российская Федерация, кафедра организации здравоохранения и медицинского права СПбГУ.

\*Доцент кафедры гражданского права и процесса юридического факультета Санкт Петербургского филиала Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики»

**Аннотация.** Трансформация здравоохранения в цифровое здравоохранение стран ЕАЭС является актуальной задачей в интересах защиты прав граждан в предоставлении качественной и доступной медицинской помощи. Разработанные авторами принципы законодательства стран ЕАЭС и совместная координация действий в данной сфере является актуальной. Данное решение позволит повысить управляемость в здравоохранении, реализацию механизма поддержки решений, анализа ситуации в здравоохранении каждой страны,

развитию персонализированной медицины основанной на принципах профилактики и предупреждения болезней.

**Ключевые слова:** трансформация здравоохранения, цифровизация, информационные технологии, персональные данные, пациент.

## **CONVENTION FOR THE IMPROVEMENT OF SUPRANATIONAL LEGAL REGULATION IN THE EAEU IN THE FIELD OF HEALTHCARE IN THE CONTEXT OF THE DEVELOPMENT OF INNOVATIVE DIGITAL TECHNOLOGIES**

**Akulin I.M., Chesnokova E.A.,**

**Presnyakov R.A., Belokolodova T.I.\***

St. Petersburg State University, St. Petersburg, Russian Federation, Department of Healthcare Organization and Medical Law of St. Petersburg State University.

\*Associate Professor of the Department of Civil Law and Process of the Faculty of Law of the St. Petersburg Branch of the National Research University “Higher School of Economics”

**Annotation.** *The transformation of healthcare into digital healthcare in the EAEU countries is an urgent task in the interests of protecting the rights of citizens in providing high-quality and affordable medical care. The principles of the legislation of the EAEU countries developed by the authors and joint coordination of actions in this area are relevant. This solution will improve the manageability in healthcare, the implementation of a decision support mechanism, the analysis of the situation in healthcare in each country, the development of personalized medicine based on the principles of prevention and prevention of diseases.*

**Keywords:** *healthcare transformation, digitalization, information technology, personal data, patient.*

**Поэтапная трансформация здравоохранения в цифровое здравоохранение полностью соответствует целям повышения эффективности сферы здравоохранения, она позволяет:**

- повысить эффективность управления в здравоохранении,
- реализации механизма поддержки врачебных решений,
- возможности аналитики данных для улучшения качества, методов оказания медицинской помощи,
- развитию персонализированной медицины, ориентированной на предупреждение болезней, а не только на борьбу с ними

Мы выделяем уровни аккумуляции цифровых данных:

*1 уровень.* Федеральная система ЕГИСЗ

2 уровень. Региональные фрагменты ЕГИСЗ

3 уровень. медицинские информационные системы (МИС) медицинских организаций

4 уровень. ЭМК пациента

5 уровень. Наднациональные информационные системы

Основные документы, регламентирующие функционирование ЕГИСЗ РФ являются:

- Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ **«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»** (далее – Закон об охране здоровья), закладывающий основу функционирования ЕГИСЗ;

- Постановление Правительства РФ от 05.05.2018 № 555 **«О единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения»** (далее – Постановление о единой системе), которым утверждено Положение о ЕГИСЗ;

- Постановление Правительства РФ от 12.04.2018 № 447 **«Об утверждении Правил взаимодействия иных информационных систем, предназначенных для сбора, хранения, обработки и предоставления информации, касающейся деятельности медицинских организаций и предоставляемых ими услуг, с информационными системами в сфере здравоохранения и медицинскими организациями»**.

Данные документы определяют новые возможности по вопросам применения информационных технологий, в частности:

- допускается оформление ИДС в электронной форме (ч. 7 ст. 20);

- определяется особенность медицинской помощи, оказываемой с применением телемедицинских технологий (ст. 36.2);

- разрешается выдача заключений, справок, рецептов на ЛП и МИ в форме электронного документа с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи (п. 3 ст. 78)

- определяется порядок информационного обеспечения в здравоохранении (ст. 91)

- положения об ЕГИСЗ в сфере здравоохранения (ст. 91.1).

При этом необходимо подчеркнуть наличие основных организационно-правовых рисков на региональном уровне.

1. Отсутствие нормативно-правового регулирования, обеспечивающего **использование единых стандартов медицинских данных**, которые должны быть зашифрованы определенной системой шифрования;

2. Обеспечение **безопасной обработки**, хранения и передачи персональных данных о пациентах и, в частности, информации, **составляющей медицинскую тайну**;

3. Риски нарушения международного и конституционного **принципа неприкосновенности частной жизни**;

4. Необходимость **адаптации действующей нормативно-правовой базы** к современным реалиям в целях реализации новых перспектив использования цифровых данных.

На межгосударственном уровне эти риски касаются **отсутствия единого понятийного аппарата**, как фактор, препятствующий провозглашению общих принципов и выработке единых подходов к созданию совместимых национальных медицинских информационных систем.

*Проблема 1.*

**Отсутствие единых стандартов медицинских данных характеризуется:**

1. На уровне ИЭМК пациента: Проблемы в интеграции данных;
2. На уровне МИС: проблемы в обмене информацией;
3. На уровне национальных и региональных ИС: препятствия для искусственного интеллекта и машинного обучения на базе единой электронной платформы для качественной обработки и выполнение задач по прогнозированию заболеваемости и рисков для здоровья;
4. На наднациональном уровне: проблемы в обмене информацией.

*Проблема 2.*

**Обеспечение безопасной обработки, хранения и передачи персональных данных о пациентах и, в частности, информации, составляющей медицинскую тайну.**

В развитых странах мира объем информации, связанной со здоровьем пациентов, занимает большой сектор данных - 30% объема информации в мире генерируется в отрасли здравоохранения и смежных отраслях. Информация о пациенте за год составляет около 80 мегабайт, которая инкорпорируется в электронную медицинскую карту.

*Проблема 3.*

**Риски нарушения международного и конституционного принципа неприкосновенности частной жизни, иных прав пациента и гражданина.**

Баланс публичного и частного

- Право на отказ от цифровизации
- Право на анонимность
- Право на забвение

Право пациента на регулирование доступа к информации  
Необходимость учитывать технические и материальные возможности, уровень компьютерной грамотности

*Проблема 4.*

**Необходимость адаптации действующей нормативно-правовой базы к современным реалиям в целях реализации новых перспектив использования цифровых данных.**

Необходимо создать единую стандартизацию, порядок регистрации и применения МИ, определить право доступа к персональным данным.

**Обратимся к важному документу - Регламенту ЕС 2016/679 GDPR (General Data Protection Regulation – Общий регламент о защите данных).**

Это акт прямого действия:

- Регламент оставляет государствам-членам ЕС свободу действия в целях определения предписаний, в том числе для обработки особых категорий персональных данных

- Данные о состоянии здоровья: все данные, которые относятся к состоянию здоровья субъекта данных (информация, полученная в результате исследования или обследования части тела или телесного материала, включая генетические данные и биологические образцы; а также любая информация, например, о заболевании, инвалидности, риске заболевания, медицинском анамнезе, клиническом лечении или о физиологическом или медико-биологическом состоянии субъекта данных, независимо от источника данных, например, они могут быть получены от врача или другого медицинского работника, больницы, медицинского оборудования или в результате диагностики в лабораторных условиях).

- Данные о состоянии здоровья – специальная категория персональных данных

- Общее правило: запрет на обработку.

Резюмируя акт GDPR необходимо подчеркнуть, что в вопросах формирования профиля на основе данных о состоянии здоровья Регламент устанавливает полный запрет, который может быть преодолен только при одновременном соблюдении двух условий:

- если сам субъект данных дал согласие на создание профиля, или если имеет место значимый общественный интерес в области общественного здравоохранения;

- если имеются приемлемые меры защиты прав, свобод и законных интересов субъекта данных.

## **Основания, допускающие обработку персональных данных (ст. 9, параграф 2):**

– в общественных интересах в области общественного здравоохранения, например, для защиты от серьезных трансграничных угроз здоровью или для обеспечения высоких стандартов качества и надежности медицинского обслуживания и лекарственных средств или медицинской техники, на основании законодательства Союза или государства-члена ЕС;

– субъект данных дал прямое согласие на обработку персональных данных для одной или нескольких установленных целей, кроме случаев, когда законодательство Союза или государства-члена ЕС предусматривает, что запрет, не может быть отменен субъектом данных (а);

– обработка необходима для защиты жизненных интересов субъекта данных или другого физического лица, если субъект данных физически или юридически неспособен дать свое согласие (с);

– обработка относится к персональным данным, которые субъект данных явно сделал общедоступными (е).

Данная Конвенция безусловно необходима. Она позволяет решать вопросы интеграции в рамках ЕАЭС в сфере цифрового здравоохранения.

Глобальная информатизация здравоохранения также затронула стран-участниц ЕАЭС (Евразийский экономический союз), в составе которого Республики Армения, Беларусь, Казахстан, Кыргызстан и Россия.

- Интеграция в рамках ЕАЭС в области цифрового здравоохранения позволит существенно повысить качество медицинской помощи, в том числе откроет возможность непрерывного обмена опытом между специалистами различных уровней (не только в рамках одной страны).

- Цифровизация здравоохранения в первую очередь требует формирования единого информационного пространства, внедрения электронных медицинских карт (электронный документооборот), развития телемедицины и др.

Какие проблемы мы видим в сфере цифровизации здравоохранения в Российской Федерации.

- Цифровизация здравоохранения происходит дифференцированно (крупные города развивают цифровое здравоохранение быстрее иных городов);



- Наибольшие успехи у Москвы, где уже создано 15 миллионов электронных медицинских карт, и внедрена система поддержки принятия врачебных решений.

- Сегодня в России успешно формируется единое цифровое пространство здравоохранения.

### **Общие вопросы развития цифровизации здравоохранения стран-участниц ЕАЭС.**

Сформировалась ярко выраженная потребность законодательной поддержки эффективной цифровизации здравоохранения в виде разработки и принятия нормативных правовых актов по направлениям:

- о телемедицине;
- защите прав потребителей услуг электронного здравоохранения, его государственного регулирования;
- Формирования единых подходов и решений стран-участниц ЕАЭС.

В целях формирования наднационального цифрового контура в сфере здравоохранения в рамках ЕАЭС необходимо перенимать положительный опыт стран-сотрудниц ЕАЭС в целях совершенствования каждой страной своей национальной стратегии в области цифрового здравоохранения!

### **Основные положения (блоки) Конвенции ЕАЭС в сфере совершенствования наднационального правового регулирования цифрового здравоохранения:**

1. Формирование единого понятийного аппарата (определение ЭМК, телемедицины, передачи данных, трансграничной передачи и т.д.)

2. Формировать единую правовую сущность ЭМК. Задать Единый вектор к определению порядка доступа к электронным медицинским сведениям медицинскими работниками, иными лицами. Определить объем прав пациентов (разрешение, запрет доступа и др.), включая возможности внесения в нее изменений, ответственности лиц.

3. Единый подход к трансграничной передачи медицинских данных (основным подходом видится блокчейн).

4. Правовые основы порядка осуществления трансграничной телемедицины (врач-врач, врач-пациент).

#### **Остановимся подробнее на данных блоках.**

**Формирование единого понятийного аппарата (определение ЭМК, телемедицины, передачи данных, трансграничной передачи и т.д.).**

- В данном блоке должны быть определены общие начала, основные термины, которые позволят взаимодействовать в рамках единого цифрового контура ЕАЭС.

- В России пока отсутствует общий, единый терминологический подход.

- Однако, например, интересным представляется опыт Республики Казахстан, в которой в целях создания правовых условий для проведения цифровизации отрасли здравоохранения разработан и принят Кодекс Республики Казахстан от 7 июля 2020 года № 360-VI ЗРК «О здоровье народа и системе здравоохранения», глава 7 которого посвящена цифровому здравоохранению.

- Данным нормативным правовым актом закреплены определения базовым понятиям (цифровое здравоохранение, персональные медицинские данные, телездоровоохранение, телемедицинская сеть, Национальный электронный паспорт здоровья, электронный паспорт здоровья и др.), принципы цифрового здравоохранения, в частности, обеспечение защиты объектов информатизации здравоохранения, поддержка обеспечения доступности, объективности, непрерывности оказания медицинской помощи, поддержка повышения качества медицинских услуг и др.

- Данный нормативно-правовой акт мог бы стать основой для выработки единого понятийного аппарата стран-участниц ЕАЭС.

**Формировать единую правовую сущность ЭМК. Задать Единый вектор к определению порядка доступа к электронным медицинским сведениям медицинскими работниками, иными лицами. Определить объем прав пациентов (разрешение, запрет доступа и др.), включая возможности внесения в нее изменений, ответственности лиц.**

- В рамках данного блока необходимо, во-первых, установить презумпцию согласия на сбор, обработку и хранение данных, определить общий порядок передачи данных в государственные системы цифрового здравоохранения стран-участниц ЕАЭС, единый подход обмена данными, а также а определить перечень субъектов, обладающих правом доступа к персональным медицинским данным.

- Также будет определен единый подход по субъектному составу: кто и как будет иметь доступ. Нам, например, видится, что всегда смогут иметь доступ врачи, а пациент сможет видеть в электронной медицинской карте кто и когда получал доступ к его данным.

- Схожий подход, например, существует в Республике Армения. Там предоставлено право пациенту закрыть доступ медицинскому ра-

ботнику к интегрированной электронной истории болезни, получить информацию обо всех лицах, имевших доступ к электронной истории болезни.

- В Республике Кыргызстан определено следующее право пациентов – это управление пациентом данными доступа к собственному электронному паспорту здоровья пациента (далее - ЭПЗ): создание доверенности и управление введенными данными других лиц; управление данными ЭПЗ пациента, доступ к которым пациент желает закрыть. Доверенное лицо имеет право просматривать данные ЭПЗ, а также выполнять действия с ними.

**Необходимо в данном блоке дополнительно рассмотреть различные особенности стран ЕАЭС.**

- Различный объем данных, содержащихся в ЭМК государств-участниц ЕАЭС, также может породить различную правоприменительную практику, что в конечном счете потребует гармонизации правового регулирования.

- В Республике Казахстан приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2020 года № •Р ДСМ-175/2020 утверждены формы учетной документации в области здравоохранения. Указанный документ определяет не только формы учетной документации, но вид документации (электронный, бумажный и оба варианта одновременно) и сроки ее хранения. Представляется интересным, что медицинское заключение о состоянии здоровья иностранца, лица без гражданства, мигранта, трудящегося-мигранта, (в том числе из государства-члена ЕАЭС) форма №028/у хранится исключительно в бумажном виде (срок хранения 3 года).

- Аналогичный подход и в России, при этом какие медицинские документы предоставляются в единую систему определяется на уровне субъектов РФ.

- В рамках рассматриваемого блока будет определен и объем и вид медицинских документов, которые будут аккумулировать страны-участницы ЕАЭС, а в последующем по ним будет возможен и обмен медицинской информацией.

- Отдельно необходимо в данном блоке определить возможность внесения изменений в медицинскую документацию, когда пациент из одной страны-участницы ЕАЭС будет получать помощь в другой стране, где зарубежный врач будет вносить такие изменения.

**Единый подход к трансграничной передаче медицинских данных (основным подходом видится блокчейн).**

- Одним из возможных подходов видится интеграцию через систему блокчейн, при этом возможны и иные способы, однако, они не смогут сформировать единую, защищенную систему.

- При этом, необходимо определить единый подход, который удовлетворит все страны-участницы ЕАЭС.

- Например, Приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 июня 2021 года №КР ДСМ-54 утверждены Правила разграничения прав доступа субъектов цифрового здравоохранения. Согласно пунктам 26-27 указанных правил трансграничная передача персональных медицинских данных на территорию иностранных государств осуществляется в случае обеспечения этими государствами защиты персональных данных в порядке, установленных Законом о персональных данных.

- Мы должны выработать единый подход при передачи данных, при этом он должен соответствовать требованиям защиты всех стран-участниц ЕАЭС.

Правовые основы порядка осуществления трансграничной телемедицины (врач-врач, врач-пациент).

- Данный блок является следствием предыдущего, так как после определения подходов по обмену медицинскими данными, можно будет и определить подходы по взаимодействию врач-врач, врач-пациент, в рамках телемедицинских консультаций.

**Таким образом представляя основные положения Конвенции совершенствования наднационального правового регулирования в ЕАЭС в сфере здравоохранения в условиях развития инновационных цифровых технологий необходимо учесть все выявленные риски и особенности национального регулирования данного сложного процесса. Считаем необходимым продолжить совместные усилия по достижению поставленной цели в интересах пациентов стран ЕАЭС.**

УДК 34.01

## **ПРОБЛЕМА СВОБОДЫ ВОЛИ В КОНТЕКСТЕ НЕЙРОПРАВА** **Гущина В. С.,**

магистр, юридический факультет  
Санкт-Петербургский государственный университет,  
Российская Федерация, 199034, Санкт-Петербург,  
Университетская наб., 7–9; v.gushchina98@mail.ru, +7 969 796 71 31

## **Тарасенко Д. В.,**

магистр, юридический факультет  
Санкт-Петербургский государственный университет,

Российская Федерация, 199034, Санкт-Петербург, Университетская наб., 7–9; st074076@student.spbu.ru

**Поляков А. В.,**

доктор юридических наук, проф., Санкт-Петербургский государственный университет, Российская Федерация, 199034, Санкт-Петербург, Университетская наб., 7–9; a.polyakov@spbu.ru

**Аннотация.** *В последние годы все больше ученых обращаются к исследованию мозга, чтобы ответить на вопрос: «Почему правонарушители так поступают?». Все больше обсуждается вопрос использования нейробиологии или поведенческой генетики обвиняемых по уголовным делам. Подсудимые по уголовным делам все чаще представляют такие доказательства биологических расстройств, чтобы убедить суд в своей недееспособности или смягчить наказание. Нейроправо – это быстро развивающаяся область междисциплинарных исследований, касающихся актуальности нейробиологических наук для права, особенно уголовного права и процесса. В этой области исследуется влияние открытий в нейробиологии на правовые нормы и стандарты. Свобода воли часто считалась центральным элементом уголовной ответственности. Но существование свободы воли сейчас активно обсуждается, некоторые ученые приходят к мнению об иллюзорности данного термина, ставя его под сомнение. Достижения в области нейронауки ставят под сомнение волю, стоящую за многими преступлениями. Некоторые нейробиологи считают, что основы нашей системы уголовного правосудия начинают рушиться, в связи с чем обществу необходим новый путь развития закона и порядка. На основании недавних открытий нейробиологии отрицалось само существование свободы воли. Эти дебаты имеют важное значение для тех областей, в которых связь между свободой воли и поведением является основным предметом интереса, таких как судебная психиатрия, уголовное судопроизводство. В Европе нейробиологические доказательства все чаще используются в залах судебных заседаний по уголовным делам как часть показаний психиатров, устраивая дебаты о результатах исследований мозга. Хотя в значительной степени это обсуждается, но до сих пор использование нейробиологии в уголовном процессе не регламентируется правовыми нормами. Науки, изучающие мозг, начинают затрагивать вопросы, которые когда-то были прерогативой только философов и психологов, вопросы о том, как люди принимают решения и в какой степени эти решения действительно «свободны». В конечном счете, они сформируют будущее теории права и создадут более биологически обоснованную законодательную базу.*

**Ключевые слова:** нейроправо, свобода воли, уголовная ответственность, уголовное право, уголовный процесс, нейробиология.

## THE PROBLEM OF FREE WILL IN THE CONTEXT OF NEUROLAW

**Gushchina V.S.**

Master's Degree, Saint Petersburg State University,  
Russian Federation, 199034, Saint Petersburg, Universitetskaya nab.,  
7-9; v.gushchina98@mail.ru , +7 969 796 71 31

**Tarasenko D.V.**

Master's Degree, Saint Petersburg State University,  
Russian Federation, 199034, Saint Petersburg, Universitetskaya nab.,  
7-9; st074076@student.spbu.ru

**Polyakov A.V. (scientific supervisor)**

Doctor of Law, Professor, St. Petersburg State University,  
Russian Federation, 199034, St. Petersburg, Universitetskaya nab., 7-9;  
a.polyakov@spbu.ru

**Abstract.** *In recent years, more and more scientists have turned to brain research to answer the question: «Why do offenders do this?». The use of neurobiology or behavioral genetics by criminal defendants is increasingly being discussed. Defendants in criminal cases are increasingly presenting such evidence of biological disorders in order to convince the court of their incapacity or mitigate the punishment. Neurolaw is a rapidly developing field of interdisciplinary research concerning the relevance of neurobiological sciences to law, especially criminal law and process. In this field, the influence of discoveries in neuroscience on legal norms and standards is investigated. Free will was often considered a central element of criminal responsibility. But the existence of free will is now being actively discussed, some scientists come to the opinion that this term is illusory, questioning it. Advances in neuroscience call into question the will behind many crimes. Some neuroscientists believe that the foundations of our criminal justice system are beginning to crumble, and therefore society needs a new way of developing law and order. On the basis of recent discoveries of neuroscience, the very existence of free will was denied. These debates are important for those areas in which the relationship between free will and behavior is the main subject of interest, such as forensic psychiatry, criminal justice. In Europe, neurobiological evidence is increasingly being used in criminal courtrooms as part of the testimony of psychiatrists, setting up debates about the results of brain research. Although this is largely discussed, the use of neurobiology in criminal proceedings is still not regulat-*

*ed by legal norms. The sciences that study the brain are beginning to touch on issues that were once the prerogative of only philosophers and psychologists, questions about how people make decisions and to what extent these decisions are really «free». Ultimately, they will shape the future of legal theory and create a more biologically sound legislative framework.*

**Keywords:** *neurolaw, freedom of will, criminal responsibility, criminal law, criminal procedure, neurobiology.*

**Введение.** 40-летний школьный учитель начинает тайно собирать детскую порнографию и ухаживать за своей несовершеннолетней падчерицей<sup>1</sup>. Его осмотрели психиатр и невролог. Результаты МРТ показали огромную орбитофронтальную опухоль мозга. После удаления опухоли незаконное сексуальное поведение учителя прекращается. Через несколько месяцев незаконное данное поведение возвращается. Были проведены новые результаты МРТ, которые показали, что опухоль тоже вернулась. Опухоль повторно была удалена, после чего его юридически значимое сексуальное поведение прекратилось<sup>2</sup>.

В этой ситуации можно поставить несколько сложных морально-этических вопросов. В какой степени этот школьный учитель должен считаться уголовно ответственным за свое поведение?<sup>3</sup> Что означает подобный случай для уголовной ответственности людей с (приобретенным) педофильным поведением в целом?<sup>4</sup> Что это значит для роли нейровизуализации в уголовных делах? И наконец, свободна ли воля данного учителя при совершении преступления? Это лишь некоторые вопросы, которые могут возникнуть в связи с этим часто цитируемым случаем, описанным Бернсом и Свердловым<sup>5</sup>. Такие вопросы можно отнести к категории «нейропрофессиональных».

---

<sup>1</sup> Burns J.M., Russell H.S. *Right orbitofrontal tumor with pedophilia symptom and constructional apraxia sign* // *Archives of neurology*. 2003. № 60 (3). P. 40.

<sup>2</sup> Glenn A.L., Raine A. *Neurocriminology: implications for the punishment, prediction and prevention of criminal behavior* // *Nat Rev. Neurosci*. 2014. № 15 (1). P. 54-63.

<sup>3</sup> Meynen G. *The Routledge International Handbook of Biosocial Criminology*. Abingdon: Routledge, 2015. - P. 544–557.

<sup>4</sup> Gilbert F. *Rethinking responsibility in offenders with acquired paedophilia: Punishment or treatment?* // *International journal of law and psychiatry*. 2015. № 38. P. 51-60.

<sup>5</sup> Burns J.M., Russell H.S. *Swerdlow. Right orbitofrontal tumor with pedophilia symptom and constructional apraxia sign* // *Archives of neurology*. 2003. № 60 (3). P. 41.

Под термином «нейроправо» понимаются междисциплинарные научные исследования нервной системы. Это наука, которая объединяет результаты исследований во многих областях, в том числе в области биологии, медицины, биохимии, биофизики, когнитивистики, философии и психологии. Прежде всего следует отметить, что нейронаука становится все более популярной среди практиков и теоретиков права, поскольку ее методы позволяют изучать очень сложные мозговые процессы, используя относительно простые техники. Увеличение заинтересованности в использовании нейронауки происходит в основном за счет повышения доступности и чувствительности методов нейровизуализации, таких как функциональная магнитнорезонансная томография (далее – фМРТ), позитронно-эмиссионная томография (далее – ПЭТ), однофотонная эмиссионная компьютерная томография (далее – ОФЭКТ). Популярность исследований в области нейронауки привела к появлению новых наук, таких как нейрокоммуникация, нейромаркетинг и нейроправо<sup>6</sup>.

**1. Направления нейроправа.** Гербен Мейнен выделяет три основных направления исследований нейроправа: пересмотр, оценка и вмешательство<sup>7</sup>.

В области пересмотра, исследование фокусируется на том, должны ли результаты нейробиологии привести к пересмотру действующего закона и судебной практики. По его мнению, данные нейробиологии показывают, что свобода воли является иллюзией. Поскольку свободная воля считается необходимой для ответственности никто не должен нести уголовную ответственность. Этот аргумент должен привести к серьезному пересмотру уголовного законодательства, исключив элементы вины и возмездия<sup>8, 9</sup>. Такой пересмотр может также означать, что утверждение стороны защиты о невменяемости подсудимого больше не актуально, потому что ни один обвиняемый никогда не будет нести уголовную ответственность. Следовательно,

---

<sup>6</sup> Станек Ю. *Право и нейронаука – точки пересечения* // *Правоведение*. 2017. № 4 (333). С. 21.

<sup>7</sup> Meynen G. *Neurolaw: Neuroscience, Ethics, and Law. Review Essay* // *Ethical Theory and Moral Practice*. 2014. № 17. P. 819-829.

<sup>8</sup> Meynen G. *Neurolaw: Neuroscience, Ethics, and Law. Review Essay* // *Ethical Theory and Moral Practice*. 2014. № 17. P. 819-829.

<sup>9</sup> Greene J., Cohen J. *For the law, neuroscience changes nothing and everything* // *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*. 2004. № 359 (1451). P.1775–1785.



психиатрическая экспертиза обвиняемых устареет, по крайней мере, в той части, которая касается элемента уголовной ответственности, ведь все подсудимые не обладают свободой воли.

Вторая область исследования – оценка людей. Для уголовного права важно психическое состояние участников уголовного процесса (обвиняемых, свидетелей, присяжных и др.)<sup>10,11</sup>. Возможно, в будущем юристам придется отвечать на такие вопросы, как:<sup>12,13</sup> Страдает ли обвиняемый психическим расстройством? Является ли он невменяемым или он неспособен участвовать в уголовном процессе? Каков риск рецидива для данного заключенного? Что точно помнит свидетель, врет ли он? Предвзят ли предполагаемый присяжный заседатель против определенных групп людей? Возможно, в будущем на такие вопросы можно будет ответить с помощью методов нейробиологии.

Третья область исследований касается нейробиологических вмешательств. На данный момент в этой области существует мало возможностей, но ожидается, что нейробиология приведет, например, к вариантам лечения заболеваний, вызывающих девиантное поведение, которые снизят риск рецидивизма. Морс С.Дж. и Роскис А.Л писали о возможности глубокой стимуляции мозга для снижения полового влечения, которая может применяться к сексуальным преступникам<sup>14</sup>. В будущем такие вмешательства на основе мозга могут стать доступными и обязательно вызовут многогранные вопросы и обсуждение. Например, следует ли привлекать к ответственности человека, мозг которого был подвергнут манипуляции с целью совершения преступления, и если да, то на каких условиях?<sup>15,16</sup>

---

<sup>10</sup> Jones O.D., Marois, R., Farah, M.J., Greely, H.T. *Law and neuroscience // The Journal of Neuroscience*. 2013. № 33 (45). P. 17624–17630.

<sup>11</sup> Morse S.J., Roskies A.L. *A Primer on Criminal Law and Neuroscience*. - New York: Oxford Scholarship Online, 2013. - P. 30.

<sup>12</sup> Там же. P. 30.

<sup>13</sup> Там же. P. 32.

<sup>14</sup> Fuss J., Auer M.K., Biedermann S.V., et al. *Deep brain stimulation to reduce sexual drive // J Psychiatry Neurosci*. 2015. № 40. P. 43.

<sup>15</sup> Meynen G. *Neurolaw: Neuroscience, Ethics, and Law. Review Essay // Ethical Theory and Moral Practice*. 2014. № 17. P. 819-829.

<sup>16</sup> Bublitz C. *Merkel R. Guilty Minds in Washed Brains? Manipulation Cases and the Limits of Neuroscientific Excuses in Liberal Legal Orders*. New York: Neuroscience and Legal Responsibility, 2013. - P. 43.

**2. Свобода воли.** Станек Ю. разделяет вопросы нейроправа на 2 группы. Первые касаются проблем, лежащих в основе права. Например, исследования свободы воли, ответственности и мотивационных процессов. Ответы на эти вопросы могут повлечь за собой необходимость реформирования всей правовой системы. Вторая группа вопросов ограничена определенной сферой права. Например, субъективных состояний, таких как боль, память или правдивость, процесса судебного разбирательства, в частности оценки доказательств (например, показаний свидетелей), и процесса принятия решений судьями; преступности несовершеннолетних; в области наркомании и психических заболеваний<sup>17</sup>.

Разеев Д.Н. выделяет в современной аналитической философии три основополагающих установки относительно свободы воли: детерминизм, либертарианство и компатибилизм.

Детерминизм представляет собой «научнофилософскую установку, которая подвергает сомнению существование свободы воли в человеке. Мир – это закрытая физическая система, в которой каждое событие выступает следствием и причиной других физических событий. Здесь нет места свободе воли. Если принять, что свободы воли не существует, мы должны признать, что все нынешние события – следствие предыдущих наших выборов и действий; иными словами, все наши действия предопределены, а мы, по сути, не предпринимая никаких действий свободно, ибо они являются лишь следствием условий, в которых мы оказались. Отсутствие свободы воли приводит к тому, что в каждой ситуации мы можем вести себя только каким-то определенным образом»<sup>18</sup>.

Сторонники либертарианства считают, что тезис детерминизма ложен, и не все события мира предопределены его прошлыми состояниями. По их мнению, свобода воли – это неотъемлемая характеристика человеческого существа, законы свободы существуют независимо от законов природы. «Свобода – основа моральной ответственности субъекта, норм его поведения и принципов сосуществования с другими, что нельзя вывести ни из формальных законов мышления, ни из законов физики»<sup>19</sup>.

---

<sup>17</sup> Станек Ю. *Право и нейронаука – точки пересечения* // *Правоведение*. 2017. № 4 (333). С. 22.

<sup>18</sup> Разеев Д.Н. *Свобода воли и когнитивный механизм выбора* // *Вестник Томского государственного ун-та*. 2019. № 439. С. 111.

<sup>19</sup> Там же. С. 111.

Компатибилисты пытаются разработать такой словарь описания физической реальности, который допускал бы наличие свободы, в том числе и свободы воли человека, законов сосуществования в обществе и моральной ответственности.

**3. Эксперименты Бенджамина Либета.** Началом дискуссии о свободе воли можно считать предложенную американским психологом Бенджамином Либетом<sup>20</sup> экспериментальную парадигму в восьмидесятых годах 20 века.

Разеев Д.Н. описывает эксперимент Б. Либета следующим образом: «каждого из участников эксперимента просили совершить определенное телесное движение, например, согнуть кисть правой руки в тот момент, когда ему этого захочется. Б. Либет фиксировал с помощью неинвазивных технических средств мозговую и мышечную активность участников эксперимента. К тому времени уже было известно, что процессу мышечного движения, фиксируемого с помощью электромиографа, предшествует электрохимический процесс в моторных отделах мозга, называемый потенциалом готовности к действию, фиксируемый с помощью электроэнцефалографа. Для того чтобы понять, в какой момент участники эксперимента принимали решение согнуть кисть правой руки, Б. Либет придумал следующий алгоритм действий: перед участниками эксперимента помещался большой циферблат со стрелкой, которая двигалась достаточно быстро, совершая полный оборот приблизительно за две с половиной секунды. Задача каждого из участников эксперимента заключалась в том, чтобы запомнить, где находилась стрелка на циферблате часов в тот момент, когда ими было принято решение совершить соответствующее телесное движение. Б. Либет полагал, что таким образом ему удалось зафиксировать не только активность в мозге и мышцах у каждого участника эксперимента, но и сопоставить происходящее как бы на одной временной шкале с субъективным потоком переживаний, а именно с желанием совершить телесное движение по своему произволу. Б. Либет зафиксировал, что эта активность в моторной коре наступала за 350 мс. до осознания субъектом своего решения совершить соответствующее телесное движение»<sup>21</sup>.

---

<sup>20</sup> Libet B. *Unconscious cerebral initiative and the role of conscious will in voluntary action* // *Behavioral and Brain Sciences*. 1985. № 8 (4). P. 529–539.

<sup>21</sup> Разеев Д.Н. *Свобода воли и когнитивный механизм выбора* // *Вестник Томского государственного ун-та*. 2019. № 439. С. 110.

Таким образом, Б. Либет пришел к мнению, что решение совершить телесное движение нельзя считать свободным, ведь движение началось еще до того, как человек принял решение совершить его. Решение совершить движение – «скорее фиксация определенного процесса в мозге как бы задним числом уже на уровне субъективно-переживания, отрицающая тем самым существования свободы воли»<sup>22</sup>.

Позже Б. Либет уточнил свою теорию, даже нашел некоторую свободу воли. Б. Либет обратил внимание, что «испытываемые не всегда совершают те моторные движения, для которых в их мозге уже начинал формироваться потенциал готовности и которые предсказывали экспериментаторы. Он утверждал, что у субъекта, в чьем мозге уже начинал формироваться потенциал готовности для определенного моторного движения, после его осознания (т.е. за 200 мс до его начала), но до того момента, когда движение становится необратимым (т.е. за 50 мс), имеется в распоряжении около 100 – 150 мс, когда субъект может как бы отменить решение совершить запланированное моторное движение»<sup>23</sup>. Б. Либет назвал данное явление «принципом вето», фактически приравняв его к свободе воли.

Теперь попытаемся разобраться с тем, а можно ли считать выводы Б. Либета достаточными для решения вопроса о свободе воли?

Стоит отметить, что в современных дискуссиях о свободе воли существует смысловое смешение таких понятий, как свобода выбора какого-либо действия и свободы воли. Не удивительно, что движениями нашего тела управляет мозг. В этом отношении мозг выступает неким «теловодом». Однако, как же так получается, что некоторые нейрочеловеки, психологи, философы на основе данного тезиса о том, что нашими движениями управляет мозг, вовсе отрицают наличие свободы воли или, не будучи столь категоричными, интерпретируют данный тезис в сторону ограничения свободы воли? Необходимо разобраться, в чем разница между данными понятиями свободы выбора и свободы воли?

Приведем пример, связанный со свободой выбора. Проведем мысленный эксперимент, который заключается в следующем. Представим, как Вам необходимо преодолеть путь из точки А в точку Б. Для этого Вы можете выбрать либо тропинку Д, по которой достигнете цель быстрее, но промочите ноги, либо сухую тропинку Е, но более длинную. Д.Н. Разеев на примере данной ситуации говорит о том,

---

<sup>22</sup> Там же. С. 110.

<sup>23</sup> Там же. С. 111.

что мы имеем дело ни с чем иным, как проблемой выбора, тогда как, имеет ли место здесь свобода воли, ставится под вопрос<sup>24</sup>.

В этой связи, Д.Н. Разеев, называя животное минимальным агентом действий, говорит о том, что «способность к выбору действий – это когнитивный механизм, позволяющий живому существу выживать в постоянно меняющейся окружающей среде... быть агентом свободной воли означает не только способность реализации некоторого действия по собственному произволу, но и бремя ответственности за это действие и его последствия»<sup>25</sup>. Таким образом, можно развести данные понятия способности к выбору и свободы воли, выделяя основное различие, присущее свободе воли, заключающееся в бремени ответственности за те или иные действия.

Основная критика исследований Б. Либета заключается в том, что его эксперименты направлены на изучение скорее когнитивного механизма выбирать, что присуще всем живым существам. Однако свобода воли остается в данных исследованиях в стороне, поскольку не учитывается феноменальный аспект и измерение ответственности субъекта за совершаемое им действие, что является главным отличительным признаком свободы воли. Так, Д.Н. Разеев приходит к выводу, согласно которому результаты исследования Б. Либета о том, что «выбор того или иного действия инициируется мозгом бессознательно и осознается лишь спустя некоторое время, не подтверждают и не отрицают наличие в человеке свободы воли»<sup>26</sup>.

Были ли иные исследования, которые подтвердили выводы Б. Либета? Так, по прошествии двух десятилетий после Б. Либета были подтверждены результаты данного исследования учеными Ч.С. Суном и Дж.-Д. Хейнсом<sup>27</sup> в аналогичном опыте. Суть данного эксперимента сводилась к тому, чтобы на основе активности мозга предсказать какой рукой (правой или левой) нажмет на кнопку исследуемый. Ученые пришли к выводу о том, что намерение выполнения движения рукой не является сознательным. Такой вывод говорит о бессознательных процессах, руководящих чувством намерения вы-

---

<sup>24</sup> Там же. С. 112-113.

<sup>25</sup> Там же. С. 113.

<sup>26</sup> Там же. С. 113.

<sup>27</sup> Soon C., Brass M., Heinze H.J. et al. Unconscious determinants of free decisions in the human brain // *Nat Neurosci.* 2008. № 11. P. 543–545.

полнения движения и самими движениями. К аналогичным выводам пришел И. Фридом<sup>28</sup> и другие ученые, которые подтвердили, что процессы в результате которых принимаются решения бессознательны, происходят на более низком уровне сознания, поскольку в головном мозге происходят нейронные процессы, ответственные за эти действия. Более того, последние исследования показывают, что наши предыдущие решения влияют на будущие, тем самым, мы даже можем предсказать будущие решения.

Критикой результатов эксперимента Б. Либета и его последователей занимались Дж. Тревена и Дж. Миллер<sup>29</sup>. Они утверждают, что наблюдаемая активность мозга связана не с принятием решения относительно выполнения движения, а только с тем, что исследуемый акцентирует внимание на выполнении задания. Критика детерминистической позиции также заключается в том, что факт бессознательного намерения движения, еще не означает, что наше сознание не в состоянии изменить или даже остановить наши действия. Вместе с тем, существует точка зрения, что «отказ от понятия «свобода воли» приведет к необходимости переименовать эти способности, но остается непонятным, зачем это нужно делать, вместо того чтобы просто продолжать пользоваться понятием «свобода воли»»<sup>30</sup>.

**4. Эмоции и мотив: важные компоненты в области нейроправа.** В области нейроправа Ю. Станек выделяет два важных компонента: эмоцию и мотивацию. Что касается эмоций, то исследования показывают, что те или иные повреждения головного мозга могут влиять на поведения живых существ. Так, «особи, у которых произошло повреждение миндалевидного тела, характеризуются отсутствием или значительным нарушением способности узнавать и запоминать значения стимула, а также, например, отсутствием чувства страха»<sup>31</sup>.

Так, примером может служить дело *Commonwealth v. Pirela*<sup>32</sup>. По данному делу смертный приговор был изменен на вердикт о лише-

---

<sup>28</sup> *Fried I. et al. Internally Generated Preactivation of Single Neurons in Human Medial Frontal Cortex Predicts Volition // Neuron. 2011. № 3. P.548–562.*

<sup>29</sup> *Trevena J., Miller J. Brain preparation before a voluntary action: Evidence against unconscious movement initiation // Consciousness and Cognition. 2010. № 1. P. 447-456.*

<sup>30</sup> *Левин С.М., Юзай В.С. Иллюзия выбора и неконтролируемые действия // Философский журнал. 2019. № 2. С.99.*

<sup>31</sup> *Станек Ю. Право и нейронаука – точки пересечения // Правоведение. 2017. № 4 (333). С. 29.*

<sup>32</sup> *Commonwealth v. Pirela, 929 A.2d 629 (Pa. 2007).*

нии свободы, так как в результате сканирования мозга были установлены некие повреждения головного мозга обвиняемого, которые не позволили ему надлежаще оценить ситуацию и принять продуманное решение<sup>33</sup>.

О влиянии человеческих эмоций может говорить исследование ученых из Израиля, показавшие, что судьи до обеда чаще отказывают в условно-досрочном освобождении, чем после обеденного перерыва. Авторы исследования пришли к выводу о том, что в данном случае как раз таки эмоции, связанные с голодом, влияли на отношение к заключенным<sup>34</sup>.

Что касается мотивации, то за этот процесс, в результате которого наша деятельность становится направленной, ответственен головной мозг, а точнее отдельные его составляющие – 10-е, 11-е и 47-е поля Бродмана (англ. orbitofrontal cortex, OFC). Нарушение функционирования указанных областей мозга в результате тех или иных повреждений, как утверждают ученые, проводившие опыты особей с такими повреждениями «приводит к тому, что человек не в состоянии оценить вероятность определенных эффектов своих действий. В результате также невозможно мотивировать его к действию, последствия которого он не в состоянии оценить»<sup>35</sup>.

**5. Примеры неконтролируемой воли из практики.** Ранее мы уже разобрали случай школьного учителя, который начал собирать детскую порнографию и ухаживать за своей несовершеннолетней падчерицей из-за образования орбитофронтальной опухоли мозга<sup>36</sup>. Но есть ли иные подтверждения того, что воля не всегда формируется свободно?

Интересным для нейроправа является случай Уильяма Джорджа Хайренса (англ. William George Heirens) известного под прозвищем «Помадный убийца». В 1946 году он был арестован во время побега после попытки ограбления в северной части Чикаго. До его ареста он совершил много краж со взломом и убийств. 5 июня 1945 года он убил

---

<sup>33</sup> Станек Ю. *Право и нейронаука – точки пересечения* // *Правоведение*. 2017. № 4 (333). С. 30.

<sup>34</sup> Danziger S. et al. *Extraneous factors in judicial decision* // *Proceedings of the National Academy of Sciences (PNAS)*. 2011. № 108. P. 6889–6892.

<sup>35</sup> Camille N. et al. *The involvement of the orbitofrontal cortex in the experience of regret* // *Science*. 2005. № 304. P. 1169–1170.

<sup>36</sup> Burns J.M., Russell H.S. *Right orbitofrontal tumor with pedophilia symptom and constructional apraxia sign* // *Archives of neurology*. 2003. № 60 (3). P. 40.

43-летнюю Жозефину Росс. Он неоднократно нанес ей ножевые ранения, и ее голова была замотана в платье. 11 декабря 1945 года Фрэнсис Браун была обнаружена зарезанной в своей квартире. Никаких ценностей не было взято, но кто-то написал губной помадой сообщение на стене квартиры Браун: «Ради всего святого! Поймай меня, прежде чем я убью больше. Я не могу себя контролировать»<sup>37</sup>.

7 января 1946 он совершил убийство 6-летней Сюзанны Дегнан, чье тело было найдено расчлененным в городской канализации.

Ему провели психиатрическую экспертизу, которая признала Уильяма юридически вменяемым. Видится, что несмотря на юридическое признание его вменяемым, в контексте нейроправа встает вопрос о свободе воли Хайренса и способности контролировать свои поступки.

Не менее важный случай для нейроправа был связан с серийным убийцей Генри Ли Лукасом. В 1970-х г. он получил рекомендацию для освобождения из тюрьмы под честное слово. Генри предупредил тюремных охранников, что не готов выйти на свободу, что он продолжит убивать, если его освободят. Также он утверждал, о своей болезни, что слышит голоса, которые подталкивают его на убийства. Он твердил это надзирателю и тюремному психологу. Но его все же выпустили на свободу под честное слово. После того как Генри вышел, всего в нескольких милях от мичиганской тюрьмы он убил девушку и оставил тело неподалеку от тюремных ворот. После этого он совершил серию убийств. Годы спустя, в тюрьме Техаса, он рассказал об этом эпизоде: «Я знал, что собираюсь это сделать. Я даже сказал им, что собираюсь это сделать. Я сказал начальнику тюрьмы, психологу, всем. Когда они пришли и отправили меня на условно-досрочное освобождение, я сказал, что я не готов идти; я не пойду. Они сказали: «ты пойдешь, если нам придется тебя вышвырнуть». Они вышвырнули меня из тюрьмы, потому что там было слишком тесно. Поэтому я сказал, что оставляю им подарок на пороге, когда буду уходить. И я сделал это в тот же день, немного позже»<sup>38</sup>.

По словам доктора Вернона Марка (с англ. – Vernon Mark) и доктора Пола Нью (с англ. – Paul New), Далласские тесты дали значительные результаты. Эти эксперты обнаружили небольшие ушибы

---

<sup>37</sup> Bastani A. *The claim of loss of self-control: some challenges of the genetic-based defence to criminal responsibility (Thesis, Doctor of Philosophy)*. – Dunedin: University of Otago, 2015. - P. 73.

<sup>38</sup> Rosenfeld H. *Depravity: A Narrative of 16 Serial Killers*. - New York: iUniverse, 2009. - P. 176.



и потерю ткани в лобной доле, а также аномалии височной доли, которые были более выражены на левой стороне. Доктор Марк говорит, что некоторые расстройства головного мозга изменяют поведение человека в отношении того, становится ли он агрессивным в условиях стресса или убегает («бей или беги»). Результатом могут быть расстройства личности, такие как демонстрация отсутствия совести и аберрантное поведение, называемое социопатией. Другими словами, расстройства мозга могут создать социопата. По мнению доктора Пола Нью повреждение головного мозга Лукаса было прямым результатом травмы головы, полученной в возрасте от пяти до десяти лет. Сам Лукас утверждает, что его мать разбила револьвер размером два на четыре об его затылок, когда ему было семь лет. Но это не исключает других факторов, которые могли сформировать такую модель поведения Лукаса. Например, химик, доктор Уильям Уолш (англ. – William Walsh), проанализировал пряди волос Лукаса, чтобы определить категорию химического состава его тела. В ходе исследования он обнаружил, что концентрация кадмия в нем более чем в 30 раз превышает среднее значение для населения. Это самый высокий уровень, который он когда-либо наблюдал у человека из тысяч протестированных». Это могло вызвать у Лукаса социопатию<sup>39</sup>.

**Заключение.** Резюмируя вышесказанное, разберемся с тем, как же нейроправо влияет на уголовное право и наказание? Для этого необходимо обратиться к ст. 43 Уголовного кодекса Российской Федерации от 13.06.1996 № 63-ФЗ (далее – УК РФ). В части второй обозначенной статьи говорится о том, что «наказание применяется в целях восстановления социальной справедливости, а также в целях исправления осужденного и предупреждения совершения новых преступлений»<sup>40</sup>. Карательной цели наказания здесь нет. Законодатель не ставит целью, во что бы то ни стало, наказать лицо, совершившее уголовно-наказуемое деяние. Напротив, видится, что важно выяснение причины совершения того или иного преступления (путем проведения исследования головного мозга), которая может скрываться в выше обозначенных повреждениях или недостатках развития

---

<sup>39</sup> Cuba N., Norris J. *The two faces of Henry Lee Lucas. Profile of a killer // D Magazine. 1985. URL: <https://www.dmagazine.com/publications/d-magazine/1985/october/the-two-faces-of-henry-lee-lucas/> (дата обращения: 20.12.2021).*

<sup>40</sup> *Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 г. № 63-ФЗ (ред. от 01.12.2021) // Собрание законодательства РФ. 1996. № 25. Ст. 2954.*

головного мозга, что уже с позиции ученых, отрицающих в таких ситуациях наличие свободы воли, может говорить об индивидуальном подходе к наказанию таких субъектов.

До настоящего времени, проведено множество исследований, проясняющие различные аспекты социального поведения человека, вызванные определенной мозговой структурой и активностью нейронов мозга. В ходе таких экспериментов было выяснено, что для лиц, совершивших насильственные преступления, часто характерны «пониженная чувствительность префронтальной коры головного мозга, затрудненная обратная регуляция дофаминовой системы, меньшая в сравнении со средними значениями болевая чувствительность, нарушенная сопряженность в работе миндалина и лобной коры головного мозга при решении задач на моральные суждения и эмпатию»<sup>41</sup>. Таким образом, лицо совершившее преступление будет привлечено к уголовной ответственности вне зависимости от данных обстоятельств, хотя научные исследования показывают, что лицо, мозг которого обладает какими-либо из указанных особенностей, с большей вероятностью способно совершить преступление, нежели человек, таких особенностей не имеющий.

В соответствии с принципом справедливости, отраженном в ч.1 ст.6 УК РФ «наказание и иные меры уголовно-правового характера, применяемые к лицу, совершившему преступление, должны быть справедливыми, то есть соответствовать характеру и степени общественной опасности преступления, обстоятельствам его совершения и личности виновного»<sup>42</sup>. Тогда возникает вопрос, а соответствует ли наказание лица без учета особенностей его головного мозга данному принципу справедливости? Исходя из данных нейронаук, особенности мозга человека по большей части определяют его личность. Тогда, с точки зрения психологической концепции вины можно прийти к выводу, что лицу нельзя вменить в вину наличие определенных особенностей в его мозге<sup>43</sup>.

---

<sup>41</sup> Сапольски Р. *Биология добра и зла: как наука объясняет наши поступки*. М.: Альпина нон-фикшн, 2017. С. 235.

<sup>42</sup> Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 г. № 63-ФЗ (ред. от 01.12.2021) // *Собрание законодательства РФ*. 1996. № 25. Ст. 2954.

<sup>43</sup> Векленко С.В. *Векторы перемен в развитии уголовно-правовых институтов вины и вменяемости с учетом позиций современных нейронаук* // *Вестник Калининградского филиала Санкт-Петербургского университета МВД России*. 2020. № 2 (60). С. 86.

Таким образом, очевидно, что некоторые заболевания могут искажать волю человека, влиять на его поведение. Даже если лицо юридически признано вменяемым, в момент преступления осознавало свои действия, нейробиологические особенности организма также необходимо учитывать. Стоит и дальше разрабатывать данную сферу, находить новые причины девиантного поведения и возможности их устранения. Возможно, в будущем появится новое обстоятельство, освобождающее от ответственности – добровольное медицинское вмешательство. Стоит отметить, что действующий уголовный закон обладает схожим механизмом, а именно – предусмотренная ст. 82.1 УК РФ отсрочка отбывания наказания больным наркоманией с последующей возможностью освобождения осужденного, признанного больным наркоманией, от отбывания наказания или оставшейся части наказания при соблюдении определенных условий. В будущем перед законодателем может появиться новый актуальный вопрос из области нейроправа: «Стоит ли освобождать лицо от наказания, в случае если оно имело нейробиологические отклонения, которые с его согласия были устранены?».

Суммируя вышесказанное, хотя в науке и существует позиция<sup>44</sup>, отражающая идею преждевременности рассуждений о нейроправе, так как кажется невозможным, чтобы достижения из области нейронауки стали основой адекватной и последовательной модели поведения людей, но ее использование в праве остается необычайно интересной перспективой. Использование результатов исследований нейронауки могут быть полезны во многих отраслях права, в частности, в уголовном праве, криминологии и криминалистике. Ю. Станек считает, что в дальнейшем на основе исследований нейронауки станет возможным установление таких норм, которые будут эффективно и справедливо влиять на поведение людей<sup>45</sup>. Таким образом, в перспективе возможно рассматривать в качестве оснований для индивидуализации наказания некоторые проявления «мозговой обусловленности» поведения лица, совершившего преступление<sup>46</sup>.

---

<sup>44</sup> Станек Ю. *Право и нейронаука - точки пересечения* // *Правоведение*. 2017. № 4 (333). С. 33.

<sup>45</sup> Там же. С. 35.

<sup>46</sup> Векленко С.В. *Векторы перемен в развитии уголовно-правовых институтов вины и вменяемости с учетом позиций современных нейронаук* // *Вестник Калининградского филиала Санкт-Петербургского университета МВД России*. 2020. № 2 (60). С. 86.

## Использованная литература

1. Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 г. № 63-ФЗ (ред. от 01.12.2021) // Собрание законодательства РФ. 1996. № 25. Ст. 2954;
2. Векленко С.В. Векторы перемен в развитии уголовно-правовых институтов вины и вменяемости с учетом позиций современных нейронаук / Вестник Калининградского филиала Санкт-Петербургского университета МВД России. 2020. № 2 (60). С. 84-87;
3. Левин С. М., Югай В. С. Иллюзия выбора и неконтролируемые действия // Философский журнал. 2019. №2. С. 92102;
4. Разеев Д.Н. Свобода воли и когнитивный механизм выбора // Вестник Томского государственного ун-та. 2019. № 439. С. 110-114;
5. Сапольски Р. Биология добра и зла: как наука объясняет наши поступки. М.: Альпина нон-фикшн, 2017. – 1320 с.;
6. Станек Ю. Право и нейронаука – точки пересечения // Правоведение. 2017. № 4 (333). С. 61-92;
7. Bastani A. The claim of loss of self-control: some challenges of the genetic-based defence to criminal responsibility (Thesis, Doctor of Philosophy). University of Otago. 2015. – 260 p.;
8. Bublitz C. Merkel R. Guilty Minds in Washed Brains? Manipulation Cases and the Limits of Neuroscientific Excuses in Liberal Legal Orders. New York. Neuroscience and Legal Responsibility. 2013. – 335 p.;
9. Burns J.M., Russell H.S. Right orbitofrontal tumor with pedophilia symptom and constructional apraxia sign // Archives of neurology. 2003. № 60 (3). P. 40-437;
10. Camille N. et al. The involvement of the orbitofrontal cortex in the experience of regret // Science. 2005. № 304. P. 1167-70;
11. Cuba N., Norris J. The two faces of Henry Lee Lucas. Profile of a killer / D Magazine. 1985. URL: <https://www.dmagazine.com/publications/d-magazine/1985/october/the-two-faces-of-henry-lee-lucas/> (дата обращения: 20.12.2021);
12. Danziger S. et al. Extraneous factors in judicial decision // Proceedings of the National Academy of Sciences (PNAS). 2011. № 108. – P. 6889-6892;
13. Fried I. et al. Internally Generated Preactivation of Single Neurons in Human Medial Frontal Cortex Predicts Volition // Neuron. 2011. № 3. P. 548–562;
14. Fuss J., Auer MK., Biedermann SV., et al. Deep brain stimulation to reduce sexual drive // J Psychiatry Neurosci. 2015. № 40. – P. 31- 429;
15. Gilbert F. Rethinking responsibility in offenders with acquired paedophilia: Punishment or treatment? // International journal of law and psychiatry. 2015. № 38. P. 51-60;
16. Greene J., Cohen J. For the law, neuroscience changes nothing and everything // Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci. 2004. № 359 (1451). P. 1775–1785;

17. Glenn AL, Raine A. Neurocriminology: implications for the punishment, prediction and prevention of criminal behavior // *Nat Rev. Neurosci.* 2014. № 15 (1). – P. 54-63;
18. Jones O.D., Marois, R., Farah, M.J., Greely, H.T. Law and neuroscience // *The Journal of Neuroscience.* 2013. № 33 (45). P. 17624-17630;
19. Libet B. Unconscious cerebral initiative and the role of conscious will in voluntary action // *Behavioral and Brain Sciences.* 1985. № 8 (4). P.1-11;
20. Meynen G. *NeuroLaw: Neuroscience, Ethics, and Law. Review Essay* // *Ethical Theory and Moral Practice.* 2014. № 17. P. 29- 819;
21. Meynen G. *The Routledge International Handbook of Biosocial Criminology.* Abingdon: Routledge, 2015. – 688 p.;
22. Morse S.J., Roskies A.L. *A Primer on Criminal Law and Neuroscience.* - New York: Oxford Scholarship Online, 2013. – 320 p.;
23. Rosenfeld H. *Depravity: A Narrative of 16 Serial Killers.* New York. iUniverse. 2009. – 364 p.;
24. Soon C., Brass M., Heinze HJ. et al. Unconscious determinants of free decisions in the human brain // *Nat Neurosci.* 2008. № 11. P. 5- 543;
25. Trevena J., Miller J. Brain preparation before a voluntary action: Evidence against unconscious movement initiation // *Consciousness and Cognition.* 2010. №. 1. P. 56- 447;
26. *Commonwealth v. Pirela, 929 A.2d 629 (Pa. 2007).*

## References

1. The Criminal Code of the Russian Federation No. 63-FZ of 13.06.1996 (as amended on 01.12.2021) // *Collection of Legislation of the Russian Federation.* 1996. No. 25. St. 2954;
2. Veklenko S.V. Vectors of changes in the development of criminal law institutions of guilt and sanity, taking into account the positions of modern neuroscience // *Bulletin of the Kaliningrad Branch of the St. Petersburg University of the Ministry of Internal Affairs of Russia.* 2020. No. 2 (60). pp. 84-87;
3. Levin S. M., Yugai V. S. The illusion of choice and uncontrolled actions // *Philosophical Journal.* 2019. No. 2. pp. 92-102;
4. Razeev D.N. Freedom of will and the cognitive mechanism of choice // *Bulletin of the Tomsk State University.* 2019. No. 439. pp. 110-114;
5. Sapolski R. *Biology of good and evil: how science explains our actions.* M.: Alpina non-fiction, 2017. - 1320 p.;
6. Stanek Yu. Law and neuroscience - points of intersection // *Jurisprudence.* 2017. No. 4 (333). pp. 61-92;
7. Bastani A. *The statement about the loss of self-control: some problems of protection from criminal liability based on genetics (Dissertation, PhD).* University of Otago. 2015–260 p.;

8. Bublitz S. Merkel R. Guilty minds in brainwashed? Cases of manipulation and the limits of neurobiological justifications in liberal legal orders. New York. Neurology and legal responsibility. 2013 – 335 p.;

9. Burns J.M., Russell H.S. Right orbitofrontal tumor with a symptom of pedophilia and a sign of constructive apraxia // *Archive of Neurology*. 2003. No. 60 (3). pp. 40-437;

10. Camilla N. et al. Involvement of the orbitofrontal cortex in the experience of re\_gret // *Science*. 2005. No. 304. p. 1167-70;

11. Cuba N., Norris J. The two faces of Henry Lee Lucas. Profile of the killer // *Magazine “D”*. 1985. URL: <https://www.dmagazine.com/publications/d-magazine/1985/october/the-two-faces-of-henry-lee-lucas/> (accessed: 12/20/2021);

12. Danziger S. et al. Extraneous factors in a court decision // *Proceedings of the National Academy of Sciences (PNAS)*. 2011. No. 108. - pp. 6889-6892;

13. Fried I. et al. Internally generated pre-activation of individual neurons in the Medial frontal cortex of the human brain predicts will // *A neuron*. 2011. No. 3. p. 548-562;

14. Fuss J., Auer M.K., Biedermann S.V. et al. Deep brain stimulation to reduce sexual desire // *J Psychiatry Neurosci*. 2015. No. 40. - pp. 31- 429;

15. Gilbert F. Rethinking the responsibility of offenders with acquired pedophilia: punishment or treatment? // *International Journal of Law and Psychiatry*. 2015. No. 38. pp. 51-60;

16. Green J., Cohen J. For the law, neurobiology changes nothing and nothing // *Philosophy, Sociology and Biology*. 2004. №. 359 (1451). p. 1775-1785;

17. Glenn EL, Rain A. Neurocriminology: consequences for punishment, prevention and prevention of criminal behavior // *Nat Rev. Neurosci*. 2014. № 15 (1). – pp. 54-63;

18. Jones O.D., Marua R., Farah M.J., Greeley H.T. Law and neurology // *Journal of Neurology*. 2013. No. 33 (45). pp. 17624-17630;

19. Libet B. Unconscious brain initiative and the role of conscious will in voluntary action // *Sciences of behavior and the brain*. 1985. No. 8 (4). pp.1-11;

20. Meinen G. Neuro-law: neurology, ethics and law. Review essay // *Ethical theory and moral practice*. 2014. No. 17. pp. 29- 819;

21. Meinen G. *Rutledge’s International Handbook of Biosocial Criminology*. Abingdon: Rutledge, 2015– - 688 p.;

22. Morse S.J., Roskis A.L. *Textbook on Criminal law and neurology*. - New York: Oxford Scholarship Online, 2013. - 320 p.;

23. Rosenfeld H. *Debauchery: A narrative about 16 serial killers*. New York. I am the universe. 2009– - 364 p.;

24. Sun S., Brass M., Heinze H.J. and others. Unconscious determinants of free decisions in the human brain // *Nat Neurosci*. 2008. No. 11. pp. 5- 543;

25. Trevena J., Miller J. Brain Preparation before voluntary action: Evidence against the initiation of unconscious Movement // Consciousness and cognition. 2010. No. 1. p. 56- 447;

26. Commonwealth v. Pirela, 929 A.2d 629 (Pa. 2007).

## **ОБ ИНСТИТУТЕ ДОНОРСТВА В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Рагозина Н.А.,**

*кандидат юридических наук, доцент, доцент кафедры конституционного и административного права, Санкт-Петербургский государственный экономический университет, Санкт-Петербург, доцент кафедры «Межкультурные коммуникации и общегуманитарные науки», Санкт-Петербургский филиал Финансового университета при Правительстве Российской Федерации, Санкт-Петербург. ragoza777@bk.ru, 8-911-088-81-90*

**Аннотация.** В статье рассматривается институт донорства в Российской Федерации. Правовое регулирование донорства крови и ее компонентов в нашей стране. Формируется отношение к донорству крови как абсолютной норме цивилизованного здорового общества. Донорство (правовой статус доноров) рассматривается как активная жизненная позиция, культура здорового и счастливого образа жизни, акт гражданского мужества, благородства.

**Ключевые слова:** право и медицина, донорство крови и ее компонентов, движение жизни, волонтерское движение, культура здорового образа жизни, национальные проекты оздоровление нации, альтруизм.

## **ABOUT THE INSTITUTE OF DONATION IN THE RUSSIAN FEDERATION**

**Ragozina N.,**

*Candidate of Law, Associate Professor Department of Constitutional and Administrative Law Saint-Petersburg State Economic University Associate Professor Department of the Department of “Intercultural Communications and General Humanitarian Sciences” Financial university under the Government of the Russian federation (St. Petersburg branch) Saint-Petersburg, Russia*

**Annotation.** The article discusses the institute of donation in the Russian Federation. Legal regulation of blood donation and its components in our country. The attitude towards blood donation as an absolute norm of a civilized healthy society is being formed. Donation (the legal status of do-

nors) is considered as an active life position, a culture of a healthy and happy lifestyle, an act of civic courage, nobility.

**Keywords:** law and medicine, blood donation and its components, the movement of life, volunteering, healthy lifestyle culture, improvement of the nation, altruism.

**Актуальность.** Президент Российской Федерации В.В. Путин как гарант Конституции Российской Федерации точно и емко сформулировал стратегическое установление, включающее вопросы темы настоящего исследования – «для всех, кто хочет работать, проявить себя, готов честно служить Отечеству и народу, добиться успеха, Россия всегда будет страной возможностей» [2].

Донорское движение в медицинском, социальном и правовом аспектах находится в сфере указанной стратегии.

Возможность помочь согражданам, быть сопричастным в трудной, критической жизненной ситуации родному или даже вроде бы чужому человеку – это проявление высоко духовного стремления к спасению жизни, отдаче частички себя во имя сохранения здоровой нации в древнем обычае донорства крови.

*Обычай донорства (от лат. donare – “дарить”) фактически основан на институте дарения в его широком и высоком понимании. В указанном аспекте медицина и право давно идут рука об руку во взаимосвязи организационных, юридических, социальных и экономических мер, укрепляющих институт донорства. Полагаем, что основой развития института донорства крови и ее компонентов в Российской Федерации выступают глобальные принципы оздоровления нации, охраны здоровья как нуждающихся в помощи граждан (реципиентов), так и самих доноров, защиты их прав и обеспечения конституционных гарантий.*

Основную нормативную базу, регулирующую вопросы в сфере донорства крови и ее компонентов в России, составляет Федеральный Закон от 20.07.2012 года № 125-ФЗ «О донорстве крови и ее компонентов» (далее- Закон о донорстве) [1], развивающий конституционные положения по данной правовой траектории. Однако мы отдаем себе отчет в том, что федеральное и региональное законодательство нуждается в совершенствовании в свете новых вызовов и угроз здоровью нации.

Ст. 7 Конституции Российской Федерации устанавливает, что Российская Федерация – социальное государство, политика которого направлена на создание условий, обеспечивающих достойную



жизнь и свободное развитие человека. В этом ракурсе социальная значимость донорства в России не вызывает сомнений и требует правовой поддержки, детерминированной целями любого вида донорства — спасение жизни, восстановление здоровья людей, создание атмосферы счастья и удовлетворения жизненных устремлений граждан России [например, 4].

Одновременно следует особо отметить, что в приоритете государственной социально-экономической политики стоят стратегические цели обеспечения национальной безопасности и оздоровления нации, где донорство обретает свое достойное место [3].

Развивая конституционные принципы, Федеральный Закон «О донорстве крови и ее компонентов в Российской Федерации» закрепляет прежде всего:

- принципы использования донорской крови и ее компонентов;
- правила организации заготовки, хранения, транспортировки донорской крови и ее компонентов, обеспечение ее безопасности и клинического исследования;
- правила медицинского обследования донора;
- требования к донору, его права и обязанности;
- меры социальной поддержки безвозмездных доноров [1;5].

Институт донорства является сейчас важной составляющей глобального проекта оздоровления нации, провозглашенного Президентом России. Донорство с медицинской и философской точек зрения имеет ныне множество аспектов. В этом системном научном ракурсе нельзя замыкаться на вопросе донорства крови. Однако донорство крови представляется нам в рамках данного исследования наиболее понятным для широкого круга участников процесса. При этом мы учитываем наличие множества современных актуальных донорских проектов, которые могут поддержать глобальный проект оздоровления нации.

Автор лично принимает участие в донорском движении (донорстве крови) по спасению жизней наших граждан. В этой связи важным является вопрос о том, как донорство влияет на собственное здоровье тех, кто встал на путь помощи своим согражданам. Здесь речь идет о том, что донорство крови может рассматриваться как элемент здорового образа жизни (ЗОЖ). И как элемент ЗОЖ в рамках Концепции оздоровления нации (при развитии других видов донорства).

В свете проводимого исследования актуально решение целого ряда научно-практических вопросов: характеристика донорства как

социально ответственного поведения; совместимы ли представления о здоровом образе жизни и донорстве; в каком соотношении находятся спорт и донорство и др.

Более того, ставится вопрос о донорстве как правовой норме и существенном элементе физической культуры (культуры здорового образа жизни). Полагаем важным подчеркнуть приведенную формулировку в свете того, что в настоящее время глобальное понятие физической культуры смешивается с понятиями «спорт» и «физические упражнения».

Осмелимся заявить, что доноры – это потенциально здоровые, жизнерадостные, добросовестные, социально ответственные граждане.

*Донорство крови – это добровольная сдача крови и ее составляющих для дальнейшего их использования в юридически праведных целях. Это абсолютно безопасная процедура. Потери крови, которые несет донор, являются физиологически выверенными и быстро восстанавливаются здоровым организмом. Регулярное научно обоснованное донорство способствует профилактике атеросклероза, сердечно-сосудистых и других заболеваний. Кроме того, считается, что периодическое обновление крови имеет омолаживающий и иммуностимулирующий эффект.*

Сейчас обнаруживается «мода» на «омолаживающее донорство». Вспомним, что донорство – не что иное, как кровопускание, и на протяжении многих столетий считалось чуть ли не панацеей от многих болезней. Поэтому донорство строго регламентировано законом. Допустимый объем сдачи крови – не более 450 мл крови за раз. Мужчины могут сдавать пять раз в год, женщины не более 4 раз в год. При этом следует помнить о том, что донорство следует отличать от «оздоровительных» переливаний и «очисткой» крови, которые, к сожалению, не продлили жизни достаточно молодых людей.

Юридически важно, что донор получает бесплатное медицинское обследование и осведомлен о своем здоровье порой лучше, чем гражданин, не задумывающийся об исследуемой миссии.

Полагаем, что донорство мотивирует граждан к здоровому образу жизни, включающему в себя правильное питание, нормальный сон и занятия физической культурой, а также отказ от вредных привычек и пагубных зависимостей.

Регулярное донорство можно сравнить со спортивным тренировочным процессом. По нашему мнению, можно провести такую аналогию: получение звания «Почетный донор России» и «Мастер

спорта России» – это дисциплинированный, планомерный, здоровый, трудолюбивый процесс в рамках глобального проекта оздоровления нации.

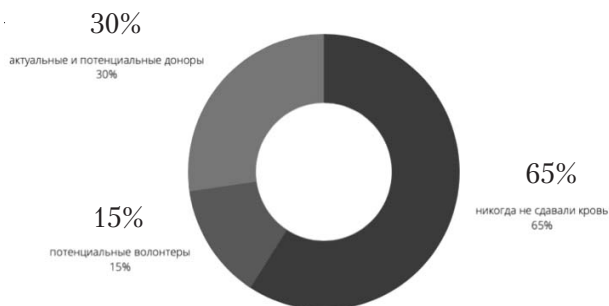
В указанном ракурсе донорство – это акт гражданского мужества, возможное и почетное общее дело всех способных к этому членов гражданского общества.

В сфере законодательной власти безусловно необходимо особое внимание к вопросам донорства в их системном осмыслении, совершенствовании механизма правового регулирования в части: определения статусов участников и процедур реализации целей.

Важно отметить особую правовую мотивацию в рассматриваемом исследовании. На уровне всего общества – это идея массовой солидарности в благом деле. Как пример, социальное донорское волонтерство – «Волонтеры-медики», Движение «За ЗОЖ», «Спаси Жизнь», DonorSerch и многие другие неравнодушные СОНКО.

На личностном уровне правосознание проявляется как внутреннее желание, позыв, потребность помочь ближнему, важный элемент гуманитарного права, получающего поддержку общества и осознание законодателя, формулирующего правовой закон.

Автором был проведен опрос студентов юридического факультета СПбГЭУ по степени готовности к участию в донорстве. Результаты: 65%-никогда не сдавали кровь, 15% -потенциальные волонтеры (готовые на добровольной основе участвовать в пропаганде донорства), 30%-актуальные и потенциальные доноры. Полагаем, что это позитивный сигнал.



*(Данные опроса студентов юридического факультета СПбГЭУ)*

Выявленные причины, не позволяющие стать донором, по результатам проведенного исследования:

65% недостаточная осведомленность о донорстве в России;

– недоверие к врачам и медицине;

– укоренение в СМИ потребительского отношения к жизни («а зачем мне это надо?», «меня это не касается» и тому подобное);

– нежелание брать ответственность за свою жизнь, а тем более не знакомого человека.

– крайнее безразличие, лень (фактическая бесполезность для гражданского общества);

– не конкретизированные страхи (которые могут быть сняты грамотной пропагандой);

– отсутствие постоянной регистрации по месту пребывания (издержки мобильности в целом здоровых и трудоспособных людей);

– другое.

В то же время необходимо проявить озабоченность в том, что наши граждане, желающие включиться в любое донорское движение, не всегда четко и правильно понимают законодательные установления в данной сфере. И мы как профессионалы-юристы видим ряд новых проблем в реализации этого гуманистического патриотического движения и намерены их устранить на пути расширения правовой пропаганды, консультирования.

Отметим среди актуальных проблем следующие:

– дефицит крови ее компонентов из-за инфекции Covid-19, ограничительные меры, связанные с пандемией, резко снизили донорскую активность населения;

– допуск к донорству лиц, которые не являются так называемыми «натуралами» (геи, лесбиянки, транссексуалы и пр.);

– не все граждане готовы быть безвозмездными донорами. Вопрос денежной выплаты (компенсации) и безвозмездного донорства остается открытым и требует четкого правового урегулирования с разумной государственной поддержкой;

– определение перечня медицинских противопоказаний (временных и постоянных) для сдачи крови и (или) ее компонентов и сроков отвода донорства;

– соблюдение трудового законодательства при реализации гарантий и компенсаций работникам в случае сдачи крови и ее компонентов на практике [6;7].

**Выводы.** *В пропаганде и утверждении здорового образа жизни нации (ЗОЖН) для всех, кто способен включиться в системное до-*

норское движение, полагаем, что в современном гражданском обществе как среде развития правового государства следует уяснить и проявить каждому духовно и физически здоровому гражданину понимание своей гуманитарной миссии на этом векторе общественно-развития.

Донорство крови выступает важным компонентом системы национальных донорских проектов в глобальной стратегии оздоровления нации.

### **Список литературы:**

1. Федеральный закон “О донорстве крови и её компонентов” от 20.07.2012 года № 125-ФЗ // Российская газета. 23 июля 2012 года. № 166.

2. Послание Президента России В.В. Путина Федеральному Собранию Российской Федерации от 01.03.2018 // [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_291976/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_291976/) (дата обращения 15.01. 2022)

3. Государственная программа “Здоровая нация – здоровая Россия”: описание и особенности // <https://mirkultura.ru/gosudarstvennaya-programma-zdorovaya-natsiya-zdorovaya-rossiya-opisanie-i-osobennosti/> (дата обращения 22.04.2021)

4. Борисова Т.Е. Суррогатное материнство в Российской Федерации: проблемы теории и практики: монография / Т.Е. Борисова. – Москва: Проспект, 2012.- 144 с.

5. А.А. Мохов. Медицинское право России: учебник /отв. ред. А. А.Мохов. - Москва: Проспект, 2021-544 с.

6. ФМБА России // <http://www.bloodscience.ru/donor/preferential-donors/> (дата обращения 15.01. 2022).

7. Служба крови // <https://yadonor.ru/> (дата обращения 15.01. 2022).

### **РЕПРОДУКТИВНОЕ ПРАВО НА ПРИМЕНЕНИЕ СУРРОГАТНОГО МАТЕРИНСТВА: ОТ БУКВЫ ЗАКОНА ДО ПРАВОВОГО ПРЕЦЕДЕНТА\***

**Посадкова М.В.,**

*исследователь научно-учебной лаборатории международного правосудия Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики», преподаватель кафедры медицинского права Первого МГМУ им И.М. Сеченова; [tposadkova.medlaw@gmail.com](mailto:tposadkova.medlaw@gmail.com), 89627059001;*

---

*\*«Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ в рамках научного проекта № 20-311-90075»*

*Аффилиции: Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики», Россия, 101000, г. Москва, Покровский бульвар, 11. Первый Московский государственный медицинский университет, Россия, 119038, г. Москва, ул. Трубецкая 8, стр. 2.*

**Аннотация:** *В правовую среду внедряется все больше феноменов, с одной стороны, требующих немедленной правовой определенности, а с другой – развивающихся только при наличии свободы усмотрения государств. Одним из таких феноменов уже несколько лет представляется суррогатное материнство, речь о котором и пойдет в данной статье. В исследовании автором будет рассмотрен именно гестационный вид суррогатного материнства, то есть те случаи, когда у суррогатной матери и рожденного ребенка отсутствует генетическая связь – используется донорский генетический материал. Противоречивый и дуалистичный характер именно этого вида суррогатного материнства не только предусматривает кардинально разное нормативное регулирование в государствах по всему миру, что требует выделения и группировки общих характеристик, но и порождает немало споров, рассматриваемых как национальными, так и наднациональными органами судебного контроля. В исследовании автором рассматриваются и классифицируются модели правового регулирования суррогатного материнства по всему миру: австралийская, американская, европейская и постсоветская, а также предлагаются дополнительные критерии для их выделения. Вместе с тем, автором анализируются решения органов судебного контроля по поиску основополагающего довода, который становится основным ядром для принятия решения, в том числе правовые позиции Верховного Суда Сингапура, США и некоторых других государств, а также Европейского Суда по правам человека. Цель работы направлена не только на изучение и сравнение установленного нормативного регулирования, но и на знакомство и глубокий анализ сложившейся судебной практики по наиболее острым вопросам, а также на выдвигание гипотезы о том, что правовые позиции судебных органов оказывают непосредственное влияние на эволюцию содержания конституционных прав, в том числе основных (фундаментальных) прав человека.*

**Ключевые слова:** *права человека, суррогатное материнство, Европейский суд по правам человека, Верховный суд США, право на уважение частной и семейной жизни, свобода усмотрения государства, медицинское право, право на охрану здоровья и медицинскую помощь, баланс интересов, эволюция права.*

## THE REPRODUCTIVE RIGHT TO SURROGATE MOTHERHOOD FROM THE LETTER OF THE LAW TO JUDICIAL PRACTICE \*

Posadkova M.V.,

researcher of the Scientific and Educational Laboratory of International Justice of the National Research University “Higher School of Economics”, lecturer of the Department of Medical Law of the I.M. Sechenov First Moscow State Medical University;  
mposadkova.medlaw@gmail.com, 89627059001;

*Affiliations: National Research University “Higher School of Economics”, Russia, 101000, Moscow, Pokrovsky Boulevard, 11. First Moscow State Medical University, Russia, 119038, Moscow, 8 Trubetskaya str., p. 2*

**Abstract.** *More and more phenomena are being introduced into the legal environment, on the one hand, requiring immediate legal certainty, and on the other – developing only if there is a freedom of discretion of states. One of these phenomena has been surrogate motherhood for several years, which will be discussed in this article. In the study, the author will consider exactly the gestational type of surrogacy, that is, those cases when the surrogate mother and the born child have no genetic connection – donor genetic material is used. The contradictory and dualistic nature of this particular type of surrogacy not only provides for radically different regulatory regulations in states around the world, which requires the allocation and grouping of common characteristics, but also generates a considerable number of disputes considered by both national and supranational judicial control bodies. In the study, the author examines and classifies the models of legal regulation of surrogacy around the world: Australian, American, European and post-Soviet, and also suggests additional criteria for their allocation. At the same time, the author analyzes the decisions of judicial control bodies to search for a fundamental argument that becomes the main core for making a decision, including the legal positions of the Supreme Court of Singapore, the United States and some other states, as well as the European Court of Human Rights. The purpose of the work is aimed not only at studying and comparing the established normative regulation, but also at familiarization and in-depth analysis of the current judicial practice on the most pressing issues, as well as at hypothesizing that the legal positions of judicial bodies have a direct impact on the evolution of the content of constitutional rights, including basic (fundamental) human rights.*

---

\*“The research was carried out with the financial support of the RFFI in the framework of scientific project No. 20-311-90075”

**Keywords:** *human rights, surrogacy, the European Court of Human Rights, the US Supreme Court, the right to respect for private and family life, freedom of discretion of the state, medical law, the right to health protection and medical care, balance of interests, evolution of law*

*«Мы говорим с тобой на разных языках, как всегда, но вещи, о которых мы говорим, от этого не меняются...»*  
Булгаков М.А. «Мастер и Маргарита»

Научный прогресс, появление новых знаний в областях медицины и биоэтики получают стремительное развитие в настоящее время. Если ранее обсуждение, а тем более применение вспомогательных репродуктивных технологий представлялось чем-то невероятно новым – исключением среди сложившейся практики, то сейчас доступным представляется не только получение теоретических знаний о внедрении новых феноменов в репродуктивную сферу, но и их регулярное использование как на территории Российской Федерации, так и по всему миру. Так, большая часть американской, европейской и российской общественности была (и остается) согласна с тем, что, например, клонирование человека должно быть запрещено причем как на национальном, так и на международном уровнях. Однако отношение не ко всем новым медицинским технологиям остается столь однозначным. Например, отношение относительно использования новых репродуктивных технологий и генной инженерии продолжает оставаться нестабильными, а следовательно, значительно разнится в зависимости от выбора (морального климата) каждого конкретного государства с учетом наличия или отсутствия общественного консенсуса по данному вопросу. На одной чаше весов благоприятные общественно-полезные цели: повышение уровня рождаемости, улучшение положения женщин и мужчин путем создания условий для терапии бесплодия, выбор идеальных качеств для будущих поколений, свободных от манифестирующих генетических болезней, значительное улучшение качества жизни неизлечимо больных пациентов. На другой – примеры о достижении совершенной расы («perfect race»), эксперименты с генетическими изменениями и неестественным методом контроля численности населения, а, возможно, разработка биологического оружия, направленного против всего человечества.

Более того, в некоторых случаях государства самостоятельно взяли на себя позитивную обязанность по организации такого дос-



тупа для гражданина, в том числе в связи с низким уровнем репродуктивного здоровья населения: например, как отмечается в Концепции демографического развития, доступное и качественное использование вспомогательных репродуктивных технологий способствовало бы стабилизации численности населения<sup>1</sup>. Так, некоторые вспомогательные репродуктивных технологии уже сейчас можно реализовать с поддержкой государства: искусственная инсеминация (Хорватия, Бельгия, Дания, Франция, Германия, Венгрия, Италия, Польша, Португалия, Испания, Швейцария, Нидерланды, Великобритания, Сербия), экстракорпоральное оплодотворение (Нидерланды, Германия, Испания, Италия, Израиль, Франция, Великобритания, Дания, Австрия, Хорватия, Венгрия, Россия), преимплантационная диагностика (Великобритания, Испания, Бельгия, Греция, Нидерланды, Франция, Чехия). Вместе с тем, одна из вспомогательных репродуктивных технологий продолжает сталкиваться с противоречивыми мнениями по ее внедрению в национальное регулирование, нестабильными и неоднозначными решениями по ее применению – речь идет о суррогатном материнстве. Несмотря на его медицинскую и генетическую достаточную определенность, с точки зрения права остается немало вопросов неразрешенных, некоторые из которых было затруднительно или вовсе невозможно предусмотреть до начала его реального применения, ведь случаи, когда законодатель не предвидит негативного влияния установленной нормы неизбежны<sup>2</sup>. В связи с этим, данное исследование направлено на рассмотрение суррогатного материнства не только с теоретической точки зрения установленного правового регулирования в странах мира, но и с точки зрения особенностей правоприменительной практики с учетом трудностей правоприменения.

Цель исследования автор видит в систематизации правовых подходов к суррогатному материнству, что реализуется посредством:

– классифицирования новых моделей правового регулирования суррогатного материнства;

---

<sup>1</sup> Указ Президента Российской Федерации от 9 октября 2007 г. № 1351 «Об утверждении Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года». Ч. 2.

<sup>2</sup> K. Dzehtsiarou, C. O'Mahony. *Evolutionary interpretation of rights provisions: a comparison of the European court of human rights and U.S. Supreme Court* // *Columbia Human Rights Law Review* 309. 2013.

– рассмотрения основных правовых проблем, возникающих при использовании суррогатного материнства в практике иностранных судов и Европейского Суда по правам человека;

– выдвижение гипотезы об эволюции содержания конституционного права под влиянием медицинского прогресса в сфере вспомогательных репродуктивных технологий.

**I. Pro et contra.** До сих пор использование метода суррогатного материнства представляется неоднозначным и противоречивым, а создание одной единой модели его использования на территории государств рассматривается в качестве призрачной цели. Безусловно, основная функция использования суррогатного материнства является наиболее нравственной и благородной, так как представляет собой «терапию бесплодия»<sup>3</sup>. Так, в соответствии с проведенным автором анкетированием при участии 100 респондентов в возрасте от 18 до 45 лет, результаты получились следующими. Общественное мнение поддерживает позицию того, что суррогатное материнство необходимо, чтобы помочь парам с установленным диагнозом бесплодия создать семью с генетически «своим» ребенком. Такого ответа придерживаются 71% опрошенных. Незначительное число респондентов выделяют в качестве цели увеличение рождаемости (7%), достижение прогресса в области медицины (7%) и бизнес (10%), также 5 % респондентов затрудняются ответить на поставленный вопрос. Приверженцы суррогатного материнства убеждены в том, что решение суррогатной матери зачать, выносить и отдать ребенка всегда является добровольным, обдуманым и сознательным<sup>4</sup>. Таким образом, представители концепции «pro» называют рассматриваемый репродуктивный метод «последним шансом», «актом любви и человечности», а само суррогатное материнство «терапией бесплодия»<sup>5</sup>.

Однако, положительные характеристики не являются абсолютными для противников метода суррогатного материнства. Не удивительно, что наиболее категоричными из представителей мнения «contra» являются церкви, в том числе, православная и католичес-

---

<sup>3</sup> Борисова Т.Е. *Суррогатное материнство в Российской Федерации: проблемы теории и практики*. С. 18.

<sup>4</sup> Афанасьева И.В., Пароконная К.Д. *Правовые проблемы суррогатного материнства // Семейное и жилищное право*. № 5. 2012. С. 17.

<sup>5</sup> Борисова Т.Е. *Суррогатное материнство в Российской Федерации: проблемы теории и практики*. С. 18.

кая<sup>6</sup>. Они делают акцент на том, что рождение ребенка происходит при помощи искусственного вмешательства, осуществляется против воли Бога и против самой природы, что недопустимо<sup>7</sup>. Еще один аргумент церкви против применения вспомогательных репродуктивных технологий можно найти в Основах социальной концепции Русской православной церкви. В рассматриваемом документе определено: «Суррогатное материнство... противоестественно и морально недопустимо даже в тех случаях, когда осуществляется на некоммерческой основе. Эта методика предполагает разрушение глубокой эмоциональной и духовной близости, устанавливающейся между матерью и младенцем уже во время беременности»<sup>8</sup>.

Помимо вышеуказанных аргументов это обосновывается смешением понятий и многочисленными неразрешенными правовыми проблемами. Например, отсутствием единственного верного определения родословной ребенка, а также возникшими вопросами об отсутствии определенности, кто же является родной матерью<sup>9</sup>. Также спорной представляется ситуация, когда суррогатная мать не соглашается отдать ребенка генетическим родителям, либо, напротив, генетические родители передумали иметь детей или смогли самостоятельно их зачать и ребенок остается ненужным, ведь принудить стать родителем невозможно. С точки зрения медицины, происхождение человека определяется путем установления тождества генов, однако в рассматриваемом случае необходимым является определить не происхождение, а возникновение родительских прав по отношению к ребенку. При этом спорным представляется вопрос, достаточно ли будет определить только генетическое родство ребенка, ведь весь биологический материал для построения организма новорожденного предоставляет суррогатная мать. Чей же «вклад» более весом<sup>10</sup>?

---

<sup>6</sup> Балашов О.Н. *Искусственное оплодотворение: что думают православные* // Человек. 1995. № 3. С. 78-79.

<sup>7</sup> Борисова Т.Е. *Суррогатное материнство в Российской Федерации: проблемы теории и практики*. С. 19.

<sup>8</sup> Борисова Т.Е. Там же. С. 19.

<sup>9</sup> Флягин А.А. *Правовой статус родителей при суррогатном материнстве* // Гражданское право. 2015. № 3. С. 5.

<sup>10</sup> Кокорин А.П. *К вопросу о получении согласия суррогатной матери на запись родителями ребенка супругов, предоставивших свой генетический материал* // Семейное и жилищное право. 2010. № 1. С. 8.

Следующим отрицательным аспектом применения метода суррогатного материнства является предоставленная возможность его коммерциализации, то есть использования в качестве применения одной из форм эксплуатации женщин в роли платных инкубаторов, производящих детей для богатых заказчиков и проявления их угнетенного положения<sup>11</sup>. Как следствие, многие называют суррогатное материнство «биологической проституцией», «фашизмом», «спекуляцией на материнстве»<sup>12</sup>. Действительно, крайней формой суррогатного материнства можно считать ситуацию, когда суррогатная мать соглашается на участие в программе суррогатного материнства, находясь в нестабильном материальном положении. В таком случае есть риск того, что с целью заработать необходимую денежную сумму, она может пренебречь всеми остальными физическими и эмоциональными обязанностями, а иногда даже скрыть важную информацию от генетических родителей. Более того, по мнению сторонников запрета использования суррогатного материнства, важнейшим аргументом «contra» является факт того, что они превращают детей в подобие товара<sup>13</sup>.

Итак, вряд ли суррогатному материнству, как комплексному феномену удастся стать однозначным и удобным явлением для каждого государства, для каждого человека, но может ли это повлиять на, например, повсеместное внедрение запрета на его использование? Не думаю. Не вызывает сомнения то, что суррогатное материнство обладает противоречивыми, двусмысленными, неурегулированными на национальном уровне характеристиками, но этого не представляется необходимым и достаточным для того, чтобы использовать один единый запрет на его использование. Так, наднациональные судебные органы нередко отмечают свободу усмотрения государства в вопросе разрешения или запрета использования суррогатного материнства. Наиболее ярким примером может стать Европейский Суд по правам человека, которым было рассмотрено более 30 дел по рассматриваемой тематике.

## **II. Модели правового регулирования суррогатного материнства.**

В результате сложившегося различного отношения в странах к применению метода суррогатного материнства, в юридической доктрине ранее были определены модели правового регулирования отно-

---

<sup>11</sup> Борисова Т.Е. Там же. С. 18.

<sup>12</sup> Борисова Т.Е. Там же. С. 18.

<sup>13</sup> Борисова Т.Е. *Суррогатное материнство в Российской Федерации: проблемы теории и практики.* С. 22.

шений, которые складываются при применении рассматриваемой репродуктивной технологии. Предлагаю начать с их анализа в целях классифицирования общих черт.

*Австралийская модель.* Австралийская модель характеризуется полной свободой использования вспомогательных репродуктивных технологий в различных их проявлениях. Основанием для разрешения применения суррогатного материнства является почитание права на создание семьи и уважение частной жизни<sup>14</sup>. Это приводит к тому, что обратиться за помощью к суррогатной матери в странах, где применяют австралийскую модель, могут не только в случае имеющихся медицинских показателей, но также и по иному желанию<sup>15</sup>. Например, если женщина хочет иметь детей, но у нее отсутствует партнер противоположного пола. Таким образом, суррогатное материнство определяется как средство осуществления желания стать родителями, доступное не только лицам, страдающим медицинским бесплодием, но и одиноким женщинам, а также однополым парам<sup>16</sup>. Еще одной особенностью австралийской модели является возможность суррогатной матери принимать участие в воспитании ребенка, при рождении переданного ею генетическим родителям. Это объясняется необходимостью обеспечить заботой рожденного ребенка<sup>17</sup>. Говоря об австралийской модели можно сделать вывод о том, что происходит либерализация семейных отношений, в результате которой каждый конкретный случай рассматривается отдельно, учитывая все особенности конкретной ситуации, а также прослеживается тенденция, ведущая к вседозволенности в рассматриваемой области.

*Американская модель.* Американская модель представляет собой смешанную систему, которая определяется действующим устройством. С одной стороны, наличие большего количества условий и требований к использованию метода суррогатного материнства, с другой – постоянный поиск свободы усмотрения со стороны участни-

---

<sup>14</sup> Саидов А.Х. Сравнительное правоведение: основные правовые системы современности. М., 2003. С. 276.

<sup>15</sup> Там же. С. 276 - 294.

<sup>16</sup> Флягин А.А. Суррогатное материнство: судебная практика и зарубежный. С. 4.

<sup>17</sup> Саидов А.Х. Сравнительное правоведение: основные правовые системы современности. С. 276 - 294.

<sup>18</sup> Кириченко К.А. Модели правового регулирования отношений, складывающихся при применении методов вспомогательной репродукции: сравнительно-правовой. С. 5.

ков<sup>18</sup>. Например, законодательство американского штата Виргиния характеризуется тем, что генетическими родителями ребенка имеют право быть только мужчина и женщина, состоящие в браке, а статус родителя они могут получить либо по согласию суррогатной матери, либо при предварительном утверждении договора суррогатного материнства судом<sup>19</sup>. Кстати сказать, неудивительно, что суд играет важнейшую роль при применении метода суррогатного материнства при использовании американской модели, именно он становится «двигателем прогресса». Вместе с тем, в соответствии с правовым регулированием штата Калифорния, родителями рожденного суррогатной матерью ребенка могут быть: супруги; лица, находящиеся в сожительстве; одинокие мужчины и одинокие женщины; лица с медицинскими показаниями и без таковых; граждане и иностранные граждане. Более того, стоит заметить, что именно при американской модели регулирования отношений по поводу суррогатного материнства, практика ориентируется на конкретные специфические случаи, рассматривая ситуации по отдельности, учитывая все особенности сложившихся обстоятельств, что подтверждает наличие персонифицированного подхода со стороны органов судебного контроля<sup>20</sup>.

*Европейская модель регулирования.* Основным отличием такой модели от вышерассмотренных является «медикализованное» понимание необходимости применения вспомогательных репродуктивных технологий<sup>21</sup>. Это означает, что применение таких технологий возможно только при наличии конкретных медицинских показателей у обоих супругов или у одинокой женщины, и необходимо главенствующим образом только для преодоления бесплодия. Также такая модель характеризуется детальным описанием всей процедуры применения суррогатного материнства, начиная с заключения договора между потенциальными родителями и суррогатной матерью, а также медицинским учреждением, заканчивая отказом суррогатной матери от прав на рожденного ребенка<sup>22</sup>. Именно европейс-

---

<sup>18</sup> Кириченко К.А. *Модели правового регулирования отношений, складывающихся при применении методов вспомогательной репродукции: сравнительно-правовой.* С. 5.

<sup>19</sup> Там же. С. 3.

<sup>20</sup> Кириченко К.А. *Модели правового регулирования отношений, складывающихся при применении методов вспомогательной репродукции: сравнительно-правовой анализ.* С. 5-7.

<sup>21</sup> Кириченко К.А. Там же. С. 7.

<sup>22</sup> Кириченко К.А. Там же. С. 7-8.

кая модель запрещает коммерческое суррогатное материнство<sup>23</sup>. Данный факт обуславливается прямым следованием за Конвенцией «О правах человека и биомедицине», которая устанавливает общий запрет на коммерциализацию тела человека и его частей<sup>24</sup>. Более того, интересным фактом-признаком суррогатного материнства является то, что большинство европейских стран ориентируются не на императивные нормы государства, а на права и свободы конкретного индивида, а в рассматриваемом случае на права и свободы ребенка, зачатого с помощью вспомогательных репродуктивных технологий, на получение информации о своем генетическом происхождении<sup>25</sup>. Это представляется хорошим ориентиром для установления баланса интересов сторон договора, когда такие интересы кажутся равнозначными. Некоторые страны даже допускают доступ ребенка к таким сведениям о суррогатной матери (доноре) как имя и адрес<sup>26</sup>. Такое право ребенка на доступ к информации регламентируется Конвенцией ООН «О правах ребенка», а именно, статьей 7: «Право ребенка знать своих родителей», а также Конвенцией Совета Европы «О защите прав человека и основных свобод»: право на уважение частной и семейной жизни<sup>27</sup>.

*Постсоветская модель.* Важнейшей особенностью постсоветской модели является фактическое исключение нетрадиционных семей из сферы применения вспомогательных репродуктивных технологий<sup>28</sup>. Например, пары, предпочитающие браку сожителство, не смогут применить метод суррогатного материнства в России, Белоруссии, Украине, Азербайджане, Казахстане, Киргизии, Молдове<sup>29</sup>. В данном случае имеет место традиционный подход регулирования семейных правоотношений. Также постсоветская модели не предус-

---

<sup>23</sup> Чернова Ж.В. *Семейная политика в Европе и России: гендерный анализ.* СПб., 2008. С. 320.

<sup>24</sup> Конвенция от 4 апреля 1997 г. «О защите прав и человеческого достоинства в связи с применением достижений биологии и медицины: Конвенция о правах человека и биомедицине» Ст. 21.

<sup>25</sup> Чернова Ж.В. Там же. С. 321.

<sup>26</sup> Чернова Ж.В. *Семейная политика в Европе и России: гендерный анализ.* С. 321.

<sup>27</sup> Конвенция от 4 ноября 1950 г. «О защите прав и основных свобод человека» Ст. 8.

<sup>28</sup> Кириченко К.А. Там же. С.11-12.

<sup>29</sup> Кириченко К.А. Там же С. 11-12.

матривает право ребенка на информацию о донорах, в связи с этим многие эксперты называют рассматриваемую модель недостаточно прогрессивной и лишь немного усовершенствованной по сравнению с советскими решениями<sup>30</sup>. Еще одной особенностью постсоветской модели является отсутствие достаточного количества ресурсов, необходимых для совершенствования законодательства, так как существуют более значимые для законодателя проблемы, подлежащие немедленному урегулированию<sup>31</sup>.

*Азиатская модель.* Насколько мне известно, ранее в проводимых комплексных исследованиях данная модель не была выделена в качестве самостоятельной, что предположительно можно объяснить тем фактом, что государства, включаемые в эту модель, с определенной долей периодичностью меняют установленное регулирование. Примером может служить Индия, которая несколько лет назад признавалась основным центром по проведению коммерческого суррогатного материнства, особенно с учетом практики суррогатного туризма. Однако в 2020 г. исполнительная власть Индии запретило проведение суррогатного материнства для граждан тех государств, где такая вспомогательная репродуктивная технология находится под запретом. Еще одним интересным примером может служить Сингапур, на территории которого суррогатное материнство находится под строжайшим запретом. Вместе с тем, это государство одно из первых внесло изменение в действующие регулирования в случае использования суррогатного туризма. Так, рожденный от суррогатной матери ребенок был зарегистрирован в качестве такого на территории Сингапура, несмотря на запрет вспомогательной репродуктивной технологии, и несмотря на запрет гомосексуальных отношений, а только во исполнение благополучия ребенка<sup>32</sup>.

Итак, уже сейчас юридическая доктрина выделяет ряд критериев, по которым разграничивается отношение к суррогатному материнству по всему миру. Во-первых, это определение требований для генетических родителей. Медицинские показатели являются единственным основанием для участия в программе суррогатного материнства в европейской и постсоветской моделях, в то время как австралийская и американская модели предусматривают в качестве возможной причины даже естественное желание иметь детей без ка-

---

<sup>30</sup> Красавчикова Л.О. Там же. Екатеринбург, 1999. С. 120.

<sup>31</sup> Кириченко К.А. Там же. С. 13.

<sup>32</sup> UKM v. Attorney General SGHCF 18, HCF/District Court Appeal No 2 of 2018.



ких либо обстоятельств, препятствующих этому. Также австралийская модель предусматривает возможность обращения за помощью к суррогатной матери одиноких женщин или мужчин и даже однополых супруг или пар, предпочитающих сожительство. Другие же модели, напротив, предоставляют возможность только супружеским парам или в исключительных случаях одиноким лицам прибегать к вспомогательной репродуктивной технологии. Во-вторых, еще одним кардинальным различием является право у рожденного ребенка на информацию о доноре, то есть либо о суррогатной матери, либо о генетических родителях, в случае отказа суррогатной матери передать ребенка. В этом случае европейская и постсоветская модели прибегают к противоположному регулированию: в то время, как европейская предоставляет такое право родившемуся ребенку и охраняет его, постсоветская модель следует принципу сохранения тайны донорства.

Вместе с тем, автор предлагает дополнить к рассмотрению несколько критериев, а следовательно, и расширить ранее введенные модели правового регулирования, а именно:

#### *1. Легализация института суррогатного материнства:*

- запрещено законом (Австрия, Германия, Литва, Материковый Китай, Молдавия, Норвегия, Италия, Франция, Тайвань, Эстония, Швеция, Сингапур, некоторые штаты в США: Аризона, Мичиган, Нью-Джерси);

- разрешено законом (Армения, Республика Беларусь, Гонконг, Грузия, Украина, Казахстан, Киргизия, Российская Федерация, Таджикистан, Туркмения, Южно-Африканская Республика, США (Калифорния));

- разрешено законом, но требуется соблюдение дополнительных условий: разрешено только некоммерческое (Канада, Израиль, Австралия, Великобритания, Дания);

- законодательно не урегулирована и применяется (Бельгия, Узбекистан, Финляндия, Южная Корея);

- не урегулировано законом, но системное толкование говорит о запрете (Япония: «рождение ребенка должно происходить из чрева матери»; Латвия: приравнивается к «продаже» ребенка); наличие законодательного запрета без предусмотренной ответственности (Макао, Тайвань).

#### *2. Финансирование суррогатного материнства:*

- предусмотрена возмездная основа (Украина, Грузия, подавляющее большинство штатов США);

- только безвозмездная основа (Израиль, Испания, Канада);
- компенсаторная основа (Великобритания);
- смешанная основа (Россия).

3. *Законодательно закрепленный приоритет прав по отношению к рожденному ребенку:*

- приоритет прав на воспитание рожденного ребенка у суррогатной матери (Россия);
- приоритет прав на воспитание рожденного ребенка к генетических родителей (Республика Беларусь, Казахстан, Украина).

С учетом запрета суррогатного материнства в ряде стран, а так в связи с наличием дополнительных особенностей (по большей части ограничительных) в большинстве государств большее развитие получил феномен так называемого «суррогатного туризма». <sup>33</sup> Для того, чтобы прибегнуть к суррогатному материнству, проживая в стране, где его использование запрещено и (или) ограничено, супружеские пары наравне с одинокими женщинами и мужчинами для получения желаемого выезжают за пределы своего государства и обращаются в иностранные клиники, где закон это позволяет. Центром коммерческого суррогатного материнства в мире считается штат Калифорния, где предоставляются международные услуги применения данной репродуктивной технологии. <sup>34</sup> Кроме того, в последнее время все чаще можно наблюдать обращение иностранцев к суррогатному материнству и на территории Российской Федерации. К слову сказать, в настоящее время на рассмотрении Государственной Думы находится законопроект о внедрении запрета для иностранных граждан обращаться к суррогатным матерям. <sup>35</sup>

**III. Прецедентная практика судов.** Можно предположить, что установление на территории государства ограничений и (или) запретов на использование суррогатного материнства не всегда в действительности приводит к его неиспользованию на практике, более того, нередко это может породить дополнительное межгосударственное противоречие, о котором мы поговорим далее.

---

<sup>33</sup> Борисова Т.Е. *Суррогатное материнство в Российской Федерации: проблемы теории и практики.* С. 14.

<sup>34</sup> Борисова Т.Е. *Суррогатное материнство в Российской Федерации: проблемы теории и практики.* С. 14.

<sup>35</sup> В Думу внесен проект о запрете иностранцам пользоваться услугами суррогатных матерей <https://rg.ru/2021/12/17/v-gd-vnesen-proekt-o-zaprete-inostrancam-polzovatsia-uslugami-surrogatnyh-materej.html>. Дата обращения: 05.01.2021.

## 1. Суррогатный туризм: Сингапур – США (УКМ v. Attorney General)<sup>36</sup>.

*Обстоятельства дела.* Граждане Сингапура получили отказ от агентств по усыновлению в реализации права на усыновление и удочерение ребенка в связи со своей гомосексуальной ориентацией. В таком случае единственным возможным по их мнению выходом было обратиться к суррогатному материнству, которое, к слову, в Сингапуре находится под строжайшим запретом. Выбор пал на США, и процедура вспомогательных репродуктивных технологий состоялась. Суррогатная мать выполнила все обязательства и передала ребенка. Однако, когда заявитель вернулся в Сингапур, ребенку отказали в выдаче гражданства и в признании отцовства на основании ДНК – единственным вариантом было усыновить ребенка, и несмотря на предыдущие отказы было организовано дополнительное расследование, ведь в данном случае было явно дополнительное обстоятельство, которое власти не могли проигнорировать – генетическое родство.

По результатам расследования истец был определен в качестве финансово стабильного человека, также не возникало вопросов и к обстановке в его доме (комфорт, безопасность), но такое усыновление все еще вдвойне противоречило государственной политике Сингапура, поскольку ни суррогатное материнство, ни брак между двумя мужчинами не признается действующим законодательством.

Решение суда 1 инстанции и поданная в дальнейшем апелляция были приняты не в пользу заявителей, в связи с тем, что судебными органами было установлено то, что сложившиеся обстоятельства были созданы истцом самостоятельного (попытка узаконить отношения, которые запрещены) и цель его изначальных действий – нарушение закона.

*Правовая позиция Верховного суда Сингапура.* В поиске баланса интересов Верховный суд Сингапура не согласился с принятыми ранее судебными решениями, придерживаясь императива в пользу благополучия ребенка, а именно признания его биологического родителя в качестве законного:

- нет ни одного доказательства, прямо устанавливающего то, что истец намеренно нарушил положения государственной политики;
- заявителем не поднимался данный вопрос до того момента, пока не возникли проблемы с установлением гражданства;

---

<sup>36</sup> *Здесь и далее: Singapore court decision: UKM v. Attorney General SGHCF 18, HCF/District Court Appeal No 2 of 2018.*

- благополучие ребенка – это основной вопрос, при всех разбирательствах, касающихся опеки над детьми.

*Основополагающий довод суда.* Верховный суд Сингапура в самом решении не выделял отдельно какой-либо базовый аргумент, который оказал непосредственное главенствующее влияние на принятия императива в пользу благополучия ребенка и, собственно говоря, не рассматривал какие-либо дополнительные обстоятельства, которые бы оценивали это «благополучие» (в отличии, например, от Европейского Суда по правам человека в деле “Парадиззо и Кампанелли против Италии”). Однако автор убежден, что решающую роль сыграла именно генетическое родство между заявителем и рожденным ребенком, в связи с наличием которого процедура усыновления была разрешена – без проведения суррогатного материнства за рубежом в усыновлении ранее было отказано.

## **2. Суррогатный туризм:** Германия-США (Beschluss des XII)<sup>37</sup>.

*Обстоятельства дела.* В связи с тем, что суррогатное материнство на территории Германии запрещено, заявители воспользовались возможностями его применения на территории США. По законодательству Калифорнии обязательным условием для признания прав биологических родителей представляется наличие решения Верховного Суда штата (см. классическую американскую модель). Решение суда было принято в пользу биологических родителей – именно они являются законными представителями ребенка, а суррогатная мать не имеет родительских прав. Однако в Германии органы ЗАГС отклонили заявку на регистрацию родителей в качестве законных на основании того, что суррогатное материнство на территории республики категорически запрещено.

*Правовая позиция Федерального суда Берлина.* Федеральный суд Берлина изначально определил то, что в своем решении будет придерживаться императива в пользу благополучия ребенка, однако до окончания его решения не было с точностью ясно, что именно суд понимает под тем самым благополучием и только в заключительной части суд подвел итог в понятной и доступной форме:

- иностранные решения признаются немецким законодательством, кроме случаев несовместимости с основными правами и обязанностями;
- несмотря на то, что положения государственной политики напрямую запрещают использование суррогатного материнства, а законной матерью признается женщина, родившая ребенка, решение

---

<sup>37</sup> *Здесь и далее: Beschluss des XII. Zivilsenats vom 10.12.2014 - XII ZB 463/13.*

иностранного суда не отклоняется от немецкой правовой доктрины до такой степени, что его признание было бы неприемлемым;

- если отказать в признании иностранного решения, то для ребенка возникнет большой риск ущерба.

*Основополагающий довод Суда.* В рассматриваемом деле базовый аргумент представился с неожиданной стороны. Так, для суда важнейшим основанием стал порядок признания иностранного судебного решения. Никаких нарушений или достаточных оснований для того, чтобы не признавать американское решение органа судебного контроля в признании генетических родителей законными найдено не было, и в таком случае суд подкрепил свое решение уже принятым решением суда в другом государстве. Кстати сказать, благополучие ребенка также определялось как сохранение ребенка у генетических родителей.

**3. Суррогатный туризм:** Европейский суд по правам человека (дело “Парадиззо и Кампанелли против Италии”)<sup>38</sup>.

*Обстоятельства дела.* Попытки заявителей воспользоваться разрешенными вспомогательными репродуктивными технологиями (например, экстракорпоральное оплодотворение) были безуспешны (все 8 раз). Заявители также рассматривали усыновления в качестве альтернативного способа, но ожидание также было безуспешным, и в таком случае единственным возможным вариантом для них стало суррогатное материнство за рубежом, а именно на территории Российской Федерации.

Процедура прошла успешно, и заявители были зарегистрированы в качестве родителей в г. Москве, в дальнейшем, заявление было апостилировано в соответствии с положениями Гаагской конвенции, отменяющей требование легализации. Однако в Италии в отношении заявителей было возбуждено уголовное дело, заподозрив их в фальсификации гражданского статуса, использовании поддельных документов. Власти Италии посчитали, что с точки зрения закона необходимо приравнять статус ребенка к ребенку от которого отказались. Ребенок был помещен под опеку, и опекун ходатайствовал о том, чтобы родителей лишили родительских прав.

Властями Италии было проведено расследование, в котором было зафиксировано, что у заявителей комфортные условия для проживания, достаточно большой доход, а также здоровье ребенка отличное, поскольку заботятся о нем по самым высоким стандартам. Также была проведена и психологическая экспертиза, по итогам кото-

---

<sup>38</sup> *Постановление Европейского Суда по правам человека от 24 января 2017 г. Дело “Парадиззо и Кампанелли против Италии (жалоба № 25358/12).*

рой было установлено, что возможное разлучение с заявителями может привести к пагубным последствиям (депрессия, чувство брошенности). Кроме того, была назначена экспертиза ДНК, которая неожиданно показала, что между заявителем и ребенком отсутствует генетическое родство (заявительница изначально не являлась генетической матерью – была использована донорская яйцеклетка).

Решение суда и первой, и апелляционной инстанции было принято не в пользу заявителей, и ребенок был помещен на попечение социальных служб, а затем – в семью для усыновления.

*Правовая позиция Европейского суда по правам человека.* Для того, чтобы принять решение о дальнейшей «судьбе» заявителей и ребенка, суд должен был установить или опровергнуть нарушение статьи 8 Конвенции. Все с тем, судом даже не было установлено то, что вопрос касался семейной жизни, в связи с тем, что:

- отсутствовало биологическое родство (детально не рассматривалось, могли ли это заранее предупредить заявители или не могли, так как фактически от них ничего не зависело);
- длительность проживания была недостаточной (8 месяцев);
- неопределенность связей с юридической точки зрения.

Вместе с тем, чашу весов на сторону государства также склоняло наличие запрета на использование суррогатного материнства в Италии и запрета на ввоз ребенка из другой страны без биологического родства. Таким образом, судом было принято решение о том, что семейная связь между заявителями и рожденным ребенком отсутствовала. Кстати сказать, несмотря на то, что суд констатировал то, что обстоятельства дела относятся к личной жизни заявителя, превышение допустимого вмешательства он также не обнаружил.

*Основополагающий довод суда.* Интересно, что в данном деле базовым аргументом также можно считать именно генетическое родство между ребенком и потенциальными родителями. Правда, в данном случае оно, напротив, сыграло не в пользу заявителей, несмотря на наличие иных обстоятельств. Благополучие ребенка не было определено сохранением отношений между ним и заявителями.

#### **4. Суррогатное материнство:** генетическое родство США<sup>39</sup>.

*Обстоятельства дела.* Эмбрион заявителей, генетически не связанный ни с одним из них (донорский), был имплантирован суррогат-

---

<sup>39</sup> *In re the Marriage of John A. and Luanne H. Buzzanca / Indian surrogacy law center.* – Mode of access : <http://indiansurrogacylaw.com/in-re-the-marriage-of-buzzanca.html>. Date of access

ной матери. Пара рассталась, и заявитель отказался от какой-либо ответственности за ребенка (в том числе, финансовой). Суррогатная мать от ребенка также отказалась. В таком случае суд первой инстанции постановил, что законные родители у ребенка отсутствуют.

*Правовая позиция Верховного суда штата Калифорния.* Несмотря на то, что заявители не являются биологическими родителями ребенка, они являются законными родителями ребенка с учетом их роли инициаторов в качестве предполагаемых родителей в зачатии и рождении ребенка:

- соглашаясь на вспомогательные репродуктивные технологии с использованием донорства, пара является законным представителем рожденного ребенка (детей);

- если заявитель согласился на вспомогательные репродуктивные технологии, то по закону он считается отцом ребенка в силу его наличия такого согласия – государство благоприятствует установлению законного родительства;

- при принятии решения суда 1 инстанции – ребенок будет находиться на иждивении у гос-ва, что не соответствует основной цели благополучия ребенка.

*Основной довод суда.* Рассматриваемое дело, напротив, установило то, что генетическое родство не является и не может является единственным или универсальным критерием для определения родословной ребенка. Так, ребенок не был бы рожден, если бы не заключенный договор суррогатного материнства, а значит – базовым аргументом является инициатива заявителей стать законными родителями рожденного ребенка.

Итак, как национальные суды, так и Европейский Суд по правам человека предпринимая попытку подойти к рассмотрению дел по гестационному суррогатному материнству всесторонне: провести анализ обстановки между потенциальными родителями и рожденным ребенком, оценить ситуацию с помощью психологической экспертизы (если применимо), обратиться к решениям других судов, уделить должное внимание установленному нормативному регулированию в государстве и придерживаться балансирования при предоставлении приоритета в ту или иную сторону. Можно выделить основополагающие доводы, которые приводят суды до принятия решения: наличие генетического родства между потенциальными родителями и рожденным ребенком, наличие признанного иностранного судебного решения, изначальная инициатива заявителей (заявителя) стать родителями. Однако важной особенностью представ-

ляется то, что нет какого-либо одного определяющего однозначного критерия, наличие или отсутствие которого представлялось бы достаточным. В каждом деле суды используют персонифицированный подход в попытке соблюсти тот самый заветный императив в пользу благополучия ребенка.

Важно заметить, что каждое из рассматриваемых дел в дальнейшем определило подход к реализации репродуктивного права на суррогатное материнство как на национальном, так и на наднациональном уровнях. В таком случае целесообразнее отнести рассматриваемое право не к оригиналистской концепции (originalism) толкования содержания прав, а к эволютивному толкованию<sup>40</sup>. В случае, если бы автор прибегал к первичной концепции из указанных все вводимые судебной властью ограничения обязательно должны были сопровождаться внесением изменений в основной закон государства, что в настоящее время применимо только для правовых систем Румынии, Швейцарии, Федеративной Республике Германии, где уже закреплены такие изменения. В остальном, очевидным представляется определение риска применения такой концепции без адаптации к другим подходам: неоправданное разрастание конституционно-правовых норм, неточность определения исторического периода и общности намерений, нестабильность основного закона государства.

В то же время концепция «живого конституционализма» представляется наиболее подходящей для расширения содержания уже имеющихся конституционных прав (основные: право на жизнь, право на достоинство личности, право на неприкосновенность частной жизни; производные: материнство и детство, защита семьи, право на охрану здоровья и медицинскую помощь). Правда, не менее важным представляется организовать такое эволютивное толкование со стороны судебной инстанции наиболее плавно и поэтапно, возможно, даже разработав и закрепив специальный тест для его проведения (по аналогии с тестом на пропорциональность, balancing).

Таким образом, институт суррогатного материнства продолжает стремительно развиваться. Трудно не заметить, что важнейшую роль в такой динамике занимают именно органы судебного контроля, которые выступают не только в качестве «надзирателя» за соблюдением установленных прав и свобод, но и активно используют эволютивное толкование уже существующих на национальном и наднациональном уровнях прав,

---

<sup>40</sup> Кавана Э. *Идея живой Конституции*. С. 55

<sup>41</sup> Brems E. *Conflicts between fundamental rights*. Oxford, 2008.



особенно с учетом способа «weak change», когда судебные правовые позиции распространяют уже установленную норму на новый спектр фактических обстоятельств, которые ранее предвидеть не представлялось возможным. Вместе с тем, в отличия от законодателя, который может разработать довольно тонкую систему, в которой оба конфликтующих права будут пользоваться максимальной защитой, судья должен выносить решение в пользу только одной стороны<sup>41</sup>. Можно сделать вывод о том, что в настоящее время один единый подход к суррогатному материнству во всем мире отсутствует. Вместе с тем, несмотря на провозглашенную в том числе Европейским судом по правам человека, свободу усмотрения каждого государства, решение многих вопросов невозможного без тесного диалога между государствами во избежание правовой неопределенности и создания конфликтных ситуаций<sup>42</sup>.

### Библиографический список

*Законы и подзаконные акты:* Указ Президента Российской Федерации от 9 октября 2007 г. № 1351 «Об утверждении Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года» // СПС КонсультантПлюс URL: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_71673/942772dce30cfa36b671bcf19ca928e4d698a928/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_71673/942772dce30cfa36b671bcf19ca928e4d698a928/) (дата обращения: 30.12.2021).

*Международные нормативные акты:* Конвенция от 4 ноября 1950 г. «О защите прав и основных свобод человека» // СПС Гарант URL: <https://base.garant.ru/72067416/> (дата обращения 23.11.2021).

Конвенция от 4 апреля 1997 г. «О защите прав и человеческого достоинства в связи с применением достижений биологии и медицины: Конвенция о правах человека и биомедицине // СПС Гарант URL: <https://base.garant.ru/2562155/> (дата обращения 01.01.2022).

*Судебная практика:* Постановление Европейского Суда по правам человека от 24 января 2017 г. Дело “Парадиззо и Кампанелли против Италии (жалоба № 25358/12).

Beschluss des XII. Zivilsenats vom 10.12.2014 - XII ZB 463/13.

In re the Marriage of John A. and Luanne H. Buzzanca / Indian surrogacy law center. 1998.

UKM v. Attorney General SGHCF 18, HCF/District Court Appeal No 2 of 2018.

---

<sup>42</sup> Храмова Т.М. Проблемы суррогатного материнства в формате “суррогатного права”: комментарий к Консультативному заключению ЕСПЧ от 10 апреля 2019 г.

## Литература

1. Афанасьева И.В., Пароконная К.Д. Правовые проблемы суррогатного материнства // Семейное и жилищное право. № 5. 2012. С. 17.
2. Балашов О.Н. Искусственное оплодотворение: что думают православные // Человек. № 3. 1995.
3. Борисова Т.Е. Суррогатное материнство в Российской Федерации: проблемы теории и практики. 2014.
4. Кириченко К.А. Модели правового регулирования отношений, складывающихся при применении методов вспомогательной репродукции: сравнительно-правовой // Российский юридический журнал. 2011.
5. Кокорин А.П. К вопросу о получении согласия суррогатной матери на запись родителями ребенка супругов, предоставивших свой генетический материал // Семейное и жилищное право. № 1. 2010.
6. Красавчикова Л.О. Понятие и система личных, не связанных с имуществом прав граждан (физических лиц) в гражданском праве Российской Федерации. Екатеринбург, 1999.
7. Саидов А.Х. Сравнительное правоведение: основные правовые системы современности. 2007.
8. Флягин А.А. Правовой статус родителей при суррогатном материнстве // Гражданское право. № 3. 2015.
9. Флягин А.А. Суррогатное материнство: судебная практика и зарубежный. // Законы России: опыт, анализ, практика. № 7. 2015.
10. Храмова Т.М. Проблемы суррогатного материнства в формате “суррогатного права”: комментарий к Консультативному заключению ЕСПЧ от 10 апреля 2019 г. // Международное правосудие. № 3. 2019.
11. Dzehtsiarou K., O'Mahony C. Evolutive interpretation of rights provisions: a comparison of the European court of human rights and U.S. Supreme Court // Columbia Human Rights Law Review 309. 2013.
12. Brems E. Conflicts between fundamental rights. Oxford, 2008.

## References

1. Afanas'eva I.V., Parokonnaia K.D. Pravovye problemy surrogatnogo materinstva // Semeinoe i zhilishchnoe pravo. № 5. 2012. S. 17.
2. Balashov O.N. Iskusstvennoe oplodotvorenje: chto dumaiut pravoslavnye // Chelovek. № 3. 1995.
3. Borisova T.E. Surrogatnoe materinstvo v Rossiiskoi Federatsii: problemy teorii i praktiki. 2014.
4. Brems E. Conflicts between fundamental rights. Oxford, 2008.
5. Dzehtsiarou K., O'Mahony C. Evolutive interpretation of rights provisions: a comparison of the European court of human rights and U.S.

Supreme Court // Columbia Human Rights Law Review 309. 2013.

6. Kirichenko K.A. Modeli pravovogo regulirovaniia otnoshenii, skladyvaiushchikhsia pri primenenii metodov vspomogatel'noi reproduksii: sravnitel'no-pravovoi // Rossiiskii iuridicheskii zhurnal. 2011.

7. Kokorin A.P. K voprosu o poluchenii soglasiia surrogatnoi materi na zapis' roditeliami rebenka suprugov, predstavivshikh svoi geneticheskii material // Semeinoe i zhilishchnoe pravo. № 1. 2010.

8. Krasavchikova L.O. Poniatie i sistema lichnykh, ne sviazannykh s imushchestvennymi prav grazhdan (fizicheskikh lits) v grazhdanskom prave Rossiiskoi Federatsii. Ekaterinburg, 1999.

9. Saidov A.Kh. Sravnitel'noe pravovedenie: osnovnye pravovye sistemy sovremennosti. 2007.

10. Fliagin A.A. Pravovoi status roditel'ei pri surrogatnom materinstve // Grazhdanskoe pravo. № 3. 2015.

11. Fliagin A.A. Surrogatnoe materinstvo: sudebnaia praktika i zarubezhnyi. // Zakony Rossii: opyt, analiz, praktika. № 7. 2015.

12. Khramova T.M. Problemy surrogatnogo materinstva v formate "surrogatnogo prava": kommentarii k Konsul'tativnomu zakliucheniiu ESPCh ot 10 apreliia 2019 g. // Mezhdunarodnoe pravosudie. № 3. 2019.

## **УГОЛОВНО-ПРАВОВОЕ ЗНАЧЕНИЕ СОГЛАСИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ СОМАТИЧЕСКИХ ПРАВ**

**Барышева К.А.,**

доцент каф. судопроизводства и уголовного права, юридического факультета Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики».

**Мамедова Ф.Ф.,**

доцент каф. судопроизводства и уголовного права, юридического факультета Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики».

***Аннотация:** в статье анализируется понятие соматических прав человека, исследуются возможности их реализации лицами, не достигшими совершеннолетия в зависимости от возраста и вида соматических прав. Рассматривается право на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство. Выявляется уголовно-правовое значение согласия несовершеннолетнего на причинение того или иного вреда при реализации соматических прав, в частности, права на искусственное прерывание беременности, модификацию тела в эстетических или иных целях. Относительно права на*

вступление в сексуальные контакты делается вывод о том, что государство существенно ограничивает свободу лица, руководствуясь представлениями о традиционных ценностях, а также о необходимости привести в соответствие те запреты, которые в настоящее время установлены уголовным законом, и возраст, с которого несовершеннолетнему дается право распорядиться собой.

**Ключевые слова:** соматические права, согласие потерпевшего, искусственное прерывание беременности, согласие на медицинское вмешательство, соматические модификации.

## **THE CRIMINAL-LEGAL SIGNIFICANCE OF THE CONSENT OF THE MINOR IN THE EXERCISE OF SOMATIC RIGHTS**

**Kseniya A. Barysheva**

Associate Professor at School of Court Proceedings and Criminal Law of the Law Faculty at National Research University Higher School of Economics (101000, Russia, Moscow, Myasnitckaya St., 20; e-mail: kbarysheva@hse.ru).

**Fatima F. Mamedova Associate**

Professor at School of Court Proceedings and Criminal Law of the Law Faculty at National Research University Higher School of Economics (101000, Russia, Moscow, Myasnitckaya St., 20; e-mail: fmamedova@hse.ru).

**Abstract.** *The article is devoted to the concept of somatic human rights, examines the possibilities of their implementation by persons who have not reached the age of majority, depending on the age and type of somatic rights. The right to informed voluntary consent to medical intervention is considered. The article reveals the criminal-legal significance of the consent of a minor to cause harm in the exercise of somatic rights, in particular, the right to artificial termination of pregnancy, donation, modification of the body for aesthetic or other purposes. Regarding the right to engage in sexual contact, it is concluded that the state significantly restricts the freedom of a person, guided by ideas about traditional values. Authors conclude that it is necessary to bring into line the prohibitions that are currently established by the criminal law, and the age of minor who can give the right to dispose of himself.*

**Key words:** *somatic human rights, consent of victim, artificial termination of pregnancy, somatic modification, patient informed consent.*

**1. Регулирование распоряжения соматическими правами публичным правом.** Свобода одного заканчивается там, где начинается

свобода другого. Однако, что есть свобода применительно к юридическому толкованию данного термина с точки зрения распоряжения своими соматическими (личностными) правами. И так ли свободен каждый человек распоряжаться своими правом на жизнь, смерть, репродуктивными правами и пр.?

Относительно недавно в правовой доктрине появилось понятие «соматические права», к которым принято относить право на смерть, изменение пола, гомосексуальные контакты, трансплантацию органов и тканей человека, употребление наркотиков или психотропных средств, право на искусственное репродуктивное, стерилизацию и аборт, на клонирование, виртуальное моделирование<sup>1</sup>. Данные права относят к четвертому поколению прав человека. Несмотря на то, что соматические права по своей природе являются неотъемлемыми правами человека, не все из них – абсолютные, в связи с чем есть ограничения в их реализации<sup>2</sup>.

В юридической доктрине уже написано немало о понятии и содержании соматических прав<sup>3</sup>, об их месте в системе прав и свобод человека, однако нет исследований о том, подлежат ли они защите действующим уголовным законом.

Степень свободы распоряжаться своими соматическими правами напрямую связана с принципами государственного управления, типом взаимоотношений гражданина и государства, государственной политикой в области здравоохранения, пределами вмешательства государства в личную сферу жизни человека, соотношением норм права и морали и иными факторами. Так, в ряде стран разре-

---

<sup>1</sup> Отставнова Е.А. *Соматические права в системе прав и свобод человека // Конституционное развитие России. Межвузовский сборник научных статей.* ФГБОУ ВО «Саратовская государственная юридическая академия». Саратов, 2017. - С. 81.

<sup>2</sup> Василевич Д.Г. *Понятие и виды соматических (личностных) прав // Право и демократия.* - Минск: БГУ, 2014. № 25. 340 с.

<sup>3</sup> Ковлер А.И. *Антропология права* - М.: Издательство «НОРМА». 2002. - 480 с.; Крусс В.И. *Личностные («соматические») права человека в конституционном и философско-правовом измерении: к постановке проблемы // Государство и право.* - М.: Наука. 2000. № 10. С. 43-50; Лаврик М.А. *К теории соматических прав человека // Сибирский юридический вестник.* - Иркутск: Юридический институт ИГУ, 2005. № 3. С. 83-89; Нестерова Е.М. *Личностные (соматические) права в системе прав человека: дис. ... канд. юрид. наук.* М., 2014. - 197 с. и др.

шена эвтаназия, в некоторых государствах не порицаются гомосексуальные отношения (разрешены однополые браки, в таких браках супруги могут усыновлять детей), родители вправе определять гендерную принадлежность ребенка<sup>4</sup>. Государство ограничивает свое вмешательство в некоторые сферы жизни человека, опираясь на фундаментальные права и свободы человека и гражданина, признавая, защищая и не препятствуя реализации этих прав и свобод.

Для России как государства всегда была характерна ярко выраженная патерналистская система общественных отношений, предполагающая, что государство особенным образом строит свои отношения с гражданами<sup>5</sup>. Подобно «отцу семейства», государству виднее, что допустимо, а что нет, какие права можно ограничивать, а в какие сферы жизни человека вмешиваться не стоит. При этом большая часть общества соглашается с подобным положением вещей. Таким образом, реализация некоторых соматических прав в нашем государстве ограничена.

После принятия поправок в Конституцию РФ «традиционный» уклад в некоторых областях жизни только укрепился еще и на высшем законодательном уровне. Так, в ст. 72 провозглашена обязанность государства защищать институт брака как союза мужчины и женщины. Еще в 2013 г. в КоАП РФ была введена норма ст. 6.21 о запрете пропаганды нетрадиционных сексуальных отношений среди несовершеннолетних. Часть 2 ст. 134 УК РФ устанавливает более строгую уголовную ответственность за мужеложство или лесбиянство с лицом, не достигшим шестнадцатилетнего возраста, нежели чем за аналогичное преступление в отношении лица противоположного пола.

С одной стороны, государство не устанавливает запрет на гомосексуальные отношения (как это было в советское время), а с другой – порицает подобную связь как противоречащую нормам морали и нравственности. Это говорит о вмешательстве государства в сферу личной жизни человека и поставление на уровень выше устоявшихся моральных ценностей общества, которые имеют значительное влияние на формирование норм права. Говорить о свободной реали-

---

<sup>4</sup> «Мама сказала, что я девочка» Lenta.ru от 28.02.2020 // <https://lenta.ru/articles/2020/02/28/kids/> (Дата обращения: 23.03.2021)

<sup>5</sup> Гончаров И.В., Прудников А.С. Государственный патернализм и права человека в современной России // Вестник Нижегородской академии МВД России. 2018. № 3 (43). - С. 58.

зации соматического права на гомосексуальные контакты в пределах России не представляется возможным<sup>6</sup>.

Не запрещено реализовывать право на распоряжение своим телом и «украшаться» различного рода татуировками или иным образом модифицировать себя. Однако в случае если татуировка – это, например, изображение свастики, то действия лица могут содержать объективную сторону правонарушения, предусмотренного ст. 20.3 КоАП РФ. Резонансным было решение Чебоксарского районного суда, назначившего дополнительное наказание сделавшему татуировки в виде нацистской символики, а именно «конфискацию орудий совершения административного правонарушения», «в виде самостоятельного удаления Г. на своем теле двух изображений (татуировок на груди с левой и правой стороны), схожих с нацистской символикой». Впоследствии Верховный суд Чувашии, рассмотрев представление прокуратуры, отменил скандальное решение<sup>7</sup>. Опираясь на судебную практику<sup>8</sup>, можно сделать вывод, что подобные изображения на теле делать можно, однако нельзя демонстрировать.

В то же время согласно ст. 123 УК РФ, ответственность за незаконное прерывание беременности может наступить только для лица, которое проводит искусственное прерывание беременности, а потерпевшую привлечь к уголовной ответственности за причинение самой себе вреда здоровью невозможно. Также проведение искусственного прерывания беременности врачом-гинекологом вне специального медицинского учреждения или в иные сроки, чем предусмотрено законодательством, не является уголовно наказуемым деянием. Это говорит о возможной реализации права женщины самостоятельно распоряжаться своим телом.

На наш взгляд, следует разобраться подробнее, когда реализация соматических прав допустима, а когда право распоряжаться

---

<sup>6</sup> РБК. «Муз ТВ» решили привлечь за гей-пропаганду от 28.10.2021. Режим доступа: [https://www.rbc.ru/technology\\_and\\_media/28/10/2021/617a8aed9a79477a75ec2ee8](https://www.rbc.ru/technology_and_media/28/10/2021/617a8aed9a79477a75ec2ee8) (Дата обращения: 28 октября 2021 г.)

<sup>7</sup> Коммерсант. Суд разрешил осужденному сохранить татуировку. 13.03.2018. <https://www.kommersant.ru/doc/3570662> (Дата обращения: 03.04.2021)

<sup>8</sup> Постановление Милославского районного суда Рязанской области по делу об административном правонарушении № 5-77/2021 от 8 октября 2021 г. Режим доступа: <http://судебныерешения.рф/63341377/extended> (Дата обращения: 20 октября 2021)

своим телом ограничено, а также в целесообразности таких ограничений.

## **2. Соматические права как объект уголовно-правовой охраны.**

С реализацией соматических прав тесно связано выделяемое в уголовно-правовой доктрине обстоятельство, исключаящее преступность деяния, - согласие потерпевшего. Вопрос о правовом значении согласия потерпевшего при причинении вреда третьими лицами его правам не решен до сих пор.

В науке отмечается, что согласие потерпевшего на причинение его правам вреда в некоторых случаях не может быть абсолютным. Авторы выделяют ряд признаков или условий, при которых согласие может носить оправдательный характер: 1) дееспособность лица, дающего согласие, в ее уголовно-правовом значении, состоящая в его вменяемости и достижении им определенного возраста; 2) добровольность согласия; 3) наличие права на согласие; 4) своевременность согласия; 5) определенность согласия; 6) содержание целей причинения вреда<sup>9</sup>.

Ввиду того, что в УК РФ отсутствует прямое указание на возможность освобождения от уголовной ответственности и условия правомерности действий по причинению вреда по просьбе потерпевшего, границы дозволенного могут быть установлены либо смежными отраслевыми нормами, либо соответствующие разъяснения можно найти в судебной практике. Так, например, изъятие органов и тканей с целью пересадки другому лицу регулируется нормами Закона Российской Федерации от 22 декабря 1992 г. № 4180-1 «О трансплантации органов и (или) тканей человека»; в ст. 56 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» определено, что каждая женщина самостоятельно решает вопрос о материнстве, тем самым устанавливается право на причинение женщине вреда здоровью по ее согласию (именно как тяжкий вред здоровью определяется искусственное прерывание беременности применительно к иным составам УК РФ). Также не влечет уголовно-правовых последствий, например, нанесение татуировок, шрамирование, пирсинг, причинение повреждений во время ритуальных обрядов (обрезание, порезы и пр.), практики БДСМ и т.д.

Одним из видов причинения тяжкого вреда здоровью считается неизгладимое обезображивание лица. Большая часть авторов, иссле-

---

<sup>9</sup> *Расторопов С.В. Согласие на причинение вреда собственному здоровью и его уголовно-правовое значение // Человек: преступление и наказание. № 4 (91). 2015. - С. 83-87*



дующих правовое значение согласия потерпевшего, сходятся во мнении, что причинение тяжкого вреда здоровью даже по просьбе потерпевшего, выходит за рамки правомерного поведения и нуждается в уголовно-правовой оценке. А значит, татуировки на лице и иные модификации, связанные с изменением черт лица, вживление имплантатов, татуировки на белках глаз, пирсинг фактически можно признать тяжким вредом, так как с точки зрения среднего человека это не соответствует «общепринятым эстетическим представлениям о человеческом облике»<sup>10</sup>.

Однако сложно представить ситуацию, когда сам заказчик услуги по модификации своего лица сообщает в полицию о совершении в отношении него преступления, ведь на процедуру он идет добровольно. Другое дело, если обратившийся за услугой остался недоволен ее результатом (речь не идет о занесении инфекции или иных последствиях для здоровья, не связанных с самой процедурой). Защитить свои права возможно нормами гражданского законодательства и Закона РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителя», так как деятельность мастера тату, например, законодательством РФ не регулируется, данная деятельность не определяется как профессия, она не включена в перечень лицензируемых медицинских услуг.

Таким образом, причинение тяжкого вреда здоровью по просьбе потерпевшего в ряде случаев, действительно, исключает преступность деяния. Добровольное согласие дает человеку право распоряжаться соматическим правом на свое тело. Исключение могут составлять случаи, когда причинение тяжкого вреда здоровью влечет нарушение других охраняемых законом общественных отношений (например, случаи причинения вреда с целью получить отсрочку от несения воинской обязанности<sup>11</sup>).

Возможность человека распоряжаться правом на потребление наркотических средств и психотропных веществ также ограничена законодательством нашей страны. Однако связано это, в большей степени, с пресечением незаконного оборота данных средств. За потребление установлена административная ответственность. Больных

---

<sup>10</sup> Решение Верховного Суда РФ от 17 августа 2016 г. № АКПИ16-562; Определение Конституционного Суда РФ от 28 марта 2017 г. № 560-О

<sup>11</sup> Соктоев З. Б., Ринчинова А. Р. Согласие лица на причинение вреда его жизни и здоровью // Вестник Университета имени О. Е. Кутафина. 2018. №12 (52). - С. 128.

наркоманией лечиться в принудительном порядке не обязывают, а наркологическая помощь согласно ст. 54 Федерального закона от 08.01.1998 № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах» оказывается при наличии информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство. Исключение составляют случаи принудительного назначения лечения судом: ч. 2.1 ст. 4.1 КоАП РФ предусматривает возможность принудительного лечения лица от наркотической зависимости при назначении административного наказания за совершение правонарушений в области законодательства о наркотических средствах, психотропных веществах, их аналогов; согласно ст. 72.1 УК РФ<sup>12</sup> также может быть назначено принудительное лечение от наркотической зависимости; принудительное лечение назначается больным наркоманией, отбывающим наказание в местах лишения свободы. И снова речь об иных, не связанных с личностными правами, общественных отношениях, которые пересекательным образом связаны с незапрещенными саморазрушительными действиями лица. Возраст потребляющего наркотики также не влияет на обязанность пройти лечение или претерпеть иные негативные последствия.

По такому же принципу действует законодатель, устанавливая административную ответственность за проституцию. Действия лица, желающего распорядиться своим телом и предоставить его в «пользование» для удовлетворения сексуальных желаний другого, запрещено законом. При этом административная ответственность за проституцию наступает в случае систематического вступления в половую связь в любой форме с неограниченным кругом партнеров за материальное вознаграждение, которое составляет регулярный источник дохода. Однако, например, продажа девственности не влечет уголовной или административной ответственности ни для продавца, ни для покупателя такого товара; при этом обе стороны в случае нарушения одной из сторон сделки не могут претендовать на возмещение вреда, так как согласно ГК РФ сделка, совершенная с целью, которая заведомо противоречит основам правопорядка и нравствен-

---

<sup>12</sup> Приказ Министерства юстиции РФ и Министерства здравоохранения РФ от 3 февраля 2020 г. № 7/59 «Об утверждении Порядка осуществления контроля за исполнением осужденными, признанными больными наркоманией, обязанности пройти лечение от наркомании и медицинскую и (или) социальную реабилитацию». Режим доступа: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/73432424/> (Дата обращения: 25 сентября 2021 г.)

ности, является ничтожной и не влечет никаких последствий. Стороны такой сделки должны вернуть исполненное, если законом не предусмотрены иные последствия. Значит, законом не установлен запрет на продажу девственности, однако обе стороны подобной сделки защитить себя нормами права не могут.

**3. Реализация соматических прав несовершеннолетними в границах уголовного права.** Выведенная аксиома такова – совершеннолетний вправе распоряжаться своими соматическими правами до тех пор, пока не нарушены границы иных охраняемых законом объектов. А как обстоит дело с несовершеннолетними? С какого возраста человек вправе самостоятельно распоряжаться своим телом? С любого, однако те, кто задействован в процессе реализации или оказывают помощь несовершеннолетнему, могут быть привлечены к ответственности.

В УК РФ содержатся статьи, предусматривающие ответственность за «вовлечение», «склонение» несовершеннолетнего к совершению опасных для его жизни и здоровья действий (ст. 150-151.2, 240.1 УК РФ), в некоторых составах содержится квалифицирующий признак – преступление наказывается строже, если оно совершено в отношении несовершеннолетнего (ст. 230, 230.1 УК РФ). Ответственность наступает именно за действия по склонению/вовлечению – «действия, направленные на возбуждение желания»<sup>13</sup>, «любые умышленные действия, в том числе однократного характера, направленных на возбуждение у другого лица желания»<sup>14</sup>. То есть субъект добивается согласия потерпевшего, а это уже не в чистом виде добровольное волеизъявление несовершеннолетнего. Здесь нет смысла оспаривать законодательные конструкции, так как подобные действия уголовно наказуемы и в отношении совершеннолетних. А вот при наличии добровольного согласия несовершеннолетнего закон в

---

<sup>13</sup> Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 01.02.2011 № 1 «О судебной практике применения законодательства, регламентирующего особенности уголовной ответственности и наказания несовершеннолетних» Режим доступа: <https://www.vsrj.ru/documents/own/8276/> (Дата обращения: 2.10.2021 г.)

<sup>14</sup> Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 15.06.2006 № 14 «О судебной практике по делам о преступлениях, связанных с наркотическими средствами, психотропными, сильнодействующими и ядовитыми веществами». Режим доступа: <https://www.vsrj.ru/documents/own/8251/> (Дата обращения: 2.10.2021 г.)

каждом случае устанавливает разное регулирование: в некоторых ситуациях согласие не учитывается вообще и ответственность наступает в полном объеме, иногда ответственность за действия в отношении лиц, не достигших 18 лет, вообще не наступает, иногда подобные действия неверно квалифицируются.

*Добровольное согласие на причинение вреда.* Законом не установлены ограничения возраста на возраст дающего согласие на нанесение татуировок или совершение иных модификаций тела/лица: мастер сделает татуировку и несовершеннолетнему, ответственность за указанные действия не определена ни одним нормативным правовым актом. Возможно привлечение к гражданско-правовой ответственности, но не за факт нанесения тату, а за нарушение ст. 26 ГК РФ, где указано, что несовершеннолетние в возрасте от 14 до 18 лет без письменного согласия своих родителей или законных представителей вправе совершать только мелкие бытовые сделки. Поэтому подобные сделки можно признать недействительными, но если такие услуги оказывались, например, безвозмездно или получались «в дар», то гражданская ответственность вообще невозможна.

В ряде европейских стран сделать татуировку возможно только с 18 лет (Великобритания, Венгрия, Дания); в Греции тату можно сделать с 16 лет, но только в присутствии родителей или законных представителей. В некоторых странах для мастера установлена уголовная ответственность за нарушение предписанных правил о возрасте клиента: Закон о нанесении татуировок<sup>15</sup> несовершеннолетним в Великобритании предусматривает штраф для мастера даже в случае присутствия на процедуре родителей или законных представителей. В США законодательство, регламентирующее деятельность по нанесению тату, разнится от штата к штату: например, в Аризоне, Делавэре, Индиане, Миннесоте, Огайо, Техасе, Вирджинии нанесение тату и даже пирсинг лицам младше 18 возможны только с письменного согласия родителей или в их присутствии<sup>16</sup>. В Нью-Йорке, Аляске, Мэне делать тату несовершеннолетним запрещено под угрозой наказания<sup>17</sup>. При этом в зарубежных странах нанесение татуировок,

---

<sup>15</sup> *Tattooing of Minors Act, 1969.* <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/1969/24>.

<sup>16</sup> *Ariz. Rev. Stat. § 13-3721, Del. Code Ann. tit. 11, §1114(a), Ind. Code Ann. §35-42-2-7, Minn. Stat. §609.2246, Ohio Rev. Code Ann. §3730.06 to 3730.08, Texas Health and Safety Code Ann. §§146.012; 146.124; 146.125, Va. Code §18.2-371.3.*

<sup>17</sup> *N.Y. Public Health Law § 460A; N.Y. Penal Law § 260.21, Me. Rev. Stat. Ann. Title 32 §4203, Me. Rev. Stat. Ann. Title 32 §4203.*

пирсинг относят к деятельности, которая регулируется правовыми актами в области охраны здоровья граждан.

В России привлечь мастера к уголовной ответственности возможно только в том случае, если это действительно неизгладимое обезображивание лица: родители вправе написать заявление о возбуждении уголовного дела, как законные представители несовершеннолетнего, однако таких дел на практике не было.

Анализ показал, что, несовершеннолетний может самостоятельно давать согласие на нанесение татуировки или иные модификации тела (которые не являются согласно закону медицинскими услугами) без согласия родителей или законных представителей, мастера возможно привлечь только к гражданско-правовой ответственности. Российское законодательство, в отличие от зарубежного, никак не регламентирует данный вопрос. Если допустить возможность внесения изменений в нормативные правовые акты и отнесение подобного рода манипуляций к медицинским услугам/косметологическим услугам, то возраст добровольного согласия на подобные манипуляции сейчас установлен с 15 лет.

Еще одна коллизия видится в следующем. Возраст согласия на вступление в половую связь в нашей стране установлен в 16 лет, с этого возраста лицо может реализовывать право на распоряжение своим телом и сексуальностью. Подростки, достигшие возраста согласия, могут беспрепятственно вступать в половую связь с любым партнером, вне зависимости от пола и возраста. Однако примечание к ст. 122 УК РФ, освобождающее от уголовной ответственности в случае, если лицо, поставленное в опасность заражения либо зараженное ВИЧ-инфекцией, было своевременно предупреждено о наличии у партнера болезни и добровольно согласилось совершить действия, создавшие опасность заражения, не распространяется на случаи поставления в опасность или заражения ВИЧ несовершеннолетнего. Получается, что несовершеннолетний подросток не имеет права принимать решение и давать добровольное согласие, а его партнер (к слову, субъект преступления – лицо, достигшее возраста 16 лет) будет привлечен к уголовной ответственности. Подобное кажется не совсем логичным, возможно, стоит подумать над изменением данной нормы примечания и установлением возраста согласия хотя бы на поставление в опасность заражения (ч. 1 ст. 122 УК РФ) с 16 лет.

*Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и репродуктивные права.* Согласно ч. 2 ст. 54 Закона

об охране здоровья несовершеннолетние в возрасте старше 15 лет или больные наркоманией в возрасте старше 16 лет имеют право на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или на отказ от него. В 2020 г. были внесены изменения в ч. 2 ст. 22 закона и теперь по запросу<sup>18</sup> медицинская организация может предоставлять информацию о здоровье несовершеннолетнего его родителям или законным представителям. Данное изменение вызвало резонанс: с одной стороны, родители вправе знать, что происходит с их ребенком, с другой, это может привести к репродуктивному насилию, увеличению криминальных аборт, или просто необращению подростка к врачу из-за стыда, страха и пр.

С 15 лет подросток может самостоятельно обратиться к врачу, а значит, согласиться на различные медицинские манипуляции, то есть распорядиться своим здоровьем, телом. Пятнадцатилетняя девушка может также принять решение искусственно прервать беременность, не сообщая об этом родителям или законным представителям, то есть самостоятельно распорядиться своим репродуктивным правом законно. Подростки младше 15 лет такого права не имеют, решение за них фактически принимается родителями или законными представителями. При этом практика показывает, что если не достигшая возраста 15 лет обратится к врачу с просьбой незаконно прервать беременность и последний согласится, аборт будет считаться незаконным, но уголовная ответственность не наступит. Криминальным аборт будет только если нарушен запрет, установленный в ст. 123 УК РФ. Так, в 2014 г. к уголовной ответственности по ст. 123 УК РФ привлекли опекуна тринадцатилетней девочки: она при помощи медикаментов и народных средств пыталась в домашних условиях искусственно прервать беременность своей подопечной<sup>19</sup>. Подобная квалификация в данной ситуации кажется неверной, так как суть ст. 123 УК РФ в том, что женщина добровольно соглашается на незаконное прерывание беременности.

---

<sup>18</sup> <https://kormed.ru/assets/pdf/otvet-mz-na-zapros-ob-informirovanii-roditelej.pdf>.

<sup>19</sup> Следственное управление Следственного комитета России по Саратовской области: *Жительница Питерского района признана виновной в покушении на незаконное проведение искусственного прерывания беременности девочки. Режим доступа: <https://saratov.sledcom.ru/news/item/920324> (Дача обращения: 23 октября 2021 г.)*.

Подростки, не достигшие возраста 15 лет<sup>20</sup>, не имеют права самостоятельно решать вопрос о том, оставить ребенка или искусственно прервать беременность, поэтому, если родители настаивают, например, оставить ребенка, подростку практически не остается шансов такое решение оспорить: органы опеки, суд встанут на сторону родителей или законных представителей в том случае, если их действия совершаются в интересах подростка. Тем более, что такие решения принимаются не быстро, а срок, в течение которого можно прервать беременность без медицинских показаний, составляет всего 12 недель. В сети Интернет блокируются сайты, на которых размещена информация о способах прервать беременность в домашних условиях<sup>21</sup>, как ресурсов, представляющих угрозу жизни и здоровью. Таким образом, девушки в возрасте до 15 лет не имеют права распоряжаться своими репродуктивными правами и давать согласие на искусственное прерывание беременности. Прерывание беременности в уголовном праве квалифицируется как тяжкий вред здоровью, следовательно, если согласие на эту процедуру подросток юридически дать не может, то действия врача или иного лица, которое оказывает подобную помощь/услугу, следует квалифицировать не как незаконный или криминальный аборт, а как причинение тяжкого вреда здоровью по 111 УК РФ. В тех случаях, когда речь идет об искусственном прерывании беременности не достигшей возраста 14 лет, квалификация должна быть по п. «б» ч. 2 ст. 111 УК РФ.

При этом остается открытым вопрос о возможности привлечь к ответственности фармацевта, продавшего несовершеннолетнему препараты, способные прервать беременность медикаментозно. Законом не установлен возраст, с которого несовершеннолетний может приобретать медикаменты в аптеке самостоятельно, а фармацевт не обязан спрашивать паспорт, только рецепт при продаже рецептурных препаратов. Такие средства, как Мифегин, Агеста, Пенкроф-

---

<sup>20</sup> По статистике Минздрава число аборт в России у девушек до 14 лет включительно за 2016 г. – 284, 2017 г. – 350, 2018 г. – 300, в эти цифры не входит прерывание беременности с использованием различных медицинских препаратов; официальной статистики по девушкам, родившим до 14 лет, нет. [https://gks.ru/bgd/regl/b19\\_34/Main.htm](https://gks.ru/bgd/regl/b19_34/Main.htm) (Дата обращения: 13 октября 2021).

<sup>21</sup> Решение Людиновского районного суда Калужской области по делу 2а-1-472/2020 от 4.08.2020. Режим доступа: <http://судебныерешения.рф/52185819/extended> (Дата обращения: 29 октября 2021 г.).

тон, Гинестрил, Мифолиан, помогают прервать беременность на сроке до 7 недель, препарат Сайтотек используют для прерывания беременности на сроке до 9 недель. Большинство этих средств можно приобрести без рецепта. Так как законом не установлены способы причинения вреда здоровью в виде прерывания беременности, то можно предположить, что фармацевта, продавшего препарат подростку в возрасте до 14 лет, можно привлечь к уголовной ответственности.

В зарубежных странах по-разному определяется возраст, с которого подросток может самостоятельно дать согласие на искусственное прерывание беременности: в Великобритании с 13 лет возможно сделать аборт без согласия и уведомления родителей. В США возраст, с которого можно без согласия родителей прервать беременность, отличается в зависимости от штата: искусственно прервать беременность в любом возрасте можно в Нью-Йорке, Орегоне, Вашингтоне. В Огайо, Миннесоте родителей несовершеннолетнего обязаны уведомить о том, что их несовершеннолетний ребенок собирается прервать беременности, но согласие родителей для прерывания беременности не требуется. И тут видится отсутствие закономерности: сделать татуировку нельзя, а искусственно прервать беременность без согласия родителей – можно.

**4. Заключение.** В первую очередь стоит отметить, что распоряжение своими соматическими правами совершеннолетними допускается, но установлены ограничения: человек вправе распоряжаться собой пока не нарушены границы других охраняемых законом правоотношений. На установление этих границ чаще всего влияют нормы морали и нравственности, которые в некоторых случаях ставятся выше, чем соматические права человека.

Что касается несовершеннолетних, то здесь есть ряд уточнений и исключений. Известный факт, что даже эмансипированному шестнадцатилетнему в магазине не продадут алкоголь, так как потребление алкогольной продукции разрешено законом только с 18 лет. При эмансипации человек приобретает дееспособность, но не достигает совершеннолетия в смысле закона. Так происходит и с соматическими правами: по мере взросления перечень прав расширяется. До достижения возраста 15 лет давать свое согласие и реализовывать соматические права несовершеннолетний юридически не может. Ситуации, рассмотренные выше, позволяют сделать вывод, что определить единый возраст, с которого несовершеннолетний может распорядиться всеми соматическими правами, невозможно, для этого



необходимо изменение ряда законодательных положений. Однако необходимо привести в соответствие установленные в настоящее время уголовно-правовые запреты, и возраст, с которого несовершеннолетнему дается право распорядиться собой.

### Библиография

1. Василевич Д.Г. Понятие и виды соматических (личностных) прав // Право и демократия. - Минск: БГУ. 2014. № 25. 340 с.
2. Гончаров И.В., Прудников А.С. Государственный патернализм и права человека в современной России // Вестник Нижегородской академии МВД России. 2018. № 3 (43). - С. 57-61.
3. Гринько И.А. Соматические модификации: к вопросу о терминологии и атрибуции // Вестник Московского университета. Серия XXIII. Антропология. № 3. 2009. - С. 81-87.
4. Ковлер А.И. Антропология права - М.: Издательство «НОРМА». 2002. - 480 с.;
5. Крусс В.И. Личностные («соматические») права человека в конституционном и философско-правовом измерении: к постановке проблемы // Государство и право. - М.: Наука. 2000. № 10. С. 43-50.
6. Лаврик М.А. К теории соматических прав человека // Сибирский юридический вестник. - Иркутск: Юридический институт ИГУ. 2005. № 3. С. 83-89.
7. Нестерова Е.М. Личностные (соматические) права в системе прав человека: дис. ... канд. юрид. наук. М., 2014. - 197 с.
8. Отставнова Е.А. Соматические права в системе прав и свобод человека // Конституционное развитие России. Межвузовский сборник научных статей. ФГБОУ ВО «Саратовская государственная юридическая академия». Саратов, 2017. - С. 80-88.
9. Расторопов С.В. Согласие на причинение вреда собственному здоровью и его уголовно-правовое значение // Человек: преступление и наказание. № 4 (91). 2015. - С. 83-87.
10. Соктоев З. Б., Ринчинова А. Р. Согласие лица на причинение вреда его жизни и здоровью // Вестник Университета имени О. Е. Кутафина. 2018. №12 (52). - С. 121-129.

### References

1. Goncharov I.V., Prudnikov A.S. State Paternalism and Human Rights in in contemporary Russia [*Gosudarstvennyj paternalizm i prava cheloveka v sovremennoj Rossii*] Bulletin of the Nizhny Novgorod Academy of the Ministry of Internal Affairs of Russia [*Vestnik Nizhegorodskoj akademii MVD Rossii*]. 2018, № 3 (43), pp. 57-61.

2. Grin'ko I.A. Somatic modifications: problems of terminology and attribution [*Somaticheskie modifikacii: k voprosu o terminologii i atribucii*] Moscow University Bulletin. Series XXIII. Anthropology [Vestnik Moskovskogo universiteta] Seria XXIII. Antropologiya] № 3, 2009, pp. 81-87.

3. Kovler A.I. Anthropology of law [*Antropologiya prava*]. Moscow, Norma Publ., 2002, 480 p.

4. Kruss V. I. Personal («somatic») human rights in constitutional and philosophical-legal dimension: Towards the statement of problem [*Lichnostnye («somaticheskie») prava cheloveka v konstitucionnom i filosofsko-pravovom izmerenii: k postanovke problemy*] State and law [*Gosudarstvo i pravo*], 2000, № 10, pp. 43-50.

5. Lavrik M.A. To the theory of somatic human rights [*K teorii somaticheskikh prav cheloveka*]. Siberian Law Herald [*Sibirskii iuridicheskii vestnik*], 2005, № 3, pp. 83-89.

6. Vasilevich D.G. Concept and types of the somatic (personal) rights [*Poniatie i vidy somaticheskikh (lichnostnykh) prav*] Law and democracy [*Pravo i demokratiia*], 2014, № 25, 340 p.

7. Nesterova E.M. Personal (somatic) rights in the system of human rights: dis. ... cand. legal sciences [*Lichnostnye (somaticheskie) prava v sisteme prav cheloveka: dis. ... kand. yurid. nauk*] Moscow, 2014. 197 p.

8. Otstavnova E.A. Somatic rights in system of rights and freedoms of human and civil [*Somaticheskie prava v sisteme prav i svobod cheloveka*] Constitutional development of Russia. Interuniversity collection of scientific articles. FSBEI HE "Saratov State Law Academy" [*Konstitucionnoe razvitiie Rossii. Mezhuozovskij sbornik nauchnykh statej. FGBOU VO «Saratovskaya gosudarstvennaya iuridicheskaya akademiya»*] Saratov, 2017, pp. 80-88.

9. Rastoropov S.V. Consent to infliction of harm to one's own health and its criminal and legal value [*Soglasie na prichinenie vreda sobstvennomu zdorov'yu i ego ugovovno-pravovoe znachenie*] Human: crime and punishment [*Chelovek: prestuplenie i nakazanie*] № 4 (91), 2015, pp. 83-87.

10. Soktoev Z. B., Rinchinova A. R. Victim's consent on causing of injury to life and health [*Soglasie lica na prichinenie vreda ego zhizni i zdorov'yu*] Courier of Kutafin Moscow State Law University (MSAL) [*Vestnik Universiteta imeni O. E. Kutafina*] 2018, №12 (52), pp. 121-129.

## **МЕЖДУНАРОДНОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО В БОРЬБЕ С ТОРГОВЛЕЙ ЛЮДЬМИ И НЕЛЕГАЛЬНЫМ ОБОРОТОМ ОРГАНОВ ЧЕЛОВЕКА.**

**Сизов А.А.,**

доцент КГМУ, кандидат юридических наук; кафедра общественно-го здоровья и здравоохранения Курского государственного медицинского университета, г. Курск, Российская Федерация; e-mail: sizovaa@kursksmu.net

**Рукавицын В.Р.,**

студент 2 курса педиатрического факультета КГМУ;  
Курский государственный медицинский университет,  
г. Курск, Российская Федерация;  
e-mail: vadimrulavitsyn@yandex.ru

**Аннотация.** В настоящей статье рассмотрены связь торговли людьми и нелегального оборота органов человека, история и перспективы международного сотрудничества в борьбе с этими преступлениями, его международная и российская нормативно-правовая база, предложены изменения российского законодательства в этой сфере.

**Ключевые слова:** международное сотрудничество, торговля людьми, нелегальный оборот органов человека.

## **INTERNATIONAL COOPERATION IN THE FIGHT AGAINST HUMAN TRAFFICKING AND ILLEGAL TRAFFICKING OF HUMAN ORGANS**

**Sizov A.A.**

Docent of the Public Health Department, Kursk State Medical University, Candidate of Law, Kursk, Russian Federation;  
e-mail: sizovaa@kursksmu.net

**Rukavitsyn V.R.**

Second year pediatrician student of Kursk State Medical University, Kursk, Russian Federation; e-mail: vadimrukavitsyn@yandex.ru

**Annotation.** This article considers the connection between human trafficking and illegal trafficking of human organs, the history and prospects of international cooperation in combating these crimes, its international and Russian regulatory framework, proposed changes in Russian legislation in this area.

**Keywords:** international cooperation, human trafficking, illegal trafficking of human organs.

В последние годы происходит бурное развитие трансплантологии. Благодаря этой отрасли медицины многие люди, ранее считавшиеся неизлечимо больными, выздоравливают и продолжают вести полноценную жизнь. Однако преимущественно негативное отношение общества к посмертному донорству, установленная в качестве правового принципа в некоторых странах «презумпция несогласия» и табуированность данной темы для широкого обсуждения препятствуют дальнейшему развитию трансплантологии и приводят к дефициту необходимых органов, а, следовательно, к возникновению

черного рынка и распространению «трансплантационного туризма» [3, п. 12].

Актуальность упомянутых проблем в 2020-2021 году возросла из-за пандемии: во-первых, вирус COVID-2019 оказывает влияние на многие органы, например, на почки [11], во-вторых, в условиях эпидемии медицинская помощь для неинфекционных больных стала менее доступной. Такая ситуация приводит к еще большему недостатку трансплантатов.

Незаконный оборот органов тесно связан с торговлей людьми: часто встречаются случаи, когда «черные трансплантологи» похищают людей для изъятия органов [8]. Не случайно, согласно УК РФ, это является отягчающим обстоятельством при совершении данного деяния [4, ст. 127.1, ч. 2, п. ж]. Именно поэтому логичнее бороться с этими преступлениями одновременно, рассматривая их как нарушение прав человека [10].

Мировое сообщество начало бороться с торговлей людьми еще до появления ООН. Вскоре после учреждения Организации была принята Всеобщая декларация прав человека. Статья 4 этого документа гласит: «Никто не должен содержаться в рабстве или подневольном состоянии; рабство и работорговля запрещаются во всех видах» [1, ст. 4]. Однако борьба с незаконной трансплантацией органов началась намного позже, чем борьба с рабством, вероятно, потому, что трансплантация органов стало общедоступной не так давно.

В 1987 году европейскими правоохранительными органами раскрыт преступный план убийства 30 гватемальских детей для изъятия органов [9]. Именно этот год можно считать началом борьбы с нелегальным оборотом органов человека

Современные военные конфликты часто сопровождаются изъятием органов у людей, проживающих в зоне боевых действий, например, «Белые каски» в Сирии (якобы «гуманитарная» организация) или косовские боевики поставляли материалы для «черных трансплантологов» Турции и других стран [8]. Это является серьезной международной проблемой, нарушающей основные права человека.

Не следует недооценивать опасность трансплантационного туризма, связанного с бедностью некоторых стран и неограниченным прижизненным донорством, которое разрешено почти без ограничений в Индии, Малайзии и Пакистане [14]; эти явления нарушают права жителей развивающихся стран и способствуют ухудшению их состояния здоровья.

**Особенно опасен незаконный оборот детских органов.** Зачастую детям подходят только детские органы, которых крайне мало [15], что создает повышенный спрос и вызывает развитие черного рынка. Кроме того, многие не порядочные люди, имеющие много денег, предпочтут трансплантацию детских органов, хотя можно передать и взрослый (это связано с тем, что трансплантаты иногда приходится менять).

В 1990-х годах жительница Италии российского происхождения создала организацию, занимавшуюся помощью иностранцам в усыновлении российских детей. Через «Радугу» прошло более 1000 детей, из которых абсолютное большинство бесследно исчезали: вскоре после усыновления ребенок поступал в клинику и становился невольным донором. В дальнейшем, благодаря сотрудничеству органов опеки и попечительства РФ, правоохранителей РФ и Италия и итальянских журналистов удалось раскрыть эти чудовищные преступления и наказать организаторов [18].

В 2021 году Франция конфисковала в аэропорту партию органов из ЦАР [7]. Это преступление можно было совершить только при участии жителей обоих стран.

Эти примеры доказывают, что нелегальный оборот органов человека часто связан с международной преступностью, для борьбы с которой национальных правовых механизмов недостаточно, и необходимы развитые и работающие международные механизмы. Осознавая этот факт, Генеральная Ассамблея ООН 17 декабря 2018 года приняла резолюцию «Усиление и поощрение эффективных мер и международного сотрудничества в сфере донорства и трансплантации органов в целях предупреждения и пресечения торговли людьми для изъятия органов и торговли органами человека» [2].

5 пункт данного документа «рекомендует государствам-членам обмениваться опытом и информацией в отношении предупреждения торговли органами человека или торговли людьми в целях их изъятия... и укреплять сотрудничество между всеми соответствующими субъектами в международном масштабе».

Согласно 9 пункту Резолюции, ООН «рекомендует также государствам-членам укреплять международное сотрудничество в деле реагирования на преступления торговли людьми в целях изъятия органов и торговли органами человека, сообразуясь с тем, что предусматривается соответствующими и применимыми правовыми нормами — как отечественными, так и международными».

Следовательно, крайне желательной мерой видится создание международного органа по контролю над оборотом органов человека и базы данных по донорам и трансплантатам; данный орган мог бы содействовать созданию аналогичных национальных систем.

Разумеется, международное сотрудничество в этой сфере велось и до принятия Резолюции. Так, в 2011 году в Стамбуле арестовали Юсуфа Эрчина Сомнеза, заочно осужденного в Косово за незаконное изъятие органов [13]. Однако после принятия данного документа разные страны стали больше взаимодействовать между собой для решения этих проблем. Например, в 2020 году Интерпол задержал в Иране «черного трансплантолога» Мохсен Тахири [6], объявленного Азербайджаном в международный розыск. Этот случай является отличным доказательством того, что даже недружественные государства могут сотрудничать для реализации общих интересов.

Если проанализировать многие из упомянутых ситуаций, можно заметить, что донор и реципиент при незаконном обороте органов человека часто являются гражданами разных стран. Следовательно, для борьбы с «черной трансплантологией» следует иметь развитые и законные национальные системы оборота и пересадки органов, ведь любой процесс проще контролировать внутри страны.

Однако создание трансплантологии в некоторых странах зачастую сталкивается с неприятием этой отрасли медицины населением: например, в РФ общество традиционно негативно относится к презумпции согласия в отношении посмертного донорства органов. 65 % населения страны, по данным ВЦИОМ, не согласны с признанием этого принципа Верховным Судом РФ [16]. Такое отношение к донорству обуславливает дефицит органов и рост черного рынка в масштабах страны и мира [3, п. 12]. С нашей точки зрения, борьба с нелегальным оборотом органов человека должна включать в себя 2 группы мер: собственно борьба с таким оборотом и развитие национальной системы трансплантологии. Первая группа мер состоит из создания специальных органов и баз данных, борьбы средствами правоохранительных органов и некоммерческих организаций. Вторая – из совершенствования законодательства, создания соответствующих медицинских и научно-исследовательских учреждений и формирования в обществе позитивного отношения к донорству.

Совершенствование нормативно-правовой базы включает в себя несколько направлений.

Во-первых, многие преступления, связанные с нелегальным оборотом органов и тканей человека, имеют международный характер.

Однако законодательство РФ уделяет недостаточно внимания особенностям расследования преступлений, совершенных иностранцами; эту ситуацию необходимо исправить [12, 17, 19].

Во-вторых, необходимо более рациональное уголовное законодательство, касающееся торговли людьми и незаконной трансплантации органов. В нашей стране оно представлено 4 статьями УК РФ: ст. 105 «Убийство», ст. 120 «Принуждению к изъятию органов или тканей человека для трансплантации», ст. 126 «Похищение человека», ст. 127.1 «Торговля людьми» [4].

П. м, ч. 2, ст. 105 УК РФ выделяет в качестве отягчающего обстоятельства желание преступника в дальнейшем использовать органы или ткани жертвы; п. в, ч. 2 этой же статьи – малолетний возраст или беспомощное состояние потерпевшего [4]. Желательно заменить в этой формулировке «малолетний возраст» на «несовершеннолетний», ведь нормально развитый ребенок даже после 14 лет не всегда может понять грозящую ему опасность.

Ч. 2, ст. 120 УК РФ также не выделяет несовершеннолетний возраст потерпевшего как отягчающее обстоятельство [4] (возможно, это связано с запретом на прижизненное донорство несовершеннолетних в РФ); тем не менее, вероятно, иногда преступники изымают детские органы с противозаконного

согласия родителей (особенно из неблагополучных слоев общества); следовательно, необходимая описанная поправка.

П. д, ч. 2, ст. 126 УК РФ выделяет в качестве отягчающего обстоятельства несовершеннолетие жертвы, но не выделяет похищение человека с целью изъятия органов [4]. Частично этот недостаток компенсируется п. в, ч. 3 этой же статьи [4], ведь часто изъятие органов приводит к смерти потерпевшего и другим тяжким последствиям; или иные тяжкие последствия; тем не менее, видится рациональным включение в список отягчающих совершение этого деяния обстоятельств похищение человека с целью изъятия органов; это было бы полезно в судебной практике, например, когда человека похитили для изъятия органов, но еще не успели передать другой ОПГ, занимающейся этим.

В ст. 127.1, ч.2. УК РФ выделены такие отягчающие обстоятельства, как несовершеннолетний возраст потерпевшего (п. в) и желание преступника изъять у жертвы органы или ткани (п. ж) [4].

В-третьих, необходимо совершенствование медицинского законодательства. В нашей стране трансплантация органов и тканей регулируется ФЗ-323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской

Федерации», ст. 47 и 68 [5]. К сожалению, в этом законе не содержится запрета на коммерциализацию донорства. Однако мы считаем целесообразным его ввести, чтобы бороться с черной трансплантологией (ведь сам факт изъятия органа за деньги, пусть даже и с согласия донора – преступление против прав человека, подрывающее его здоровье; признание государством этого факта позволит нанести ощутимый удар по черной трансплантологии). Не случайно ст. 3, ч.а Резолюции ООН [2] рекомендует ввести уголовную ответственность за торговлю органами человека. Это позволит избежать коррупции и запугивания потерпевших при расследовании этих преступлений.

Исходя из вышесказанного, видится рациональным ввести в УК РФ отдельные статьи «Купля-продажа органов и тканей человека» и «незаконное изъятие органов и тканей живого человека». Внесение в законодательство изменений, предложенных нами, могло бы способствовать более эффективной борьбе с торговлей людьми и незаконной трансплантологией.

В настоящее время легальная трансплантология в РФ активно развивается: например, в этом году в Курске был открыт трансплантационный центр при Областной клинической больнице.

Но, к сожалению, развитию этой отрасли медицины зачастую препятствуют стереотипы населения. Необходимо чаще поднимать вопросы трансплантации в СМИ, формировать положительное отношение населения к посмертному донорству и сотрудничать в этих вопросах с самыми разными организациями, например, с религиозными (большинство традиционных конфессий считает посмертное и тем более прижизненное донорство формой любви к ближнему).

Таким образом, международное сотрудничество в борьбе с торговлей людьми и нелегальным оборотом органов может включать принятие международных договоров, обязательных для исполнения странами-участниками, обмен информацией между национальными организациями, создание специализированных органов и баз данных, совершенствование национальных законодательств и систем трансплантологии; взаимодействие стран играет огромную роль в борьбе с этими преступлениями. Хочется надеяться, что вместе с его развитием проблема «черной трансплантологии» будет полностью решена.

### **Использованная литература**

1. Всеобщая декларация прав человека (принята Генеральной Ассамблеей ООН 10.12.1948).



2. Резолюция, принятая Генеральной Ассамблеей 17 декабря 2018 года: 56-е пленарное заседание от 17 дек. 2018 г. А/RES/73/189.

3. Предупреждение незаконного оборота органов человека, борьба с ним и наказание за него: доклад Генер. секретаря от 24-28 апреля 2006. E/CN.15/2006/10.

4. Уголовный кодекс Российской Федерации: Федер. закон Рос. Федерации от 13.06.1996 N 63-ФЗ (ред. от 01.07.2021).

5. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федер. закон Рос. Федерации от 21.11.2011 N 323-ФЗ (последняя редакция).

6. Алиева А. Интерпол вернул Азербайджану врача-торговца человеческими органами [Электронный ресурс] // URL: <https://aze.az/interpol-vernul-azerbajdzhanu-vracha-torgovca-chelovecheskimi-organami.html> (дата обращения 06.01.2021).

7. Арков М. Таможенники французского аэропорта перехватили нелегальную партию биоматериала из ЦАР [Электронный ресурс] // URL: <https://riafan.ru/1522315-tamozhenniki-francuzskogo-aeroporta-perekhvatili-nelegalnuyu-partiyu-biomateriala-iz-car> (дата обращения 06.01.2021).

8. Володин А. Сгинувшие дети [Электронный ресурс] // URL: <https://topwar.ru/29115-sginuvshie-deti.html> (дата обращения 06.01.2022).

9. Горбатенков И.Н., Сизов А.А. Особенности производства следственных действий с участием иностранцев [Электронный ресурс] // URL: <https://wiselawyer.ru/poleznoe/29376-osobennosti-proizvodstva-sledstvennykh-dejstvij-uchastiem-inostrancev> (дата обращения 06.01.2021).

10. Григорьев М. «Белые каски» без Голливуда [Электронный ресурс] // URL: [https://expert.ru/russian\\_reporter/2019/03/belyie-kaski-bez-gollivuda/](https://expert.ru/russian_reporter/2019/03/belyie-kaski-bez-gollivuda/) (дата обращения 06.01.2022).

11. Кульченко Н.Г. Эпидемиология болезней почек у пациентов с COVID-19 // Исследования и практика в медицине. 2020. № 7(3). С. 74-82.

12. Лясковец А.В., Сизов А.А. Критерий допустимости доказательств, полученных на территории иностранного государства // Международно-правовые чтения : выпуск 12 : сборник материалов конференции / Отв. ред. П.Н. Бирюков. – Воронеж: ВГУ, 2014. С.135-139.

13. Парецкая Е.М. Детская трансплантация: вопросы, проблемы, законы [Электронный ресурс] // URL: [https://medaboutme.ru/articles/detskaya\\_transplantatsiya\\_voprosy\\_problemy\\_zakonu/](https://medaboutme.ru/articles/detskaya_transplantatsiya_voprosy_problemy_zakonu/) (дата обращения 06.01.2022).

14. Посмертное донорство: конфликт науки и этики [Электронный ресурс] // URL: <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor-posmertnoe-donorstvo-konflikt-nauki-i-etiki> (дата обращения 06.01.2022).

15. Сизов А.А. Проблема эффективности борьбы с преступлениями, совершаемыми иностранными гражданами // Актуальные проблемы со-

циально-гуманитарного и научно-технического знания. 2014. № 2(3). С. 47-49.

16. Сизов А.А. Современные проблемы расследования преступлений, связанных с торговлей людьми // Кластерные инициативы в формировании прогрессивной структуры национальной экономики: Сборник научных трудов международной научно-практической конференции (Курск, 19-20 марта 2015 г.) / Отв. ред. А.А. Горохов. – Курск: КИСО, 2015 (т. 2). С. 342-351.

17. Служба информации «Века». Черный рынок донорских органов оценили в \$600 миллионов [Электронный ресурс] // URL: <https://wek.ru/chernyj-rynok-donorskix-organov-ocenili-v-600-millionov> (дата обращения 06.01.2022).

18. Трансплантация органов [Электронный ресурс] // URL: <https://mednavi.ru/transplantologiya/> (дата обращения 06.01.2022).

19. Турецкий «Доктор Франкенштейн», разыскиваемый Интерполом, арестован [Электронный ресурс] // URL: <https://ria.ru/20110112/320603332.html> (дата обращения 06.01.2022).

## **УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ В РАМКАХ ПМСП ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ВЫБОРОЧНОГО АНКЕТИРОВАНИЯ <sup>1</sup>**

**Фарафонова С.И.,**

выпускница магистерской программы: «Медицинское и фармацевтическое право», юридический факультет СПбГУ,

**Акулин И.М.,**

д.м.н., зав. каф. организации здравоохранения и медицинского права СПбГУ, руководитель Программы СПбГУ «Медицинское и фармацевтическое право».

***Аннотация.** В статье представлена по результатам анкетирования оценка пациентами организации медицинской помощи в системе ПМСП на уровне поликлиники. Выявлено отношение населения к участковой терапевтической службе, текущие достоинства и не-*

---

<sup>1</sup> Работа выполнена в результате подготовки ВКР «Правовые аспекты первичной медико-санитарной помощи в условиях реформы управления здравоохранением в Российской Федерации»; Уровень образования: магистратура. Направление 40.04.01 «Юриспруденция». Основная образовательная программа ВМ.5700.2019 «Медицинское и фармацевтическое право». Научный руководитель Акулин И.М., д.м.н., проф. СПбГУ.

достатки. Определены уровни осведомленности населения об институте общеврачебной практики (ОВП), оценке необходимости перехода к данной практике. Исследование способствовало оценке реального качества и доступности медицинской помощи в амбулаторном звене ПМСП, как основе соблюдения прав граждан на охрану здоровья, в соответствии с Конституцией РФ.

**Ключевые слова:** права пациентов, первичная медико-санитарная помощь, врач общей практики, качество и доступность медицинской помощи.

### «SATISFACTION OF THE POPULATION WITH MEDICAL CARE WITHIN THE FRAMEWORK OF PRIMARY HEALTH CARE ACCORDING TO THE RESULTS OF A SELECTIVE QUESTIONNAIRE»

**Farafonova S.I.,**

Faculty of Law of St. Petersburg State University.

**Akulin I.M.,**

MD, Head of the Department. Organizations of Healthcare and Medical Law of St. Petersburg State University,

Head of the St. Petersburg State University Program

“Medical and Pharmaceutical Law”.

**Annotation.** *The article presents, based on the results of the questionnaire, the assessment by patients of the organization of medical care in the PHC system at the polyclinic level. The attitude of the population to the district therapeutic service, current advantages and disadvantages are revealed. The levels of awareness of the population about the Institute of General Medical practice (ORP), the assessment of the need to switch to this practice are determined. The study contributed to the assessment of the real quality and accessibility of medical care in the outpatient department of primary health care, as the basis for the observance of citizens' rights to health protection, in accordance with the Constitution of the Russian Federation.*

**Keywords:** *patients rights, primary health care, general practitioner, quality and accessibility of medical care.*

Целью исследования является выявление оценки пациентами организации медицинской помощи в системе ПМСП на уровне поликлиники, а также отношения населения к участковой терапевтической службе, включая выявление текущих достоинств и недостатков, определения уровня осведомленности о об институте общевра-

чебной практики (ОВП), оценке необходимости перехода к данной практике. Проведение указанного исследования способствовало оценке реального качества и доступности медицинской помощи в амбулаторном звене ПМСП, как основе прав граждан на охрану здоровья, в соответствии с Конституцией РФ.

Для проведения исследования был выбран эмпирический метод исследования – опрос населения в форме анкетирования как один из наиболее информативных и оперативных способов получения достоверной информации с последующим удобством ее анализа. В анкете были использованы как закрытые вопросы, преимущественно для выявления общих данных (пол, возраст, семейное положение, частота обращений за медицинской помощью и др.), и открытые вопросы с возможностью развернутого ответа для наиболее важных в рамках исследования вопросов (определение достоинств и недостатков поликлинического звена, причины недоверия врачам, предположения относительно функций ВОП и др.). Анкетирование проводилось очно на территории Калининградской области в поликлиниках при центральных районных больницах. Личное взаимодействие с большинством респондентов позволило собрать наиболее достоверные данные, так как был установлен доверительный контакт, и люди откровенно делились своим мнением о текущем положении дел и имеющихся проблемах. Часть высказываний из блока развернутых ответов будут процитированы в работе дословно, так как мы отмечаем их интересными и важными для формирования общего впечатления относительно ситуации, а часть сведена к общим выводам и тезисам.

Анкета были заполнена 104 участниками, больше половины из которых женщины (59%) и 41% мужчины соответственно. С целью формирования объективной картины исследования отношения к ПМСП среди населения, необходимо было опросить не только старшее поколение, которое видело и участвовало в реформах системы здравоохранения и имеет более широкий опыт взаимодействия в рамках ПМСП, но и молодежь, которая также осознанно пользуется медицинскими услугами. Помимо очного опроса взрослых, анкетирование было также проведено онлайн с целью уточнения отношения молодежи к системе здравоохранения в РФ, так как, на данный момент, они реже сталкиваются с заболеваниями, что повышает необходимость профилактических мер во избежание последующих обращений. В числе опрошенных автор имеет только 1 несовершеннолетнего участника; 18% опрошенных в возрасте 19-25 лет; 17% в возрастных рамках

26-35; 13% участников - зрелого возраста 36-50 лет; 16% в возрасте 51-65 лет; 23% опрошенных пенсионного возраста, старше 65 лет. Большинство опрошенных работают на данный момент, что составляет 58%; на пенсии 30%; остальные респонденты на данный момент не работают. Участники опроса в основном имеют высшее образование (у 87%) в сферах юриспруденции, экономики и инженерии, остальные - среднее, (преобладание технического профессионального).

Преобладающее число респондентов находится в браке и в отношениях – 68%; у 41% участников нет детей, в то время как у 30% опрошенного есть один ребенок; 28% человек имеют двое и более детей. По этой же причине участников спросили знают ли они кто такой ВОП, в результате чего было выявлено, что большинство опрошенных ответили отрицательно – 29%; лишь некоторые слышали о таком специалисте (34%).

При опросе частоты и целях посещения поликлиники выявлено, что почти одинаковое количество людей обращается за медицинской помощью несколько раз в году, в то время как другие реже раза в год. Ни в одной возрастной категории не отмечено людей, которые обращаются по вопросам профилактики «раз в месяц» или «чаще раза в месяц». Полученные данные свидетельствует, что на практике основной принцип охраны здоровья граждан – «приоритет профилактики в сфере здоровья», закрепленный в ст. 12 323-ФЗ по данным опроса не выполняется. Полученные данные иллюстрируют, что граждане РФ относятся к своему здоровью достаточно халатно, тем самым подвергают свое здоровье риску острых случаев, когда обойтись без врача будет невозможно. На наш взгляд, это отражает реальное пренебрежение принципом «легче предупредить, чем лечить» главным принципом профилактической медицины. Конечно, в связи с этим не приходится говорить о критериях «осуществления мероприятий по предупреждению и раннему выявлению заболеваний»; «осуществления мероприятий по сохранению жизни и здоровья граждан в процессе их обучения и трудовой деятельности»; «разработки и реализации программ здорового образа жизни», возможно на это влияет и низкая степень доверия врачам ПМСП. Граждане предпочитают воздерживаться от визитов до возникновения реальных проблем, что приводит к экстренной госпитализации, или обращения к специалисту более высокого уровня системы здравоохранения РФ.

Пока, по нашему мнению, у населения отсутствует культура диспансеризаций, которая должна проводиться в школах, средних и высших учебных заведениях, на рабочих местах. Исходя из этого

следует сделать вывод, что профилактические принципы среди населения плохо развиты, нормативно установленный принцип приоритета профилактики в сфере здоровья не обеспечивается, о чем также свидетельствуют данные Министерства Здравоохранения РФ: в период за 2013-2015 года – 53% взрослого населения прошли диспансеризацию; за период 2016-2018 годы показатель вырос на 7%<sup>2</sup>.

Результаты нашего исследования показали, что пациенты в возрасте 26-65 лет обращаются за медицинской помощью в большинстве своем реже раза в год, в то время как остальные группы населения раз в несколько месяцев (19-25 лет – 3%); старше 65 (4%) – чаще раз в месяц. Как было отмечено ранее, профилактические меры являются самыми невостребованными, большинство респондентов обращаются за ними раз в год и реже.

Оценка удовлетворенности пациентов текущей терапевтической службой показала разброс мнений, с преобладанием негативной тенденции.

Респонденты, которые обращаются за медицинской помощью раз в полгода и чаще (32%) относятся к терапевтической службе нейтрально, только 3,9% из них удовлетворены данной системой. Обращает на себя внимание, что больший процент респондентов (27%) выбрали вариант ответа «скорее нет», однако, в целом только 6% показали удовлетворение терапевтической службой (табл. 1).

Как можно заметить, уровень неудовлетворенности пациентов преобладает над позитивным отношением к участковой службе амбулаторно-поликлинических организаций, что соответствует литературным данным целом по стране.

Приведём некоторые высказывания пациентов, которые указали причины своей неудовлетворенности участковой службой поликлинического звена. Основными проблемами и недочетами организации поликлиник являются:

- Очереди, что подтвердили (29% опрошенных) – «Ужасные огромные очереди и из-за этого невозможно посетить специалиста четко по времени записи... постоянные задержки»;

---

<sup>2</sup> *Итоги диспансеризации определенных групп взрослого населения Российской Федерации 2013-2018 гг.: информационно-аналитический обзор // URL: [https://mednet.ru/images/materials/statistika/starodubov\\_i\\_soavt-itogi\\_dispanserizacii\\_vzr\\_naseleniya\\_2013-2018\\_gg.pdf](https://mednet.ru/images/materials/statistika/starodubov_i_soavt-itogi_dispanserizacii_vzr_naseleniya_2013-2018_gg.pdf) (дата обращения 25.02.2022).*

Таблица 1.

*Удовлетворенность терапевтической службой поликлиники.*

Отношение к существующей участковой терапевтической службе, устраивает ли она в современном виде:			
№№	Показатель.	В целом среди опрошенных (%)	Доля пациентов, кто обращается поликлинику чаще одного раза в полгода. (%)
1	Да	3,9	6,0
2	Скорее да	17,1	23,0
3	Нейтрально	32,0	18,0
4	Скорее нет	27,0	30,1
5	Нет	21,0	22,9
6	Всего:	100%	100%

- Сложности при записи на прием – (14%), особенно к узкому специалисту из-за невозможности выбора врача или же необходимости сначала обратиться к терапевту за направлением, что как следствие увеличивает ожидание приема иногда до нескольких недель;

- На неумение врачей общаться с пациентами указали 15% участников опроса, особенно выделили «халатность» и «неэтичное отношение к пациентам»; «непонятно что за врачи и откуда они берутся, грубо разговаривают и хотят выгнать из кабинета»; «врачи меняются очень часто и не владеют информацией относительно моего здоровья, приходится многое объяснять заново и возникает неуверенность в том, правильно ли мне удалось все описать, правильно ли меня понял врач»;

- Отсутствие индивидуального подхода отметили 13% участников исследования, например, один из участников рассказал о своем случае: «Врачи занимаются тем, что просто выписывают таблетки или больничные, но никак моим личным состоянием. Была больница, где пытались лечить (от слова пытка), пришлось идти на повторный сеанс».

- Большая текучка кадров в поликлинике является проблемой для 8% опрошенных – «частая сменяемость врачебного состава - врачи не в курсе, что происходит со мной»; также, 6% человек отметили острый дефицит специалистов. На низкую квалификацию указали 4%, что может свидетельствовать о низком качестве предоставляемых услуг (2%); неадекватными предложенными методами лечения, включая медикаменты (6%). Вот одно их высказываний: – «Моей

бабушке для глаз прописали 2 препарата в каплях, которые несовместимы друг с другом и вызывают побочные эффекты. Считаю такое отношение, вредительством по отношению к пациенту»;

- На отсутствие необходимого диагностического оборудования (КТ, МРТ) или возможности сдачи анализов, указали 5% пациентов, что вызывает необходимость дополнительно обращаться в частные клиники, другие медицинские учреждения, чаще всего за плату. Особенно это не допустимо во время профилактических мероприятий, на что указали некоторые пациенты: «платные анализы и процедуры на профилактических приемах»;

- На проблемы с системой записи на прием указали 5% опрошенных: – «перебои в электронных системах для записи на приём»;

- Настораживает, что 3% пациентов указали на негативную атмосферу в поликлиниках, как со стороны посетителей, так и со стороны кадров – «ругань в коридоре»; «агрессия». Культура поведения пациентов в поликлиниках также нуждается в коррекции.

- Были выявлены жалобы на плохую работу регистратуры. «Плохое качество маршрутизации пациентов, на этапе регистратуры. Работники регистратуры зачастую не знают к какому специалисту правильно было бы отправить пациента», утерю медицинских карточек. Однако, ряд пациентов высказались против перехода в онлайн формат из-за большого количества ошибок при внесении данных: – «Фиктивный перевод на электронные больничные, ошибки в электронных справках ребёнку»;

- Во время исследования было выявлено, что в поликлиниках не хватает узких специалистов (4%) и люди недовольны короткими приемами у специалистов (3%).

На основании вышеизложенного, нами было выделено 3 главные проблемы ПМСП, выделенные респондентами, в числе которых: длительные сроки ожидания, негативное отношение персонала к пациентам и отсутствие индивидуального подхода при оказании медицинских услуг.

Для полноты исследования полученные результаты были сравнены с итогами проведенного Государственной Думой исследования, где основными проблемами были выделены – очереди, низкая квалификация специалистов и недостаток оборудования<sup>3</sup>. Данные про-

---

<sup>3</sup> Косенков Д. А. *Современные тенденции в системе здравоохранения Российской Федерации.* / Д. А. Косенков, Ф. С. Тумусов. // М.: Издание Государственной Думы, 2019. – С. 6.



веденного нами исследования и исследования Государственной Думы коррелируют друг другу и отражают отсутствие эффективно-го обеспечения функционирования принципа охраны здоровья «качество и доступность медицинской помощи», закрепленного в ст. 10 323-ФЗ. Стоит подчеркнуть, что в рамках исследования Государственной Думы можно отметить отсутствие обеспечения доступности и качества по критериям «наличием необходимого количества медицинских работников и уровнем их квалификации», «оснащенность», в то время как ответы респондентов проведенного автором исследования имеют больший уклон в сторону личных компетенций и качеств врачей и их методик работы, что иллюстрирует отсутствие обеспечения доступности и качества по критерию «наличие необходимого количества медицинских работников и уровнем их квалификации». Совпадение нарушения принципов двух исследований по одному критерию подтверждает выявленную нами ранее проблемную точку развития ПМСП – кадровый дефицит, который проявляется как в отсутствии достаточного количества специалистов в амбулаторно-поликлиническом звене ПМСП, так и в недостатке квалификации врачей. Указанная проблема эффективно решается путем внедрения общей врачебной (семейной) практики на местах, особенно в редконаселенных территориях, отдаленных местностях, труднодоступных местностях.

Однако важно отметить, что среди респондентов также были отмечены и плюсы текущего состояния ПМСП, в числе которых 17% респондентов отметили ее оказание на бесплатной основе, а также 22% респондентов отметили возможность удаленной онлайн-записи и снижение очередей за счет талонного режима, что свидетельствует об соблюдении в данных поликлиниках закреплённых в 323-ФЗ критериев доступности и качества оказания медицинской помощи, «возможностью выбора медицинской организации и врача», «бесплатного оказания гражданам медицинской помощи».

Большинство участников отметили «халатность врачей», под халатностью многие из них понимали: «равнодушие и озлобленность по отношению к больным», «не вникают в историю болезни», «отсутствие заинтересованности» в связи с чем интересно узнать какие профессиональные компетенции врача важны для граждан:

Исходя из полученных данных, самые важные профессиональные компетенции врача по мнению граждан – профессионализм, компетентность, внимательность и вежливость. Под «другое» нами подразумеваются качества, которые были названы в единичных/малых

количествах, такие как «беспристрастность, готовность слушать, пунктуальность, целостный подход, стрессоустойчивость, терпеливость, тактичность, отзывчивость, понимание и клиентоориентированность». Полученные данные подтверждают наш тезис о том, что критерий «уровня квалификации медицинских работников» является одним из ключевых в обеспечении конституционно-значимых принципах качества и доступности медицинской помощи.

В рамках проведенного исследования также было выявлено, что лишь около 15% опрошенных знают отличия между ВОП и участковым терапевтом, 48% человек не имеют даже представления о различиях и 37% затрудняются ответить. Тем, кто ответил положительно было предложено предоставить собственное определение ВОП, где большинство ответили, что ВОП имеет больше знаний, которые не ограничиваются терапевтической областью. В качестве примера, нами представляются наиболее характерные цитаты из ответов респондентов: «Врач общей практики он и хирург, и офтальмолог и невролог и многое другое. В общем мастер на все руки»; «Врач общей практики может оказывать медицинскую помощь не только в области терапии, но и хирургия, фтизиатрия, неврологии, а также неотложную помощь». Можно заметить, что только небольшой процент людей знают, чем занимается ВОП и могут определить термин и сферу деятельности специалиста, что поднимает вопрос о важности транслирования разницы терапевта и ВОП для пациентов в поликлиниках.

Далее участников попросили определить семейного врача как нового специалиста. Респонденты отметили, что это тот доктор, который ведет прием у всей семьи, детально знаком с историями болезней людей, лечит детей и является ВОП – «Врач имеющий уровень образования и опыта в лечении и наблюдении людей вне зависимости от их возраста и наблюдающий конкретную семью на протяжении длительного периода времени», «Работаем с детьми». На данный вопрос мы получили 82% ответов, из которых только 8% опрошенных не имели ответа, что обозначает достаточно высокий уровень осведомленности пациентов.

Впоследствии участников спросили, если бы им хотелось наблюдаться у одного конкретного врача на протяжении длительного промежутка времени – более двух третей подтвердили этот факт; только 8% были «против»; 10% «затруднились ответить». Данные подтверждают высказанную ранее мысль о необходимости индивидуального подхода к пациенту, постоянного наблюдения у конкретно-

го врача, к которому гражданин сможет довериться в силу длительного контакта с ним. Не случайно о желании иметь одного врача для всей семьи 78% человек ответили «да»; 8% – «нет»; 14% – «затруднялись ответить». Важными факторами для доверия пациента ВОП (СВ) являются уровень образования врача, опыт работы и рекомендации знакомых по мнению пациентов.

Тем не менее, уровень доверия к специалистам в государственных клиниках низок, только 33% людей доверяют поликлиникам по месту жительства; 37% опрошенных высказались негативно; 30% не смогли ответить. Таким образом две трети опрошенных (67%) положительно не оценили участковую службу и в целом собственную поликлинику по месту жительства, что заставляет задуматься о причинах данного явления. Такая тенденция, по словам людей, связана с плохим опытом в прошлом, отсутствием индивидуального подхода, шаблонностью при лечении и «халатным» отношением персонала.

На основании сопоставления проведенных нами результатов исследования на территории Калининградской области и полученных в ходе анализа Государственной думой результатов исследования на территории РФ, можно отметить то, что респонденты отмечали плохую оснащенность поликлиник, очереди, «халатное» и отрицательное отношение работников медицинских учреждений по отношению к пациентам и качеству работы, на что указывают результаты опроса (48% прямо отметили такую тенденцию, в то время как 15% оценили это косвенно). Одной из проблем, выявленных на основании данных опроса, явилось несоблюдение деонтологических принципов, что требует особого внимания. Если изменения будут направлены исключительно на оснащенность амбулаторно-поликлинического звена, включая устранение дефицита специалистов, а несоблюдение деонтологических принципов врачом и медицинским персоналом в целом, неумение общаться с пациентами, грубость, и другие негативные тенденции в общении с населением на амбулаторном уровне, то уровень удовлетворенности граждан вряд ли изменится в положительную сторону.

Важным вопросом является отношение пациентов к профилактическим мероприятиям. В результате исследования выяснено, что 73% опрошенных показали готовность проходить профилактический осмотр ежегодно у своего доверенного врача, что является высоким показателем. Следовательно, люди пренебрегают профилактикой своего здоровья по причине компетентного врача, которому они могли бы доверять. Это было также под-

тверждено 71% положительных ответов на вопрос «Хотели бы вы, чтобы один врач имел доступ к вашим персональным данным и на основании длительного взаимодействия с вами лично выстраивал бы профилактические и лечебные мероприятия в случае необходимости?». Интересно, что при этом, большинство высказалось против консультанта по здоровому образу жизни (ЗОЖ) – 50%; 40% высказали положительное отношение к появлению в ПМСП такого специалиста; 10% затруднились ответить. Работу в отношении ЗОЖ среди населения необходимо проводить специалисту владеющего правильными навыками и компетенциями, которого в настоящее время нет, его никто не готовит, очевидно, пациенты это чувствуют и не понимают зачем нужен специалист ЗОЖ.

Анализ ответов респондентов касательно организации ПМСП по месту жительства, отношения к врачам первого контакта, можно сделать вывод что прежде вс его население не удовлетворено работой врачей, нежели оснащением, порядком приема, устройством зданий поликлиник. Основными причинами недоверия врачам со стороны граждан являются низкая квалификация специалистов ПМСП, качества медицинских услуг и большие очереди. По данным исследования, проведенного Государственной Думой, населению приходится обращаться в частные клиники или полностью отказываться от медицинских услуг из-за неудовлетворенности ПМСП. Также 34% населения в 2016 году отметили свое нежелание обращения за помощью из-за отсутствия нужного специалиста<sup>4</sup>.

Исходя из полученных результатов можно отметить, что население готово обращаться за медицинской помощью и профилактическими мерами, но исключительно к одному врачу, кто будет вести их (и их семью) длительно (принцип постоянности и непрерывности), что способствует индивидуальному подходу, доверительности контакта «врач-пациент», который лучше всего обеспечивается специалистом нового формата – ВОП, в соответствии с законодательно утвержденным Профессиональным стандартом и квалификационными требованиями к данному специалисту.

На основании вышеизложенного можно сделать вывод, что ВОП является эффективным решением для системы ПМСП, которое поможет удовлетворить выявленные в ходе анкетирования потреб-

---

<sup>4</sup> Там же (С. 7-8)

ности пациентов, При распространении общей врачебной (семейной) практики закрепленное в Конституции право на здоровье граждан, реализация которого базируется на соблюдении принципов качества и доступности медицинской помощи, а также приоритета профилактики в сфере охраны здоровья будет полноценно обеспечено.

Для улучшения ситуации необходимо разработать Стратегию развития ПМСП, передать функции управления ПМСП местным органам власти при обеспечении государственного контроля за качеством и доступностью медицинской помощи, а также расширить сферу распространения общей врачебной (семейной) практики за счет улучшения кадровой подготовки и обеспечения ее вариативности, разработки специальных дополнительных программ образования для повышения квалификации юристов, разработки и утверждения Закона Российской Федерации «Об общей врачебной практике (семейной медицине)», внедрения в практику трудовых отношений ВОП типовых контрактов, основу которых составляют положения об оплате труда, основанные на критериях эффективности функционирования ВОП и оценки его деятельности со стороны населения.

## Литература

1. Итоги диспансеризации определенных групп взрослого населения Российской Федерации 2013-2018 гг.: информационно-аналитический обзор // URL: [https://mednet.ru/images/materials/statistika/starodubov\\_i\\_soavt-itogi\\_dispanserizacii\\_vzr\\_naseleniya\\_2013-2018\\_gg.pdf](https://mednet.ru/images/materials/statistika/starodubov_i_soavt-itogi_dispanserizacii_vzr_naseleniya_2013-2018_gg.pdf) (дата обращения 25.02.2022).
2. Косенков Д. А. Современные тенденции в системе здравоохранения Российской Федерации. / Д. А. Косенков, Ф. С. Тумусов. // М.: Издание Государственной Думы, 2019. – С. 6.
3. Медицина и право в XXI веке: материалы XI ежегодной научно-практической конференции с международным участием. // Санкт-Петербург: Центр современной литературы и книги на Васильевском, 2020. – 144 с.
4. Карайланов М. Г. Организация оказания первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях на примере мегаполиса / М. Г. Карайланов, С. Г. Кузьмин, И. Г. Прокин, И. Т. Русев // Вестник военно-медицинской академии. – 2016. - № 3(55). – С. 144-147.
5. Акулин И.М. Общеврачебная практика в системе здравоохранения Санкт-Петербурга Автореф... дис. докт. мед. наук. – Санкт-Петербург, СПбГУ, 1996.

## **ОСОБЕННОСТИ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ: СООТНОШЕНИЕ ЛИЧНЫХ И ОБЩЕСТВЕННЫХ ИНТЕРЕСОВ <sup>1</sup>**

**Солодкая А.Р.,**

выпускница СПбГУ, юридический факультет СПбГУ,  
Программа: «Медицинское и фармацевтическое право»  
фармацевтическое право».

**Акулин И.М.,**

д.м.н., проф. СПбГУ зав. каф. организации здравоохранения и меди-  
цинского права СПбГУ.

***Аннотация.** Переход на новую медицинскую концепцию 4 Р требует достаточно крупных денежных вложений, что тормозит доступность новых медицинских технологий для большинства населения земли, однако в последствии такой выбор даст большие преимущества. Традиционные лечебно-диагностические медицинские мероприятия уже не отвечают новым требованиям времени. Концепция медицины с персональным профилактическим подходом, использование генетических технологий затрагивает права человека и его персональные данные. Защита персональных данных, интересы государства и общественной безопасности в отношении общественного здоровья требует серьезной правовых исследований. Статья посвящена этим проблемам и путям их решения.*

***Ключевые слова.** Новая концепция 4 Р. Правовые проблемы защиты персональных данных. Общественное здоровье, персональные данные, государственные интересы.*

## **«FEATURES OF THE LEGAL REGULATION OF GENETIC RESEARCH: THE RATIO OF PERSONAL AND PUBLIC INTERESTS»**

**Solodkaya A.R.,**

graduate of St. Petersburg State University, Faculty of Law  
of St. Petersburg State University, Program: “Medical  
and pharmaceutical law” pharmaceutical law”.

---

<sup>1</sup> *Статья представлена по результатам выпускной квалификационной работы «Правовое регулирование генетических исследований: соотношение личных и общественных интересов. Солодкая Анастасия Романовна, соискатель степени магистра права СПбГУ Программа «Медицинское и фармацевтическое право». Научный руководитель. Акулин И.М., д.м.н., проф. СПбГУ.*

**Akulin I.M.,**

MD, Prof. of St. Petersburg State University, Head of the Department. organizations of healthcare and medical law of St. Petersburg State University.

**Annotation.** *The transition to a new medical concept of 4P requires quite large monetary investments, which hinders the availability of new medical technologies for the majority of the world's population, but in the future such a choice will give great advantages. Traditional therapeutic and diagnostic medical measures no longer meet the new requirements of the time. The concept of medicine with a personal preventive approach, the use of genetic technologies affects human rights and personal data. The protection of personal data, the interests of the state and public safety in relation to public health requires serious legal research. The article is devoted to these problems and ways to solve them.*

**Keywords.** *New concept 4 p. Legal problems of personal data protection. Public health, personal data, state interests.*

Система здравоохранения становится зависимой от новейших достижений, при этом в условиях большой коммерциализации делит общество на две части в зависимости от возможности использования достижений медицины, тем самым нарушая принцип равенства. Понятно, что переход на новую медицинскую концепцию потребует достаточно крупных денежных вложений и затормозит доступность новых медицинских технологий, однако в последствии такой выбор даст большие преимущества. Как гласит известное выражение Гиппократ: «Болезнь легче предупредить, чем лечить». Как отмечают авторы научной литературы, профилактические принципы современного здравоохранения, основанные на последних достижениях информационных технологий, молекулярной генетики, и прочих, остаются единственным путем прогресса в обеспечении жизни и здоровья всего населения<sup>2</sup>.

Таким образом, традиционные лечебно-диагностические медицинские мероприятия уже не отвечают новым барьерам современности. Для развития сферы охраны жизни и здоровья людей, поддержания равенства в доступности медицины, соответствия новым условиям развития общества, в какой-то мере для легального сдер-

---

<sup>2</sup> Акулин И.М., Белоколодова Т.И. В сборнике: XII ежегодная научно-практическая конференция «Медицина и право в XXI веке». Сборник трудов (дополнительные материалы). Санкт-Петербург, 2021. С. 7-30.

живания развития науки, государство должно стремиться к переходу к концепции медицины с персональным профилактическим подходом. При этом в условиях практически бесконтрольного режима генетической информации в Российской Федерации, сфера ее использования должна получить нормативно-правовое закрепление и особый контроль со стороны государства. Иначе, даже в условиях масштабных открытий и новшеств с манипуляциями в области человеческого генома, имеется риск потери индивидуальности каждого человека, не соблюдения основных прав и свобод, что приводит к нарушениям основных устоев правового демократического свободного общества.

В рамках данной исследовательской работы, в целях получения подтверждения или опровержения научных рассуждений, выявления преобладающего отношения в обществе к развивающейся сфере геномных исследований был проведен опрос населения. В рамках данного опроса граждане отвечали на вопросы для проверки их генетической грамотности. Его результаты позволили определить какими базовыми знаниями в области генетики обладают граждане, понимают ли какие блага и риски может принести в их жизнь исследования в области генома человека. В опросе участвовали 138 человек от 16 до 78 лет абсолютно разных профессий.

Полученная статистика свидетельствует о том, что 64,5 % опрошенных никогда не изучали генетику либо не интересуются данной сферой. Соответственно 35,5 % – лица, которые изучали генетику в школе, либо в университете, либо изучают самостоятельно, либо работают в сфере генетики, что, по мнению интервьюера, является достаточно большим процентом вовлеченности.

На вопрос о примерном количестве генов в геноме человека 88,4% респондентов затруднились ответить либо дали неверный ответ.

На утверждение о прямой зависимости характера от генов 32,6 % опрошенных ответили не верно. Полученная статистика свидетельствует о невысоких знаниях основ генетики простым населением. Большинство респондентов (87%) осведомлены о возможности выявления риска развития заболеваний в будущем с помощью генетических тестов; 4,3 % опрошенных генетическое тестирование проходили; 83,3% опрошенных граждан хотели бы узнать имеющийся риск появления генетических заболеваний в будущем с целью предотвращения и лечения заболевания. Интересно, что 81,2 % респондентов ответили, что хотели бы пройти генетическое тестирование с целью получения более качественной персонифицированной меди-



цинской помощи, что свидетельствует о заинтересованности граждан в охране своего здоровья, а это уже один шаг к внедрению принципа партисипативности (заинтересованность и активное участие граждан в профилактике и лечении) в рамках концепции 4П.

Из 100 % – 56 % опрошенных ответили, что согласны и не боятся проходить генетическое тестирование; 21 % респондентов отметили, что возможно согласились бы пройти генетическое тестирование, но боятся использования полученной генетической информации в целях, на которые они не давали согласия. 11,7 % опрошенных граждан боятся, что использованная генетическая информация может быть использована против них, а 10,2 % респондентов не согласны проходить тестирование по различным причинам.

Такая статистика показывает, что не смотря на наличие определенных страхов, большинство опрошенных граждан беспокоятся о своем здоровье и согласны проходить генетическое тестирование несмотря ни на что.

На вопрос о важности развития научных исследований для повышения качества жизни людей 91,4 % ответили утвердительно, либо с небольшой долей сомнения. А на вопрос о пожертвовании своего генетического материала для научных исследований мнения разделились, но 51,5% – выразили определенное согласие либо с небольшой долей уверенности, что приятно удивляет. Граждане понимают значимость развития генетических исследований и готовы содействовать в развитии инновационных знаний, не боясь последствий.

О достаточности правового регулирования генетических исследований в стране, где опрошенный проживает, только 1 человек (0,7%) ответил положительно. На вопрос о возможности утраты контроля над образцами генетического материала в связи с недостаточным правовым регулированием рассматриваемой сферы 89,1 % опрошенных ответили утвердительно, утвердительно с сомнениями либо затруднились ответить. Учитывая, что респонденты практически не обладают специальными знаниями в области генетических исследований, можно предположить, что они не знакомы с правовым регулированием в этой области и ответы основываются на общем недоверии законодательным органам и органам власти.

При ответе на вопрос о доверии исследовательским организациями, проводящим генетические исследования мнения разделились. О своем доверии сообщили только 10,1% опрошенных. В рамках ответа на вопрос о разрешении осуществления редактирования генома 54,7 % опрошенных ответили утвердительно, либо утвердительно

но с сомнением. Отвечая на вопрос о возможности обострения классового неравенства в результате появления возможности редактирования генома ответы можно разделить на пополам. В данном случае более 50 % опрошенных считают, что такая возможность существует. Не безопасным развитие генетических исследований для себя и своих детей считают 10 человек (7,2%), а 43,4% опрошенных считают, что генетические исследования преследуют скрытые экономические и политические цели.

С утверждением о том, что одной из основных задач проведения генетических исследований является воспрепятствование воспроизводству неполноценных людей согласилось 40,6 % опрошенных, скорее всего, граждане не понимают значения данного утверждения и принадлежность его к евгеническим принципам.

И на последний вопрос о том, защита чьих интересов в рамках генетических исследований должна быть в прерогативе только 4 человека задумались о том, что необходимо соблюдать баланс интересов.

Таким образом, результаты опроса показывают нам, что в основном граждане с генетикой в жизни не сталкивались и имеют очень слабое представление о возможностях и рисках, которые возникают в результате проведения генетических исследований, из чего следует, что генетическую образованность необходимо повышать. У населения есть страхи использования генетической информации против них, недоверие законодательству в этой области, однако достаточно большой процент опрошенных показывает свою готовность к использованию генетических возможностей с медицинскими целями, особенно молодое поколение до 35 лет. Неожиданными стали результаты опроса в той части, что люди готовы предоставлять свои генетические образцы для научных целей. Это показывает осознание важности населением таких исследований для улучшения качества их жизни и жизни их потомков.

В целях развития сферы геномных исследований в Российской Федерации, для соблюдения баланса интересов предлагается следующее:

1. Как подчеркивают многие авторы научных работ, законодательству Российской Федерации не хватает систематизированного нормативного акта, который отразил бы: статус геномной информации; статус биологического материала; цели ее сбора и применения; статус субъектов генетических исследований; гарантии защиты прав субъектов участвующих в генетических исследованиях; ответствен-

ность за неправомерное использование генетической информации; правила сбора рассматриваемой информации; порядок хранения генетической информации и многие другие вопросы;

2. Способствование развитию этических комитетов. Так как генетическая информация – это особый вид персональных данных, нуждающийся в повышенной защите в силу своей идентифицирующей возможности носителя такой информации, нормативного регулирования в области геномных исследований недостаточного самого по себе, необходимо совокупное регулирование различными социальными регуляторами, в том числе правовыми, этическими, моральными и прочими.

Основополагающими требованиями к этическим комитетам должны являться – независимость, мультидисциплинарность, плюрализм.

Отбор членов в этические комитеты должен быть гласным, состоять из членов общества с признанным авторитетом, зарекомендовавших себя окружению как честный, открытый, бескорыстный человек. В этический комитет должны входить представители разных профессий, в обязательном порядке врачи и юристы, возможно политики (для отражения публичных интересов), кроме того, представители сообщества пациентов и другие известные публичные личности.

Оценочные критерии для этических комитетов пока не представляется возможным отразить объективно, но они обязательно должны включать: оценку целей эксперимента, потенциальный риск, предполагаемые положительные результаты для отдельного человека и общества в целом.

3. Одним из возможных способов соблюдения баланса интересов субъектов является – замена устаревших традиционных механизмов обмена информацией применением технологии блокчейн.

Технология блокчейн была впервые запущена в 2009 г. как общий реестр для всех совершаемых операций с биткоином. Изначально технологию блокчейн стали применять в финансовой и банковской сфере. Однако ее возможности позволяют расширить область применения, в том числе на медицину, что позволит осуществлять должный контроль в сфере биомедицинских, геномных исследований и не только.

Технология блокчейн представляет собой распределенную базу данных, без централизованного хранилища, в которой хранится информация обо всех осуществляемых транзакциях участников системы в виде цепочки блоков<sup>3</sup>. В такой децентрализованной базе данных

хранится постоянно растущий список упорядоченных записей - блоков, каждый из которых содержит метку времени и ссылку на предыдущий блок. Новые записи могут вноситься только с согласия большинства участников системы, а информация, которая однажды уже была записана, не может быть изменена или удалена. Копии цепочек блоков хранятся независимо друг от друга и обрабатываются на разных компьютерах. То есть обработка и верификация добавляемо информации проводится силами пользователей реестра. С помощью технологии блокчейн могут храниться любые данные, т.к. данная технология представляет собой способ хранения информации.

Применительно к биомедицинским, в том числе геномным исследованиям, рассматриваемая технология дает следующие преимущества: существенно повышает скорость проведения исследований, так как оптимизирует процесс обмена данными между исследовательскими центрами, при этом сохраняя полный контроль над передаваемой информацией; упрощает процесс сбора данных у пациентов, которые дают согласие на участие в исследованиях; позволяет структурировать большой объем информации о факторах, которые могли повлиять на результаты исследований; позволяет проверить подлинность любых внесенных данных, так как основное свойство рассматриваемой технологической системы – неизменяемость информации и в конечном итоге система обеспечивает достаточными гарантиями защиты вносимой информации, что значительно сокращает риск утечки информации и потери контроля над ней и тем самым привлекает к исследованиям больше граждан.

В России блокчейн-технологии уже находят применение в сфере медицины, так в Новгородской области впервые была запущена программа мониторинга оборота лекарств средств в Новгородской областной клинической больнице с помощью данной технологии, что в свою очередь позволит контролировать всю информацию о лекарствах и их назначениях пациентам<sup>4</sup>.

Предложенные меры будут действенны как для защиты интересов отдельных физических лиц, так и в рамках интересов исследовательских организаций и общества в целом.

**Заключение.** Проанализировав нормативную базу на международном и национальном уровне, а также судебную практику, рассмот-

---

<sup>3</sup> Сальникова А.В. *Технология блокчейн как инструмент защиты авторских прав // Актуальные проблемы российского права. 2020. N 4. С. 83 - 90. Конс+*

<sup>4</sup> <https://tass.ru/ekonomika/5123036>

рев различные подходы регулирования определенных аспектов геномных исследований, ознакомившись с существующими мерами защиты прав субъектов геномных исследований и соотнеся их интересы, можно сделать следующие выводы:

1. Имеющаяся база нормативного регулирования не отвечает современному развитию сферы геномных исследований как на международном, так и на национальном уровне. В рамках международного права имеются только общие принципы, которые не раскрывают в достаточной мере гарантий защиты прав субъектов, защиты геномной информации. В связи с тем, что нет четко выработанных общих обязательных норм, практика регулирования отдельных сфер геномных исследований в разных странах отличается, что можно проследить, например, в рамках вопроса о возможности патентования генов. Таким образом общие принципы имеют разную трактовку.

В Российской Федерации нормативно-правовое регулирование в рассматриваемой сфере в основном строится на общих правовых нормах, которые не учитывают специальных особенностей, многие возникающие вопросы на практике вообще не имеют отражения в национальной нормативной базе. В качестве примера можно привести попытки законодателя включить геномную информацию в понятие биометрических персональных данных, при этом не учитывая абсолютно никаких особенностей, распространяя действие общего законодательства на такой важный вид информации. Понятно, что в условиях недостаточных знаний о геноме человека, а в связи с этим не понимании конкретных последствий разглашения геномных данных, слабого представления результатов применения инновационных технологий, сложно сформировать на таком этапе действенную законодательную базу, которая бы отразила все проблемные и спорные вопросы. Однако в настоящей действительности результаты геномных исследований уже используются на практике и с каждым годом их развитие в повседневной жизни будет только увеличиваться. Уже сейчас формируется судебная практика по различным вопросам. Соответственно, законодателю необходимо совершать действия в направлении четкого регулирования, и устранения большого количества пробелов, начиная от закрепления понятия и целей, и способов сбора генетической информации, при этом собирая нормы в рамках регулирования исследований в области генома человека в отдельные нормативные акты. Так, объединение вопросов геномной инженерии в Федеральном законе от 05.07.1996 N 86-ФЗ «О государственном регулировании в области генно-инженерной деятель-

ности” для генодиагностики, генотерапии и генной инженерии, используемой в промышленности, методы которой не применяются к человеку, по мнению многих авторов, не целесообразно.

2. В целях создания действенной нормативно-правовой базы законодатель должен понимать какие субъекты задействованы в рамках геномных исследований и какие интересы преследуют. Правовые нормы должны отражать баланс таких интересов. Действующее законодательство не защищает как физическое лицо, выступающее пациентом, субъектом исследования, но также и не отражает права и регламентацию деятельности научных работников и организаций. Нет норм как должна храниться геномная информация, какие меры должна принять организация для качественного сотрудничества и соблюдения прав всех задействованных субъектов.

3. Другим недостатком регулирования является генетическая неграмотность населения. Государство не проводит мероприятий по повышению знаний граждан, соответственно люди не знают какие возможности открываются перед ними, например, в области медицины, а если и знают, то относятся к этому безответственно, не понимая благ и рисков, с которыми генетика связана. Одновременно, опрос показал, что многие люди считают важным развитие генетической науки и готовы содействовать в исследованиях, так как понимают, что новые возможности улучшат качество их жизни, что в интересах не только отдельного гражданина, но и в интересах исследовательских организаций и государства в целом.

В целях повышения генетической грамотности населения можно создавать базы знаний, в которых отражать последние новшества в области генетических инноваций, рассказывать о мерах, принятых государством в рассматриваемой области, знакомить население с нормативными актами, больше освещать события произошедшие в рамках Федеральной научно-технической программы развития генетических технологий на 2019-2027 годы, проводить опросы, которые также повышают заинтересованность граждан, способствовать созданию сообществ граждан, которые будут проводить просветительские работы

В рамках выполнения данного исследования были обобщены основные нормативные акты, отражены многие риски, связанные с генетическими исследованиями, а также возможности для общества. Кроме этого, работая с населением в рамках проведенного опроса как минимум 138 человек получили для себя некоторую новую информацию, о которой в повседневной жизни даже не задумывались.

# **СУБЪЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА ПАЦИЕНТАМИ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ<sup>1</sup>**

**Паргунькина М.И.,**

выпускница медицинского факультета СПбГУ,

**Акулин И.М.,**

д.м.н., проф. СПбГУ, зав. каф. организации здравоохранения

и медицинского права СПбГУ

**Аннотация.** Настоящее исследование представляет собой анализ данных анкет, предназначенных для оценки медико-социального статуса, образа жизни, качества организации медицинской помощи лиц, страдающих сахарным диабетом в различных субъектах Российской Федерации. Исследование выполнено на основе ретроспективного анализа данных анкет 76 условно здоровых людей, 135 пациентов с сахарным диабетом 1 и 2 типов. Опрос проводился в Интернете. Выявлено: нехватка кадров в поликлиниках, отсутствие школ диабета в регионах, недостаточное обеспечение пациентов бесплатными средствами самоконтроля и расходными материалами к ним, что является основными проблемами в организации медицинской помощи лицам с сахарным диабетом.

**Ключевые слова.** Сахарный диабет. Недостатки медицинской помощи пациентам с сахарным диабетом. Предложения по улучшению помощи пациентам с сахарным диабетом.

## **«SUBJECTIVE ASSESSMENT BY PATIENTS OF THE ORGANIZATION OF MEDICAL CARE, QUALITY OF LIFE OF PERSONS SUFFERING FROM DIABETES MELLITUS IN THE RUSSIAN FEDERATION»**

**Pargunkina M.I.,**

graduate of the Faculty of Medicine of St. Petersburg State University,

**Akulin I.M.,**

MD, Prof. of St. Petersburg State University, Head of the Department. organizations of healthcare and medical law of St. Petersburg State University

---

<sup>1</sup> Выпускная квалификационная работа. Паргунькина Мария Игоревна. «Организация медицинской помощи и оценка качества жизни лиц, страдающих сахарным диабетом в Российской Федерации». Научный руководитель, Акулин И.М.

**Annotation.** *The present study is an analysis of data from questionnaires designed to assess the medical and social status, lifestyle, and quality of organization of medical care for people suffering from diabetes mellitus in various subjects of the Russian Federation. The study was performed on the basis of a retrospective analysis of data from questionnaires of 76 conditionally healthy people, 135 patients with type 1 and type 2 diabetes mellitus. The survey was conducted on the Internet. Revealed: shortage of personnel in polyclinics, lack of diabetes schools in the regions, insufficient provision of patients with free self-monitoring tools and consumables for them, which are the main problems in the organization of medical care for people with diabetes.*

**Keywords.** *Diabetes mellitus. Disadvantages of medical care for patients with diabetes mellitus. Suggestions for improving the care of patients with diabetes mellitus.*

Актуальность проблемы сахарного диабета в Российской Федерации не вызывает сомнения, так как данное заболевание является одним из самых распространенных с общей численностью 10,5% на 2021 год [1].

Несмотря на то, что смертность среди людей с диагностированным диабетом уменьшается за счет улучшения лечение диабета, она по прежнему остается высокой. Смертность от диабета наступает у каждого 4-го заболевшего в России. Экономические затраты только на лечение сахарного диабета 2 типа за 2016 г. составили 569 млрд руб. в год, что соответствует 1% всего внутреннего валового продукта Российской Федерации [2]. Поэтому очень важно оценить уровень, доступность и качество медицинской помощи, кадрового потенциала, медико-социального благополучия пациентов страдающих сахарным диабетом в регионах Российской Федерации, наличие диабетических школ для пациентов.

Настоящее исследование представляет собой анализ данных анкет, предназначенных для оценки медико-социального статуса, образа жизни, качества организации медицинской помощи лиц страдающих сахарным диабетом в различных субъектах Российской Федерации.

Работа выполнена на основе ретроспективного анализа данных анкет 76 условно здоровых людей, 135 пациентов с сахарным диабетом 1 и 2 типов, проходивших опрос в Интернете. Средний возраст пациентов с СД1 составил 37 лет, здоровых людей – 24 года. Первая анкета включала 76 здоровых пациентов, в том числе 57 женщин и



19 мужчин. Вторая анкета состояла из 97 пациентов с СД1 (73 женщин и 24 мужчин) и 38 пациентов с СД2 (33 женщин и 5 мужчин).

Проведенное исследование для здоровых людей включало: изучение клинико-анамнестических данных, в том числе социально-демографического, наследственного анамнезов, характера питания), а также оценку фактором риска СД. Анкета для пациентов с СД1 и СД2 была условно разделена на две части. В первой части мы оценивали данные социально-демографического анамнеза, анамнеза заболевания, медико-организационные аспекты помощи больным СД. Во второй части мы обратили внимание на клинические проявления СД и развитие осложнений у опрошенных пациентов.

Была использована методика анкетирования методом случайной выборки на платформе Google Формы. Анкета была размещена в нескольких беседах социальной сети «ВКонтакте», основной контингент данных бесед – больные сахарным диабетом разных типов.

**1. Характеристика условно здоровых респондентов.** По данным опроса здорового населения, 100% респондентов знают о сахарном диабете, однако, около 89% респондентов ответили, что не сталкивались на приеме с настороженностью врачей по поводу сахарного диабета. Такой высокий показатель говорит о недостаточно качественной работе участковых терапевтов, а также врачей других специальностей. Среди здоровых мы выяснили, что у 38,4 % респондентов испытывают слабость, 20,6 % нарушение зрения, 17,8 % тяжесть в голове, 13,7 % жажду, 12,3% ночные позывы на мочеиспускание, 9,6% повышенный аппетит, 9,6% сухость во рту, 9,6% кожный зуд, 2,7% потерю веса, 2,% снижение ощущения тепла в конечностях. Обмороки характерны для 9,6% случаев, фурункулез отмечают 2,7% респондентов, а плохое заживление ран и кандидоз отмечают 1,4% опрошенных. При оценке симптоматики и повышенного сахара в крови выяснилось, что у 100% они прямо связаны с такими симптомами, как нарушение зрения, ночные позывы на мочеиспускание, обмороки, плохое заживление ран, слабость, тяжесть в голове, сухость во рту, жажда, фурункулез, кожный зуд, потеря массы тела, повышенный аппетит. Более того, все респонденты из выборки с гипергликемией не придерживаются диеты. Генетическую предрасположенность отметили 71,4 % респондентов, однако, наследственность отягощена только по родственникам второй линии.

Эти данные говорят о том, врачи на приеме не объясняют о необходимости периодически проверять сахар крови, обращать внимание на характерные для диабета симптомы, своевременно обращать

за медицинской помощью в случае появления характерных симптомов. Создается мнение по результатам опроса условно здоровых, что сахарный диабет является «недовыявленной», «скрытой», патологией у населения и требуются серьезные дальнейшие усилия по профилактике этой серьезной патологии среди здоровых.

**2. Характеристика лиц, страдающих сахарным диабетом.** По нашим данным СД1 (71,8%) превалирует над количеством пациентов с СД2 (28,2%), что не согласуется с некоторым и научными данными [4]. В нашем опросе СД страдают больше женщины (84,2%), чем мужчины (15,8%). Похожие результаты наблюдались и для больных СД2 (женщины 76,4%, мужчины 23,6%). Эти данные при СД2 согласуются с Федеральным Регистром больных сахарным диабетом [4], но отличается от данных по СД1, где наибольшая заболеваемость наблюдается у мужчин (54,1%). Среди пациентов с СД1 наблюдается распределение в пользу рабочего класса (46,4% опрошенных, среди которых 36,1% женщин и 10,3% мужчин). Инвалидами являются 23,7% опрошенных, из которых 15,46% женщин и 8,2% мужчин. Студенты составляют 13,4% (10,3% женщин и 3,1% мужчин), безработными являются 9,3%, из которых 5,2% женщин и 4,1% мужчин). Пенсионерами являются 3,1% женщин, а домохозяйками 4,1% женщин. Между пациентами с СД2 наблюдается распределение в пользу пенсионеров (44,7% опрошенных, среди которых все женщины). Рабочий класс составляет 34,2% (женщин 26,3%, мужчин 7,8%). Инвалидами являются 7,8% опрошенных, из которых 5,2% женщин и 2,6% мужчин. Безработными являются 7,8%, студенты составляют 2,6%, домохозяйки 2,6%. Среди инвалидов с СД1 преобладает третья рабочая группа в 32,9% случаев. Вторая группа инвалидности составляет 13,4%. Первая группа инвалидности составляет 9,27 %.

Среди инвалидов с СД2 преобладает вторая группа в 10,5% случаев. Третья группа инвалидности составляет 7,8%. Первая группа инвалидности отсутствует.

Среди пациентов с СД1 58% пациентов чувствуют себя удовлетворительно, при условии соблюдения диеты и/или регулярного измерения сахара крови. Однако, 23% респондентов с СД1 чувствуют себя неудовлетворительно, при этом диету соблюдают 20%, а не придерживаются диеты совсем 40% опрошенных с неудовлетворительным общим состоянием. Кроме того, 30% респондентов не пользуются тест-полосками регулярно, а 10% не используют их совсем. Согласно опросу, 25% пациентов посещают лечащего врача лишь раз в год, а 5% не посещает совсем. Стоит заметить, что 40% респонден-

тов не довольны проводимой терапией, а 60% из нашей выборки довольны лишь частично.

Среди бытовых проблем, которые отмечают пациенты, страдающих диабетом, испытывают проблему с транспортной доступностью поликлиники где принимает эндокринолог – 36% опрошенных. Транспортная доступность влияет на посещаемость пациентов, что отметили пациенты.

Более 43% респондентов с СД1 регулярно посещают врача эндокринолога раз в месяц, среди которых 31% женщин и 12% мужчин. Раз в год врача посещают более 10% больных СД1 (8% женщин и 2% мужчин). Более 8% пациентов не посещают эндокринолога, среди которых 7% женщин и 1% мужчин.

Распределение показателей при СД2 существенно отличается от таковых при СД1. Более 29% респондентов с СД2 регулярно посещают врача эндокринолога раз в месяц, среди которых 24% женщин и 5% мужчин. Раз в год врача посещают более 35% больных СД1 (27% женщин и 8% мужчин). Около 14% пациентов не посещают эндокринолога, среди которых 11% женщин и 3% мужчин.

Оценивая возможные осложнения СД1 и СД2, мы выделили показатели посещаемости офтальмолога и невролога отдельно для каждого типа сахарного диабета. Оказалось, что посещают данных специалистов только 47,4% больных СД1. Кроме того, доля женщин среди них практически в 7 раз превышает мужчин (41,24% против 6,19% соответственно). Не посещают офтальмолога и невролога 52,5% больных по причинам, указанным на рис. Среди них 19,5% мужчин и 32,9% женщин. Респонденты с СД2 наблюдаются у данных специалистов только в 26,3% случаев. Кроме того, доля женщин среди них почти в 4 раза превышает мужчин (21,1% против 5,2% соответственно). Не посещают офтальмолога и невролога 73,5% больных по различным причинам, среди них 10,5% мужчин и 63,2% женщин.

Согласно опросу, 47,4% респондентов с СД1 посещают школу сахарного диабета регулярно или периодически, среди них 34,0% женщин и 13,4% мужчин. Не считают посещение школы сахарного диабета необходимым 25,7% опрошенных (19,5% женщин и 6,1% мужчин). Значительное число пациентов (26,8%), из которых 20,62% женщин и 6,19% мужчин) не посещают школы СД ввиду отсутствия их в регионах, где они проживают.

Распределение пациентов с СД2 заметно отличается от пациентов с СД1. Никто из респондентов с СД2 не посещает школу сахар-

ного диабета регулярно. Однако, 5,5% женщин с СД2 посещают школу диабета периодически. Не считают посещение школы сахарного диабета необходимым 27,7% опрошенных (22,2% женщин и 5,5% мужчин). Больше число пациентов (72,2% опрошенных, из которых 61,1% женщин и 11,1% мужчин) не посещают школы СД ввиду отсутствия их в регионах, где они проживают.

Среди респондентов с СД1 наблюдается превалирование тех пациентов, чье лечение не мешает распорядку дня - 50,5% опрошенных, (среди которых 39,18% женщин и 11,34% мужчин). Пациенты, жалующиеся на невозможность выполнять рабочие обязанности в связи с лечением, составляют меньшинство (10,3 % опрошенных, среди которых 5,2% женщин и 5,2% мужчин. Среди пациентов с СД2 наблюдаются схожие корреляции: 68,4% опрошенных не жалуются на распорядок дня (57,8% женщин и 10,5% мужчин). Однако, 10,5% респондентов (7,8% женщин и 2,5% мужчин) отмечают, что распорядок их дня полностью подчинен расписанию приема лекарств, становится практически невозможным выполнение рабочих обязанностей. Кроме того, 12,4% респондентов с СД1 тяготят их служебные и домашние обязанности. Среди них равное количество и мужчин (6,1%), и женщин (6,1%).

Для СД2 распределение этих показателей существенно отличается. Так, служебные и домашние обязанности тяготят 26,3% опрошенных (21,1% женщин и 5,2% мужчин. В целом, оценивая влияние СД1 на карьеру пациентов, мы выделили интересующие нас когорты респондентов, лишившихся работы - 11,3% опрошенных, (из них 8,2% женщин и 3,09% мужчин) и испытывающих неудачи в работе (25,7%, из них 16,9% женщин и 9,3 % мужчин). Респонденты с СД2, лишившиеся работы, составляют 13,1% (7,8% женщин и 5,2% мужчин). Показатели пациентов, чей диагноз заставляет испытывать неудачи в работе, составляют 10,5% (7,8% женщин и 2,6% мужчин). Более 84% респондентов пользуются тест-полосками регулярно, однако 24% опрошенных вынуждены покупать их за свой счет. В нашей работе мы оценили наличие осложнений СД1 и СД2 у респондентов. Чаще всего больные с СД1 отмечают снижение зрения (75,3% пациентов), бессонницу (39,2% пациентов), снижение ощущения тепла или холода в области кистей рук и стоп (36,1% пациентов), снижение памяти в 35,1% случаев, боли в области икр ног, появляющиеся или усиливающиеся при ходьбе и исчезающие или уменьшающиеся при остановке, в покое (35,1% опрошенных), одышку при физической нагрузке в 31,9% случаев, увеличение массы тела

(30,9% пациентов), ночные позывы на мочеиспускание в 29,9% опрошенных. Меньше всего пациенты чувствуют трудности при опознавании предметов на ощупь (5,15%) и страдают язвенным поражением стоп. Чаще всего больные с СД2 отмечают снижение зрения (76,3% пациентов), ночные позывы на мочеиспускание (55,2%), бессонницу (52,6% пациентов), снижение памяти в 52,6% случаев, увеличение массы тела (50,0% пациентов), одышку при физической нагрузке в 44,7% случаев, боли в области сердца (36,8%), боли в области икр ног, появляющиеся или усиливающиеся при ходьбе и исчезающие или уменьшающиеся при остановке, в покое (34,2% опрошенных). Меньше всего пациенты чувствуют тупые, тянущие, распространенные боли в конечностях ночью (15,8%), отмечают снижение болевой чувствительности (18,4%). Ни один респондент с СД2 не жалуется на язвенное поражение стоп и не отмечает трудности при опознавании предметов на ощупь. Несмотря на низкие показатели язвенного поражения стоп при СД1 (3,09%) и 0% при СД2, более 26% респондентов не ознакомлены с правилами ухода за ногами. Кроме того, около 36% получили информацию из сети Интернет, что говорит о ненадлежащей работе школы сахарного диабета и эндокринолога по месту жительства.

**Заключение.** Согласно IDF, 537 миллионов взрослых в возрасте от 20 до 79 лет в настоящее время живут с сахарным диабетом. Это составляет 10,5% населения мира в этой возрастной группе. По данным Федерального регистра СД в РФ общая численность пациентов с СД на 2021 г. составила 4,8 миллионов (3,23% населения РФ). Глобальный доклад по сахарному диабету от 2021 г. прогнозирует, что к 2030 году заболеваемость СД вырастет до 643 миллионов (11,3%) и до 783 миллиона (12,2%) к 2045 г. В наше время сахарный диабет является не просто хроническим заболеванием, а «образом жизни». Степень его компенсации и уровень качества жизни зависит и от своевременного выявления заболевания, и от его тяжести, и от возраста больных, наличия у них сопутствующих патологий, а также от эффективности проводимой терапии. Комплексный подход к коррекции факторов риска СД (курения, артериальной гипертензии, дислипидемии, повышенного ИМТ, сниженной физической нагрузки и т.д.) способен снизить заболеваемость населения. Повышение качества скрининга пациентов с сахарным диабетом способно увеличить и качество их жизни, и снизить смертность от осложнений СД. Так, большее число смертей у лиц с подтвержденным сахарным диабетом происходит от СС-осложнений (СД1 38,1%, при

СД2 52,0%). Несмотря на то, что доля пациентов, умерших от непосредственно диабетических причин, связанных с острыми и хроническими диабетическими осложнениями (комы, гангрены, терминальная стадия диабетического поражения почек), значительно ниже остальных причин смертности — суммарно 9,4% при СД1 и 2,5% при СД2, тщательный сбор анамнеза на приеме врача терапевта или эндокринолога позволяет улучшить КЖ пациентов. К сожалению, более 89% здоровых респондентов ответили, что не сталкивались с настороженностью врачей по поводу наличия у пациентов сахарного диабета. Более 36% пациентов имеют плохую транспортную доступность до эндокринолога, из них 35% посещают эндокринолога лишь раз в год, а 14% не посещают врача вовсе. Половине опрошенных (48%) неудобно посещать врача эндокринолога в виду долгих очередей в поликлинике. Кроме того, 26,8% пациентов с СД1 и 72,2% пациентов с СД2 не посещают школу сахарного диабета в виду отсутствия ее в регионе проживания. Ситуация с со средствами самоконтроля также требует скорейшего разрешения. Более 24% опрошенных пациентов с СД не получают тест-полоски для измерения сахара крови бесплатно. Оценивая трудоспособность лиц, страдающих сахарным диабетом, мы выяснили, что 23,7% пациентов с СД1 и 7,8% пациентов с СД2 являются инвалидами. Из них нетрудоспособную первую группу инвалидности отмечают только больные с СД1, она составляет 9,2%. Следовательно, сахарный диабет способен привести к полной или частичной потере трудоспособности или, как минимум к потере существующей работы, что отмечают 11,3% пациентов с СД1 и 13,1 пациентов с СД2.

Таким образом, организация медицинской помощи больным сахарным диабетом на ненадлежащем уровне по мнению пациентов. Можно отметить: отсутствие тщательного сбора анамнеза и скрининга здоровых людей на приеме врача терапевта, направленного скрининга в группах риска, недостаточное количество в медицинских учреждениях школ сахарного диабета, проблемы с обеспечением средствами самоконтроля, плохая транспортная доступность поликлиники, большие очереди на прием к терапевту/эндокринологу. Поэтому пациенты с сахарным диабетом нуждаются в систематической, непрерывной и организованной помощи, которая достигается не только с помощью команды квалифицированных медицинских работников, но и поддержкой со стороны государства. Около 23% респондентов с СД1 чувствуют себя неудовлетворительно, из них диету как образ жизни ведут лишь 20%, а не придерживаются диеты

40% опрошенных с неудовлетворительным общим состоянием. Кроме того, 30% респондентов не пользуются тест-полосками регулярно, а 10% не используют их совсем. Согласно опросу, 25% пациентов посещают лечащего врача лишь раз в год, а 5% не посещает совсем. Стоит заметить, что 40% респондентов не довольны проводимой терапией, а 60% из нашей выборки довольны лишь частично. Похожие корреляции наблюдаются у пациентов с СД2. Таким образом, неудовлетворительным результатам лечения сахарного диабета способствуют не только плохая организация помощи пациентам, но и отсутствие комплаенса между пациентом и врачом. Кроме того, 26,81% пациентов с СД1 и 72,22% пациентов с СД2 не посещают школу сахарного диабета в виду отсутствия ее в регионе проживания. Более 24% опрошенных пациентов с СД не получают тест-полоски для измерения сахара крови бесплатно. Таким образом, нехватка кадров в поликлиниках, отсутствие школ диабета в регионах, недостаточное обеспечение пациентов бесплатными средствами самоконтроля и расходными материалами к ним – основные проблемы организации помощи лицам с СД.

### Список литературы

1. Sun H., Saeedi P., Karuranga S., Pinkepank M., Ogurtsova K., Duncan B.B., Stein C., Basit A., Chan J.C.N., Mbanya J.C., Pavkov M.E., Ramachandran A., Wild S.H., James S., Herman W.H., Zhang P., Bommer C., Kuo S., Boyko E.J., Magliano D.J. IDF Diabetes Atlas: Global, regional and country-level diabetes prevalence estimates for 2021 and projections for 2045//Diabetes Research and Clinical Practice, 2022, Т. 183, IDF Diabetes Atlas, С. 109119.
2. Дедов И.И., Концевая А.В., Шестакова М.В., Белоусов Ю.Б., Баланова Ю.А., Худяков М.Б., Карпов О.И. Экономические затраты на сахарный диабет 2 типа и его основные сердечно-сосудистые осложнения в Российской Федерации//Сахарный диабет, 2016, Т. 19, N 6, С. 518-527.
3. Дедов И.И., Шестакова М.В., Викулова О.К., Железнякова А.В., Исаков М.А. Эпидемиологические характеристики сахарного диабета в Российской Федерации: клинико-статистический анализ по данным регистра сахарного диабета на 01.01.2021//Сахарный диабет, 2021, Т. 24, Эпидемиологические характеристики сахарного диабета в Российской Федерации, N 3, С. 204-221.
4. International Diabetes Federation IDF diabetes atlas. – Brussels: International Diabetes Federation, 2015.
5. Дедов И.И., Шестакова М.В., Викулова О.К., Железнякова А.В., Исаков М.А. Сахарный диабет в Российской Федерации: распространенность,

заболеваемость, смертность, параметры углеводного обмена и структура сахароснижающей терапии по данным Федерального регистра сахарного диабета, статус 2017 г. // Сахарный диабет, 2018, Т. 21, Сахарный диабет в Российской Федерации, N 3, С. 144-159.

6. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01.10.2020 № 1054н · Официальное опубликование правовых актов · Официальный интернет-портал правовой информации. – URL: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202102080041> (дата обращения: 20.04.2022).

7. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01.10.2020 № 1053н · Официальное опубликование правовых актов · Официальный интернет-портал правовой информации. – URL: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202101140010> (дата обращения: 20.04.2022).

8. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 22.01.2021 № 22н · Официальное опубликование правовых актов · Официальный интернет-портал правовой информации. – URL: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202102180026> (дата обращения: 20.04.2022).

9. Владимировна Ш.М., Константиновна В.О., Викторовна Ж.А., Андреевич И.М., Иванович Д.И. Эпидемиология сахарного диабета в Российской Федерации: что изменилось за последнее десятилетие? // Терапевтический архив, 2019, Т. 91, эпидемиология сахарного диабета в Российской Федерации, N 10, С. 4-13.

## **ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ СТУДЕНТАМ ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ<sup>1</sup>**

**Газизуллина А.И.,**

выпускница медицинского факультета СПбГУ.

**Акулин И.М.,**

д.м.н., проф. СПбГУ, зав. каф. организации здравоохранения и медицинского права СПбГУ.

***Аннотация.** Работа посвящена проблеме состояния зрения, условиям влияющих на офтальмологическую заболеваемость у студентов, мерам профилактики, борьбе с факторами риска негативно вли-*

---

<sup>1</sup> Выпускная квалификационная работа на тему: Особенности организации офтальмологической помощи студентам высших учебных заведений. Научный руководитель Акулин И.М., д.м.н., проф. СПбГУ, зав. каф. организации здравоохранения и медицинского права СПбГУ.



яющих на зрение молодого поколения. Исследованы условия труда и быта студентов, выявлены основные неблагоприятные проблемы ухудшающие зрение во время освоения профессии в ВУЗе. Изучены вопросы организации офтальмологической медицинской помощи в Вузах во время обучения по результатам анкетирования студентов. Предложены меры способствующие улучшению обучения в ВУЗах с целью недопущения прогрессирования заболевания глаз и ухудшения зрения у студентов.

**Ключевые слова.** Состояние зрения студентов до поступления в ВУЗ и после его окончания. Офтальмологическая помощь студентам ВУЗов. Меры профилактики способствующие недопущению ухудшения зрения у студентов.

#### «FEATURES OF THE ORGANIZATION OF OPHTHALMOLOGICAL CARE FOR STUDENTS OF HIGHER EDUCATIONAL INSTITUTIONS»

**Gazizullina A.I.,**

Medical faculty of St. Petersburg State University.

**Akulin I.M.,**

MD, Prof. of St. Petersburg State University, Head of the Department. organizations of healthcare and medical law of St. Petersburg State University.

**Annotation.** *The work is devoted to the problem of the state of vision, conditions affecting the ophthalmological morbidity of students, preventive measures, the fight against risk factors negatively affecting the vision of the younger generation. The conditions of work and life of students are investigated, the main adverse problems that worsen vision during the development of the profession at the university are identified. The issues of the organization of ophthalmological medical care in universities during training according to the results of a survey of students have been studied. The measures contributing to the improvement of education in higher education institutions in order to prevent the progression of eye disease and deterioration of vision in students are proposed.*

**Keywords.** *The state of vision of students before entering the university and after graduation. Ophthalmological care for university students. Preventive measures contributing to the prevention of visual impairment in students.*

**Актуальность проблемы.** Заболевания органов зрения стали глобальной проблемой общественного здравоохранения во всем

мире. Согласно программе ВОЗ «Ликвидация устранимой слепоты в мире. Зрение 2020» среди заболеваний глаз, по которым существуют целевые программы, детская офтальмология занимает четвертое место [1-3]. Основными причинами нарушения зрения в глобальных масштабах по данным Всемирной Организации Здравоохранения принято считать: глаукому (2%), катаракту (33%) и нескорректированные аномалии рефракции - астигматизм, миопия и гиперметропия (43%) [4]. Известно, что лидирующей причиной слабости зрения у детей и подростков являются аномалии рефракции [3]. Актуальной проблемой охраны зрения у молодого населения является рост уровня близорукости, что во многом связано с увеличением учебной нагрузки. При отсутствии лечения аномалии рефракции быстро прогрессируют, что приводит к выраженному снижению остроты зрения и необратимым изменениям на глазном дне.

По данным литературы чаще всего исследования проводились у детей школьного возраста и лиц старше 40 лет. В число респондентов реже включаются студенты - важная категория населения, которая представляет собой особую социальную группу людей с ежедневными психоземональными нагрузками и напряженным учебным графиком, со специфическими условиями жизни и труда, необъективной оценкой ресурсов своего организма.

Проблема сохранения здоровья формирующегося поколения в эпоху растущего технологического прогресса является одной из важнейших задач государственного уровня, поскольку студенты представляют собой трудовой резерв общества. Обучение в вузе всегда сопровождается повышенными нагрузками и напряженным учебным графиком, зачастую совмещается с трудовой деятельностью, поэтому студенты относятся к группе риска возникновения заболеваний различных органов и систем, в том числе и зрительного аппарата. По статистике более 40% студентов в настоящее время нуждаются в офтальмологической помощи, ежегодно это число увеличивается на 3–7% [6]. Как правило, близорукость нередко начинает себя проявлять с началом учебного процесса. С каждым последующим курсом степень миопии у наблюдающихся офтальмологами студентов увеличивается на 5–8% [6]. Впоследствии это влечет за собой снижение успеваемости, ограничение профессиональной пригодности и деятельности молодых людей, а в дальнейшем может привести к осложнениям и первичной инвалидизации по зрению в общей нозологической структуре (17%) [6].

На основе изучения вышеперечисленных факторов возможно выделить ведущие причины заболевания глаз, ухудшения зрения у студентов, предложить меры по улучшению качества, доступности и, в целом, организации офтальмологической помощи данной категории пациентов, разработать профилактические программы способствующие борьбе с факторами риска ухудшающими состояние зрения у студентов высших учебных заведений. Данной проблеме посвящено наше исследование.

**Материалы исследования.** Работа, которая представляет собой кросс-секционное проспективное исследование с выборкой из 105 участников, была проведена в период с 2021 по 2022 годы. Работа выполнена на основе анализа данных анонимного анкетирования с помощью опросного метода на платформе Google формы. Отбор участников был основан на методе простой случайной выборки. Данный опрос прошло 105 респондентов, каждый из которых - студент вуза (83 женщины и 22 мужчины). Анкета была размещена в нескольких беседах социальной сети «Вконтакте», основной контингент данных бесед – студенты вузов (СПбГУ, ВШЭ, Горный институт, УГМУ, КГАВМ).

Из 105 респондентов преобладали женщины – 79%. Большинство участников были в возрасте от 21 до 25 лет (76,2%). Формы обучения большинства респондентов – бакалавриат/специалитет (50,5%) и магистратура (42,9%). Из них на 1 курсе магистратуры учатся 27,6% от числа всех опрошенных, на 6 курсе специалитета – 18,1%, на 4 курсе бакалавриата/специалитета – 16,2%, на 1 курсе бакалавриата/специалитета – 16,2%, 2 курсе магистратуры – 11,4%.

Для исследуемых была составлена анкета, данные которой сохранялись через электронную форму Google Forms. Анкета была разработана на основе опросника, предложенного L. Huang, H. Kawasaki, Y. Liu, Z. Wang M. Memon, M. Manzoog в своем исследовании от 2019 года для оценки распространенности миопии и факторов, связанных с этим среди студентов университетов г. Нанкин, Китай.

Таким образом, опрос включал в себя 38 вопросов, из них: 24 обязательных, 27 с возможностью выбрать 1 ответ, 8 с возможностью выбрать несколько ответов, 9 вопросов с открытым ответом. Сохранение и черновая обработка данных, а также графическое сопровождение проводились с помощью пакета прикладных программ Microsoft Excel 2022. Полученные данные статистически обрабатывались с использованием программы для статистической обработки данных SPSSV. 23.0 (USA).

**Результаты исследования.** В результате анализа собранных данных было выявлено, что из числа респондентов 39% не имели нарушения зрения до поступления в ВУЗ. Примечательно, что у 53,3% студентов из числа всех опрошенных до поступления в вуз была диагностирована миопия, у 20,9% был диагностирован астигматизм, 4,8% студентов болели конъюнктивитами, у 1,9% респондентов был поставлен диагноз глаукома, и у сколького же количества студентов было диагностировано косоглазие. Следовательно, можно сделать вывод, что у большинства респондентов до поступления в вуз была диагностирована миопия, что говорит о широкой распространенности данного заболевания среди молодого населения.

Исходя из данных опроса о субъективном ухудшении зрения после поступления в вуз, 61% замечает у себя ухудшение зрения. Среди не имевших нарушения зрения до поступления в вуз, впервые начали замечать у себя ухудшение зрения 23,8% (95%ДИ: 19,6-27,9); начали носить оптику, корректирующую зрение после поступления в вуз 15,2% респондентов.

Из всех респондентов 89,5% замечают у себя такие симптомы перенапряжения глаз, как ощущение усталости, учащенное моргание, чувство тяжести век, ощущение «песка» под веками, покраснение глаз, появление пелены.

Важно было установить факторы риска, влияющие на состояние органов зрения у студентов по данным анкетирования.

Из респондентов, заметивших у себя ухудшение зрения после поступления в вуз, большинство связывает это с несоблюдением правил гигиены для органов зрения (79,4%), а также с учебной нагрузкой (76,5%). Данный вопрос позволял выбрать несколько вариантов ответа. В результате обработки полученных данных выяснилось, что наименее часто респонденты связывали ухудшение зрения с неподходящими условиями для учебы дома (33,8%).

Среди аспектов учебного процесса, которые влияют по мнению студентов на ухудшение состояния своего зрения отмечается: введение дистанционного обучения (74,1%); неудобное расписание (25,9%); недостаточная освещенность классов и кабинетов (24,1%).

Таким образом, субъективно студенты считают, что дистанционное обучение наиболее сильно повлияло на их зрение. Однако, не исключена роль поведенческих факторов, так как при дистанционном обучении риск несоблюдения правил гигиены зрения повышается. Поэтому необходимо проанализировать, каким образом студенты самостоятельно выстраивают свой учебный процесс.

Из всех респондентов 41,9% проводят за компьютером и смартфоном более 8 часов в сутки; 41% студентов тратит на это от 5 до 8 часов; 16,2% – от 2 до 5 часов. Лишь 1% из всех опрошенных тратит на время, проведенное за компьютером и смартфоном до 2 часов в сутки. Полученные результаты говорят о том, что студенты являются группой повышенного риска в отношении нарушения зрения вследствие данного фактора.

Для того, чтобы понять, связан ли данный фактор с дистанционным обучением, респондентам был задан вопрос, преимущественно чему они уделяют время при работе за компьютером и смартфоном. Было выявлено, что из всех респондентов большую часть учебе уделяют 76,2% студентов; личным целям - 62,9%; работе – 33,3%. Это подтверждает возможное влияние недостаточно хорошо организованного учебного процесса на состояние органов зрения у студентов.

Большинство студентов (68,6%) сокращают ночной сон в связи, что может говорить о том, что студенты неправильно распределяют свое время и не задумываются о влиянии ночного сна на их физическое состояние, в том числе и состояние глаз. Из респондентов, замечающих у себя ухудшение зрения после поступления в вуз, 78% пренебрегают ночным сном в связи с учебой (значимая корреляционная связь, коэффициент корреляции Спирмена  $r=0,26$  для уровня значимости  $p=0,01$ ). Большинство респондентов спит от 6 до 8 часов (48,6%) и от 4 до 6 часов (42,9%). При этом лишь 4,8% спят до 4 часов, а 3,8% – более 8 часов. Соответственно, около половины опрошенных соблюдает режим сна. Заслуживает внимание то, что из всех опрошенных 60% считают, что продолжительность сна оказывает влияние на остроту их зрения.

Важно было узнать, в каких условиях студенты занимаются дома. Выяснилось, что большая часть респондентов (50,5%) вынуждена заниматься при плохом освещении, что также повышает риск аметропий у студентов. Среди тех, кто занимается при плохом освещении, симптомы перенапряжения глаз наблюдают у себя 53,2% студентов (значимая корреляционная связь, коэффициент корреляции Спирмена  $r=0,22$  для уровня значимости  $p=0,05$ ).

На вопрос, знают ли респонденты о необходимости делать гимнастику для глаз после продолжительного чтения, использования компьютера и смартфона, 92,4% ответили утвердительно. При этом выяснилось, что из утвердительно ответивших данное правило соблюдают лишь 6,1% (95%ДИ:3,8-8,4), что говорит о недостаточном

уровне дисциплины и здоровьесберегающего мышления у данной категории

В результате опроса выяснилось, что среди всех респондентов лишь 14,7% делают перерывы после 30 минут непрерывного чтения, работы за компьютером и смартфоном. Следовательно, большинство студентов (85,7%) данным правилом пренебрегает, что может отрицательно сказываться как на общей работоспособности, так и на функциональных способностях зрительного анализатора.

Из всех респондентов 49,5% проводят на свежем воздухе 1–2 часа, 41% – до 1 часа; лишь 9,5% студентов распределяют свое время так, чтобы более 2 часов в сутки находиться на свежем воздухе.

Среди 92,4% респондентов есть понимание, что необходимо делать гимнастику для глаз после продолжительного чтения, использования компьютера и смартфона. Однако, из утвердительно ответивших данное правило соблюдают лишь 6,1% (95%ДИ:3,8-8,4). Среди всех респондентов лишь 14,7% делают перерывы после 30 минут непрерывного чтения, работы за компьютером и смартфоном, таким образом большинство студентов (85,7%) данным правилом пренебрегает.

Из всех респондентов 49,5% проводят на свежем воздухе 1–2 часа; 41% – до 1 часа; лишь 9,5% студентов распределяют свое время так, чтобы более 2 часов в сутки находиться на свежем воздухе.

Полученные результаты говорят о том, что студенты являются группой повышенного риска в нарушении зрения вследствие перечисленных выше поведенческих факторов.

Проблемы организации офтальмологической помощи у студентов по данным анкетирования

Как уже было выявлено, 61% респондентов замечает у себя ухудшение зрения после поступления в вуз. При этом из числа всех опрошенных 23,8% студентов впервые начали замечать у себя ухудшение зрения, однако начали носить оптику, корректирующую зрение лишь 15,2% респондентов.

Из тех респондентов, кто носит оптику, корректирующую зрение, 39,7% хоть раз меняли оптику на модель с большей оптической силой за все время обучения, при этом большинство респондентов меняли очки/линзы в сторону их усиления 1 (53,1%) или 2 раза (37,5%).

Наиболее часто студенты обращаются в магазин оптики (50,6%) и к офтальмологу по месту жительства (49,4%); 31,6% респондентов обращаются за офтальмологической помощью в частную клинику; 2,5% покупают оптику без рецепта; лишь 1,3% обращаются в студенческую поликлинику СПбГУ.

Опрос показал, что 34,1% респондентов сталкиваются с трудностями при обращении за офтальмологической помощью. Большинство опрошенных объясняют данные сложности отсутствием свободного времени в связи с учебой или работой и нехваткой свободных окон у врача (68,8%). При обращении в поликлинику СПбГУ 15,6% респондентов испытывают трудности. Не могут дозвониться в поликлинику по месту жительства, чтобы записаться на прием 3,1% студентов.

Для того, чтобы улучшить качество организации офтальмологической помощи, студентам было предложено выбрать, какие мероприятия будут наиболее эффективными в данной ситуации. Большинство (65,4%) считает, что наиболее полезным будет организация периодических медицинских осмотров, включающих проверку зрения; 50,6% респондентов думает, что в вузе нужен офтальмолог для постоянной возможности консультаций; 38,3% нуждаются в организации санитарно-просветительской работы по профилактике нарушений зрения среди студентов.

В данном вопросе допускалось выбрать несколько вариантов ответа, а также предложить свои способы решения проблемы. Было предложено уменьшить объем учебной нагрузки на младших курсах, распределить домашние задания таким образом, чтобы чередовать работу за компьютером с иной деятельностью, организовать учебный процесс в очной форме, в хорошо освещенных и проветриваемых помещениях, сократить до минимума использование компьютера и проекторов.

Таким образом, исходя из данного блока анкетирования были сделаны следующие выводы:

1. Их тех респондентов, кто носит оптику, корректирующую зрение, 39,7% хоть раз меняли оптику на модель с большей оптической силой за все время обучения. При этом большинство респондентов меняли очки/линзы в сторону их усиления 1(53,1%) или 2 (37,5%) раза.

2. Наиболее часто студенты обращаются за офтальмологической помощью в магазин оптики (50,6%) и к офтальмологу по месту жительства (49,4%).

3. Сталкиваются с трудностями 34,1% респондентов при обращении за офтальмологической помощью. Большинство респондентов объясняют данные сложности отсутствием свободного времени в связи с учебой или работой и нехваткой свободных окон у врача (68,8%).

4. Среди предложений улучшающих организацию офтальмологической помощи студентам 65,4% респондентов считает, что наиболее полезным будет организация периодических медицинских осмотров, включающих проверку зрения; 50,6% респондентов считает, что в ВУЗе нужен офтальмолог для постоянной возможности консультаций; 38,3% отметили необходимость организации санитарно-просветительской работы по профилактике нарушений зрения среди студентов.

В целом важно для улучшения ситуации с ухудшающимися показателями зрения у студентов необходимо уменьшить объем учебной нагрузки на младших курсах, распределить домашние задания таким образом, чтобы чередовать работу за компьютером с иной деятельностью, организовать учебный процесс в очной форме, в хорошо освещенных и проветриваемых помещениях, сократить до минимума использование компьютера и проекторов.

### Список литературы

1. World Health Organization, Resolution of the World Health Assembly: Elimination of Avoidable Blindness. Geneva, Switzerland World Health Organization 2003; Publication WHA56.26.

2. World Health Organization, Global Initiative for the Elimination of Avoidable Blindness. Geneva, Switzerland World Health Organization 1997.

3. World Health Organization. Preventing blindness in children. Report of a WHO/IAPB scientific meeting Hyderabad, India 1999. Geneva: WHO; 2000. WHO document WHO/PBL/00.77.

4. World Health Organization. Prevention of blindness and deafness. Global initiative for the elimination of avoidable blindness. Geneva: WHO; 2000. WHO document WHO/PBL/97.61 Rev2.

5. Сухарукова О.В. Состояние здоровья студентов-первокурсников в медицинском вузе / Сухарукова О.В., Охалкина Л.П., Кожурина А.А., Милягин В.А., Дмитриева Е.В., Крикова А.В., Голуб А.В., Киракосян Л.С., Луговая А.А., Зайцева В.М. // Смоленский медицинский альманах – 2020. – Т. 4 – С.132–134.

6. Есауленко И.Э. Роль социально-гигиенических факторов в развитии заболеваний органов зрения у студентов медицинского вуза и возможности их профилактики / Есауленко И.Э., Петрова Т.Н., Губина О.И., Гончаров А.Ю., Татаркова Ю.В. // Гигиена и санитария – 2018. – Т. 97 – № 8 – С.750–755.

7. Положение СПбГУ “Об охране здоровья обучающихся” от 24.06.2019. Официальный сайт СПбГУ <https://spbu.ru>. 20.04.2022.

8. Приказ Минздрава СССР № 542, Минвуза СССР № 262 от 26.05.1976 “О введении в действие методических указаний по медицинскому отбору



лиц, поступающих в высшие учебные заведения (вместе с перечнем медицинских противопоказаний к приему абитуриентов в высшие уч.

9. Блинков С.Н. Динамика хронической заболеваемости студентов в процессе обучения в вузе / Блинков С.Н., Маркарян В.С., Левушкин С.П. // Новые исследования – 2020. – Т. 62 – № 2 – С.74–80.

## **ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ЛЮДЯМ С НАРУШЕНИЯМИ СЛУХА<sup>1</sup>**

**Хлебникова Е.Ю.,**

выпускница медицинского факультета СПбГУ,

**Акулин И.М.,**

д.м.н., проф. СПбГУ, зав. каф. организации здравоохранения  
и медицинского права СПбГУ

***Аннотация.** Определен, по результатам анкетирования, социальный портрет глухого и слабослышающего пациента, а также его проблемы при получении медицинской помощи. Общение с людьми, имеющими нарушения слуха, имеет свои особенности, это часто не понимают работники сферы здравоохранения. Дана оценка восприятию опыта посещения медицинских учреждений пациентами с нарушениями слуха и их общению с медицинским персоналом. Большинство из этих проблем связаны с особенностями коммуникации. Выявленные другие дефекты организации медицинской помощи данной категории пациентов. Необходимо менять порядки, организационные стандарты, клинические рекомендации, учитывающих особенности пациентов с данным видом патологии.*

***Ключевые слова.** Глухие и слабослышающие пациенты. Проблемы коммуникации глухих и слабослышающих пациентов с врачами. Медицинская помощь глухим и слабослышающим.*

## **«FEATURES OF THE ORGANIZATION OF MEDICAL AND SOCIAL ASSISTANCE TO PEOPLE WITH HEARING IMPAIRMENTS»**

**Khlebnikova E. Yu.,**

graduate of the Medical Faculty of St. Petersburg State University.

---

<sup>1</sup> Работа выполнена в рамках Выпускной квалификационной работы, «Особенности организации медико-социальной помощи людям с нарушениями слуха», научный руководитель Акулин И.М., зав. каф. организацией здравоохранения и медицинского права СПбГУ.

**Akulin I.M.,**

MD, Prof. of St. Petersburg State University, Head of the Department. organizations of healthcare and medical law of St. Petersburg State University.

**Annotation.** *Based on the results of the survey, the social portrait of a deaf and hard of hearing patient, as well as his problems in receiving medical care, was determined. Communication with people with hearing impairments has its own characteristics, it is often not understood by health care workers. The assessment of the perception of the experience of visiting medical institutions by patients with hearing impairments and their communication with medical personnel is given. Most of these problems are related to communication features. Identified other defects in the organization of medical care for this category of patients. It is necessary to change the procedures, organizational standards, clinical recommendations that take into account the characteristics of patients with this type of pathology.*

**Keywords.** *Deaf and hard of hearing patients. Problems of communication of deaf and hard of hearing patients with doctors. Medical care for the deaf and hard of hearing.*

В настоящий момент по данным Всемирной организации здравоохранения наблюдается рост людей с нарушениями слуха. Согласно прогнозу всемирной организации здравоохранения, к 2050 году в мире будет около 2,5 миллиардов глухих и слабослышащих, тогда как на данный момент от той или иной степени потери слуха страдают 1,5 миллиарда человек [1]. В России по данным Всемирной федерации глухих в 2018 году насчитывалось примерно 13 миллионов людей, имеющих нарушения слуха [2]. Но несмотря на такие большие цифры данная инвалидность часто игнорируется обществом, так как присутствует стигматизация этой группы.

У глухих и слабослышащих чрезвычайно остро стоит проблема социальной адаптации в обществе, что связано со сложностями в образовании, трудоустройстве, организации медицинской помощи, чаще всего являющихся следствием возникающих трудностей при коммуникации. Особенно это проявилось во время пандемии новой коронавирусной инфекции в связи с обязательным ношением лицевых масок в помещениях, когда слабослышащие люди сталкиваются с проблемами общения с персоналом лечебных учреждений. Им самостоятельно приходится искать способы преодоления подобных барьеров. На это обращает внимание ВОЗ, называя эту проблему

«невидимой инвалидностью», не только из-за отсутствия видимых со стороны симптомов, но и потому, что долгое время имелась стигматизация в обществе и игнорирование данной проблемы со стороны политических деятелей [1].

В настоящее время в Российской Федерации имеется достаточно много нормативных документов, которые направлены на улучшения жизни глухих и слабослышащих людей, что свидетельствует о том, государство старается всячески поддерживать их. Однако от законодательства до практического воплощения и реальной оценки жизни этих категорий пациентов часто бывает достаточно далеко, так как оказывается непросто добиться реализации данных документов. Поэтому важно изучать на практике проблемы этого контингента и разрабатывать меры по постоянному улучшению жизни и социального статуса.

Необходимости более пристального внимания к проблемам глухих и слабослышащих посвящено много зарубежных исследований, но найти достаточное количество российских работ нам не удалось. Среди проблем, которые отмечают авторы, по результатам опросов выявились сложности понимания обычных медицинских назначений и диагнозов, что было связано с нарушениями слуха [3]. Неумение медицинских работников общаться с данной категорией пациентов влияет не только на оценку ими собственного потенциала здоровья, но и на медицинскую грамотность, принятие решений в отношении своего здоровья, борьбу с факторами риска и ведение здорового образа жизни, которые также зависят от социально-экономических условий жизни и трудовой деятельности. К сожалению, люди с нарушениями слуха часто испытывают проблемы в этих аспектах.

Таким образом, оценка медико-социальной помощи глухим и слабослышащим является актуальной задачей и может являться плацдармом для разработки и внедрения методов и мероприятий, направленных на улучшение жизни и здоровья людей с нарушениями слуха.

**Цель исследования:** определение социальных факторов участия глухих и слабослышащих людей в системе здравоохранения, опыта посещения медицинских учреждений, произвести анализ предложений по улучшению социальной поддержки, улучшения доступа к медицинской помощи и увеличения степени комфорта при посещении медицинских учреждений здравоохранения.

Проведено кросс-секционное проспективное исследование с выборкой из 353 участников. Она была проведена в период с 2021 по 2022 годы. Основой работы послужило анонимное анкетирование с

помощью опросного метода с использованием электронной формы (Google Forms). Отбор участников происходил по методу простой случайной выборки.

Среди 353 опрошенных преобладали женщины (81,6%). Возраст большинства участников был в диапазоне от 35 до 49 лет (47,6%). Преимущественно среди респондентов встречались люди, у которых имелось полное отсутствие слуха (43,9%), чуть меньшую группу составляли люди, слышащие со слуховым аппаратом – 40,8%. Частично отсутствует слух у 15,3% опрошенных. Среди опрошенных 23,3% были холостыми. Большая часть состояли в браке (67,6%). В разводе находилось 8,2% людей. Наибольшее количество холостых обнаруживается среди тех, у кого наблюдается частичное отсутствие слуха (29,6%). Среди глухих такое же семейное положение отметили только 18,7%, а по количеству находящихся в браке они лидируют (68,4%), как и по числу разведённых – 12,3%.

Среди опрошенных чаще всего встречались родители двоих детей (32,4%). Почти такое же количество имеют лишь одного ребёнка (30,4%); 27,8% отметили полное отсутствие детей. Наименьшее количество среди опрошенных представляют собой многодетные родители - 9,4%. Из числа тех, у кого лишь частично отсутствует слух 37% являются бездетными, что больше, чем в группах абсолютно глухих людей (23,2%) и слышащих со слуховым аппаратом (29,4%). Многодетность не является высоко распространённым явлением среди глухих и слабослышащих. У лиц с частичным отсутствием слуха наблюдается наибольшее число родителей, на попечении которых находятся трое и более детей – 11,1%; лишь немного уступают им те, кто отметил полное отсутствие слуха – 9,7% и слышащие со слуховым аппаратом – 8,4%.

Среди опрошенных большинство (34,6%) имело среднее специальное образование, чуть меньшее количество людей сообщили об окончанном высшем (32,3%). Среднее образование имели 24,1%; неоконченное высшее - 1,7%; являлись студентами ВУЗов – 7,4%.

Несмотря на присутствие в их жизни семьи, люди с нарушениями слуха всё равно отмечают отсутствие помощи в бытовых, моральных, материальных вопросах (41,6%). Среди столкнувшихся с такой проблемой 73,8% людей имели одного и более детей и 66,7% состояли в браке. Достаточно большое количество отмечали помощь родителей (39,7%). Друзья опрошенных тоже участвуют в их жизни, так ответили 22,7%. Несмотря на то, что 67,6% состоят в браке, лишь 23,8% сообщили о помощи супруга в различных вопросах; участие

детей было отмечено лишь 17,8% опрошенных. Эти данные говорят нам о том, что несмотря на то, что многие люди с нарушениями слуха имеют семью, они не всегда чувствуют помощь и поддержку со стороны их родных и близких.

Материальная поддержка также имеет важное значение. Среди опрошенных 57% отметили её наличие со стороны Государства; 43% сообщили об её отсутствии.

Среди опрошенных людей с нарушениями слуха чаще встречаются те, кто отмечает свою частичную удовлетворённость материальным положением (60,9%); меньше респондентов сообщает о полной удовлетворённости (24,4%); совсем не удовлетворены 14,7% людей.

Материальную поддержку со стороны государства чаще всего получают люди, слышащие со слуховым аппаратом (63,6%), тогда как в других группах наблюдается примерно равное количество людей с и без материальной поддержки.

Среди опрошенных большая часть являлись трудоустроенными (52,4%). Но достаточно большая группа были безработными (39,1%). Остальные (8,5%) были студентами и 4,5% из них совмещали работу с учёбой.

Среди опрошенных 90,1% проходили обучение в специальной школе для людей с нарушениями слуха. Обычную школу посещали лишь 9,9% респондентов.

Высшее или среднее образование большинство опрошенных получали в обычном учебном учреждении (41,2%); у 31,3% обучение проходило в месте, где имелись инклюзивные программы для людей с нарушениями слуха; 27,6% находились в группах, состоящих только из студентов с нарушениями слуха.

При этом наиболее благоприятная среда отмечалась в школе (49,9%). Во всех учебных заведениях не нравилось 15,6% опрошенных. Среди респондентов 11,9% ответили, что где бы они ни учились, обстановка везде была комфортной. Лишь 8,5% положительно оценили ВУЗы.

Среди глухих и слабослышащих студентов 61,1% испытывают трудности в обучении. Большинство предпочитает очный формат обучения (58,3%). Студенты с нарушениями слуха показывают высокую потребность в субтитрах или переводе на жестовый язык (94,4%). При этом большая часть опрошенных отдаёт предпочтение субтитрам (55,3%). Также можно пронаблюдать среди студентов желание обособиться от слышащих: 70,3% хотели бы заниматься в отдельной группе для людей с нарушениями слуха.

**Предложения по улучшению социальной помощи.** Среди опрошенных большая часть отметила нехватку информирования об особенностях общения с людьми, имеющими нарушения слуха (61,2%). Потребность в возможности чаще пользоваться услугами переводчика жестового языка выделили 56,9% респондентов. Среди опрошенных 40,2% хотели бы чаще иметь возможность санаторно-курортного лечения. В дополнительной материальной помощи нуждаются 49,6%. Но чаще всего глухие и слабослышащие люди испытывают нужду в повышении доступности медицинской помощи (62%).

**Опыт обращения за медицинской помощью.** Большинство людей (87,8%) в течение жизни обращались за медицинской помощью в государственные поликлиники. Чуть больше половины опрошенных пользовались услугами платных клиник (58,4%). У 43,6% респондентов был опыт посещения государственных больниц по поводу стационарной помощи бесплатно. Платными услугами государственных больниц пользовались 15,9% людей.

Чаще всего люди посещают медицинские учреждения 2-4 раза в году (46,5%); обращающаяся за помощью 1 раз в год (24,9%); 17,8% делают это гораздо чаще – 5-10 раз в году. Есть и те, кто посещают учреждения здравоохранения 11 и более раз в году (10,8%).

Среди опрошенных 22,1% никогда не обращаются в медицинские учреждения в профилактических целях; 11,3% людей делают это регулярно – 4 и более раз в году; 33,1% – 1 раз в два года и реже; 33,4% – 1-3 раза в году.

Среди людей с полным отсутствием слуха наблюдается большее число респондентов, уделяющих своё время посещению медучреждений в целях профилактики; 52,3% из них ответили, что делают это регулярно: от 1-3 до 4 и более раз в году. В этой группе наименьшее количество людей ответили, что никогда не посещают медицинские учреждения в целях профилактики (20,6%). Слышащие со слуховым аппаратом и частично слышащие показывают более печальную статистику. Среди них преобладают те, кто занимается профилактикой в медучреждениях лишь 1 раз в два года и реже.

Опыт обращения в государственные больницы в плановом порядке имели 59,3% опрошенных в государственные больницы. Также около половины респондентов обращались за медицинской помощью в государственные больницы экстренно (57,7%).

По результатам опроса о комфортности обстановки и общении с медицинским персоналом мнения распределились следующим образом: больше всего респондентов позитивно оценили условия в

платных клиниках – 49,9%; 15,3% – в государственных поликлиниках; также 15,3% респондентов чувствовали себя везде одинаково комфортно; 12,7% положительно оценили условия в государственных больницах при получении бесплатных услуг. Из 15,8%, получавших платные услуги в государственных больницах, меньше половины оценили обстановку в них как комфортную.

При посещениях медицинских учреждений для общения с персоналом чаще всего устанавливается письменный контакт – 78,8%. Реже глухие и слабослышащие используют чтение по губам (57,2%). Способность говорить отметили 39,9%. К общению посредством жестового языка прибегали 19,5% респондентов. Речь медицинского персонала слышали 17,6% опрошенных.

При этом, наиболее комфортным для коммуникации среди респондентов признан жестовый язык (72,5%). Письменный контакт уступает ему – 58,9%. Чтение по губам удобным считают 31,4% опрошенных. Устный разговор является приемлемым для 15,9% людей. Это говорит о несоответствии предпочитаемых способов коммуникации с теми, которыми приходится использовать на практике.

При том, что жестовый язык является наиболее удобным для общения с медицинским персоналом, за услугами переводчика никогда не обращались 58,4% респондентов. 19,3% делают это менее, чем в половине случаев, 15,6% – примерно в половине случаев, и лишь 6,8% прибегали к помощи переводчика каждый раз.

В роли переводчика жестового языка чаще всего выступали друзья/родственники респондентов (58,2%). Услуги специалистов по переводу были более востребованы у меньшей части опрошенных (41,8%).

При этом 58,3% опрошенных испытывали дискомфорт, когда им приходилось рассказывать о проблемах со здоровьем переводчику жестового языка.

Среди опрошенных 69,7% сообщили о том, что им было некомфортно при общении с медицинским персоналом.

В открытом вопросе о проблемах при обращении в медицинские учреждения среди людей, ответивших, что им было некомфортно при общении с медицинским персоналом, был обнаружен ряд проблем, которые повторялись наиболее часто и были связаны между собой. Около одной трети из этой группы опрошенных сообщают о равнодушии и спешке врачей, нежелании отвечать на вопросы, нехватку информации о диагнозе и назначениях, неуважительном отношении к себе. Они высказывались так: «Чувствую себя как рыба в аквариу-

ме, все смотрят и говорят, а я не понимаю, о чем говорят»; «Чувствовала себя как в зоопарке»; «На приёме врачи, когда узнают, что я не слышу, откровенно машут рукой (в значении: о чём с ней можно разговаривать?!), отказываются снимать маску, на просьбу написать вопрос или рекомендацию часто не реагируют, быстро выпишут рецепт, не объясняя зачем он нужен и как применять выписанные препараты, всунут бумажку и жестом просят покинуть кабинет»; «Также несколько раз была такая странная ситуация: врачи диктовали мне, глухому человеку, названия лекарств, о которых я даже не слышала и которые я никак не могла понять, даже читая по губам. Даже когда я просила их все же самим написать на бумажке, а не диктовать, они первое время упирались и не хотели этого делать. И только после того, как я очень настаивала на этом, они с явным недовольством отбирали у меня бумажку с ручкой и сами писали. Я в такие моменты чувствовала себя виноватой, что обременяю их таким «сложным» занятием. Это было ужасно и очень странно». Многие жаловались на то, то у медицинского персонала отсутствует понимание людей с нарушениями слуха: «Очень часто случается, когда я говорю, что я плохо слышу, они, похоже, думают, что раз я хорошо говорю, значит хорошо слышу. И продолжают говорить, не снимая маску».

Около одной пятой респондентов, имеющих проблемы с общением с медицинским персоналом, негативно высказались о ношении масок, когда они не могут разобрать обращённую к ним речь: «Трудно читать по губам, когда все в масках. Однажды медицинский работник отказывался войти в мое положение, просто написал что-то на бумаге и сказал не задерживать очередь»; «Не всегда разбираю, что мне говорят. Особенно если человек в маске. Даже в слуховом аппарате не понимаю через маску, а иногда и без маски плохо слышу»; «У меня участились проблемы с тем, что врачи сейчас носят непрозрачные маски, и на мою просьбу снять маски, чтобы я могла прочитать по губам, отвечают отказом. Даже если можем переписываться, мне очень некомфортно, когда не вижу лицо полностью и не могу считать эмоции. Видеть все лицо — это необходимость для моей более-менее нормальной коммуникацией с врачами, т. к. если врач в маске, не могу довериться ему, не могу подробно рассказать о своей болезни/всех симптомов, не могу задать уточняющие вопросы». Так как в некоторых лечебных учреждениях отсутствует электронная система вызовов в кабинет, небольшое количество опрошенных жалуются на возникающую путаницу, ведь у глухих и слабослышащих



нет возможности договориться с людьми в очереди или услышать, куда их вызывают по фамилии: «Самая большая проблема - непонимание особенностей глухих людей. Когда вызывают устно, я не слышу, что надо идти на укол, например. Снимать маску отказываются, приходится пользоваться приложением».

Также существует проблема связи с медицинским учреждением, например, для записи на приём: «Были проблемы по записи, где-то некоторые не знают, что такое электронная почта, Смс или Ватсап. Все равно звонят по телефону, где я там всегда просила способ связи СМС. Но нет, мне в ответ, пишите номер телефона мамы или друга. А что, если у меня никого не будет?!»

У единиц возникают проблемы с письменной речью и чтением. Меньше 10% респондентов сталкивались с ситуацией, когда врач отказывался от письменного общения.

Также были указаны проблемы при коммуникации через переводчика: «На консультации у врача врач беседовал с переводчиком, не со мной. Задавал вопросы переводчику как к моему сопровождающему, который якобы всё знает».

Некоторые жаловались на отсутствие конфиденциальности, когда медицинский персонал громко разговаривает: «Вокруг меня люди больше знают о моих проблемах, нежели я. Врачи говорят мне громко, так, что все слышат. Полный дискомфорт».

Но помимо проблем, люди выделяли и положительные моменты: «Должен быть медицинский работник со знанием жестового языка для перевода глухому пациенту. Когда я лежала с ковидом в госпитале, врачи, понимая мою проблему в общении, снимали маску и применяли базовые жесты»; «Особых проблем у меня не возникало. Всегда в медицинских учреждениях, и в стационарах, и в поликлиниках разрешали присутствовать одному из моих родителей, которые для меня были переводчиками. Отношение со стороны персонала медицинских учреждений было доброжелательное»; «Особых проблем не было. Всегда врачи общались корректно, доброжелательно. По возможности пытались мне все объяснить»; «Было такое, что мне не понятно, но все равно продолжали говорить, когда я просила написать на бумаге, чтобы 100 % мне было понятно, а то всегда сомневаюсь, верно ли поняла, ведь чтение по губам не всегда понятно, зависит от людей, особенно если быстро говорят, я не успеваю и не понимаю. 3 раза за всю жизнь лежала в больнице. При выписке всегда что-то говорили, я не понимала, мне отвечали: «Ладно, пойдете в поликлинику, и все поймёте». А что трудно сразу на бумаге напи-

сать? Но в последний раз, при выписке, дали эпикриз и ещё отдельный лист с замечаниями, вот то, что надо. В первом случае такого не было. В нашей поликлинике участковый терапевт идеальный, как узнал, что я не слышу, понял, пишет или чётко и спокойно говорит, что надо и т.д.. Вот я была довольна. А так врачи разные бывают. Вот невролог была пожилая женщина за 70 лет, я её вообще не поняла, а она была недовольна, я просила написать на бумаге, а она закрычала, времени нет!»

При общении с врачом, лишь 42,8% людей считали, что всегда понимают, о чём хочет сообщить им врач. У большей части опрошенных (57,2%) такое полное понимание отсутствовало.

Группу тех, кто всегда понимает, что хочет сообщить им врач преимущественно составляют люди, с полным отсутствием слуха (50,7%). Среди людей, отметивших абсолютную глухоту, примерно в равной степени встречаются понимающие и непонимающие сказанное докторами: 49,0% и 51,0% соответственно. Слышащие со слуховым аппаратом чаще отмечают, что им не всегда удаётся разобраться в сказанном врачами (64,3%). Среди тех, кто сообщает о частичном отсутствии слуха лишь 42,6% оказались в числе людей, всегда понимающих, что им хочет сообщить доктор. Таким образом, мы видим, что у врачей больше шанс быть понятыми после общения с абсолютно глухими пациентами. Гораздо менее продуктивные беседы чаще бывают, если пациент слышит со слуховым аппаратом.

Также выяснилось, что люди, имеющие за плечами только среднее образование чаще считают, что всегда понимали то, что им хотел сообщить доктор (54,1%), в отличие от респондентов, окончивших высшее и среднее специальное образование, которые чаще отвечали, что имелось недопонимание.

Люди, полностью удовлетворённых материальным положением, чаще отмечают, что им было понятно, что именно хочет сообщить им врач (55,8%). В группе полностью недовольных преобладают те, кто отвечал, что у них не всегда было полное понимание после общения с докторами (65,1%).

Среди опрошенных 22,9% считают, что никогда не получали достаточную информацию о порядке и последовательности проведения медицинских манипуляций и процедур; каждый раз получали 18,7%; 34,3% – примерно в половине случаев; 24,1% – менее чем в половине. Таким образом, видно, что большая часть глухих и слабослышащих людей сталкивалась с получением недостаточной информации от медицинских работников.

**Предложения по улучшению медицинской помощи по мнению пациентов.** Опрос о предложениях по улучшению медицинской помощи был проведён с возможностью выбора нескольких ответов. Ответы распределились подобным образом: установку световых табличек, сообщающих в готовности врача к приёму, выделили 76,8%. Предложение обучить весь медицинский персонал необходимости обеспечения эффективного общения; ознакомить с профессиональными, этическими и юридическими обязательствами указали 60,1%; предоставить краткие, легко читаемые письменные инструкции о том, что делать после встречи – 57,5%; использовать хорошее освещение, чтобы врач (и переводчик с жестового языка) был хорошо освещены – 56,4%. Необходимость подготовки понятных письменных инструкции о том, что делать до прихода врача (например, какую одежду, украшения снять) указали 56,1% респондентов. Многие (55%) отметили необходимость в рентгенологических кабинетах установить цветные табло, чтобы сигнализировать, когда пациент должен предпринять определенные действия (например, задержать дыхание и вернуться к нормальному дыханию). Для людей с нарушениями слуха важно, чтобы их спрашивали о предпочтительном способе общения (54,1%). Также они хотят (52,4%), чтобы медицинские работники во время общения всегда смотрели и говорили напрямую с пациентом, а не с переводчиком жестового языка, членом семьи или другим человеком. Необходимость подготовки понятных письменных инструкций об осмотрах, процедурах и тестированиях выделили 51,8% опрошенных. Размещать на видном месте в медицинской карте информацию о желаемом способе общения пациента и других личных предпочтениях выбрали 51,6%; установить особые протоколы для эффективной связи на всех этапах оказания помощи; ознакомить с правилами снятия и возврата слуховых аппаратов в отделениях неотложной помощи и кабинетах радиологии -50,1%. Предложение принципы врачебной тайны и деонтологии (например, не повышать голос) выбрали 45,9%. Описывать все запланированные медицинские процедуры и информировать пациентов непосредственно перед прикосновением отметили 45% опрошенных. Подготовить картинки или диаграммы, изображающих процедуры; создать брошюры для более подробного обсуждения (например, в хирургии) важно для 44,5% людей. Следующее предложение было выделено 44,2% респондентов: для постоянных пациентов заранее спланировать присутствие на приеме необходимого сопровождения (например, переводчика). Периодически просить пациентов

резюмировать свое понимание, чтобы выявить недопонимание выбрало 43,9%; придерживаться предпочитаемого пациентом способа общения необходимо по мнению 42,5%. Многие также хотят, чтобы управляющие убедились, что физическая среда соответствует основным стандартам безопасности (например, световой сигнал при пожаре) – 40,5%. Периодически спрашивать пациентов об эффективности общения выбрали 37,4% опрошенных. Представлять пациентам всех, кто входит в палату отметили 33,4%. Свести к минимуму фоновый шум хотели бы 23,2% опрошенных.

**Выводы.** Людей с нарушениями слуха можно рассматривать как культурно-лингвистическое или социолингвистическое меньшинство, так как проблемы со слухом не позволяют им адаптироваться в обществе, в котором общение является чрезвычайно важной социальной нормой. Их особенности приводят к возникновению широкого круга трудностей, включающих многие аспекты жизни, например, трудоустройство и социальное положение.

Тем не менее пациенты с данной патологией не хотят считать себя инвалидами, они желают чувствовать себя активными членами общества, но при этом они сталкиваются с непониманием медицинского сообщества, которое до сих пор не разобралось с правилами общения с людьми, имеющими нарушения слуха, что выливается в проблемы коммуникации.

Среди данного контингента выявляется повышенная заболеваемость определёнными патологиями. Примечательно, что у группы абсолютно глухих и группы слабослышащих чаще выявляют предрасположенность к разным наборам болезней. Так, ХОБЛ, инсульт, гиперхолестеринемия, сердечно-сосудистые заболевания, язвы, гепатит чаще выявлялись у пациентов с умеренной или значительной тугоухостью. А люди, страдающие абсолютной глухотой, имеют более высокую предрасположенность к сахарному диабету и онкологии. Зарубежные авторы связывают подобные наблюдения с барьерами при получении медицинской помощи, и недостаточной физической нагрузкой. В качестве возможных объяснений этому приводятся психологические особенности, не позволяющие глухим и слабослышащим активно взаимодействовать в социальной среде, отсутствие достаточных данных о физической среде и нарушение адаптации к ней. Улучшения в данной сфере производятся посредством расширения возможностей «спорта глухих».

Состояние здоровья людей с нарушениями слуха имеет свои особенности и часто требует коррекции. Но из-за возникающих комму-

никативных барьеров, ряда психических особенностей возникают препятствия на пути к контролю и профилактике заболеваний.

Люди с нарушениями слуха являются уникальной группой по ряду особенностей, к которым относятся языковая идентичность, связанная с наличием навыков владения русским жестовым языком и необходимость привлекать для общения переводчика, что важно учитывать при организации медицинской помощи. При этом можно столкнуться с проблемами, требующими корректного решения. Например, присутствие переводчика жестового языка порой не способствует коммуникации врача и пациента, когда речь идёт о деликатных проблемах интимного характера. Также с этим связана проблема конфиденциальности и сохранения врачебной тайны, когда на приёме присутствует посредник, который может по-разному интерпретировать и использовать полученную информацию, что нарушает права данной категории граждан. Кроме того, медицинские работники, часто, при разговоре с переводчиком выделяют его на передний план, устанавливая с ним зрительный контакт и обращаясь к нему, а не к пациенту.

Одной из особенностей общения врач-пациент является односторонний пассивный стиль. Диалог ещё сильнее усложняется за счёт специфических терминов, непонятных объяснений, названий лекарственных препаратов, многие из которых недоступны для перевода на жестовый язык, являющийся основным для этой категории граждан.

Некоторым глухим и слабослышающим пациентам, при общении с медицинским работником, понимание его речи удаётся достичь за счёт чтения по губам. Но в условиях пандемии новой коронавирусной инфекции, когда все обязаны носить маски, данный тип коммуникации оказывается недоступным, что сказывается на степени усвоения информации.

Особенности детей и взрослых с нарушениями слуха сходны, однако они являются более незащищёнными из-за своей неспособности общаться. У них возникает потребность в виде присутствия родителя в качестве посредника, что ухудшает ситуацию, так как возможна неверная интерпретация жалоб, что усложняет работу врача в постановке диагноза.

Пациенты с нарушениями слуха испытывают проблемы на всех уровнях грамотности в вопросах здоровья: функциональном, интерактивном и критическом. Это возникает вследствие низкой образованности, сложности с доступом к необходимой медицинской информации и её пониманием, что также зависит от навыков общения

медицинских работников. Обычные средства распространения информации для этой категории оказываются недоступны, что ярко проявилось во время пандемии новой коронавирусной инфекции. Это связано с невозможностью услышать выступления медицинских работников по радио и телевидению и быть участниками процесса санитарного просвещения. Кроме того, недостаток знаний о симптомах, факторах риска, неотложной помощи и профилактике касается также сердечно-сосудистых заболеваний и онкопатологии.

Проблемы организации медицинской помощи этой категории граждан по данным зарубежных авторов практически идентичны выявленным нами. В нашем исследовании эти данные подтверждены, и мы вынуждены с ними согласиться.

### **Предложения по улучшению оказания медицинской помощи глухим и слабослышащим пациентам.**

1. Установка указателей: световых табличек, уведомляющих о готовности врача к приёму (76,8), и отражающих указания к действиям в рентгенологических кабинетах (55%).

2. Соблюдение правил коммуникации: обучение медицинского персонала особенностям общения с глухими и слабослышащими (60,1%), спрашивать о предпочитаемом способе коммуникации (54,1%), и размещение этой информации в медицинской карте (51,6% смотреть и говорить напрямую с пациентом, а не с переводчиком (52,4%), соблюдать принципы врачебной тайны и деонтологии (45,9%).

3. Предоставление письменных инструкций, сообщающих, что делать пациенту до (56,1%) и после (57,5%) приёма, рассказывающих о ходе и порядке проведении процедур (51,8)

4. Использование хорошего освещения (56,4%), что важно для чтения по губам, установка световых табличек в рентгенологических кабинетах и т.д.

5. Кроме указанного выше, мы делаем принципиальное предложение по подготовке методических пособий для врачей по общению с пациентами, имеющими нарушения слуха.

**Заключение.** Таким образом, данное исследование проблем глухого и слабослышащего пациента позволило провести оценку его социально-демографического портрета. Кроме того, большая часть работы была посвящена выявлению возникающих трудностей при обращении в медицинские учреждения и анализу их деятельности. В числе основных аспектов рассматривалось удобство коммуникации и психологическая сторона общения пациентов с нарушениями слуха и медицинских работников. Был обнаружен недостаток зна-

ний об особенностях коммуникации с глухими и слабослышащими и неумение применять их на практике. Кроме того, выявилась проблема соблюдения конфиденциальности, которая является важной с точки зрения закона о врачебной тайне в отношении пациентов с нарушениями слуха. Выявленные дефекты организации медицинской помощи данной категории необходимо решать, как с точки зрения изменения порядков и организационных стандартов, так и посредством клинических рекомендаций учитывающих особенности пациентов с данным видом патологии.

### Список литературы

1. WHO. World Report On Hearing // Human Rights Watch. 2021. 1–272 p.
2. Варинова О.А. Особенности описания социального сообщества глухих людей // Теория и практика общественного развития. 2020. Vol. 7, № 149. P. 44–48.
3. Ralston E., Zazove P., Gorenflo D.W. Physicians' Attitudes and Beliefs About Deaf Patients // J. Am. Board Fam. Pract. 1996. Vol. 9, № 3. P. 167 LP – 173.
4. Пальцев Михаил Александрович, Белушкина Наталья Николаевна Ч.Е.А. 4П-медицина как новая модель здравоохранения в Российской Федерации // ОРГЗДРАВ: Новости. Мнения. Обучение. Вестник ВШО-УЗ. 2015. Vol. 2, № 2. P. 48–54.
5. Rogers K.D., Ferguson-Coleman E., Young A. Challenges of Realising Patient-Centred Outcomes for Deaf Patients // Patient. Springer International Publishing, 2018. Vol. 11, № 1. P. 9–16.
6. Pereira P.C.A., De Carvalho Fortes P.A. Communication and information barriers to health assistance for deaf patients // Am. Ann. Deaf. 2010. Vol. 155, № 1. P. 31–37.
7. Sheppard K. Deaf adults and health care: Giving voice to their stories // J. Am. Assoc. Nurse Pract. 2014. Vol. 26, № 9. P. 504–510.
8. Journal T.H.E., Social O.F. Надежда Астахова, 1 Никита Большаков 2. P. 51–66.
9. Harris R. Introduction to American Deaf Culture by Thomas K. Holcomb // Sign Lang. Stud. 2014. Vol. 14. P. 406–410.
10. Sheppard K. Deaf adults and health care: Giving voice to their stories // J. Am. Assoc. Nurse Pract. 2014. Vol. 26, № 9.
11. Mucoz-Baell I.M. et al. Comunidades sordas: ipacientes o ciudadanas? [Deaf communities: patients or citizens?] // Gac. Sanit. 2011. Vol. 25, № 1. P. 72–78.
12. Базоев В.З. Билингвизм и образование глухих: современные тенденции // Вестник Ленинградского государственного университета им. А.С. Пушкина. 2016. Vol. 4, № 2. P. 320–330.

ХІІІ ежегодная научно-практическая конференция  
«Медицина и право в ХХІ веке»,  
24-25 декабря 2021 года

НОРДМЕДИЗДАТ

978-5-98306-170-5



Отпечатано в типографии «Турусел»  
Санкт-Петербург, пр.Попова,д.38. Тел. 8 (812) 334-10-25.  
Бумага офсетная. Печать цифровая.  
Подписано в печать 25.06.2022 г.  
Тираж 100 экз. Объем 10 п.л. Заказ №14000.