

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«САРАТОВСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ ЮРИДИЧЕСКАЯ АКАДЕМИЯ»

На правах рукописи

БЛИНОВ Александр Георгиевич

**УЧЕНИЕ ОБ УГОЛОВНО-ПРАВОВОЙ ОХРАНЕ
ПРАВ И СВОБОД ПАЦИЕНТА**

12.00.08 – уголовное право и криминология;
уголовно-исполнительное право

ДИССЕРТАЦИЯ
на соискание ученой степени
доктора юридических наук

Научный консультант:
доктор юридических наук, профессор,
заслуженный деятель науки России
Разгильдиев Бяшир Тагирович

Саратов - 2014

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	3
Раздел I. Правовой статус пациента и его обеспечение регулятивным (здравоохранительным) и охранительным (уголовным) законодательством	22
Глава 1. История становления и развития отечественного здравоохранительного и уголовного законодательства, обеспечивающего права и свободы пациента	22
§ 1. Становление и развитие здравоохранительного и уголовного законодательства досоветской России, обеспечивающего права и свободы лиц, испытывающих потребность в оказании медицинской помощи	22
§ 2. Развитие здравоохранительного и уголовного законодательства, обеспечивающего права и свободы пациента в советской России	43
Глава 2. Права и свободы пациента как объект правового регулирования и охраны	63
§ 1. Пациент как субъект здравоохранительных правоотношений и его правовой статус	63
§ 2. Конституционные основы юридического обеспечения прав и свобод пациента в Российской Федерации	106
§ 3. Здравоохранительное законодательство как юридическая основа реализации прав и свобод пациента	121
§ 4. Права и свободы пациента как объект уголовно-правовой охраны	146
Раздел II. Уголовно-правовая охрана прав и свобод пациента в международном и зарубежном законодательстве	176
Глава 1. Международно-правовая регламентация отношений в сфере здравоохранения и ее значение в уголовно-правовом обеспечении прав и свобод пациента	176
Глава 2. Уголовно-правовая охрана прав и свобод пациента в законодательстве зарубежных государств	208
§ 1. Уголовно-правовая охрана прав и свобод пациента в законодательстве стран-участниц Содружества Независимых Государств и Балтии	208
§ 2. Уголовно-правовая охрана прав и свобод пациента в системе романо-германского права	252
§ 3. Охрана прав и свобод пациента в англосаксонской системе уголовного права	298
§ 4. Уголовно-правовая охрана прав и свобод пациента в системе мусульманского права ..	337
Раздел III. Уголовно-правовой механизм охраны прав и свобод пациента от преступных посягательств и их предупреждения	351
Глава 1. Понятие уголовно-правового механизма охраны прав и свобод пациента и характеристика элементов, его образующих	351
§ 1. Понятие уголовно-правового механизма охраны прав и свобод пациента	351
§ 2. Характеристика элементов, образующих уголовно-правовой механизм охраны прав и свобод пациента	380
Глава 2. Реализация уголовно-правового механизма охраны прав и свобод пациента от преступных посягательств и их предупреждения	437
§ 1. Понятие реализации уголовно-правового механизма охраны прав и свобод пациента ..	437
§ 2. Реализация уголовно-правового механизма предупреждения преступных посягательств на права и свободы пациента	453
Заключение	491
Библиографический список	504
Приложение 1	544
Приложение 2	550
Приложение 3	558

Введение

Актуальность темы исследования. Признав человека высшей ценностью, Российская Федерация взяла на себя обязательство по обеспечению его прав и свобод, в том числе обусловленных вступлением в здравоохранительные отношения. Между тем социальная и правовая политика государства, ориентированная на реализацию юридического статуса пациента, далеко не всегда эффективна и, как следствие, не в полной мере удовлетворяет медицинские потребности граждан. Внимание общественности в последнее время вновь сфокусировалось на факторах, негативно характеризующих отрасль здравоохранения. Речь идет о неудовлетворенности населения существующим уровнем медицинского обслуживания и низкой квалификацией врачей, проблемах привлечения их к уголовной ответственности за отклоняющееся от профессионального стандарта поведение, приводящее к человеческим жертвам. Согласно информации, озвученной Президентом РФ на заседании президиума Госсовета 30 июля 2013 г., лишь треть россиян удовлетворена уровнем медицинского обслуживания в стране¹. Исходящие от граждан претензии к объему и качеству предоставляемых учреждениями здравоохранения медицинских услуг вполне обоснованы. Абсолютное большинство опрошенных нами респондентов (82,6%) сталкивались с фактами нарушения прав пациента, причем каждый четвертый участник социологического исследования лично оказывался в роли жертвы непрофессионального поведения медицинского работника.

Острота существующей проблемы возымела должный интерес со стороны законодателя и научной общественности. В Российской Федерации проводится значительная нормотворческая работа, направленная на обеспечение прав, свобод и не противоречащих закону интересов пациента. Развивается позитивное законодательство, регламентирующее здравоохранительные отношения. Нормами, охраняющими жизнь, здоровье, свободу, честь и достоинство человека, испытывающего потребность в профессиональных услугах врача, до-

¹ См.: Сайт Президента Российской Федерации [Электронный ресурс]. URL: <http://www.kremlin.ru> (дата обращения: 27 августа 2013 г.).

полнено уголовное законодательство. Государство стремится создать прочную юридическую платформу, задействовать различные правовые механизмы осуществления прав и исполнения обязанностей участниками здравоохранительных отношений. Однако нормотворческим структурам далеко не всегда удается грамотно выстраивать инструментальную связку юридических конструкций, что затрудняет процесс реализации правового статуса пациента на уровнях правоисполнения и правоприменения. В Стратегии национальной безопасности Российской Федерации до 2020 г., призванной мобилизовать социально-экономическое развитие страны, незавершенность формирования нормативной базы в сфере здравоохранения расценивается как фактор, оказывающий прямое негативное воздействие на обеспечение национальной безопасности¹.

Надежды на оптимизацию здравоохранительного и уголовного законодательства, выстраивание механизма их взаимодействия, сдерживание противоправной деятельности медицинских работников связаны с результатами исследований, осуществляемых в юридической науке. В доктрине уголовного права на протяжении последних десятилетий преимущественно разрабатываются проблемы, связанные с квалификацией профессиональных и служебных преступлений, совершаемых медицинскими работниками, регулированием ответственности и усилением репрессии за причинение вреда жизни или здоровью больного. Очевиден прогресс, достигнутый учеными в обосновании концепции противодействия поведению недобросовестного врача, отклоняющегося от профессионального стандарта. Вместе с тем резервы по моделированию механизма уголовно-правовой охраны прав и свобод пациента от преступных посягательств и их предупреждения по-прежнему велики. Действующий уголовный закон не располагает системой мер, стоящих на страже прав и свобод пациента. При его разработке допущены отступления от требований законодательной техники. Ужесточение уголовной политики в отношении медицинского персонала, пренебрегающего профессиональным и уголовно-правовым статусом, до-

¹ См.: Указ Президента РФ от 12 мая 2009 г. № 537 «О Стратегии национальной безопасности Российской Федерации до 2020 года» // СЗ РФ. – 2009. – № 20. – Ст. 2444.

стигло пределов эффективности. Карательная мощь наказания не принесла должных результатов в противостоянии угрозам безопасности пациента, исходящим от некомпетентных врачей. Законодательный и научно-исследовательский консерватизм в области упорядочивания и охраны здравоохранительных отношений актуализирует поиск новых направлений развития правовой системы. Ожидания, связанные со снижением либо нейтрализацией преступности медицинских работников, основываются на идее внедрения в национальное законодательство ранее не известных механизмов правового обеспечения интересов пациента. Исходящий от общества заказ на разработку такого рода инструментария обуславливает необходимость переориентации уголовно-правовой доктрины, правотворческой и правоприменительной деятельности с практики борьбы с последствиями совершаемых преступлений на обеспечение сохранности человека, права и свободы которого ставятся под угрозу причинения вреда непрофессиональным поведением врачей.

Политика государства по развитию системы здравоохранения на долгосрочную перспективу требует создания единого правового механизма регулирования и охраны позитивных отношений, складывающихся между пациентом и медицинским работником. Это позволит сформировать уверенность граждан в защищенности их статуса, а в сознании медработников – повысить авторитет уголовного закона и его восприятия как нормативного документа, стимулирующего к надлежащему исполнению профессиональных функций. Совокупность приведенных факторов обусловила актуальность и выбор темы настоящего диссертационного исследования.

Степень теоретической разработанности проблемы. Актуальность темы диссертационной работы во многом связана с состоянием ее научной разработанности. Современная юридическая доктрина не располагает монографическими трудами, обосновывающими права и свободы пациента в качестве объекта уголовно-правовой охраны. Усилия ученых сосредоточены вокруг отдельных проблем квалификации и пенализации общественно опасных деяний, допускаемых медицинскими работниками во время исполнения профессиональ-

ных функций, поиска резервов уголовно-правовой борьбы с невежественным либо зловредным поведением врачей. В научной среде продолжает доминировать представление об уголовном праве как единственном инструменте разрешения социальных конфликтов в секторе здравоохранения. Между тем российская правовая система располагает иными правовыми средствами, которые способны стимулировать граждан к исполнению обязанностей, вытекающих из их профессионального и юридического статуса.

В направлении повышения эффективности противодействия преступлениям, совершаемым врачебным персоналом, работали известные представители юридического и медицинского сообщества. В дореволюционной России весомых научных результатов добились С.П. Боткин, В.В. Вересаев, Ю. Гюбнер, Л.И. Дембо, А.Ф. Кони, С.М. Левенсон, В.А. Манассеин, С.П. Мокринский, Н.Н. Розин, Н.С. Таганцев, В.Н. Ширяев, И.Г. Щегловитов. В своих трудах ученые-практики значительное место отводили исследованию проблем привлечения к уголовной ответственности медицинских работников за неисполнение и ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей, разглашение врачебной тайны, проведение незаконного медицинского эксперимента.

Существенный вклад в разработку основ теории воздействия на преступность, связанную с исполнением медицинским работником профессиональных функций, внесла советская наука уголовного права. К числу наиболее обстоятельных исследований, теоретическая и практическая значимость которых сохраняется до настоящего времени, относятся монографии Ф.Ю. Бердичевского, В.А. Глушкова, И.И. Горелика, А.Н. Красикова, Ю.Д. Сергеева, М.Д. Шаргородского, А.Н. Язухина. Полученные ими научные результаты были ориентированы на оптимизацию отдельных положений регулятивного и охранительного законодательства, практики их исполнения и применения.

Значительно повысилось внимание к поиску эффективных мер борьбы с преступлениями, совершаемыми в сфере здравоохранения, у современных криминалистов. Рассматриваемой тематике посвятили свои научные разработки М.И. Галюкова, А.А. Жалинская-Рерихт, Г.Г. Карагезян, А.Г. Кибальник,

А.В. Кудakov, Н.В. Мирошниченко, И.И. Нагорная, И.О. Никитина, Н.В. Павлова, К.О. Папеева, А.П. Соловьев, Я.В. Старостина, Л.В. Сухарникова, В.В. Татаркин, С.С. Тихонова, Б.Г. Хмельницкий, Е.В. Червонных. В 2006 г. уголовно-правовая доктрина обогатилась докторской диссертацией Н.Е. Крыловой «Уголовное право и биоэтика (уголовно-правовые проблемы применения современных биомедицинских технологий)». В ней автор исследует место и роль уголовного права в обеспечении отношений, возникающих в связи с достижениями в области биологии и медицины, предлагает криминализировать общественно опасные деяния, нарушающие нормы биомедицинской этики.

Несмотря на проявляемый научным сообществом интерес к исследуемой проблематике, многие компоненты охраны прав и свобод пациента уголовно-правовыми средствами до сих пор не получили освещения в литературе. Не подвергались самостоятельному изучению правовой статус пациента, артикулированный здравоохранительным и уголовным законодательством, механизм уголовно-правовой охраны прав и свобод пациента, уголовно-правовой статус медицинского работника, реализация уголовно-правового механизма охраны прав и свобод пациента от преступных посягательств и их предупреждения. Методологически не доказаны взаимосвязь и обусловленность регулятивного (здравоохранительного) и охранительного (уголовного) законодательства в сфере обеспечения правового статуса пациента.

Современная социально-правовая жизнь требует нового качества исследования, которое соответствует достигнутому научным сообществом уровню теории, обеспечивает совершенствование законодательной, правоисполнительной и правоприменительной практики и, как следствие, повышение эффективности реализации правового статуса пациента. Настоящая работа является одной из первых попыток формирования концепции уголовно-правовой охраны пациента, выполненной на базе международно-правовых документов, иностранного и отечественного законодательства, регламентирующего профессиональную деятельность медицинских работников и охраняющего права и свободы личности.

Цель и задачи исследования. Целью настоящего диссертационного исследования является формирование в уголовно-правовой науке учения об охране прав и свобод пациента, развивающего регулятивное и охранительное законодательство, практику его исполнения и применения.

Для достижения поставленной цели предполагается решить ряд исследовательских задач:

проследить историю и выявить тенденции развития отечественного здравоохранительного и уголовного законодательства, обеспечивающего права и свободы пациента;

оценить современное состояние международно-правовых актов, регулирующих отношения в сфере здравоохранения, и возможность их использования в формировании правового статуса пациента на территории Российской Федерации;

выявить позитивный опыт иностранных государств по обеспечению правового статуса пациента на уровне регулятивного и охранительного законодательства и определить перспективы его использования в здравоохранительной и уголовно-правовой практике Российской Федерации;

обобщить представленные в юридической науке теоретические положения, способствующие формированию учения об уголовно-правовой охране прав и свобод пациента;

разработать понятия пациента, правового статуса пациента и его структурных компонентов;

обосновать роль здравоохранительного законодательства в упорядочивании и развитии медицинской практики, а также в механизме осуществления прав и свобод пациента;

доказать взаимосвязь и взаимообусловленность регулятивного и охранительного законодательства в сфере обеспечения правового статуса пациента;

уточнить параметры объекта, охраняемого уголовным законом от преступного поведения медицинского работника;

разработать механизм уголовно-правовой охраны прав и свобод пациента от преступных посягательств и охарактеризовать его структурные элементы;

раскрыть содержание реализации уголовно-правового механизма охраны прав и свобод пациента, выделить и подвергнуть анализу ее формы;

определить сущность реализации уголовно-правового механизма предупреждения преступных посягательств на права и свободы пациента.

Объект и предмет диссертационной работы. Объектом исследования выступают знания, отражающие регулирование здравоохранительных отношений и уголовно-правовую охрану прав и свобод пациента.

Предмет исследования составили применимые к объекту исследования нормы Конституции РФ и конституций зарубежных стран, международного права, ранее действовавшего и современного отечественного и иностранного здравоохранительного и уголовного законодательства; материалы следственной и судебной практики Российской Федерации и зарубежных стран; данные официальной статистики; результаты социологических исследований.

Методология и методика исследования. Методологическая основа диссертации определяется использованием закономерностей диалектического материализма, а также системы общих и специальных методов познания. В качестве общенаучных методов применялись анализ и синтез, индукция и дедукция, абстрагирование, системно-структурный подход. Особое место в работе занимают частнонаучные методы исследования: историко-правовой, сравнительно-исторический, сравнительно-правовой, формально-юридический, логический, лингвистический, статистический, конкретно-социологические (анкетирование, изучение следственной и судебной практики, контент-анализ средств массовой информации) и др. Решение конкретных задач и достижение цели работы стало возможным благодаря использованию различных научных методик, позволивших выявить и обеспечить основные направления диссертационного исследования.

Теоретической основой диссертационного исследования послужили научные труды ученых в области общей теории права (С.С. Алексеева,

А.Б. Венгерова, Н.В. Витрука, Л.Д. Воеводина, В.Л. Кулапова, А.Б. Лисюткина, А.В. Малько, Н.И. Матузова, Т.Н. Радько, Р.О. Халфиной, К.В. Шундикова), уголовного права и криминологии (А.Г. Безверхова, А.И. Бойко, Ю.И. Бытко, А.Н. Варыгина, Г.В. Вериной, Н.В. Генрих, А.Г. Кибальника, Е.В. Кобзевой, Т.В. Кондрашовой, А.И. Коробеева, А.Н. Красикова, Н.М. Кропачева, Л.Л. Кругликова, Н.Е. Крыловой, Н.А. Лопашенко, В.В. Мальцева, А.В. Наумова, З.А. Незнамовой, С.И. Никулина, В.С. Овчинского, Г.О. Петровой, Н.И. Пикурова, Э.Ф. Побегайло, С.В. Расторопова, Б.Т. Разгильдиева, А.И. Рарога, Н.С. Таганцева, А.Н. Тарбагаева, С.С. Тихоновой, И.М. Тяжковой, В.Д. Филимонова, А.И. Чучаева, М.Д. Шаргородского, И.В. Шишко, В.А. Якушина), здравоохранительного права (В.И. Акопова, Н.Ф. Герасименко, А.П. Громова, А.П. Зильбера, Г.Я. Лопатенкова, Е.Н. Маслова, В.П. Новоселова, А.Н. Пищиты, В.А. Рыкова, Ю.Д. Сергеева, С.Г. Стеценко, Н.В. Эльштейна).

Нормативную базу исследования составили Конституция Российской Федерации, международно-правовые акты (Устав Всемирной организации здравоохранения 1946 г., Декларация о политике в области обеспечения прав пациента в Европе 1994 г., Конвенция о правах человека и биомедицине 1996 г., Всеобщая декларация о геноме человека и правах человека 1997 г.), Уголовный кодекс Российской Федерации, федеральные и региональные нормативные акты в сфере здравоохранения, источники уголовного и здравоохранительного законодательства различных исторических периодов. При написании диссертации анализировалось регулятивное и охранительное законодательство зарубежных государств (Австрии, Великобритании, Израиля, Индии, Ирана, Испании, Польши, Португалии, Республики Сан-Марино, Румынии, США, Судана, Франции, ФРГ, Японии, стран-участниц СНГ и Балтии).

Эмпирическая база исследования включает:

1) результаты изучения и обобщения опубликованных и архивных материалов 407 уголовных дел о преступлениях, совершенных в отношении пациентов, рассмотренных судами Ставропольского и Пермского краев, Амурской, Астраханской, Калужской, Омской, Пензенской, Саратовской, Смоленской, Че-

лябинской областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга, Ханты-Мансийского автономного округа в период с 2006 по 2013 г.;

2) результаты проведенных по специально разработанным анкетам опросов 420 респондентов, представляющих различные социальные группы населения Чувашской Республики, Ставропольского края, Астраханской, Пензенской и Саратовской областей, 121 медицинского работника этих же субъектов РФ;

3) статистические данные ГИАЦ МВД России о преступлениях, совершенных медицинскими работниками против прав и свобод пациента, за период действия УК РФ;

4) эмпирические данные, содержащиеся в работах отдельных ученых.

Полученные результаты сопоставлялись с данными выборочных исследований в целом по стране, что обеспечивает достоверность и обоснованность сформулированных выводов.

Научная новизна диссертационного исследования определяется тем, что в результате его проведения сформировано учение об уголовно-правовой охране прав и свобод пациента, отражающее эволюцию отечественной юридической мысли о регулировании и охране здравоохранительных отношений, международный и зарубежный опыт их правового обеспечения, располагающее собственным понятийно-категориальным аппаратом, преломляющимся в уголовно-правовом механизме охраны прав и свобод пациента от преступных посягательств и их предупреждения, развивающее регулятивное и охранительное законодательство, практику его исполнения и применения.

Основные аспекты заявленного учения, отвечающие критерию научной новизны, представлены в **положениях, выносимых на публичную защиту**:

1. Исторически идея правового обеспечения интересов лиц, нуждающихся во врачебной помощи, развивалась по мере формирования регулятивного и охранительного законодательства, практики его исполнения и применения. Изначально в правовой системе страны фрагментарно были представлены нормы, удерживавшие медицинских работников от совершения преступлений против

жизни и здоровья пациента. Со временем актуализировалась потребность в юридической регламентации медицинской и фармацевтической деятельности.

2. Пациентом выступает человек, вступивший в здравоохранительные правоотношения посредством реализации субъективного права на получение услуги медицинского или фармацевтического характера в специализированных учреждениях любой организационно-правовой формы либо приглашенный для участия в биомедицинском эксперименте в качестве испытуемого.

3. Правовой статус пациента представляет собой систему прав, свобод, законных интересов и обязанностей человека, вступившего в здравоохранительные правоотношения, способствующую получению объективно необходимых услуг медицинского или фармацевтического характера в специализированных учреждениях и участию в официально разрешенном биомедицинском эксперименте в качестве испытуемого.

4. Структурными компонентами правового статуса пациента являются субъективные права, свободы, законные интересы и обязанности:

а) субъективное право пациента – это социально обусловленная и гарантированная государством мера возможного поведения лица, вступившего в здравоохранительные правоотношения по поводу удовлетворения потребности в услуге медицинского или фармацевтического характера либо участия в биомедицинском эксперименте в роли испытуемого, позволяющая требовать от соответствующего специалиста надлежащего исполнения профессиональных функций;

б) свобода пациента – это гарантированная возможность участия в выборе официально одобренных и экспериментальных методов диагностики, лечения, профилактики болезней, реализация которых обусловлена достигнутым уровнем развития медицинской практики и не противоречит действующему законодательству;

в) законный интерес пациента – это социально обусловленное и гарантируемое государством в виде юридической дозволенности стремление субъекта пользоваться благами здравоохранительного характера, реализуемое в целях

удовлетворения объективно необходимых потребностей, обусловленных статусом пациента;

г) юридическая обязанность пациента – это предписанные нормами здравоохранительного законодательства вид и мера необходимого поведения, обеспечивающего осуществление правового статуса лица, профессионально занимающегося медицинской или фармацевтической практикой.

5. Реализация правового статуса пациента осуществляется на основе здравоохранительного законодательства. Его предназначение состоит в наполнении явлений социальной жизни юридическим содержанием, закреплении правового положения участников здравоохранительных отношений, внесении элемента упорядоченности в значимые для пациента и врача связи, обеспечении их подконтрольности и поступательного развития.

6. Правовая урегулированность отношений в сфере здравоохранения высвечивает круг фактически существующих интересов, испытывающих потребность в уголовно-правовой охране, очерчивает их правовые границы. Потребность обращения к уголовному праву возникает тогда, когда резервы регулятивного законодательства по стимулированию медицинских работников к надлежащему исполнению профессиональных функций оказываются недостаточными, а совершаемые правонарушения по характеру и степени вредоносности становятся общественно опасными.

7. Объектом, охраняемым уголовным законом от преступного поведения медицинского работника, выступают здравоохранительные правоотношения, предназначенные для реализации правового статуса пациента. Социальные связи между пациентом и медицинским работником, существующие вне правового поля, на роль объекта уголовно-правовой охраны претендовать не могут.

8. Под преступлениями против прав и свобод пациента следует понимать предусмотренные уголовным законом виновные общественно опасные деяния лиц, занимающихся медицинской практикой, причиняющие вред либо ставящие под угрозу причинения вреда провозглашенные в здравоохранительном законодательстве права и свободы пациента.

9. Нормы, удерживающие медицинских работников от совершения преступлений против лиц, испытывающих потребность во врачебной помощи, в действующем уголовном законе структурно не обособлены. В результате права и свободы пациента не всегда выступают основным объектом уголовно-правовой охраны.

10. Теоретическая модель системы преступлений против прав и свобод пациента предполагает:

а) определение понятия системы преступлений против прав и свобод пациента;

б) формирование ее содержания за счет включения ныне существующих уголовно-правовых норм (в действующей либо измененной редакции) и введения новых уголовно-правовых предписаний;

в) образование в структуре Особенной части Уголовного кодекса РФ главы 19¹ «Преступления против прав и свобод пациента».

11. Обоснована новая редакция уголовно-правовых норм, предусмотренных статьями 124 и 128 УК РФ:

«Статья ... Неоказание медицинской помощи пациенту

1. Неоказание медицинской помощи пациенту без уважительных причин медицинским работником, если это повлекло по неосторожности причинение средней тяжести вреда здоровью, –

наказывается штрафом в размере до сорока тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до трех месяцев, либо лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до двух лет, либо обязательными работами на срок до трехсот шестидесяти часов, либо исправительными работами на срок до одного года, либо арестом на срок до четырех месяцев.

2. То же деяние, если оно повлекло по неосторожности причинение тяжкого вреда здоровью пациента, –

наказывается лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет, либо ограничением

свободы на срок до двух лет, либо лишением свободы на срок до двух лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового.

3. Деяние, предусмотренное частью первой настоящей статьи, повлекшее по неосторожности смерть пациента, –

наказывается ограничением свободы на срок до трех лет, либо принудительными работами на срок до четырех лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового либо лишением свободы на срок до четырех лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового»;

«Статья ... Незаконная госпитализация в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях

1. Незаконная госпитализация либо удержание лица в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, –

наказывается ограничением свободы на срок до трех лет, либо принудительными работами на срок до трех лет, либо лишением свободы на тот же срок».

2. Те же деяния, если они совершены лицом с использованием своего служебного положения либо повлекли по неосторожности смерть потерпевшего или иные тяжкие последствия, –

наказываются принудительными работами на срок до пяти лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового либо лишением свободы на срок до семи лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового».

12. Обоснована необходимость криминализации общественно опасных действий (бездействия) представителей медицинской профессии в сфере научных изысканий и применения вспомогательных репродуктивных технологий:

«Статья ... Нарушение правил проведения биомедицинского исследования»

1. Нарушение правил проведения биомедицинского исследования, создающее опасность для здоровья или жизни пациента, –

наказывается штрафом в размере до трехсот тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до двух лет, либо лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до пяти лет, либо ограничением свободы на срок до двух лет.

2. То же деяние, повлекшее по неосторожности причинение тяжкого вреда здоровью пациента, –

наказывается лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет, либо ограничением свободы на срок до двух лет, либо лишением свободы на срок до двух лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового.

3. Деяние, предусмотренное частью первой настоящей статьи, повлекшее по неосторожности смерть пациента, –

наказывается ограничением свободы на срок до трех лет, либо принудительными работами на срок до четырех лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового либо лишением свободы на срок до четырех лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового»;

«Статья ... Нарушение законодательства Российской Федерации о временном запрете на клонирование человека»

1. Использование технологий клонирования организма в целях клонирования человека, –

наказывается штрафом в размере до трехсот тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до двух лет, либо

лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до пяти лет, либо ограничением свободы на срок до двух лет, лишением свободы на тот же срок.

2. Ввоз на территорию Российской Федерации либо вывоз с ее территории клонированных эмбрионов человека, –

наказывается лишением свободы на срок от трех до семи лет со штрафом в размере до одного миллиона рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до пяти лет или без такового»;

«Статья... Нарушение правил применения вспомогательных репродуктивных технологий

1. Нарушение правил применения вспомогательных репродуктивных технологий, создающее опасность для здоровья или жизни пациента, –

наказывается штрафом в размере до трехсот тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до двух лет, либо лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до пяти лет, либо ограничением свободы на срок до двух лет.

2. То же деяние:

а) совершенное в отношении несовершеннолетней;

б) совершенное из корыстных побуждений;

в) повлекшее по неосторожности тяжкие последствия, –

наказывается исправительными работами на срок до двух лет, либо ограничением свободы на срок до четырех лет, либо принудительными работами на срок до четырех лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет, либо лишением свободы на срок до четырех лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет».

13. Механизм социально-правового обеспечения прав и свобод пациента в зарубежных государствах включает в себя нравственные требования в виде норм медицинской этики, религиозные предписания, нормы и положения пози-

тивного и охранительного законодательства. При этом иностранный законодатель исходит из выраженного приоритета социально-правовой урегулированности и субсидиарного значения уголовно-правовой охраны здравоохранительных отношений:

а) в странах-участницах СНГ, Балтии и романо-германской правовой семьи уголовное право берет под охрану здравоохранительные отношения, регламентированные на уровне международного и национального законодательства. В правовых границах, в которых регулятивные нормы не могут обеспечить позитивное поведение медицинского работника, на него под угрозой наказания возлагается уголовно-правовая обязанность воздерживаться от совершения преступления;

б) в государствах англосаксонской правовой семьи в обеспечении правового статуса пациента доминирующая роль отводится нормам медицинской этики, международного права, федеральных конституционных актов и конституций штатов, сводов законов о здоровье, специальных нормативных актов о правах пациента, многочисленных подзаконных документов. Уголовно-правовой запрет является мерой производной, используемой законодателем в крайнем случае;

в) уголовное право мусульманской правовой семьи охраняет отношения между пациентом и медицинским работником, социальная значимость которых признана религиозной моралью без дополнительного подтверждения на уровне позитивного законодательства.

14. Уголовно-правовой механизм охраны прав и свобод пациента представляет собой совокупность норм и положений, регламентирующих уголовно-правовой статус медицинского работника и правоприменителя, необходимых и достаточных для решения задач уголовного законодательства в части охраны прав и свобод пациента от преступных посягательств и их предупреждения.

15. Под реализацией уголовно-правового механизма охраны прав и свобод пациента следует понимать осуществление медицинским работником и правоприменителем своего уголовно-правового статуса, обеспечивающее ре-

шение уголовно-правовой задачи по охране прав и свобод пациента от преступных посягательств. В качестве субъектов, воплощающих в жизнь механизм уголовно-правовой охраны прав и свобод пациента, выступают правоисполнители в лице медицинских работников и правоприменители.

16. Реализация уголовно-правового механизма предупреждения преступных посягательств на права и свободы пациента предполагает осуществление медицинским работником и правоприменителем своего уголовно-правового статуса, обеспечивающее удержание медицинского работника, обвиняемого в совершении преступления, от повторного посягательства на права и свободы пациента.

17. Уголовно-правовой статус медицинского работника – это обусловленные нормами уголовного закона границы должного и возможного поведения медицинского работника, определенные его профессиональным статусом.

18. Врачебная ошибка, представляя собой неверную оценку медицинским работником профессиональной ситуации, в зависимости от тяжести наступающих последствий может приобретать различные правовые формы, известные юридической науке и практике как преступление, административное правонарушение, гражданско-правовой деликт, дисциплинарный и аморальный проступок. При этом юридической квалификации подлежит не сама ошибка, а отклоняющееся от профессионального стандарта поведение медицинского работника, спровоцированное ею.

Теоретическая значимость исследования заключается в том, что разработанные аспекты учения об охране прав и свобод пациента обогащают юридическую доктрину в части определения межотраслевых связей здравоохранительного и уголовного законодательства, правового статуса личности, прав и свобод человека как объектов уголовно-правовой охраны, понятия уголовно-правового механизма. Положения диссертации могут послужить основой для конструктивных научных дискуссий, побуждая к проведению дальнейших исследований проблемы уголовно-правовой охраны прав и свобод пациента и противодействия преступлениям в системе здравоохранения.

Практическая значимость диссертационной работы заключается в том, что ее результаты в виде выводов, предложений и рекомендаций могут быть использованы в нормотворческой практике по совершенствованию здравоохранительного и уголовного законодательства; в деятельности правоохранительных и судебных органов при квалификации преступлений, посягающих на права и свободы пациента; в процессе преподавания курсов уголовного права, криминологии и дисциплин специализации по противодействию преступлениям в системе здравоохранения в юридических вузах и на курсах повышения квалификации практических работников; при подготовке учебных программ и пособий по указанным дисциплинам.

Апробация результатов исследования. Диссертация выполнена на кафедре уголовного и уголовно-исполнительного права ФГБОУ ВПО «Саратовская государственная юридическая академия», где проводилось ее рецензирование и обсуждение. Основные выводы и положения работы доводились диссертантом до сведения научных и практических работников на 32 международных и всероссийских конференциях, состоявшихся в городах Иваново, Казань, Кисловодск, Москва, Саратов, Тамбов, Тольятти, Челябинск, Ярославль.

Научные результаты диссертационного исследования нашли применение в процессе подготовки заключения на проект Федерального закона № 33572-5 «О внесении изменений в статью 124 Уголовного кодекса Российской Федерации», реализации проектов, поддержанных Советом по грантам Президента РФ для поддержки молодых российских ученых (2003–2004 гг.), Российским фондом фундаментальных исследований (2008–2009 гг.), Российским гуманитарным научным фондом (2009–2010 гг.), выполнения научно-исследовательской работы по заданию Министерства образования и науки РФ в рамках Аналитической ведомственной целевой программы «Развитие научного потенциала высшей школы» (2009–2011 гг.).

Полученные результаты исследования используются в учебном процессе в ходе чтения курса лекций, проведения практических и семинарских занятий по дисциплинам «Уголовное право. Общая часть», «Уголовное право. Особен-

ная часть», а также связанных с ними дисциплин специализации и курсов по выбору в ФГБОУ ВПО «Саратовская государственная юридическая академия». Выработанные диссертантом предложения по квалификации преступлений против прав и свобод пациента применяются на курсах профессионального обучения прокурорских работников и федеральных государственных гражданских служащих, курсах повышения квалификации судей и специалистов аппарата суда.

По теме диссертации опубликовано восемьдесят работ общим объемом 98,49 п.л., в том числе три монографии, одна из которых написана в соавторстве с разделенным участием, одно учебное пособие и двадцать одна статья в рецензируемых научных изданиях, рекомендованных ВАК при Минобрнауки России для опубликования основных научных результатов диссертационных исследований.

Структура диссертации предопределена целью и задачами исследования. Она включает введение, три раздела, объединяющие шесть глав и четырнадцать параграфов, заключение, список используемых источников, три приложения. Диссертация выполнена в объеме, соответствующем требованиям ВАК при Минобрнауки России.

Раздел I. Правовой статус пациента и его обеспечение регулятивным (здравоохранительным) и охранительным (уголовным) законодательством

Глава 1. История становления и развития отечественного здравоохранительного и уголовного законодательства, обеспечивающего права и свободы пациента

§ 1. Становление и развитие здравоохранительного и уголовного законодательства досоветской России, обеспечивающего права и свободы лиц, испытывающих потребность в оказании медицинской помощи

Исследование имеющихся на правотворческом, правоисполнительном и правоприменительном уровнях проблем уголовно-правовой охраны прав и свобод пациента требует хотя бы краткого знакомства с историей становления и развития механизма реализации указанной задачи. Осмысление процесса формирования регулятивного и охранительного законодательства, обеспечивающего интересы названной социально уязвимой группы лиц, осуществляемое на базе источников права различных периодов существования российского государства, позволит высказать ряд рекомендаций по оптимизации содержания ныне действующих нормативных актов, практики их исполнения и применения.

Изучение и анализ памятников истории медицины свидетельствуют о том, что отношения между врачом и лицом, испытывающим потребность в оказании медицинской помощи, были предметом нравственного и законодательного регулирования с древнейших времен. В древнерусской литературе слово «врач» сопровождалось высокими эпитетами «мудрый», «хитрок», «филозов». Кочующих лечцов называли каликами переходжими. Врачебная деятельность называлась «хитростью», «искусством лютейшим». В истории отечественной медицины принято считать, что первыми среди врачей, имена которых дошли до наших времен, были Иоанн Смеря (Смер-Половчанин, состоявший в X веке при князе Владимире Святославиче) и Петр Сириянин (исцелявший людей в Чернигове). Первую всенародную больницу на Руси основал в 1091 г. Ефрем,

архиепископ Переяславский, будущий киевский митрополит¹. А правовые положения, регламентирующие общие вопросы лечебной деятельности в системе монастырской медицины, встречаются в Церковном Уставе князя Владимира Святославича. Как пишет Я.Н. Шапов, «церкви на Руси в X-XII вв. удалось нащупать те сферы права, которые государство, княжеская власть оставила вне своих интересов, и наложить свою руку на большую группу общественных институтов, не встретив со стороны государства препятствия»².

Врачевание на Руси в данный исторический период допускалось только под контролем церкви. Основанием для подобного вывода служит содержание ст. 16 Устава, провозгласившей лекарей людьми церковными, находящимися под ее защитой: «А се церковные люди: ... лечец, прощеник, задушный человек ...»³. Церковь пыталась жестоко расправляться со знахарями (волхвами). В качестве показательного примера Новгородская летопись сохранила рассказ о сожжении четырех волхвов в 1227 г.: «Сожгоша вълхвы 4, творяхуть е потворы деюще, а бог весть»⁴. По византийским законам колдуны и знахари подлежали казни мечом (Эклога, тит. 17, ст. 43)⁵.

В ст. 9 Устава князя Владимира Святославича перечислены опасные для людей поступки, которые с точки зрения церковного права следовало оценивать как преступление. При этом содержание указанной статьи обладало не только материальной, но и процессуальной значимостью. Она определяла подведомственность данных категорий дел церковным судам: «А се церковни суди: ... ведъство, зелииничъство, потвори, чародеяния, волхвованя...». Под зелииничъством понималось лекаричество, знахарство, искусство исцелять или привораживать посредством чудодейственных снадобий, трав⁶.

Юридические нормы, имевшие непосредственное отношение к упорядочиванию врачебной деятельности, содержатся в памятнике древнерусского права, каковым является Русская Правда. Первый свод писаного русского права,

¹ См.: Самойлов В.О. История российской медицины. М., 1997. С. 9.

² Шапов Я.Н. Византийское и южнославянское правовое наследие на Руси в X-XII вв. М., 1978. С. 101.

³ Российское законодательство X-XX веков. М., 1984. Т. 1. С. 149.

⁴ Новгородская Первая летопись старшего и младшего изводов. М.; Л., 1952. С. 154.

⁵ См.: Древнее право. 1996. № 1. С. 208.

⁶ См.: Российское законодательство X-XX веков. С. 154.

обеспечивая уголовно-правовыми средствами охрану здоровья людей, одновременно урегулировал некоторые стороны профессиональной деятельности врачей. Он гарантировал оплату услуг лекарей, возложив на нарушителей юридических запретов соответствующую обязанность. Так, ст. 2 Краткой редакции Русской Правды, заключающая в себе нормы уголовного и гражданского права и процесса, основное внимание уделяет характеру телесных повреждений, нанесенных обидчиком потерпевшему. Составляющие ее нормы возлагают на обидчика правовую обязанность уплатить лекарю за услуги, оказанные потерпевшему лицу¹. В то же время ст. 30 Пространной редакции провозглашает, «если кто ударит кого мечом, но не убьет до смерти, платит 3 гривни, а раненому — гривну за рану, да еще следует за леченье...»².

По законодательству допетровской России врачевание также приравнивалось к «волхвованию» и «чародейству». «Приписывая успехи лечения скорее чародейству, чем знанию, ставя врачей зауряд с бабками-шептухами, общество требовало от них благоприятного исхода лечения, несмотря на тот или иной характер болезни, от которой они пользовали, и смерть пациента, хотя бы и неотвратимая, всегда ставилась в вину врача и нередко имела для него весьма печальные последствия», – писал известный русский криминалист Н.С. Таганцев³.

Начало государственной организации российской медицины положил учрежденный Иваном IV Грозным в 1581 г. Приказ Аптекарской палаты – высший орган медицинского управления, который в XVI – XVII в.в. ведал всем врачебным и аптекарским делом страны. Целью создания Аптекарского приказа была централизация государственного управления здравоохранением. В его функцию входила организация медицинского обеспечения населения и противоэпидемических мероприятий, выдача разрешения на право занятия медицинской деятельностью, организация военно-медицинской службы, врачебное освидетельствование (экспертиза больных и увечных), подготовка отечественных медицинских кадров и их аттестация, снабжение лекарственными сред-

¹ См.: Российское законодательство X–XX веков. М., 1984. Т. 1. С. 52.

² Титов Ю.П. Хрестоматия по истории государства и права России. М., 1997. С. 12.

³ Таганцев Н.С. О преступлениях против жизни по русскому праву. СПб., 1870. С. 89.

ствами. Проявляя осмотрительность, он подбирал и приглашал иноземных врачей, благодаря чему всякого рода шарлатанам затруднительно было попасть в Московское государство для работы¹. Тот факт, что Аптекарский приказ выдавал разрешение на занятие врачеванием, свидетельствует о правовом регулировании отношений, возникающих по поводу оказания населению услуг медицинского характера, создании реального юридического механизма государственного контроля над осуществлением медицинской деятельности.

Значительным событием в юридической жизни Московского централизованного государства было утверждение Земским собором Уложения 1649 г. Кодифицированные в нем нормативные акты были предназначены для регулирования динамично развивающихся социальных отношений. Уголовное право в этот исторический период времени приобретает резко выраженный государственно-публичный характер, тогда как частно-правовые элементы резко сужаются². Знакомство с содержанием названного нормативного документа позволяет констатировать, что проблемам юридического обеспечения здоровья граждан и установления ответственности медицинских работников за профессиональные правонарушения Соборное уложение 1649 г. уделяло недостаточное внимание. Несмотря на то, что оно сформулировало запрет на нарушение телесной неприкосновенности человека и умышленное причинение телесного повреждения в бытовых условиях³, в нем ничего не предлагалось в плане противодействия общественно опасным деяниям в сфере охраны здоровья человека и оказания медицинской помощи.

Вместе с тем, осознавая значимость правового регулирования профессиональной деятельности врачей, 4 марта 1686 г. царь Петр Алексеевич издал Боярский приговор № 1171 «О наказании лекарей за умерщвление больных по умыслу и по неосторожности»⁴. В нем по результатам публичного осуждения конкретных действий двух лекарей, причинивших смерть больному в процессе

¹ См.: Томашевский В.В. Аптекарский приказ в XVII веке: Автореф. дис. ... канд. ист. наук. Л., 1952. С. 10.

² См.: Красилов А.Н. Преступления против права человека на жизнь: в аспектах *de lege lata* и *de lege ferenda*. Саратов, 1999. С. 11.

³ См.: Расторопов С.В. Уголовно-правовая охрана здоровья человека от преступных посягательств. СПб., 2006. С. 103-205.

⁴ Полное собрание законов Российской империи с 1649 года. Т. 2 (1678-1688). СПб., 1830. С. 747-748.

выполнения лечебных функций, сформулирована норма уголовно-правового характера, возлагающая на докторов обязанность по воздержанию от посягательства на жизнь пациента. В документе говорится: «Лекаря Мишку Тулейщикова за то, что он лекарю Андрею Харитонову вместо раковых глаз отвесил во пьянстве золотник сулемы, а он Андрей ту сулему давал в ренском подъячому Юрию Прокофьеву, и тот подъячий при нем умре: велено сослать с женою и с детьми в Курск, а по лекаре Андрее Харитонове собрать поручная запись, что ему таких вредительных и смерть наводящих статей никому не давать и сказан Великаго Государя указ всем лекарям: буде из них кто нарочно или ненарочно кого уморят, а про то сыщется, и им быть казненным смертью».

Положения, изложенные в проанализированном официальном акте, в последующем были использованы для составления содержания другого царского указа – Боярского приговора от 14 февраля 1700 г. № 1756 «О наказании незнающих Медицинских наук, и по невежеству в употреблении медикаментов, причиняющих смерть больным»¹. В названном юридическом документе дана уголовно-правовая оценка криминальным действиям лекаря А. Каменского, выразившимся в ненадлежащем исполнении профессиональных обязанностей, в результате которых причинена смерть больному. В указе царя подробно расписана фабула дела и постановлено: «Взят в Стрелецкой приказ Боярина Петра Петровича Салтыкова человек Алешка Каменский, для того, что он Алешка его Боярина Петра Петровича лечил, и принашивал лекарства, и от тех лекарств, он Боярин Петр Петрович умре скорою смертью; а в роспросе и с пытки, он Алешка сказал, что он Боярина Петра Петровича лечил, и лекарства всякия, покупая в зелейном ряду в лавках, давал; и Апреля де 17 числа Боярин Петр Петрович, призвав его Алешку в хоромы, и говорил ему, чтоб он принес лекарства от сна, и он Алешка, в зелейном ряду купил арьяну на три деньги, осьмую долю золотника, и принесчи, рознял на двенадцать доль, меньше конопляных зерен, положи в хрустальном стакан, давал ему Боярину Петру Петровичу от сна, а не для отравы, и умыслу у него о том ни с кем не было: а зелейнаго ряду сиделец

¹ Полное собрание законов Российской империи с 1649 года. Т. 4 (1700-1712). СПб., 1830. С. 10-11.

Ганька Ворфоломеев в продаже того арьяну не запирался, и сказал, что он тому Алешке продал того арьяну на четыре деньги, и велел давать, мочному человеку против трех зерен, а немочному против двух зерен конопляных; и на другой день по утру, пришел к нему Ганьке к лавке тот Алешка, и сказал, то де лекарство отдал он Боярскому малому, и тот де малой отдал Боярину все; и Боярин, с того числа по се время не проспится, только де в ночи простонал. И он де Ганька тому Алешке говорил, чтоб они того Боярина водили почасту, и тот де Алешка сказал ему, что Боярин их без ног, водить его нельзя, и он Ганька велел давать парнаго молока, и носить хотя на руках, чтоб зблевал, и быв тот Алешка, пошед к нему, не бывал. А по справке с Аптекарским приказом и по свидетельству Докторов и Лекарей, того лекарства болящим дают по рассмотрению, перцовых зерна по три и по четыре и по пяти с иными лекарствами, и принимают его не вдруг, а иной де болящий с того лекарства и с дву зерен умрет. И во 194 году Марта 4, по Именному Великих Государей указу и по Боярскому приговору, Лекаря Мишку Тулейщикова за то, что он лекарю Андрею Харитонову, вместо раковых глаз, отвесил во пьянстве, золотник сулемы, а он Андрей ту сулему давал в ренском подъячему Юрью Прокофьеву, и тот подъячий при нем умре, велено сослать с женою и с детьми в Курск, а по Лекаре Андрее Харитонове собрать поручная запись, что ему таких вредительных и смерть наводящих статей, никому не давать; и сказан Великаго Государя указ всем Лекарям, буде кто нарочно или не нарочно кого уморят, а про то сыщется: и им быть казненным смертью; и о том в Большую Казну послана память рядовичем, велено о том сказать Их Великих Государей указ. И ныне указу Великаго Государя и по Боярскому приговору, за пометою Думнаго Дьяка Артамона Иванова, Алешка Каменской, за вышеписанное воровство, что он Боярину Петру Петровичу Салтыкову принес лекарства, арьяну от болезни и розняв в коноплянные зерна на двенадцать досев, дал выпить от сна, чрезмерно, и от того он Боярин Петр Петрович умре скоропостижною смертью, сослать в ссылку в Азов с женою на каторгу».

Оставляя без критической оценки юридическую технику конструирования изложенного нормативного материала, в позитивном аспекте следует отметить выраженную социальную обусловленность уголовно-правовой обязанности исключать из профессионального поведения доктора возможность причинения вреда жизни и здоровью больного. Опираясь на показательные примеры из медицинской практики, законодатель стремился подчеркнуть общественную опасность описанных деяний. Казуальный подход к изложению соответствующих уголовно-правовых запретов вполне согласуется с реалиями того исторического отрезка времени.

Юридическая регламентация взятых отдельно профессиональных врачебных действий получает развитие в утвержденном Петром I в 1720 г. Морском уставе, десятая глава книги третьей которого имела наименование «О лекаре»¹. Девятый артикул десятой главы книги третьей Морского устава устанавливал ответственность врача за неблагоприятный исход лечения: «Ежели Лекарь своим небрежением и явным презорством к больному поступит, от чего им бедство случится, то оной яко злотворец наказан будет, яко бы своими руками его убил, или какой уд отсек. Буде же леностию учинит, то знатным вычетом наказан будет, по важности и вине смотря, в суде».

На правовое обеспечение безопасности жизни и здоровья подданных был направлен Указ от 14 августа 1721 г. «Об учреждении в городах аптек под смотрением Медицинской Коллегии, о вспоможении приискивающими медикаменты в Губерниях, и о бытии под надзором помянутой Коллегии госпиталям»². Положения названного нормативного документа запрещали медицинскую практику докторам и лекарям, не получившим на то право от высшего административного органа управления – Медицинской коллегии: «Никакой доктор или городской лекарь не дерзает нигде практику иметь, и лечить прежде свидетельствования его достоинства от Коллегии Медицинской, понеже иногда

¹ Полное собрание законов Российской империи с 1649 года. Т. 6 (1720-1722). СПб., 1830. С. 43.

² Полное собрание законов Российской империи с 1649 года. Т. 6 (1720-1722). СПб., 1830. С. 412-413.

многие неученые скитающиеся без всякого наказания дерзновенно лечат, в чем великую вреду жителям учинить могут».

Осуществляя надзор за деятельностью госпиталей и аптек, Медицинская канцелярия выработала единые требования по организации оказания услуг медицинского и фармацевтического характера, сформулировала критерии оценки их деятельности. Упорядочивание профессиональной деятельности докторов, лекарей и фармацевтов свидетельствовало о стремлении государства унифицировать требования к медицинским работникам, гарантировать населению подобающий уровень качества оказываемой медицинской помощи. Данное обстоятельство стало подтверждением формирования в стране механизма правового регулирования медицинской и фармацевтической деятельности¹. Несмотря на то, что исследуемый документ не предусматривал ответственности за нарушение содержащихся в нем юридических запретов, тем не менее, сам факт его существования имел большое профилактическое значение в обеспечении прав и свобод пациента.

Существенный вклад в процесс юридического упорядочивания деятельности в сфере здравоохранения внес систематизированный правовой документ Врачебный Устав (в редакциях 1857 г., 1892 г., 1905 г.), составивший XIII том Свода законов Российской империи². В последней редакции Врачебный Устав объединял три книги. В книге I, именованной «Учреждения врачебные», были собраны нормы и положения, регламентирующие структуру органов управления здравоохранением, систему надзора за медицинской и фармацевтической деятельностью в стране, порядок организации и оказания медицинской и фармацевтической помощи населению, обязанности лиц, занимающихся врачебной практикой и т.д. Так, ст. 54 Врачебного Устава возлагала на каждого не оставившего практики врачевания юридическую обязанность явиться по приглашению больного для оказания лечебной и иной медицинской помощи. Врач, в том числе вольнопрактикующий, проигнорировавший данное предписание, подле-

¹ См.: Сальников В.П., Стеценко С.Г. Законодательная регламентация медицинской деятельности в России во время правления Петра I // Правоведение. 2001. № 4. С. 229.

² См.: Свод законов Российской империи. В 16 т. Т. 13. Устав врачебный. СПб., 1913.

жал уголовной ответственности (ст. 872, 873 Уложение о наказаниях уголовных и исправительных 1845 г.).

Развивая требование к качеству оказываемых населению медицинских услуг, Врачебный Устав стимулировал лиц, занимающихся лечебной практикой, к повышению профессионального мастерства. В ст. 59 закреплено правовое положение, в соответствии с которым «когда медицинским начальством будет признано, что врачи, по незнанию своего искусства, делают явные ошибки, то им воспрещается практика, доколе они не выдержат нового испытания и не получат свидетельства в надлежащем знании своего дела».

В предмет регулирования норм и положений, размещенных в книге II «Устав Медицинской полиции», включалась деятельность Медицинской полиции, выполнявшей санитарно-эпидемиологические функции. В круг ее служебных обязанностей входило обеспечение охраны здоровья населения, в том числе своевременное предотвращение условий, угрожающих здоровью людей (ст. 640-649), забота о сохранении чистоты воздуха (ст. 650-657), контроль над производством и продажей безопасных продуктов питания (ст. 658-676), надзор за продажей ядовитых и сильнодействующих веществ (ст. 677-703), предупреждение эпидемических болезней (ст. 854-1089) и др.

Книга III «Устав судебной медицины» посвящена организации судебно-медицинской службы в Российской империи. В ней изложены директивы о производстве судебно-медицинской экспертизы по уголовным делам, закреплены права и обязанности врача, проводящего судебно-медицинское исследование трупа или живого тела, регламентированы процессуальный порядок осуществления судебно-медицинской экспертизы, оформления соответствующего акта осмотра (свидетельства) и т.д. (ст. 1192-1231).

Таким образом, успешно реализованная попытка систематизации норм и положений, закрепляющих стандарты качества оказываемых пациентам лечебных услуг, свидетельствует о достижении ко второй половине XIX века в России достаточно высокого уровня урегулированности медицинской деятельности. Одновременно содержание Врачебного Устава позволило обнаружить про-

белы в юридическом обеспечении здоровья граждан, восполнение которых стало задачей законодательства уголовного.

Единственным источником уголовного права исследуемого исторического периода было Уложение о наказаниях уголовных и исправительных 1845 г. (с изменениями и дополнениями 1866 и 1885 гг.)¹. Противодействуя преступным деяниям в системе здравоохранения, Уложение о наказаниях уголовных и исправительных включил в гл. 1 разд. 8 отделение 7-е «О нарушении уставов врачебных». Уголовно-правовые нормы и положения, составляющие содержание указанного отделения, разделены на пять групп. В первую группу вошли нормы, устанавливающие ответственность за недозволенное и неправильное врачевание (ст. 870-871); во вторую – за неисполнение обязанностей врачами, акушерами, повивальными бабками и т.п. (ст. 872-880); в третью – за нарушение правил об учреждении аптек (ст. 881-883); в четвертую – за нарушение правил о внутреннем устройстве и управлении аптек (ст. 884-891); в пятую – за нарушение правил о приготовлении и отпуске лекарств из аптек (ст. 892-900). Таким образом, законодатель продемонстрировал системный подход к охране урегулированных «врачебным правом» отношений между медицинским (фармацевтическим) работником и пациентом. Это свидетельствует не только о возросшем юридико-техническом приеме конструирования Особенной части уголовного закона, но и стремлении повышать качество уголовно-правового обеспечения интересов больных лиц. По признанию С.М. Левенсона, русское законодательство в исследуемой нами социальной сфере находилось выше законодательств европейских государств, из которых «в особенности французское страдает полным отсутствием постановлений об ответственности врачей»².

Решению задачи по оптимизации уголовно-правовой охраны прав и свобод пациента во многом способствуют нормы, стимулирующие медиков к выполнению профессиональных функций в соответствии с общепринятыми правилами. Так, ст. 870 Уложения называет самостоятельный вид нарушения вра-

¹ См.: Уложение о наказаниях уголовных и исправительных 1885 года. СПб., 1904.

² Левенсон С.М. К вопросу об уголовной ответственности врача. Одесса, 1888. С. 36.

чами, операторами, акушерами профессиональных обязанностей — «ошибка по незнанию». В частности, в ней говорится: «Когда медицинским начальством будет признано, что врач, оператор, акушер или повивальная бабка по незнанию своего искусства, делают явные, более или менее важные, в оном ошибки, то им воспрещается практика, доколе они не выдержат нового испытания и не получат свидетельства в надлежащем знании своего дела. Если от неправильного лечения последует кому-либо смерть или важный здоровью вред, то виновный, будет он христианин, предается церковному покаянию по распоряжению своего духовного начальства». Проанализировав природу изложенного уголовно-правового запрета, известный криминалист И.Я Фойницкий пришел к выводу: «Статья 870 предусматривает только случаи вреда или смерти, происшедшие вследствие невежества врача, незнания им своего искусства; если же причинение вреда или смерти произошло вследствие небрежности, то наказуемость определяется не ст. 870, а ст. 1468»¹. В ст. 1468 Уложения о наказаниях уголовных и исправительных закреплялась норма, согласно которой «если от деяния, законом не воспрещенного и такого рода, что нельзя было с вероятностью ожидать вредных от него последствий, но однако явно неосторожного, причинится кому-либо смерть, то виновный или виновные в непринятии надлежащих мер предосторожности подвергаются за содеянное, смотря по обстоятельствам дела и сообразно с правилами, означенными в ст. 110 сего Уложения ...».

Уголовно-правовые предписания, обязывающие врачей, повивальных бабок, операторов, акушеров, фельдшеров оказывать помощь больному, родильнице, новорожденному, представлены в ст. 872, 873, 1522 Уложения о наказаниях уголовных и исправительных. В ст. 872 Уложения закреплена ответственность не оставивших практики врача, оператора, акушера, фельдшера, повивальной бабки и т.п. за отказ явиться по приглашению больных для оказания им помощи без особых законных к тому препятствий; в ст. 873 — врача, который по приглашению повивальной бабки не явится без особых законных к тому пре-

¹ Фойницкий И.Я. Курс уголовного права. Часть Особенная. Посягательства личные и имущественные. СПб., 1900. С. 37.

пятствий к родильнице, а равно и повивальной бабки, которая не явится по приглашению в помощь занимающимся повиванием неученым женщинам, или же если врач и повивальная бабка, явившись по приглашению, оставят родильницу до окончания родов и приведения всего от них зависящего в надлежащий порядок; в ст. 1522 – не оставивших практики врача, фельдшера и повивальной бабки, которые по приглашению не явятся без особых законных к тому причин к больным или родильницам для оказания помощи. Нетрудно обнаружить, что составляющие диспозиций ст. 872 и 1522 практически не различаются. Однако они располагаются в разных разделах и главах Уложения (ст. 872 — в разд. 8, объединяющем преступления и проступки против общественного благоустройства и благополучия, а ст. 1522 — в разд. 10, где расположены нормы, охраняющие жизнь, здоровье, свободу и честь частных лиц). Главное их отличие состоит в том, что субъектом состава преступления, предусмотренного ст. 1522, являются врачи, акушеры, фельдшеры и повивальные бабки, а субъектом преступления, предусмотренного ст. 872, кроме перечисленных лиц «медицинского мира», еще может быть оператор, дантист, окулист и т. п.¹

Излишне казуистичный способ изложения нормативного материала, использованный законодателем при составлении Уложения о наказаниях уголовных и исправительных 1845 г., критически оценивался представителями уголовно-правовой науки. По мнению Н.С. Таганцева, «вместо того, чтобы дать в кодексе общие положения, характеризовать преступные деяния и затем представить правоприменителям закона путем толкования подводить под эти положения отдельные случаи, составители задумали соперничать с творческой силой жизни, они мечтали казуистикой кодекса обнять вечно новые явления в области преступлений, они предполагали создать для суда такие руководящие начала, при помощи которых судья приравнивался бы к машине, не требующей для своей деятельности никаких юридических знаний... Такой прием привел

¹ См.: Левенсон С.М. Указ. раб. С. 36.

прежде всего к невероятной многостатейности Уложения, превышающего количество статей раза в четыре любого из современных уголовных кодексов»¹.

Признавая обоснованными доводы известного ученого, в то же время надо заметить, что настоящий нормативный документ соответствовал уровню развития уголовно-правовой доктрины рассматриваемого исторического периода². Объединяя однородные преступления в разделы и главы, законодатель продемонстрировал стремление к оптимизации уголовно-правовой охраны интересов государства, общества и частных лиц. Этот процесс неизбежно сопровождался техническими погрешностями, устранение которых становилось задачей разработчиков соответствующих юридических документов. Так, включение в уголовное законодательство норм, стимулирующих эскулапов к оказанию помощи пациентам, вызвало дискуссию между представителями медицинской профессии и правоведами. Впервые в отечественном законодательстве нормы, предусматривающие ответственность врачей за невыполнение правил, предписанных Врачебным уставом, появились в проекте Уложения о наказаниях, внесенном в 1844 г. в Государственный Совет «для соответствия и гарантии законодательных постановлений ради». Против включения в названный проект статьи, устанавливающей ответственность врача, в случае неявки к больному по призыву, выступали представители медицинской корпорации. Они считали крайне унизительным требовать от врачей оказать медицинскую помощь в любой ситуации и указывали «на неуместность и нецелесообразность каких бы то ни было обязательных условий между свободною профессией, какова медицина, как наука и искусство, и между обществом»³. Аргументы против установления уголовной ответственности для представителей медицинских учреждений врачи подробно обосновывали в журнале Медицинского совета от 17 августа 1844 г. № 174, считая обязанность оказания медицинской помощи чисто нравственной.

¹ Таганцев Н.С. Лекции по русскому уголовному праву. Часть Общая. Вып. 1. СПб., 1887. С. 187-188.

² См.: Красиков А.Н. Указ. раб. С. 18-25.

³ Бертенсон И.В. Об ответственности врачей за неявку по приглашению к больному. СПб., 1886. С. 8.

Не соглашаясь с подобным взглядом членов медицинской корпорации, юристы доказывали, что обязанность явиться по приглашению больного и оказать медицинскую помощь на врача налагается законом. В частности, ст. 114 Устава врачебного обязывала врача «быть человеколюбивым и во всяком случае готовым к оказанию деятельной помощи всякого звания людям, болезнями одержимым»¹.

Считая мнение Медицинского совета необоснованным, по настоянию руководителя Второго Отделения императорской канцелярии графа Д.Н. Блудова, в Уложение о наказаниях уголовных и исправительных 1845 г. были включены ст. 872, 873, 1522, предусматривавшие ответственность врачей за неявку к больному. А в объяснениях к ст. 1045 проекта Уложения 1844 г. (ст. 872 Уложения 1845 г.) было сказано: «Медицинский совет предполагал определить, в чем состоят эти законные препятствия, но эти препятствия могут быть столь разнообразны и многочисленны, что даже невозможно их вполне предугадать и исчислить, потому единственно это желание Медицинского совета нами не исполнено»².

В дальнейшем уголовно-правовая норма, обязывающая медицинских работников под угрозой применения наказания к оказанию медицинской помощи нуждающимся в ней пациентам, стала неотъемлемой составляющей в структуре всех последующих российских уголовных законов. Уголовное уложение 1903 г.³ в санкции ч. 1 ст. 497 предусматривало наказание виде ареста на срок до 1 месяца или штрафа до 100 рублей виновному в неисполнении правил, установленных законом или обязательным постановлением об оказании помощи больному или находящемуся в бессознательном состоянии. В ч. 2 ст. 497 предусматривалось более строгое наказание для специальных субъектов — практикующих врачей, фельдшеров, повивальных бабок или больничных прислуг, которые без уважительной причины не оказали помощь находящемуся в опасном положении больному или родильнице.

¹ Левенсон С.М. Указ. раб. С. 35.

² Бертенсон И.В. Указ. раб. С. 7.

³ См.: Уголовное уложение 22 марта 1903 года. СПб., 1904.

Обеспечивая уголовно-правовой охраной права пациента на жизнь и здоровье, ч. 2 ст. 474 и ч. 2 ст. 464 Уложения предусматривали ответственность за неосторожное причинение телесного повреждения и смерти, если они были «последствием несоблюдения виновным правил, установленных законом или обязательным постановлением для его рода деятельности в ограждение личной безопасности».

Несмотря на очевидное стремление законодателя дореволюционной России к максимальному упорядочиванию отношений в структуре здравоохранения, правоисполнительная и правоприменительная практика обнаружили целый ряд резервов по оптимизации механизма юридической реализации прав и свобод пациента на правотворческом уровне. В подтверждение сказанному можно сослаться на получившие широкую огласку в средствах массовой информации материалы уголовного дела по обвинению доктора медицины Модлинского в производстве операции без разрешения больной, рассмотренного 15 ноября 1901 г. в Московском окружном суде¹.

Вкратце обстоятельства дела были таковы. У пациентки П. Черновой на шее, под нижней челюстью, образовалась опухоль. Ее родители решили прибегнуть к врачебной помощи и обратились в рекомендованную им клинику доктора Модлинского, где 1 марта больная была осмотрена ассистентом доктором Коцубеем, который объяснил матери пациентки, что опухоль ничего серьезного не представляет и что в клинике согласны сделать операцию по ее удалению. В тот же день П. Черновой была сделана доктором Модлинским операция по удалению опухоли на шее. Но в процессе подготовки к хирургической операции доктор обнаружил в полости живота другую опухоль, о существовании которой ни сама больная, ни ее родители не подозревали. На следующий день после операции мать пришла в клинику за дочерью, но ей было сказано, что Прасковья должна остаться в больнице еще 3-4 дня. 5 марта П. Черновой, при вполне успешном ходе заживления после первой операции, была произведена лапаротомия, и обнаруженная доктором Модлинским опухоль в области

¹ См.: Право. 1901. №51.

живота была им удалена. В последующие дни в течении болезни произошла перемена к худшему: появились признаки воспаления брюшины. Вследствие этого 9 марта П. Черновой еще раз сделана лапаротомия, обнаружившая признаки септического перитонита. Несмотря на принятые во время операции меры к прекращению воспалительного процесса, 10 марта пациентка скончалась.

Социально вредное поведение Модлинского правоприменительными органами было квалифицировано по ст. 142 Устава о наказаниях, налагаемых мировыми судьями и ст. 1466 Уложения о наказаниях уголовных и исправительных. Врач обвинен в самоуправстве, насилии и совершении действий, противоречащих ограждающим личную безопасность и общественный порядок постановлениям, последствием чего, хотя и неожиданным, была смерть. Московский окружной суд, признавая доктора Модлинского виновным в производстве операции без согласия больной, определил подвергнуть аресту при полиции на 7 дней и предать церковному покаянию по распоряжению духовного начальства.

По апелляционному отзыву Модлинского дело было перенесено в Московскую судебную палату, которая постановила, что в содеянном имеются признаки состава преступления, предусмотренного ст. 1468 Уложения о наказаниях уголовных и исправительных. Названная уголовно-правовая норма провозглашает: «Если от деяния, законом воспрещенного и такого рода, что нельзя было с вероятностью ожидать вредных от него последствий, но однако явно неосторожного, причинится кому-либо смерть, то виновный или виновные в непринятии надлежащих мер предосторожности подвергаются ...». Судебная палата приговорила Модлинского к строгому выговору в присутствии суда и церковному покаянию по распоряжению его духовного начальства.

На этот приговор защитником Модлинского была подана кассационная жалоба. Правительствующий Сенат, не усматривая в приговоре Московской судебной палаты нарушений законодательства, кассационную жалобу оставил без удовлетворения¹.

¹ См.: Ширяев В.Н. Уголовная ответственность врачей. СПб., 1903. С. 5-11.

Выявленный пробел в правовой регламентации отношений между медицинским работником и потребителем его профессиональных услуг побудил интерес у многих ученых к исследованию темы оснований и пределов уголовной ответственности врача за причиненный вред здоровью или жизни пациента¹. На фоне имевшихся теоретических изысканий научно-практические исследования показанных правотворческих и правоприменительных проблем упорядочивания медицинской деятельности занимательны постольку, поскольку именно в рассматриваемый исторический отрезок времени наука о здравоохранении получает интенсивное развитие. В частности, известный профессор Московского императорского университета и врач К.И. Щепин (1728–1770) предпринял одну из первых попыток создать медицинское право России. В 1759–1760 гг. он собрал, катализировал, отредактировал и обобщил все уложения, постановления и законы, имевшие отношение к медико-санитарному и врачебному благоустройству, изданные в России к этому периоду. Данный Свод медицинских законов можно было считать первым руководством по организации здравоохранения в России². В дальнейшем идею систематизации юридических документов, упорядочивающих врачебную деятельность, практически реализовал Н.Г. Фрейберг. В начале XX века он обобщил «узаконения и распоряжения правительства по гражданской, медицинской, санитарной и фармацевтической частям» в методическом издании «Врачебно-санитарное законодательство в России»³.

Позднее необходимость создания в России особой отрасли законодательства, которая включала бы специальные юридические нормы, регламентирующие отношения между государством и медицинскими учреждениями, деятельность медицинских работников, определяющие общественное положение врачебного сословия и т. п., обосновывал Л.И. Дембо. Данную отрасль законодательства он предлагал назвать «врачебным правом», содержание которого ха-

¹ См.: Таганцев Н.С. Уголовная ответственность хирургов // Право. 1902. № 12; Щегловитов И.Г. Основания и пределы ответственности врача перед уголовным законом // Право. 1902. № 51, 52; Розин Н.Н. Уголовная ответственность врача // Право. 1903. № 24; Ширяев В.Н. Уголовная ответственность врачей. СПб., 1903; Трегубов В. Уголовная ответственность врачевания без согласия больного // Журнал Министерства юстиции. 1904. № 3; Мокринский С.П. Медицина в ее конфликтах с уголовным правом. СПб., 1914.

² См.: Зильбер А.П. Этика и закон в медицине критических состояний. Петрозаводск, 1998. Т. 4: Этюды критической медицины. С. 242.

³ См.: Фрейберг Н.Г. Врачебно-санитарное законодательство в России. СПб., 1910.

рактиковал как совокупность «норм, определяющих учреждение и образ действия различных органов, так или иначе причастных к делу охранения народного здоровья, регулирующих санитарную жизнь страны, определяющих общественное положение врачебного сословия и пр. и пр.»¹. Содержание «врачебного права» Л.И. Дембо делил на три основные части. Первая часть охватывает совокупность норм, регулирующих предупредительную деятельность государства, то есть образует санитарное и социальное законодательство, вторая — объединяет совокупность норм, определяющих лечебные функции различных учреждений и лиц, то есть врачебно-лечебное законодательство, а третья — совокупность норм, регламентирующих общественное положение врачебного сословия. Кроме того, все области врачебного права он рассматривал с формальной и материальной точки зрения и тем самым делил каждый отдел врачебного права, в свою очередь, на две части. Первая из них определяет внешнюю систему организации управления и надзора, а вторая — внутреннее материальное содержание различных предписаний и норм².

Основоположник отечественной терапии М.Я. Мудров (1776–1831) в работе «Слово о способе учить и учиться медицине практической или деятельному врачебному искусству при постелях больных», затрагивая вопросы о праве больного на информацию, врачебную тайну, писал: «Хранение тайны и скрытность при болезнях предосудительных; молчание о виденных или слышанных семейных беспорядках... Язык твой, сей малый, но дерзкий уд, обуздай на глаголы неподобные и на словеса лукавствия»³.

Знаменитый отечественный хирург Н.И. Пирогов (1811–1881), опубликовав «Анналы хирургического отделения клиники императорского Дерптского университета», последовательно и откровенно проанализировал свою врачебную деятельность и допущенные в процессе оказания помощи больным ошибки. В предисловии «Анналов» он отмечал: «Возможно, данный труд будет обу-

¹ Дембо Л.И. Врачебное право. СПб., 1914. С. 6.

² См.: Дембо Л.И. Указ. раб. С. 7.

³ Цит. по: Хрестоматия по истории медицины. М., 1968. С. 78–103.

чать не тому, как в том или ином случае нужно поступать, но именно тому, как не нужно»¹.

Неоднократно свое отношение к проблемам врачебной ошибки, недозволенного врачевания, врачебной тайны, медицинского эксперимента, ответственности медицинских работников за ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей высказывали в работах научно-практического характера известные российские медики и юристы: С.П. Боткин, В.В. Вересаев, Ю. Гюбнер, А.Ф. Кони, В.А. Манассеин, С.П. Мокринский, Н.Н. Розин, Н.С. Таганцев, В.Н. Ширяев, И.Г. Щегловитов и др. Во многом результаты исследований перечисленных и других ученых легли в основу формирования концепции противодействия общественно опасным деяниям медицинских работников и охраны здоровья граждан в СССР.

Подводя итоги исследования истории становления и развития здравоохранительного и уголовно-правового законодательства, обеспечивающего права и свободы пациента в дореволюционной России, можно сформулировать следующие основные выводы:

1) изучение и анализ памятников истории медицины свидетельствуют, что отношения между врачом и потребителем его профессиональных услуг были предметом нравственного и законодательного регулирования с древнейших времен. Идея правовой защиты интересов лиц, нуждающихся в услугах медицинского характера, развивалась постепенно, на протяжении веков, по мере совершенствования регулятивного и охранительного законодательства;

2) осмысление содержания юридических документов, призванных упорядочивать деятельность лиц, занимающихся лечебной и фармацевтической практикой, обнаружило, что российскому законодательству досоветского периода категории «пациент», «права пациента» и «свободы пациента» не были известны. Тем не менее, в рассматриваемый исторический отрезок времени в правовой системе страны фрагментарно представлены нормы и положения, объектом воздействия и обеспечения которых были интересы лиц, обращающихся в

¹ Пирогов Н.И. Собр. соч.: В 8 т. М., 1959. Т. 2: Труды по клинической хирургии (1837–1839). С. 13.

учреждения здравоохранения либо к частнопрактикующим врачам за медицинской помощью. Стимулируя медицинских работников к качественному исполнению профессиональных обязанностей, такого рода нормы и положения регулятивных и охранительных отраслей законодательства создавали прочную основу для введения в научный и юридический оборот категорий «права пациента» и «свободы пациента»;

3) правовая система дореволюционной России обнаружила зависимость содержания уголовно-правовых норм, стимулирующих врачей к позитивному поведению, от объективно возникающих потребностей лиц, нуждающихся в лечебной помощи. Законодатель стремился продемонстрировать медицинским работникам общественную опасность деяний, ставящих под угрозу жизнь и здоровье пациента, опираясь на показательные примеры из профессиональной практики конкретных врачей. Официальная иллюстрация социальных и правовых последствий грубого нарушения установленных в сфере здравоохранения норм профессионального поведения оказывала позитивное воздействие на сознание и волю врача, не владеющего специальными юридическими познаниями;

4) проанализированные историко-правовые документы здравоохранительного характера подтверждают факт существования и развития в досоветской России единого юридического механизма обеспечения прав, свобод и не противоречащих закону интересов больных лиц. Известные источники уголовного права преимущественно брали под охрану отношения, получившие надлежащую урегулированность в рамках позитивного законодательства;

5) осознавая значимость охраны отношений в сфере здравоохранения уголовно-правовыми средствами, в Уложении о наказаниях уголовных и исправительных 1845 г. законодатель выделил в самостоятельную группу составы преступления, посягающие на урегулированные врачебным правом социальные связи между медицинскими (фармацевтическими) работниками и потребителями их профессиональных услуг. Данное обстоятельство свидетельствует не только о возросшем технико-юридическом приеме конструирования Особенной

части уголовного закона, но и стремлении нормотворцев повысить качество уголовно-правового обеспечения интересов лиц, нуждающихся во врачебной помощи;

б) в период расцвета Российской Империи медицинское сообщество ощутило объективную потребность в повышении качества правовой регламентации врачебной и фармацевтической деятельности. Направление решения существующей проблемы отдельные представители медицинской доктрины и практики видели в образовании отрасли законодательства, нормы и положения которой должны регламентировать здравоохранительные отношения между государством, лечебно-профилактическими учреждениями, частнопрактикующими врачами и гражданами, санитарно-эпидемиологическую деятельность соответствующих служб, социальный и правовой статус медицинских работников и фармацевтов и т. п. С позиции сегодняшнего времени предложенную идею, ориентированную на включение в правовую систему досоветской России отрасли врачебного права, следует признать инновационной. Даже по прошествии столетия высказанные рекомендации остаются перспективными для юридической доктрины, побуждая исследователей к поиску новых аргументов, обосновывающих необходимость создания отрасли здравоохранительного права.

§ 2. Развитие здравоохранительного и уголовного законодательства, обеспечивающего права и свободы пациента в советской России

Становление России в качестве социалистического государства, сопровождавшееся идеологическими переменами, потребовало реформирования социальной политики, в том числе в области здравоохранения. Медицина и вся здравоохранительная система в целом были ориентированы на достижение общей цели по укреплению здоровья народа. Ее реализация основывалась на принципах централизованного управления и контроля здравоохранением, государственного финансирования и планирования всех без исключения программ, направленных на улучшение качества оказываемых населению услуг лечебного характера и профилактику эпидемических заболеваний. Главным результатом проведенных видоизменений стало гарантирование гражданам бесплатной и общедоступной медицинской помощи. Вместе с тем, как показали реальные события, провозглашенное на уровне Основного Закона страны право каждого на бесплатную медицинскую помощь носило не столько социальный, сколько политический характер. Оно символизировало прогрессивность социалистической системы и служило орудием пропаганды.

Активно проводимые правительством советской России преобразования в сфере здравоохранения нуждались в правовом сопровождении, поскольку социалистическая революция отменила действовавшие до 1917 г. нормы и положения здравоохранительного, уголовного и иных отраслей законодательства, упорядочивавших профессиональную деятельность медицинских работников и обеспечивавших защиту интересов больных лиц. Большую роль в истории правовой регламентации медицинской практики и реализации интересов лиц, испытывающих потребность во врачебной помощи, сыграл Декрет Всероссийского Центрального Исполнительного Комитета и Совета Народных Комиссаров от 1 декабря 1924 г. «О профессиональной работе и правах медицинских работников»¹. Будучи основным юридическим документом, упорядочивающим про-

¹ См.: Собрание Узаконений и Распоряжений Рабочего и Крестьянского Правительства, издаваемое Народным Комиссариатом Юстиции. 1924. № 88. Ст. 892.

фессиональную деятельность лиц, занимающихся медицинской и фармацевтической практикой, названный нормативно-правовой акт определял правовой и социальный статус врача, фельдшера, акушерки, фармацевта, медицинской сестры, закреплял порядок допуска медицинских и фармацевтических работников к занятию профессиональной деятельностью, оговаривал условия проведения хирургических операций, гипноза и т.д. Так, согласно ст. 1 Декрета, правом на занятие медицинской и фармацевтической практикой пользовались лица, обладающие званием врача, зубного врача, фельдшера, акушерки, фармацевта и медицинской сестры. При этом каждый желающий заниматься медицинской или фармацевтической деятельностью специалист для получения регистрационного удостоверения обязан был обратиться в отдел здравоохранения и представить письменное доказательство, подтверждающее соответствующее звание. В случае объективной невозможности документально подтвердить право на занятие врачебной практикой претендент подвергался проверочному испытанию, в ходе которого комиссия выясняла уровень его теоретических знаний и практических навыков. К лицам, нарушившим официально установленный в государстве разрешительный порядок занятия медицинской практикой, по приговору суда применялись меры уголовно-правового характера. В соответствии со ст. 180 УК РСФСР 1926 г. наказанием в виде принудительных работ на срок до шести месяцев или штрафом до пятисот рублей каралось «занятие врачеванием как профессией лицами, не имеющими надлежаще удостоверенного медицинского образования, а равно занятие медицинским работником такого рода медицинской практикой, на которую он не имеет права»¹.

Переоценивая характер и степень общественной опасности незаконного врачевания, в ст. 221 УК РСФСР в редакции 1960 г. законодатель значительно ужесточил санкцию уголовно-правовой нормы, возлагающей на не имеющих надлежащего медицинского образования физических лиц обязанность по воздержанию от занятия врачеванием как профессией. Наказание предусматрива-

¹ Уголовный кодекс РСФСР редакции 1926 г. // Сборник документов по истории уголовного законодательства СССР и РСФСР 1917-1952 гг. / под ред. профессора И.Т. Голякова. М., 1953. С. 287.

лось в виде лишения свободы на срок до одного года, или исправительных работ на тот же срок, или штрафа до трехсот рублей либо данное деяние влекло применение мер общественного воздействия. Впоследствии Указом Президиума Верховного Совета РСФСР от 3 декабря 1982 г. в ст. 221 УК РСФСР 1960 г. были внесены изменения, исключившие из ее санкции такой вид наказания как лишение свободы.

Уголовная ответственность за незаконное занятие частной медицинской практикой наступала лишь в случаях, когда оно осуществлялось систематически с извлечением материальной выгоды. Однократное или эпизодическое врачевание, если оно даже было сопряжено с извлечением выгоды материального характера, преступлением не являлось и могло повлечь применение мер общественного воздействия. Исключение составляли случаи, когда, судя по характеру действий или наступившим общественно опасным последствиям, в деяниях виновного просматривались признаки другого состава преступления: телесных повреждений, неосторожного причинения смерти, мошенничества и т.д.¹

Как следует из содержания приведенных ранее уголовно-правовых норм, законодатель счел общественно опасным и криминализировал сам факт противозаконного занятия врачебной деятельностью. Заручившись поддержкой среди представителей уголовно-правовой доктрины, данное законодательное положение не получило однозначного толкования у работников правоохранительных и правоприменительных органов. По мнению видного российского ученого криминалиста М.М. Исаева, общественная опасность названного состава преступления заключалась в том, что виновный в занятии знахарством «создает себе клиентуру, увеличивая тем самым опасность для здоровья населения»². Однако, на правоприменительном уровне общественная опасность такого рода деяний ассоциировалась с вредоносными для конкретного больного последствиями. Следственные и судебные органы нередко отказывали в возбуждении уголовного дела или прекращали их в случаях, когда не обнаруживали вредных для

¹ См.: Авдеева И. Ответственность за незаконное врачевание // Советская юстиция. 1966. № 2. С. 13; Горелик И.И. Ответственность за поставление в опасность по советскому уголовному праву. Минск, 1964. С. 72.

² Уголовное право. Особенная часть / под ред. И.Т. Голякова. М., 1943. С. 417 (автор главы LVI «Преступления против народного здоровья» - профессор Исаев М.М.).

пациента последствий незаконного занятия врачебной практикой лицами, не имеющими на то права. В одном из таких случаев Верховный суд РСФСР признал не соответствующим закону прекращение уголовного дела в отношении Е., привлеченного к ответственности за противоправное занятие зубопротезированием. Суд первой инстанции мотивировал прекращение уголовного дела тем, что действия Е. не повлекли тяжелых последствий для обратившихся к нему за помощью лиц. В ответ на это Верховный суд РСФСР указал: «Специального медицинского образования у Е. не было, следовательно, он не имел права заниматься зубопротезированием. Кроме того, из заключения судебно-медицинских экспертов видно, что преступные действия Е., выразившиеся в надевании металлических коронок, изготовленных им кустарным способом и не из надлежащего металла, могли вызвать у обращающихся к нему лиц тяжелые заболевания»¹.

Исходя из совместно выработанных юридической наукой и правоприменительной практикой правил квалификации преступлений, наступившие в результате незаконного врачевания общественно опасные последствия в виде причинения вреда здоровью больного человека или смерти, требовали дополнительной уголовно-правовой оценки по статьям уголовного закона, устанавливающим ответственность за посягательство на интересы личности².

Возлагая на медицинский персонал правовую обязанность по оказанию лечебной помощи нуждающимся в ней гражданам, Декрет ВЦИК и СНК от 1 декабря 1924 г. «О профессиональной работе и правах медицинских работников» в ст. 8 провозглашал: «Всякий медицинский работник, занимающийся практической лечебной деятельностью, обязан, в случаях, требующих скорой медицинской помощи, оказывать первую медицинскую помощь, согласно инструкции, издаваемой Народным Комиссариатом Здравоохранения по согласованию с Народным Комиссариатом Внутренних Дел, Народным Комиссариатом Труда и Всероссийским Центральным Советом Профессиональных Сою-

¹ См.: Сборник постановлений Президиума и определений судебной коллегии по уголовным делам Верховного суда РСФСР (1957-1959 гг.). М., 1960. С. 262.

² См.: Горелик И.И. Квалификация преступлений, опасных для жизни и здоровья. Минск, 1973. С. 146.

зов». Развивая процитированное юридическое положение, уполномоченные органы власти 11 марта 1926 г. приняли инструкцию, регламентирующую порядок и правила оказания пациентам первой неотложной помощи¹. В соответствии с требованиями, вытекающими из содержания названной инструкции, медицинские работники обязаны были оказать срочную помощь больному в случаях тяжелого травматического повреждения, отравления, внезапного заболевания, угрожающего опасностью для жизни. Представленный перечень носил исчерпывающий характер. Это означало, что при наличии заболевания, не угрожающего опасностью для жизни больного и не требующего экстренного врачебного вмешательства, оказание медицинской помощи могло быть отложено на определенное время (например, к началу рабочего дня в медицинских учреждениях, произведено во вторую очередь после оказания помощи более тяжелым больным и т.д.)².

Закрепление в регулятивном законодательстве юридической обязанности каждого медицинского работника оказать срочную врачебную помощь нуждающимся в ней лицам обусловило включение в уголовный закон нормы, стимулирующей врачей и иных работников лечебно-профилактических учреждений к активному выполнению возложенных на них профессиональных функций. В целях обеспечения правомерного поведения лиц, занимающихся медицинской практикой, ст. 165 УК РСФСР 1922 г.³, ст. 157 УК РСФСР 1926 г.⁴, ст. 128 УК РСФСР 1960 г.⁵ предусмотрели ответственность за сознательное неоказание помощи больному без уважительных причин лицом, обязанным ее оказывать по закону или по специальному правилу. Общественная опасность несовершения конкретным практикующим врачом юридически обязательных, объективно необходимых и реально возможных действий состояла в том, что такого рода

¹ См.: Инструкция Наркомздрава, Наркомвнудела, Наркомтруда и ВЦСПС от 11 марта 1926 г. «О порядке и правилах оказания первой неотложной помощи» // Бюллетень Наркомздрава РСФСР. 1926. № 5.

² См.: Бердичевский Ф.Ю. Уголовная ответственность медицинского персонала за нарушение профессиональных обязанностей. М., 1970. С. 79.

³ См.: Сборник документов по истории уголовного законодательства СССР и РСФСР 1917-1952 гг. / под ред. профессора И.Т. Голякова. М., 1953. С. 135, 164-165.

⁴ См.: Сборник документов по истории уголовного законодательства СССР и РСФСР 1917-1952 гг. / под ред. профессора И.Т. Голякова. М., 1953. С. 284.

⁵ См.: Уголовный кодекс РСФСР. М., 1960.

бездействие ставило под угрозу причинения вреда жизни и здоровью пациента. Противоправное поведение медицинского работника, образующее состав преступления, могло выражаться: «а) в полном отсутствии помощи больному; б) в неосуществлении основных действий, которые требовались от него; в) в выполнении их позже того времени, когда это необходимо было больному»¹. Не охватывались признаками данного состава преступления профессионально-неправомерные деяния медицинского персонала, совершенные в активной форме.

В числе основных причин, побудивших законодателя включить в правовую систему страны норму, возлагающую на представителей медицинской профессии уголовно-правовую обязанность по оказанию лечебной помощи больному, стала невозможность достижения позитивного результата в обеспечении интересов нуждающихся во врачебной помощи лиц иными юридическими и социальными средствами. Криминализовав опасное для личности деяние, государственная власть сконструировала дополнительное звено в механизме уголовно-правовой охраны естественных прав человека на жизнь и здоровье.

Значение Декрета ВЦИК и СНК от 1 декабря 1924 г. «О профессиональной работе и правах медицинских работников» в реализации интересов лиц, испытывающих потребность во врачебной помощи, не ограничивалось созданием юридической базы для эффективного противодействия общественно опасным деяниям лиц, незаконно занимающихся медицинской практикой и отказывающихся в оказании помощи больному. Составляющие его содержание нормы и положения внесли упорядоченность в условия проведения хирургических операций, обеспечили право пациента на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство. В частности, ст. 20 Декрета провозглашала: «Хирургические операции производятся с согласия больных, а в отношении лиц, моложе шестнадцати лет, или душевнобольных — с согласия их родителей или опекуна. Операцию, необходимую и неотложную для спасения

¹ См.: Савицкая А.Н. Возмещение ущерба, причиненного ненадлежащим врачеванием. Львов, 1982. С. 150.

жизни или важного органа, врач может произвести по консультации с другим врачом без согласия родителей или опекуна, когда они не могут быть спрошены без риска опоздания и без согласия больного, когда он находится в состоянии бессознательности. Если и консультация связана с риском опоздания, врач может решить вопрос об операции один. О всяком таком случае он должен донести здравотделу не позже двадцати четырех часов». За несоблюдение правовых предписаний, изложенных в процитированной статье, виновные несли ответственность в дисциплинарном порядке. Уголовное законодательство не содержало нормы, предупреждающей такого рода правонарушения.

Наделяя правом на занятие медицинской практикой лиц, имеющих звание врача, ст. 18 Декрета одновременно обязывала их производить оперативные вмешательства в строго установленном порядке. Отступление от официально утвержденных стандартов, следствием которых стало причинение вреда здоровью либо жизни пациента, явилось основанием для привлечения врачей к уголовной ответственности. Так, по УК РСФСР 1922 г. профессиональные погрешности медицинских работников, повлекшие для больного смерть или телесные повреждения, в зависимости от тяжести наступивших последствий квалифицировались по ст. 147, ст. 154 или ст. 108 уголовного закона. Часть 2 ст. 147 и ч. 2 ст. 154 УК РСФСР 1922 г. предусматривали ответственность за неосторожное причинение смерти и неосторожное телесное повреждение, если они явились результатом несоблюдения правил предосторожности. При этом от следственных и судебных органов требовалось доказать, что в ходе проведения операции врач нарушил установленные нормативными документами правила медицинской деятельности и допустил в отношении больного явную небрежность в силу своего незнания или невнимательности. В ст. 108 УК РСФСР 1922 г. был сформулирован запрет на «халатное отношение к службе, то есть невнимательное и небрежное отношение к возложенным по службе обязанностям, повлекшее за собой волокиту, медленность в производстве дел, беспорядочность в делопроизводстве и отчетности и иные упущения по службе».

Важно заметить, что в первые годы советской власти, по сравнению с до-революционным периодом России, в стране отмечен заметный рост количества возбужденных уголовных дел против медицинских работников, обвиненных в ненадлежащем исполнении профессиональных функций. Так, с 1921 по 1925 гг. в отношении врачей разных специальностей возбуждено 64 уголовных дела¹. Однако весьма значительная их часть не дошла до стадии судебного рассмотрения, поскольку были прекращены на предварительном следствии. Судебное разбирательство состоялось лишь по 20 уголовным делам². Тем не менее, осуждение врачей с назначением наказания, даже не связанного с лишением свободы, имело большой общественный резонанс. Разумеется, по нынешним меркам приведенные цифры вряд ли кого удивят. В то же время они свидетельствуют, что правоохранительные и правоприменительные органы стали внимательнее и объективнее относиться к случаям ненадлежащего выполнения медицинскими работниками профессиональных обязанностей и так называемым «врачебным ошибкам». Однако не всегда это у них получалось.

Типичный пример профессиональной медицинской ошибки, с которой сталкивалась судебная практика в анализируемый исторический отрезок времени, подробно описывает в литературе А.М. Левин. Так, в 1923 г. два хирурга М. и К. Б-вы обвинялись в невнимательном отношении к исполнению служебных обязанностей. Во время хирургической операции они оставили в брюшной полости больной пинцет, находившийся там полтора года и вызвавший омертвление стенки нисходящей толстой кишки и спаянной с ней тонкой. В процессе другой операции по извлечению пинцета произошел непроизвольный разрыв стенки кишки. От перитонита пациентка умерла. Вредоносное поведение врачей следственные органы квалифицировали по ст. 108 УК РСФСР 1922 г. (халатное отношение к службе). Однако из-за недостаточности собранных по уголовному делу доказательств суд оправдал хирургов. Принятое решение суд мо-

¹ См.: Заявление Акушерско-Гинекологического Общества. Стенографический отчет заседания членов Ленинградского Общества Работников Советского Права и слушателей Криминологического Кабинета при Ленинградском Губсуде совместно с представителями Наркомздрава и врачами «О судебной ответственности врачей» // Судебная ответственность врачей. Л.; М., 1926. С. 4.

² См.: Нахимсон Ф.М. К судебной ответственности! // Судебная ответственность врачей. Л.; М., 1926. С. 41.

тивировал следующим образом: «Операция производилась правильно с соблюдением всех, предусмотренных современной хирургией, предосторожностей, была показана. Современная хирургия не достигла еще того идеального совершенства, когда можно было бы гарантировать полную безопасность производства операций. Абсолютных мер предосторожности против оставления инородных тел в организме наукой не выработано. От внимания хирургов, поглощенных основным моментом операции, могут ускользнуть отдельные моменты правильного учета принятых мер предосторожности и что при соблюдении всех мер предосторожности возможно незаметное расстегивание наложенного пинцета и соскальзывание его в брюшную полость. Медицинская литература знает ряд случаев оставления при операциях в организме инородных тел, даже известными хирургами как в России (Тихонов, Коссинский, Опель), так и за границей (Дантон, Доленгер). Врачи Б-вы – известные хирурги, сделавшие много операций с низким процентом смертельных исходов (0,4 %). Поэтому их работа свидетельствует о полной добросовестности и аккуратности в своей врачебной деятельности»¹.

Понятие «врачебной ошибки» в рассматриваемый исторический период на нормотворческом уровне не раскрывалось. Не существовало однозначного мнения по ней у представителей юридической и медицинской доктрины. Так, по мнению Я. Лейбовича, «под врачебными ошибками (Kunstfehler) или, лучше, погрешностями следует понимать неправильные, небрежные, недобросовестные, неосторожные или невежественные действия и приемы в оказании медицинской помощи или уходе за больными, в результате коих явилось телесное повреждение, либо смерть больного, либо затяжка или ухудшение болезни, либо потеря благоприятного времени для правильного лечения»². Автор констатирует, что в случае совершения медицинским работником такого рода вредоносных действий виновный подлежит уголовной ответственности за «небреж-

¹ См.: Левин А.М. Право и жизнь. 1925. Цит. по: Огарков И.Ф. Врачебные правонарушения и уголовная ответственность. Л., 1966. С. 157.

² Лейбович Я. Врачебные ошибки и незаконное врачевание // Рабочий суд. 1925. № 23-24. С. 969-970.

ное или халатное отношение к своим обязанностям, как преступление по службе».

Иную уголовно-правовую оценку дал ошибкам, встречающимся в профессиональной деятельности врачей, судебный медик И.В. Марковин. Он выступил против привлечения медицинских работников к уголовной ответственности за допущенную во время исполнения профессиональных функций погрешность. Авторская аргументация в пользу исключения дефектов медицинской практики из числа уголовно-наказуемых деяний основывалась на тезисе о том, что «в понятие врачебной ошибки должны входить невольные, нечаянные, неумышленные деяния врачей, происходящие от незнания или мнимоошибочного лечения»¹. Под «мнимоошибочным лечением» он понимал так называемые «несчастья в медицине», проистекающие от научного несовершенства медицины.

Под врачебной ошибкой или неправильным врачеванием практикующий медик Г. Дембо понимал «такое врачебное действие, которое, имея своей целью излечение больного, черпая свой материал из средств, признанных наукой или логически из нее вытекающих, проводится в жизнь с явным незнанием врачебного искусства, обнаруживает невежество врача в области медицинской науки»². Причину неправильного врачевания он видел исключительно в научном несовершенстве практической медицины. Врача, допустившего ошибку вследствие несовершенства медицинской науки, по мнению Г. Дембо нельзя привлекать к уголовной ответственности, поскольку ее мог совершить каждый средний добросовестный доктор. В то же время за погрешность, допущенную по невежеству, врач по приговору суда должен быть лишен права заниматься медицинской деятельностью.

С приведенными доводами ученого и практикующего медика вряд ли можно спорить, в том числе с учетом достижений современной уголовно-правовой доктрины. Исполнение профессиональных функций по правилам *lege*

¹ Марковин И.В. К вопросу о судебной ответственности врачей // Судебно-медицинская экспертиза. 1928. № 8. С. 95.

² Дембо Г. Ответственность врача в его профессиональной деятельности // Судебная ответственность врачей. Л.; М., 1926. С.65-66.

artis, то есть когда уровень приобретенных теоретических знаний и накопленного практического опыта отвечает современным достижениям науки, исключает всякую ответственность медицинского работника. Названному методу соответствует определенный уровень оказания медицинской помощи, устанавливающий границу между допустимым и преступным поведением врача.

Обобщение изложенного материала свидетельствует, что в доктрине ученые не смогли выработать однозначного понимания рассматриваемой категории. Формулируемые исследователями разные толкования содержания «врачебной ошибки» нередко приводили к противоположному пониманию социально-правовых последствий ее допущения. Наличие многочисленных теоретических взглядов на дефиницию «врачебной ошибки» препятствовало ее отражению в уголовном законодательстве. Внести ясность в разъяснение сути анализируемой категории не позволяла та часть представителей медицинского общества, которая активно позиционировала неминуемость дефектов врачебного вмешательства вследствие несовершенства медицинской науки и практики. Апеллируя к исторически гуманной природе врачебной деятельности, стоящей на страже жизни и здоровья людей, представители медицинской профессии считали избыточным уголовно-правовое вмешательство в регулирование их профессионального поведения. «Каждый врач должен работать по силе своего разума, не за страх, а за совесть, а его работа проходит на глазах и под контролем всех товарищей. Строгий суд товарищей и совесть врача – два важных стража на нашем трудном пути, которые должны оберегать и интересы больных и ограждать врачей от незаслуженных обвинений и недоверия», – говорилось в заявлении Ленинградского акушерско-гинекологического общества¹. Преимущественно ориентируясь на предписания нравственных требований, медицинские работники рассматривали уголовное право исключительно в качестве карательного инструмента. Всякая попытка законодателя придать соответствующим нормам и положениям уголовного закона вид стимуляторов по-

¹ Судебная ответственность врачей. Л.; М., 1926. С. 7.

зидитивного поведения практикующего врача не находила должного восприятия на правоисполнительном уровне.

Отсутствие официальной дефиниции «врачебной ошибки» порождало значительные трудности у правоприменителей в процессе уголовно-правовой оценки действий медицинских работников, причинивших вред жизни или здоровью пациента. Встретив в заключение судебно-медицинского эксперта выражение «врачебная ошибка», органы предварительного следствия без каких-либо дополнительных аргументов прекращали уголовное преследование в отношении подозреваемого или обвиняемого в совершении общественно опасного деяния медицинского работника по реабилитирующим основаниям.

Как показывала судебная практика после принятия УК РСФСР 1926 г. большинство уголовных дел против медицинских работников возбуждались по обвинению их в халатности, то есть в небрежном или недобросовестном отношении к возложенным по должности обязанностям (ст. 111 УК РСФСР), а иногда в злоупотреблении служебным положением (ст. 109 УК РСФСР)¹. Квалификация вредоносных деяний врачей по статьям, предусматривающим уголовную ответственность за должностные преступления, следственными и судебными органами обосновывалась необходимостью «дать возможность суду назначить за такое преступление более суровое наказание», чем за соответствующее преступление против личности².

Правоприменительная практика широко трактовала понятие должностного лица, которое было дано в примечании к ст. 109 УК РСФСР 1926 г., рассматривая в качестве таковых и врачей, что не всегда признавалось правильным в уголовно-правовой доктрине. Так, И.И. Горелик в научной работе, посвященной ответственности за оставление в опасности, пишет: «...в момент отправления своих профессиональных функций (лечения больных) врач является только врачом, независимо от его административных или других обязанностей»³.

¹ См.: Большая медицинская энциклопедия. М., 1958. Т. 5. С. 1152.

² См.: Курс советского уголовного права. Особенная часть. М., 1959. Т. 2. С. 103.

³ Горелик И.И. Ответственность за оставление в опасности по советскому уголовному праву. М., 1960. С. 48.

Придерживаясь этой же позиции, но уже после принятия УК РСФСР 1960 г., М.Д. Шаргородский, П.С. Дагель, В.А. Глушков в своих научных исследованиях отмечают, что медицинский персонал при оказании непосредственно лечебной помощи, при ненадлежащем ее оказании больному, получении незаконного вознаграждения за выполнение работ, связанных с медицинским обслуживанием пациентов, не относится к категории должностных лиц, так как не обладает организационно-распорядительными или административно-хозяйственными полномочиями, присущими должностному лицу¹.

Однако предложение о непризнании медицинских работников должностными лицами во время исполнения ими профессиональных обязанностей в специальной литературе и судебной практике не получило однозначного толкования. Так, судебно-медицинские эксперты И.Ф. Огарков и А.П. Громов настаивали на привлечении врачей к уголовной ответственности за несоблюдение необходимой осторожности во время осуществления профессиональной деятельности, невыполнения или недобросовестного отношения к этим обязанностям по ст. 172 УК РСФСР 1960 г., считая, что «этот вид профессионального преступления относится, как и в других профессиях, к должностному преступлению, связанному с халатным выполнением должностным лицом своих обязанностей»².

В уголовно-правовой литературе была высказана и третья точка зрения, согласно которой уголовное законодательство нуждалось в дополнительной норме, предусматривающей ответственность медицинского персонала за преступно-ненадлежащее оказание лечебной помощи гражданам. «Статья, предусматривающая специальную ответственность врача, обеспечила бы наиболее серьезное отношение врачей к своему профессиональному долгу, направила бы удар против неосторожности врачей, обеспечивающих, по существу, самый

¹ См.: Комментарий УК РСФСР 1960 г. Л., 1962. С. 233; Дагель П. Об уголовной ответственности врачей // Сов. юстиция. 1964. № 19. С. 14; Глушков В.А. Проблемы уголовной ответственности за общественно опасные деяния в сфере медицинского обслуживания: автореф. дис.... д-ра юрид. наук. Киев, 1990.

² Огарков И.Ф. Врачебные правонарушения и уголовная ответственность за них. Л., 1966. С. 89; Громов А.П. Права, обязанности и ответственность медицинских работников. М., 1976. С. 139.

смысл врачебной деятельности. Эта статья усилила бы охрану здоровья и жизни человека», — считает Г. Бобкова-Басова¹.

Дискуссия о специальных признаках исполнителя уголовно-правовой обязанности воздерживаться от непрофессионального медицинского вмешательства в интересы пациента не утратила актуальности до настоящего момента. Современный законодательный подход к определению круга лиц, подлежащих ответственности за некачественное оказание медицинской услуги, не удовлетворяет потребностей объективной действительности. Данное обстоятельство подтверждают уголовно-правовая доктрина и правоприменительная практика, на уровне которых ведутся активные споры относительно условий привлечения к ответственности лиц, допустивших профессиональные ошибки при совершении диагностических, терапевтических и хирургических манипуляций.

На протяжении развития медицинского права в СССР законодатель демонстрировал стремление к структурированию норм и положений, регулирующих отношения по охране здоровья граждан. Итогом этого послужили разработка и принятие 19 декабря 1969 г. на сессии Верховного Совета СССР Основ законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении². В своей структуре и содержании названный документ сумел объединить прогрессивные идеи по охране здоровья населения, выработанные по итогам обобщения многолетней законодательной и правоприменительной практики. Основы законодательства о здравоохранении решали задачи по регулированию общественных отношений в области охраны здоровья населения в целях обеспечения гармонического развития физических и духовных сил, здоровья, высокого уровня трудоспособности и долголетней активной жизни граждан; предупреждению и снижению заболеваемости, дальнейшему сокращению инвалидности и снижению смертности; устранению факторов и условий, вредно влияющих на здоровье граждан (ст. 1). Сам факт обращения законодателя к задачам здравоохранительного законодательства свидетельствует о появлении критерия, позволяю-

¹ См.: Бобкова-Басова Г. Уголовная ответственность врачей // Советская юстиция. 1939. № 11. С. 18–19.

² Ведомости Верховного Совета СССР. 1969. № 52. Ст. 466.

щего оценивать степень его эффективности. Многие из указанных задач в последующем успешно были реализованы. В государстве создана общедоступная система оказания медицинской помощи населению, благодаря чему средняя продолжительность жизни людей к середине 70-х гг. возросла до 71 года (для сравнения: к концу 90-х гг. этот уровень упал до 60 лет). Функционировала одна из лучших в мире санитарно-эпидемиологическая служба, усилиями которой побеждены многие опасные инфекционные болезни. Была организована эффективная система взаимосвязи между различными учреждениями здравоохранения. Следует отметить работу подразделений медицинской авиации, действия которой позволяли обеспечить своевременной квалифицированной врачебной помощью жителей наиболее отдаленных и труднодоступных районов страны.

Отмечая несомненные достоинства социалистической системы здравоохранения, нельзя умолчать о фактах, отрицательно повлиявших на общее впечатление об организации оказания населению услуг лечебно-профилактического характера. Так, характерный для советской эпохи командно-административный стиль управления в политике и экономике распространялся и на здравоохранение. Наиболее отчетливо подчиненные отношения наблюдались между доктором и пациентом. Находившемуся в положении начальника врачу принадлежало монопольное право на принятие решений, связанных с вторжением в психосоматическое состояние больного человека. Считаться с мнением последнего при патерналистском подходе строения взаимоотношений было необязательно, поскольку по глубокому убеждению медицинских работников «пациент не обладает знаниями о состоянии своего организма, о болезни, о степени ее опасности, не разбирается в вопросах лечения, не может выбрать рациональный метод из многих существующих и т.д. ... Вмешательство пациента в такой ситуации может оказаться вредным для его же здоровья»¹. Вследствие этого он беспрекословно обязан выполнять все предписания специалиста медицинской профессии, полагаясь исключительно на его авторитет.

¹ Шамов И.А. Биоэтика: Учебное пособие. М., 2001. С. 23.

Социально значимые связи, базировавшиеся на патерналистской модели, не могли способствовать установлению в лечебных учреждениях атмосферы уважения к правам человека, испытывающего потребность во врачебной помощи. Пациентам нередко приходилось мириться с проявлениями противоправного к себе отношения со стороны работников здравоохранения. Жалобы по факту ненадлежащего оказания медицинской помощи, адресованные министерству здравоохранения, как правило, оставались не удовлетворенными либо не замеченными. Это неудивительно, так как именно названный государственный орган одновременно осуществлял руководство делом здравоохранения в стране и выполнял контролирующие функции за качеством обеспечения населения медицинской помощью. В сложившейся ситуации многочисленные конфликты на уровне больного и врача не получали правовой оценки. Большинство лиц, обратившихся в здравоохранительные учреждения за помощью, даже не предполагали, что непрофессиональное поведение медицинского работника можно обжаловать в судебном порядке.

Основы законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении оказали значительное влияние на формирование содержания уголовно-правовых норм, обеспечивающих права и свободы пациента. Урегулировав процедуру допуска лиц к занятию медицинской и фармацевтической деятельностью (ст.12), обязанности и права медицинских и фармацевтических работников (ст. 14), порядок оказания гражданам лекарственной помощи (ст. 52), условия применения новых, научно обоснованных, но еще не допущенных к всеобщему применению методов диагностики, профилактики, лечения и лекарственных средств (ст. 34), порядок производства хирургического вмешательства и применения сложных методов диагностики (ст. 35), вопросы согласия больного на медицинское вмешательство (ст. 35) и врачебной тайны (ст. 16), рассматриваемый нормативный акт обнаружил целый ряд отношений в области здравоохранения, нуждающихся в уголовно-правовой охране. В последующем многие из них получили уголовно-правовое обеспечение. В частности, реализуя право пациента на тайну о состоянии здоровья, в УК РСФСР 1960 г.

включена ранее не известная отечественному уголовному праву ст. 128¹, устанавливающая ответственность за разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, лицом, которому эти сведения стали известны в связи с исполнением им своих служебных или профессиональных обязанностей. Уголовное право, как охранительная отрасль законодательства, разрабатывало содержание диспозиций соответствующих статей на основе терминологии норм регулятивного законодательства.

Основы законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении следует признать исторически значимым источником медицинского права, призванным активно служить улучшению охраны здоровья населения, укреплению законности в этой области общественных отношений. Важная роль им принадлежит в основании современной системы юридических норм и положений, регламентирующих поведение правоисполнителей в отношении по охране здоровья граждан. Многие заложенные Основами законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении прогрессивные идеи положительно восприняты и развиты в действующих Основах законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. и других нормативных актах, составляющих систему современного медицинского права.

Существенный вклад в основание современного здравоохранительного законодательства и теории уголовно-правовой охраны прав и свобод лиц, обращающихся в лечебные учреждения за врачебной помощью, внесли представители советской юридической доктрины. Объектом научных исследований становились регулируемые нормами права, этики и морали общественные отношения, существующие в сфере здравоохранения, складывающиеся во врачебной практике и связанные с нарушением правовых предписаний представителями медицинской практики. Значительных достижений в разработке научно-практических проблем профилактики профессиональных правонарушений медицинских работников и защиты не противоречащих закону интересов пациен-

та добились Ф.Ю. Бердичевский¹, И.И. Горелик², В.А. Глушков³, А.П. Громов⁴, А.Н. Красиков⁵, И.Ф. Огарков⁶, А.Н. Савицкая⁷, Ю.Д. Сергеев⁸, М.Д. Шаргородский⁹ и др. Прогрессивные результаты доктринальных исследований, полученные представителями различных школ и направлений юридической науки, активно использовались в законотворческом процессе для совершенствования механизма противодействия преступным деяниям в сфере здравоохранения, успешно внедрялись в правоприменительную практику, на правоисполнительном уровне сконцентрировали внимание медицинских работников на необходимости соблюдения профессиональных предписаний и запретов.

Результаты исследования здравоохранительного и уголовно-правового законодательства советской России, обеспечивавшего права и свободы пациента, позволяют сформулировать ряд основных выводов, которые характеризуют состояние юридического оформления отношений в сфере здравоохранения и охраны интересов больных лиц в рассмотренный исторический период:

1) придав новую юридическую форму нормативным документам в области здравоохранения, советский законодатель продолжил исторически апробированные идеи правового регулирования и охраны отношений, возникающих между врачами и потребителями их профессиональных услуг. В соответствии с характерной для отечественной правовой системы отраслевой кодификацией юридических норм и положений упорядочивание социально значимых связей в сфере охраны здоровья, определение правового статуса медицинского работни-

¹ См.: Бердичевский Ф.Ю. Уголовная ответственность медицинского персонала за нарушение профессиональных обязанностей. М., 1970.

² См.: Горелик И.И. Ответственность за оставление в опасности по советскому уголовному праву. М., 1960; Горелик И.И. Ответственность за поставление в опасность по советскому уголовному праву. Минск, 1964; Горелик И.И. Правовые аспекты пересадки органов и тканей. Минск, 1971; Горелик И.И. Квалификация преступлений, опасных для жизни и здоровья. Минск, 1973.

³ См.: Глушков В.А. Ответственность за преступления в области здравоохранения. Киев, 1987; Глушков В.А. Проблемы уголовной ответственности за общественно опасные деяния в сфере медицинского обслуживания: автореф. дис. ... д-ра юрид. наук. Киев, 1990.

⁴ См.: Громов А.П. Врачебная деонтология и ответственность медицинских работников. М., 1969; Громов А.П. Права, обязанности и ответственность медицинских работников. М., 1976.

⁵ См.: Красиков А.Н. Сущность и значение согласия потерпевшего в советском уголовном праве. Саратов, 1976.

⁶ См.: Огарков И.Ф. Врачебные правонарушения и уголовная ответственность за них. Л., 1966.

⁷ См.: Савицкая А.Н. Возмещение ущерба, причиненного ненадлежащим врачеванием. Львов, 1982.

⁸ См.: Сергеев Ю.Д. Профессия врача: Юридические основы. Киев, 1988.

⁹ См.: Шаргородский М.Д. Преступления против жизни и здоровья. М., 1947; Шаргородский М.Д. Прогресс медицины и уголовное право // Вестник ЛГУ. 1970. № 17. Вып. 3.

ка и лица, испытывающего потребность во врачебной помощи, входило в функцию здравоохранительного законодательства. Механизм правового регулирования отношений, предусмотренный нормативными документами о здравоохранении, способствовал защите интересов больного от неправомерных действий медицинского работника. Для предупреждения деяний, характеризующихся общественной опасностью и представляющих угрозу жизни, здоровью, свободе, достоинству пациента, в правовой системе государства был создан механизм юридической охраны, осуществляемой нормами уголовного законодательства;

2) объективной причиной включения в правовую систему норм, возлагающих на медицинских работников уголовно-правовую обязанность по воздержанию от совершения профессиональных преступлений, стала невозможность достижения позитивного результата в обеспечении интересов пациента иными юридическими и социальными средствами. Независимо от провозглашаемых государством идеологических основ формирования здравоохранительного законодательства в сфере медицинского обслуживания населения всегда можно встретить врачей, готовых пренебрегать профессиональными обязанностями в отсутствие угрозы реализации уголовной ответственности;

3) апеллируя к исторически гуманной природе врачебной деятельности, стоящей на страже жизни и здоровья людей, представители медицинской профессии придерживались позиции об избыточности уголовно-правового вмешательства в регулирование их профессионального поведения. Преимущественно ориентируясь на предписания нравственных требований, медицинские работники рассматривали уголовное право исключительно в качестве карательного инструмента. Всякая попытка законодателя придать соответствующим нормам и положениям уголовного закона вид стимуляторов позитивного поведения практикующего врача не находила должного восприятия на правоисполнительном уровне;

4) за период своего существования и развития юридическая доктрина не смогла обеспечить теоретическую основу для разработки правового положения,

отражающего сущность и социальную опасность «врачебной ошибки». Представленные исследователями разные толкования содержания «врачебной ошибки» нередко приводили к противоположному пониманию социально-правовых последствий ее допущения. Сложившаяся ситуация отрицательным образом сказалась на чистоте квалификации дефектного поведения медицинского персонала, вызвавшего причинение вреда здоровью или жизни больного;

5) права, свободы и не противоречащие закону интересы пациента в нормативно-правовых актах советской России не выделялись в качестве самостоятельного предмета регулирования и объекта охраны. На нормотворческом и правоприменительном уровнях они воспринимались через призму права гражданина на охрану здоровья. Недостаточный интерес законодателя к предметному обеспечению прав и свобод указанной социально уязвимой группы людей побудил научных работников к теоретическому обоснованию необходимости выделения общественных отношений с участием больного человека в качестве обособленного предмета регулирования и объекта правовой охраны.

Глава 2. Права и свободы пациента как объект правового регулирования и охраны

§ 1. Пациент как субъект здравоохранительных правоотношений и его правовой статус

Центральной фигурой в правоотношениях, призванных обеспечивать реализацию права человека на охрану здоровья и оказание медицинской помощи, выступает пациент. Его потребности по укреплению физического и психического здоровья, поддержанию долголетней жизни определяют социальное назначение и смысл профессиональной деятельности лиц, участвующих в оказании профилактической, диагностической, лечебной, реабилитационной помощи больному. Удовлетворение не противоречащих закону интересов пациента в системе здравоохранительных правоотношений основывается на совокупности субъективных прав, свобод и обязанностей. Признанные государством права, свободы и обязанности человека, нуждающегося во врачебном вмешательстве, образуют юридический статус, определяющий меру возможной и должной активности участников здравоохранительных отношений. Вместе с тем понятие «правовой статус пациента» в отечественном правовом пространстве не наполнено конкретным юридическим содержанием. Входящие в структуру здравоохранительного законодательства нормативные документы ограничиваются лишь наделением больных лиц определенным перечнем прав.

Категорией «пациент» широко оперируют медицинская и юридическая доктрина, нормотворческая, правоисполнительная, судебная и следственная практика, а также граждане в обиходе. Несмотря на активное использование во многих сферах социальной и юридической жизни, ее содержание получило официальное толкование недавно в Федеральном законе от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ (с изм. и доп.) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»¹. Под пациентом законодатель предлагает понимать «физическое ли-

¹ СЗ РФ. 2011. № 48. Ст. 6724; 2013. № 52 (ч. I). Ст. 6951.

цо, которому оказывается медицинская помощь или которое обратилось за оказанием медицинской помощи независимо от наличия у него заболевания и от его состояния» (ст. 2).

Стремление законодателя удовлетворить потребности практики в юридическом оформлении признаков субъекта здравоохранительных отношений следует оценивать положительно. Предложив понятие пациента на нормотворческом уровне, он разрешил ряд принципиальных вопросов, имевших место при реализации прав и свобод граждан, испытывающих потребность в профессиональных услугах врача. В настоящий момент становится очевидным, что статусом пациента обладает любое обращающееся за медицинской помощью физическое лицо независимо от психосоматического состояния его здоровья. Актуальность закрепления данного признака в нормативном акте связывается с существовавшими в медицинской, правоохранительной и судебной практике дискуссиями о возможности вступления в здравоохранительные правоотношения с лечебными учреждениями гражданина, не считающего себя больным.

Данный признак тесно связан с другим элементом анализируемой дефиниции, который призван уточнять, что пациентом признается лицо, получающее медицинскую помощь или обратившееся за ней. При этом не имеет значения вид, условия и форма оказываемой врачебной помощи. За комплексом мероприятий, направленных на поддержание или восстановление физического либо психического здоровья, человек вправе обратиться в учреждения здравоохранения любой организационно-правовой формы. В соответствии со ст. 32 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в медицинских организациях ему может быть оказана: первичная медико-санитарная помощь; специализированная, в том числе высокотехнологическая, медицинская помощь; скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь; паллиативная медицинская помощь, представляющая собой комплекс медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания, в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан. Медицинская помощь, в свою оче-

редь, может оказываться: а) вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации); б) амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения), в том числе на дому при вызове медицинского работника; в) в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения); г) стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

Исходя из представленных суждений, проявленный законодателем подход к формулированию понятия пациента выглядит обнадеживающе. Однако он не доведен до уровня, позволяющего качественно обеспечить решение социально значимой задачи по охране прав и свобод человека в секторе здравоохранения. Им не решен ряд вопросов, имеющих существенное значение для юридической доктрины, здравоохранительной и судебной практики. Во-первых, законодатель не уделил должного внимания основаниям приобретения лицом статуса пациента. В процитированном определении он не отразил случаи, когда гражданин вследствие возраста или неудовлетворительного психофизического состояния не может выразить волю и лично обратиться за врачебной помощью. Во-вторых, статус пациента законодательно ограничен возможностью получения медицинской помощи, включающей комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья. Открытым остается вопрос о распространении субъективных прав и юридических обязанностей пациента на лицо, участвующее в роли испытуемого в биомедицинском эксперименте. В-третьих, не конкретизирован момент приобретения человеком статуса пациента и отсутствуют указания на особенности его прекращения. В-четвертых, нормотворцы не сочли нужным определить круг субъектов, на которых по долгу профессии возложена обязанность по воплощению в жизнь правового статуса пациента. Приведенные доводы свидетельствуют о том, что нынешнее положение дел в законотворческой практике не способствует эффективному осуществ-

лению и защите прав и свобод человека, испытывающего потребность в профессиональных услугах врача. Оно выдвигает множество организационных и юридических проблем перед лицами, призванными предоставлять населению медико-социальную помощь либо осуществлять контроль над исполнением норм здравоохранительного законодательства. Представленные аргументы служат объективным показателем для продолжения научно-исследовательской деятельности по осмыслению сущности рассматриваемой категории и наполнению ее правовым содержанием.

Интерпретация значения слова «пациент» в настоящее время встречается в справочных изданиях, медицинской и юридической литературе, документах Всемирной организации здравоохранения, нормативно-правовых актах субъектов Российской Федерации. Содержащиеся в официальных источниках определения не всегда совпадают по форме и содержанию. Для того чтобы выработать общее представление, необходимо рассмотреть их в отдельности, отмечая при этом как позитивные, так и уязвимые составляющие предлагаемых дефиниций.

В словаре русского языка под пациентом понимается больной, лечащийся у врача¹. Большой энциклопедический словарь его характеризует как лицо, обратившееся за медицинской помощью или находящееся под медицинским наблюдением². Показанные толкования этимологического значения исследуемой категории вполне пригодны для использования в обыденной жизни. Однако они не являются правовыми, оттого весьма затруднительным окажется их заимствование для нужд нормотворческой и судебно-следственной практики. Вследствие этого возникает объективная потребность в формулировании дефиниции, которая охватывала бы исчерпывающий перечень признаков, отражающих содержание анализируемого термина. Разумеется, что с решением поставленной задачи посылно справиться лишь юридической науке. Поэтому вначале обратимся к рассмотрению наиболее значимых, по нашему мнению, определений пациента, представленных в литературе по медицинскому (здра-

¹ См.: Ожегов С.И. Словарь русского языка. 4-е изд. М., 1997. С. 412.

² См.: БЭС / гл. ред. А.М. Прохоров. М., 1998. С. 887.

воохранительному) праву. Так, А.В. Тихомиров пациентом называет человека, обращающегося к «врачу с нуждой в его профессионализме для консультативной помощи и коррекции самочувствия»¹. В основе своей изложенное определение мало чем отличается от толкований, приведенных на страницах указанных ранее справочных изданий. Если следовать авторской позиции, то статус пациента приобретает только тот человек, который обращается к врачу за консультативной помощью и коррекцией самочувствия. Между тем в государственных, муниципальных, частных учреждениях здравоохранения профилактическую, диагностическую, лечебную помощь гражданам оказывают не только врачи, но и работники со средним медицинским образованием (ст. 69 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»). Отсюда следует, что в роли адресата обращения за медицинской помощью может оказаться не только врач, но и иной специалист, по долгу профессии выполняющий консультативные, диагностические и лечебные функции.

Серьезное внимание разрабатываемому вопросу уделил А.Н. Пищита. Под пациентом он предлагает понимать «лицо, вступившее в правовые отношения с медицинскими работниками и (или) другими представителями медицинского учреждения по поводу получения медицинской помощи. ...ни место оказания медицинской помощи, ни состояние здоровья человека не имеют определяющего значения»². Старания профессора конкретизировать подвергнутой анализу категорию и наполнить ее юридическим содержанием являются существенным шагом, развивающим теорию правового статуса пациента. Позиция ученого изложена в научной статье, предполагающей минимум суждений по той или иной проблеме. Видимо, последнее не позволило внести ясность в отдельные признаки сформулированного им определения. Так, остались не уточненными две существенные особенности, имеющие непосредственное отношение к юридической составляющей категории «пациент». Во-первых, не ясно, с какого момента возникают и прекращают функционировать правовые

¹ Тихомиров А.В. Медицинское право: практ. пособие. М., 1998. С. 76.

² Пищита А.Н. Правовой статус российского пациента // Журнал российского права. 2005. № 11. С. 47.

отношения между медицинским работником и человеком, испытывающим потребность в его профессиональных услугах. Во-вторых, не понятно, кого автор причисляет к «другим представителям медицинского учреждения». Получение ответа на поставленные вопросы предполагает проведение дальнейшего исследования по заявленной теме.

Несколько в иной формулировке дефиницию пациента дают Г.Р. Колоколов и Н.И. Махонько: «Пациент – лицо, обратившееся в лечебное учреждение любой организационно-правовой формы, к врачу частной практики за получением диагностической, лечебной, профилактической помощи независимо от того, болен он или здоров»¹. Авторы акцентируют внимание на двух аспектах: 1) за получением диагностической, лечебной, профилактической помощи гражданин может обратиться в учреждения здравоохранения любой организационно-правовой формы, в том числе к частнопрактикующим врачам; 2) психосоматическое состояние пациента на время обращения в лечебно-профилактическое учреждение не обязательно должно быть «больным». Последний признак Г.Р. Колоколов и Н.И. Махонько заимствовали из Декларации о политике в области обеспечения прав пациента в Европе² и Закона Саратовской области от 14 апреля 1997 г. №21-ЗСО «О правах пациента»³.

Декларация о политике в области обеспечения прав пациента в Европе, характеризуя физическое и психическое состояние пациента, определяет его как здорового или больного потребителя медицинских услуг. Следует поддерживать законодателей европейских государств – членов Всемирной организации здравоохранения в том, что психофизическое состояние пациента может варьироваться от абсолютно здорового до терминального. С намерением получить услуги медико-биологического характера в учреждения здравоохранения зачастую обращаются люди, которые не преследуют диагностической, лечебной или реабилитационной цели. Пользуясь результатами инновационной медицины, они желают омолаживать свой организм либо изменить внешность лица.

¹ Медицинское право: учебное пособие / Г.Р. Колоколов, Н.И. Махонько. М., 2009. С. 59.

² Сборник официальных документов Ассоциации врачей России: Врачебные ассоциации, медицинская этика и общемедицинские проблемы. М., 1995. С. 82-91.

³ Саратовские вести по понедельникам. 1997. 28 апр.

Потребителя услуг эстетической медицины нельзя назвать больным человеком, но в то же время он является пациентом. Развивая данную мысль, следует поддержать справедливо высказанные М.Н. Малеиной пожелания по расширению сферы медицинских услуг, предоставляемых здоровым людям. «Речь идет о проведении вакцинации, использовании тонизирующих препаратов для укрепления здоровья и увеличения продолжительности жизни, изменении роста, веса, телосложения человека, пластических операций по изменению внешнего вида, удалении родимых пятен, веснушек, применении противозачаточных средств, искусственном прерывании беременности, стерилизации и др.»¹. Статус пациента приобретает также человек, участвующий в качестве испытуемого в биомедицинских экспериментах, преследующих исключительно научные цели.

Закон Саратовской области от 14 апреля 1997 г. «О правах пациента» исследуемое понятие определяет как лицо, обратившееся, получающее или имеющее намерение обратиться за получением медицинских и связанных с ними услуг независимо от того, здоров он или болен. Представленное определение аккумулирует в себе ряд основных признаков: участник здравоохранительных отношений испытывает потребность в медицинских либо связанных с ними услугах; положение пациента он приобретает тогда, когда обратился, получает или имеет намерение обратиться за получением медицинских и связанных с ним услуг; за получением названных услуг может обратиться здоровый или больной человек. Одобряя в целом стремление региональных законодателей придать анализируемой категории юридическую форму и правовое содержание, обратим внимание на некоторые присущие законодательной дефиниции погрешности. В частности, в названном Законе не обозначен адресат обращения за получением медицинских и связанных с ними услуг. Во многом по этой причине непонятен истинный смысл выражения «связанных с ними услуг». Для его толкования потребуется специальное разъяснение на правотворческом или правоприменительном уровне. Однако на данный момент на территории Саратов-

¹ Малеина М.Н. Человек и медицина в современном праве. М., 1995. С. 33.

ской области по нему отсутствуют какие-либо комментарии. Кроме того, неясно, с какого момента лицо приобретает статус пациента. Трудно найти какие-либо объективные обоснования тому, что статус пациента человек приобретает после формирования у него намерения обратиться за услугой медицинского характера. Наличие одного лишь намерения недостаточно, чтобы у врача возникла правовая обязанность по оказанию медицинской помощи. Долг по выполнению профессиональных функций в рамках здравоохранительных правоотношений у медицинского работника появляется тогда, когда на уровне сознания он понимает, что в целях обеспечения субъективных прав пациента сложившаяся обстановка требует совершения социально значимых действий. Пока представитель медицинской специальности не осознает обязанности действовать в интересах лица, нуждающегося в его помощи, он не может быть участником здравоохранительных правоотношений. Если не представлен один из предполагаемых субъектов, то нет условий для существования самого правоотношения. Следовательно, нет правовых оснований для признания пациентом человека, имеющего намерение обратиться за получением медицинских и связанных с ними услуг.

Таким образом, анализ приведенных дефиниций свидетельствует о том, что они не позволяют в должной мере конкретизировать содержание категории «пациент». В юридической литературе имеются и другие определения пациента¹. Все они в большей или меньшей степени отражают представленные выше, а потому не нуждаются в специальном осмыслении.

В нашем понимании пациентом признается человек, вступивший в здравоохранительные правоотношения посредством реализации субъективного права на получение услуги медицинского или фармацевтического характера в специализированных учреждениях любой организационно-правовой формы либо приглашенный для участия в биомедицинском эксперименте в качестве испытуемого. Предложенное определение пациента, по форме и содержанию явля-

¹ См.: Стеценко С.Г. Медицинское право: Учебник. СПб., 2004. С. 163; Стеценко С.Г., Пищита А.Н., Гончаров Н.Г. Очерки медицинского права. М., 2004. С. 54; Колоколов Г.Р., Косолапова Н.В., Никульникова О.В. Основы медицинского права: Курс лекций. М., 2005. С. 92.

ющеся новым в юридической доктрине, основывается на следующих ключевых признаках: 1) в юридическом значении пациентом признается человек, вступивший в здравоохранительные правоотношения; 2) участвуя в здравоохранительных правоотношениях, он реализует субъективное право на получение услуги медицинского и фармацевтического характера либо становится испытуемым в биомедицинском эксперименте; 3) за получением услуги медицинского и фармацевтического характера человек может обратиться в здравоохранительные учреждения любой организационно-правовой формы.

Смысл первого признака заключается в том, что в юридическом значении пациентом может считаться человек, вступивший в здравоохранительные отношения с лицом, профессионально занимающимся медицинской, психиатрической либо фармацевтической деятельностью. Будучи урегулированными нормами позитивного закона, социально значимые связи между упомянутыми субъектами получают правовое содержание, что придает им в итоге форму здравоохранительных правоотношений. В результате воздействия норм регулятивного законодательства на фактические отношения его участники становятся носителями субъективных прав и корреспондирующих им обязанностей. Официальное подтверждение комплекса прав и обязанностей стимулирует их обладателей к удовлетворению собственных интересов в рамках правомерного поведения. При этом преимущественное положение отводится индивидуальным правам, реализация которых обеспечивается возложенными на противоположного участника юридическими обязанностями. Именно наделение необходимым объемом субъективных прав и обязанностей придает человеку, нуждающемуся в услугах ортодоксальной медицины или психиатрии, формальный статус пациента.

Второй признак призван разъяснить, что в здравоохранительные правоотношения человек вступает посредством реализации субъективного права на получение медицинской или лекарственной услуги либо участвуя в биомедицинском эксперименте в роли испытуемого. Претворение в жизнь статуса пациента начинается с обращения лица в медицинскую организацию или фармацевтиче-

ское учреждение за консультативно-диагностической или терапевтической помощью. Обращаясь к указанным адресатам с просьбой вылечить либо облегчить болезненное состояние здоровья, он становится участником здравоохранительных правоотношений в качестве управомоченной стороны. В те же самые правоотношения вступают медицинские работники, обязанные надлежаще исполнять возложенные на них профессиональные функции и оказать ожидаемую помощь больному. Однако в таком случае совершенно не обязательно, чтобы «оба субъекта реализовывали свой правовой статус в жесткой непосредственной связке. Характер задач, стоящих перед отраслью права, позволяет им в своей позитивной части обходиться без непосредственной связи. Для этого достаточно связи опосредованной, предполагающей реализацию субъектами своего правового статуса. Важно не то, что обязанное лицо как бы бездействует в отношении лица, реализующего свое право, а то, что в правоотношении имеется субъект, наделенный обязанностью, гарантирующей осуществление другим субъектом представленного ему субъективного права»¹.

Инициатива предоставления услуги медицинского характера не всегда исходит от человека, испытывающего потребность в ней. Иногда складываются ситуации, когда гражданин физически не в состоянии выразить волю и лично обратиться за врачебной помощью. За него это делают третьи лица, в том числе владеющие медицинской специальностью, когда они осознают возникшую обязанность помочь пациенту. Так, ставший очевидцем дорожно-транспортного происшествия врач должен оказать пострадавшему неотложную помощь вне зависимости от того, поступила к нему соответствующая просьба или нет. Нарушение профессиональной обязанности, закрепленной в нормативно-правовых актах здравоохранительного характера, в зависимости от тяжести наступивших для потерпевшего последствий влечет за собой ответственность в дисциплинарном, административно-правовом или уголовно-правовом порядке.

¹ Разгильдиев Б.Т. Уголовно-правовые отношения и реализация ими задач уголовного права. Саратов, 1995. С. 25.

Основанием для вступления лица в здравоохранительные правоотношения служит не только возникшая потребность в получении услуги медицинского, психиатрического либо фармацевтического характера, но и желание участвовать в биомедицинском исследовании ради достижения новаторских результатов. Опыты на людях, как правило, проводятся в целях получения или подтверждения новых знаний, которые должны принести пользу медицинской теории и практике в профилактике, диагностировании и терапии разного рода болезней. Испытуемый приобретает статус пациента после того, как выразит добровольное согласие на участие в эксперименте, которое оформляется в установленном порядке. На время проведения исследования он пользуется всеми правами и свободами, вытекающими из юридического статуса пациента. Так, гарантируя права пациентов, участвующих в клиническом испытании лекарственного препарата для медицинского применения, ст. 43 Федерального закона от 12 апреля 2010 г. №61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» устанавливает, что: 1) участие пациентов в клиническом исследовании лекарственного препарата для медицинского применения является добровольным; 2) пациент или его законный представитель должен быть информирован в письменной форме: о лекарственном препарате для медицинского применения и сущности клинического исследования этого лекарственного препарата; о безопасности лекарственного препарата для медицинского применения, его ожидаемой эффективности и степени риска для пациента; об условиях участия пациента в клиническом исследовании лекарственного препарата для медицинского применения; о цели или целях и продолжительности клинического исследования лекарственного препарата для медицинского применения; о действиях пациента в случае непредвиденных эффектов влияния лекарственного препарата для медицинского применения на состояние его здоровья; об условиях обязательного страхования жизни, здоровья пациента; о гарантиях конфиденциальности участия пациента в клиническом исследовании лекарственного препарата для медицинского применения; 3) добровольное согласие пациента на участие в клиническом исследовании лекарственного препарата для медицинского приме-

ния подтверждается его подписью или подписью его законного представителя на информационном листке пациента; 4) пациент или его законный представитель имеет право отказаться от участия в клиническом исследовании лекарственного препарата для медицинского применения на любой стадии проведения такого исследования; 5) проведение клинического исследования лекарственного препарата для медицинского применения с участием в качестве пациентов детей допускается только с согласия в письменной форме их родителей, усыновителей. Дети могут рассматриваться в качестве потенциальных пациентов такого исследования, только если его проведение необходимо для укрепления здоровья детей или профилактики инфекционных заболеваний в детском возрасте либо если целью такого исследования является получение данных о наилучшей дозировке лекарственного препарата для лечения детей. В этих случаях такому исследованию должно предшествовать клиническое исследование лекарственного препарата для медицинского применения на совершеннолетних гражданах; 6) запрещается проведение клинического исследования лекарственного препарата для медицинского применения с участием в качестве пациентов: детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей; женщин в период беременности, женщин в период грудного вскармливания, за исключением случаев, если проводится клиническое исследование лекарственного препарата, предназначенного для указанных женщин, при условии необходимости получения информации только во время проведения соответствующих клинических исследований и принятия всех необходимых мер по исключению риска нанесения вреда женщине в период беременности, женщине в период грудного вскармливания, плоду или ребенку; военнослужащих, за исключением случаев проведения клинического исследования лекарственного препарата, специально разработанного для применения в условиях военных действий, чрезвычайных ситуаций, профилактики и лечения заболеваний и поражений, полученных в результате воздействия неблагоприятных химических, биологических, радиационных факторов. Клиническое исследование такого лекарственного препарата может проводиться с участием в качестве пациентов

военнослужащих, за исключением военнослужащих, проходящих военную службу по призыву, с соблюдением требований, установленных настоящим Федеральным законом в отношении гражданских лиц; сотрудников правоохранительных органов; лиц, отбывающих наказание в местах лишения свободы, а также лиц, находящихся под стражей в следственных изоляторах; 7) допускается проведение клинического исследования лекарственного препарата для медицинского применения, предназначенного для лечения психических заболеваний, с участием в качестве пациентов лиц с психическими заболеваниями, признанных недееспособными в порядке, установленном законодательством Российской Федерации. Клиническое исследование лекарственного препарата в этом случае проводится при наличии согласия в письменной форме законных представителей указанных лиц.

Исходя из специфики функционирования здравоохранительных правоотношений, момент прекращения статуса пациента логично связать с обстоятельствами, подтверждающими решение задач соответствующей отрасли законодательства либо невозможность их достижения по объективным причинам. Факторы, указывающие на прекращение статуса пациента, можно отразить в трех ситуациях. Первая ситуация предполагает реализацию пациентом прав, вытекающих из его юридического статуса. Удовлетворение потребностей больного по укреплению физического и психического здоровья свидетельствует о достижении результата, предопределившего смысл возникновения и существования здравоохранительных отношений. Завершение курса лечения, итогом которого стало полное выздоровление человека, исключает актуальность дальнейшего продолжения правоотношений между пациентом и медицинским работником. При этом момент прекращения статуса пациента юридически должен быть зафиксирован в медицинских документах, отражающих состояние его здоровья (например, в медицинской карте больного).

Вторая ситуация возникает при добровольном отказе пациента от реализации субъективных прав. Во врачебной практике встречаются случаи, когда больной или его законный представитель сознательно отказываются от получе-

ния медицинской помощи. Мотивы такого волеизъявления, как правило, продиктованы религиозными убеждениями больного или его законного представителя, приверженностью к нетрадиционным методам и средствам лечения, сомнениями в компетентности врачей, небрежным отношением к собственному здоровью. Право пациента на отказ от медицинского вмешательства либо на его прекращение официально закреплено в нескольких нормативных актах: в Федеральном законе от 21 ноября 2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ст. 19 и 20), в Федеральном законе от 12 апреля 2010 г. «Об обращении лекарственных средств» (ст. 43), в Законе РФ от 2 июля 1992 г. «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (ст. 12). Во всех указанных юридических документах отмечается, что отказ от медицинского вмешательства оформляется в письменной форме и сопровождается разъяснением его возможных отрицательных последствий.

Важно констатировать, что отказ от врачебной помощи не вправе инициировать медицинский работник, в том числе оказывающий услугу на платной основе. Действуя в рамках профессиональных стандартов, он обязан приложить максимальные усилия для выздоровления больного. Конституционный Суд РФ в Определении от 6 июня 2002 г. обратил внимание на то, что «обязательность заключения публичного договора, каковым является договор о предоставлении платных медицинских услуг, при наличии возможности предоставить соответствующие услуги означает недопустимость одностороннего отказа исполнителя от исполнения обязательств по договору, если у него имеется возможность исполнить свои обязательства (предоставить лицу соответствующие услуги), поскольку в противном случае требование закона об обязательном заключении договора лишалось бы какого бы то ни было смысла и правового значения»¹.

Третья ситуация, свидетельствующая о прекращении статуса пациента, охватывает случаи смерти больного. Смерть выступает объективным фактором, лишаящим человека возможности участвовать в здравоохранительных право-

¹ Определение Конституционного Суда РФ от 06.06.2002 N 115-О «Об отказе в принятии к рассмотрению жалобы гражданки Мартыновой Евгении Захаровны на нарушение ее конституционных прав пунктом 2 статьи 779 и пунктом 2 статьи 782 Гражданского кодекса Российской Федерации» // Вестник Конституционного Суда РФ. 2003. № 1.

отношениях. По факту наступления смерти пациента может быть назначена проверка, по результатам которой компетентные органы принимают юридически значимое решение. В наиболее распространенном варианте констатируется, что лечащий врач качественно исполнял профессиональные функции, а причина смерти больного носила объективный характер. В подобной ситуации отсутствуют основания для возбуждения уголовного дела. Значительно реже устанавливается, что медицинский работник не оказал помощь больному либо ненадлежаще исполнил профессиональную обязанность. Такого рода факты являются основанием для возбуждения уголовного дела в отношении недобросовестного врача.

Заключительный признак в предложенном нами определении пациента уточняет, что за получением услуги медицинского и фармацевтического характера человек может обратиться в здравоохранительные учреждения любой организационно-правовой формы. В настоящее время на территории Российской Федерации функционируют три системы здравоохранения: государственная, муниципальная и частная. Гражданин вправе прийти в любую из них и получить необходимую помощь в соответствии с состоянием физического и психического здоровья. Обязанным лицам остается сделать предельно возможное для удовлетворения его просьбы по улучшению здоровья и продлению полноценной жизнедеятельности организма.

Определившись с понятием и признаками пациента, перейдем к ознакомлению с его правами, свободами, законными интересами и обязанностями, в совокупности образующими юридический статус уязвимого участника здравоохранительных правоотношений. В переводе с латинского языка слово «статус» означает «положение, состояние»¹. В русском языке он употребляется в двух смыслах: 1) в обобщенном смысле – сложившееся состояние, положение; 2) в специальном значении – правовое положение². В теории права выражение «правовой статус» учеными чаще всего используется для характеристики юри-

¹ Крысин Л.П. Толковый словарь иностранных слов. М., 2009. С. 736.

² См.: Ожегов С.И., Шведова Н.Ю. Толковый словарь русского языка. М., 2008. С. 764.

дически закрепленного положения личности в обществе и государстве¹. «Правовой статус, – справедливо отмечает профессор Матузов Н.И., – комплексная, интеграционная категория, отражающая взаимоотношения личности и общества, гражданина и государства, индивида и коллектива, другие социальные связи. Поэтому важно, чтобы человек правильно представлял свое положение, свои права и обязанности, место в той или иной структуре, ибо в жизни нередко встречаются примеры ложно понятого или присвоенного статуса. Если этот статус понимается неверно, то человек ориентируется на чуждые образцы поведения»².

По мере развития юридической науки в целом и концепции правового положения человека в российском обществе возникла потребность в разработке теории правового статуса пациента. Одним из первых ее исследовал А.Н. Пищита. Опираясь на доктринальные учения о правовом статусе личности, он предложил собственное понимание исследуемой категории. Правовой статус пациента охарактеризован им как «юридически закрепленное положение лица, обратившегося за медицинской помощью, включающее в себя гарантируемые государством права, свободы, юридические гарантии их реализации, а также защиту законных интересов»³.

В процитированном определении позиция автора по ключевым моментам внушает доверие. Тем не менее, отдельные его положения не бесспорны, потому оцениваются критически. В частности, по мнению А.Н. Пищиты, основу юридического положения лица, обращающегося за врачебной услугой, составляют «гарантируемые государством права, свободы, юридические гарантии их реализации, а также защита законных интересов». Включение в число структурных компонентов правового статуса пациента такого свойства, как юридические гарантии, вызывает возражение. Под гарантиями прав, свобод, обязанностей и законных интересов личности в юридической науке понимаются уста-

¹ См.: Матузов Н.И. Личность. Права. Демократия. Теоретические проблемы субъективного права. Саратов, 1972. С. 190; Явич Л.С. Право и социализм. М., 1982. С. 163; Скакун О.Ф. Теория государства и права: учебник. Харьков, 2000. С. 410; Радько Т.Н. Теория государства и права: учебник. 2-е изд. М., 2010. С. 685.

² Матузов Н.И., Малько А.В. Теория государства и права: учебник. 2-е изд. М., 2005. С. 189.

³ Пищита А.Н. Правовой статус российского пациента // Журнал российского права. 2005. № 11. С. 47.

новленные законом условия и средства, обеспечивающие их фактическую реализацию, надежную охрану и защиту¹. По своей природе юридические гарантии соблюдения интересов лиц, нуждающихся в медицинской помощи, образуют самостоятельные отраслевые механизмы, стимулирующие субъектов здравоохранительных правоотношений к надлежащему исполнению прав и обязанностей. Соблюдение прав и свобод пациента гарантируется нормами дисциплинарного, гражданского, административного и уголовного законодательства. Следовательно, юридические гарантии служат обеспечительным условием и средством реализации правового статуса пациента, но не выступают в качестве его органического элемента.

В аспекте изложенного остается открытым вопрос, почему А.Н. Пицита к составным компонентам правового статуса не относит обязанности пациента? Такая позиция автора может породить иллюзию, будто на человека, вступающего в здравоохранительные правоотношения в связи с реализацией права на получение услуги медицинского, психиатрического, фармацевтического характера, не возлагаются юридические обязанности. Видимо, ученый ориентировался на содержание еще действовавших в то время Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г.², которые умалчивали о юридических обязанностях пациента. Между тем, специалисты, занимающиеся исследованием юридического статуса личности, приводят убедительные аргументы в пользу того, что «правовой статус личности в любом государстве кроме прав и свобод в своей структуре содержит также и обязанности, ибо регулировать поведение людей, а значит, фиксировать их место в обществе, не предусмотрев обязанности, нельзя»³. Субъективные обязанности, таким образом, составляют структурный элемент правового статуса пациента.

На основании изложенного, с нашей точки зрения, под правовым статусом пациента следует понимать систему прав, свобод, законных интересов и обя-

¹ См.: Витрук Н.В. Общая теория правового положения личности. М., 2008. С. 305; Хазов Е.Н. Конституционные гарантии прав и свобод человека и гражданина как элемент правового статуса личности в России // «Черные дыры» в Российском законодательстве. 2004. № 2. С. 47.

² См.: Ведомости СНД и ВС РФ. 1993. № 33. Ст. 1318.

³ Воеводин Л.Д. Юридический статус личности в России: учебное пособие. М., 1997. С. 34.

занностей человека, вступившего в здравоохранительные правоотношения, способствующую получению объективно необходимых услуг медицинского или фармацевтического характера в специализированных учреждениях и участию в официально разрешенном биомедицинском эксперименте в качестве испытуемого. Сформулированное определение базируется на двух взаимосвязанных признаках. Первый предполагает, что статус пациента образует система прав, свобод, законных интересов и обязанностей человека, вступившего в здравоохранительные правоотношения. Данный признак отражает внешнюю форму рассматриваемой категории, что имеет важное теоретическое значение. Однако он не позволяет раскрыть ее содержательной специфики, суть которой разъясняется во втором признаке. По своей направленности система прав, свобод, законных интересов и обязанностей человека, вступившего в здравоохранительные правоотношения, ориентирует правоисполнителей на соблюдение норм позитивного законодательства в процессе предоставления пациенту объективно необходимых услуг медицинского, фармацевтического характера или участия в биомедицинском исследовании. Правовой статус пациента призван оградить личность от некачественного медицинского вмешательства и запрещенных законом методов экспериментирования.

Вслед за определением правового статуса пациента логично рассмотреть составляющие его структурные элементы. К их числу относятся права, свободы, законные интересы и обязанности пациента. Указанные категории не нашли толкования в юриспруденции. В ходе разъяснения их содержания будет справедливым опираться на понятия прав, свобод, законных интересов и обязанностей человека, обоснованных в общей теории права. Так, субъективное право Н.В. Витрук определяет как «социально обусловленную и гарантированную меру возможного поведения личности, которая определена нормами объективного права (конституцией, законами), в целях пользования материальными, духовными и личными благами и ценностями для удовлетворения собственных потребностей и интересов»¹. Более развернутое определение субъек-

¹ Витрук Н.В. Общая теория правового положения личности. М., 2008. С. 233.

тивного права предлагает Н.И. Матузов. Его профессор характеризует как «создаваемую и гарантируемую государством через нормы объективного права особую юридическую возможность действовать, позволяющую субъекту (как носителю этой возможности) вести себя определенным образом, требовать соответствующего поведения от других лиц, пользоваться определенным социальным благом, обращаться в случае необходимости к компетентным органам государства за защитой – в целях удовлетворения личных интересов и потребностей, не противоречащих общественным»¹.

Авторы приведенных дефиниций сходятся в том, что смысл субъективного права заключается в предоставлении человеку возможности свободно избирать варианты собственного поведения, пределы которой строго очерчены позитивным законодательством. Данный признак максимально точно отражает суть рассматриваемого явления и распространяется на все разновидности субъективного права. «Обычно под возможностью понимается то, что при наличии определенных условий может стать реальностью, превратиться в действительность... При таком истолковании возможности в первую очередь подчеркивается ее способность, обеспеченная наличными условиями, стать действительностью»². Превращению вероятности в действительность гарантирует государство посредством создания благоприятных с точки зрения политики, экономики и права условий, позволяющих правоисполнителям без затруднений удовлетворять свои интересы, не прибегнув при этом к нарушению предписаний регулятивного и охранительного законодательства. В отсутствии государственной гарантии субъективное право носит декларативный характер. Специально создаваемые общесоциальные условия реализации индивидуального права способствуют укоренению в массовом сознании убежденности в существовании действительной возможности беспрепятственного удовлетворения личных интересов. Организация оптимального идеологического, материального и юридического режима осуществления субъективных интересов обеспечивает достойную

¹ Матузов Н.И. Личность. Права. Демократия. Теоретические проблемы субъективного права. Саратов, 1972. С. 145.

² Воеводин Л.Д. Юридический статус личности в России: учебное пособие. М., 1997. С. 130.

жизнь и свободное развитие личности, устраняет многие причины, порождающие нарушения ее прав и свобод.

В рамках конкретных правоотношений немислимо осуществление субъективного права без возможности требовать предписанного поведения от обязанного лица. Именно за счет надлежащего исполнения юридических обязанностей противоположной стороной управомоченный субъект намеревается практически реализовать закрепленные за ним права, свободы и законные интересы. Но при этом носитель субъективного права может рассчитывать на совершение обязанной стороной лишь таких положительных действий, необходимость исполнения которых продиктована нормами морали и регулятивного законодательства. Не подкрепленные правообязывающими документами притязания не имеют юридической силы. Следовательно, они не могут побудить адресата к совершению позитивных действий в пользу гражданина, предполагающего удовлетворять индивидуальные потребности.

Соответствующие нормам нравственности и позитивного законодательства требования, исполнение которых обеспечивает осуществление субъективного права человека, по своему духу социально обусловлены и ставят всех участников правоотношения в равноправное положение. При этом они ни сколько не ущемляют интересы обязанного субъекта. В границах существующего правоотношения противостоящая сторона также может высказать юридически значимые требования в адрес лица, ради реализации интересов которого оно возникло. В свою очередь последний обязан их претворить в жизнь. Так, в рамках здравоохранительных правоотношений врач, будучи правообязанным субъектом, вправе требовать от пациента строго определенного поведения, позволяющего максимально быстро установить диагноз болезни или повысить эффективность применяемых терапевтических манипуляций (например, предоставлять достоверную информацию о перенесенных ранее заболеваниях, соблюдать рекомендации медицинских работников по применению назначенных лекарственных препаратов и т.п.). Таким образом, свойственная каждому участнику правоотношения возможность предъявления требования по совер-

шению социально значимых действий подчеркивает нереальность осуществления субъективных прав без исполнения корреспондирующих им обязанностей.

Смысл перечисленных и кратко охарактеризованных признаков субъективного права носит универсальный характер. Его смело можно распространить на различные сферы жизнедеятельности личности. Не составляет исключения в этом область здравоохранения. Опираясь на изложенное толкование изучаемой категории, несложно сформулировать дефиницию субъективного права пациента. Субъективное право пациента – это социально обусловленная и гарантированная государством мера возможного поведения лица, вступившего в здравоохранительные правоотношения по поводу удовлетворения потребности в услуге медицинского, психиатрического или фармацевтического характера либо участия в биомедицинском эксперименте в роли испытуемого, позволяющая требовать от соответствующего специалиста надлежащего исполнения профессиональных функций.

Предложенное определение основывается на следующих ключевых признаках. Первый из них подчеркивает, что субъективное право предоставляет пациенту юридически обеспеченную возможность самостоятельно совершать действия, направленные на удовлетворение потребностей в услугах медицинского, психиатрического и фармацевтического характера, избирать средства и способы достижения личных интересов, пользоваться социальным благом, которые могут быть реализованы в любой момент. Для превращения возможности в действительность больной осознанно выбирает вариант поведения, который эффективнее всего обеспечит ожидаемый им благоприятный результат. Вместе с тем практически осуществимые возможности свободного поведения лица, испытывающего нужду во врачебной помощи, не безграничны. Пределы дозволенных действий пациента уточнены в объективном праве. Речь идет о юридических нормах, закрепленных в ч. 5 ст. 19 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», провозглашающих права пациента, ст. 43 Федерального закона от 12 апреля 2010 г. «Об обращении лекарственных средств», уточняющих права пациентов, участвующих в клиниче-

ском исследовании лекарственного препарата для медицинского применения, ст. 37 Закона РФ от 2 июля 1992 г. «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»¹, определяющих права пациентов, находящихся в психиатрических стационарах.

Второй признак закрепляет, что в субъективном праве пациента заключена особого рода возможность, обеспеченная обязанностью лиц, профессионально занимающихся медицинской, психиатрической или фармацевтической деятельностью. Обусловленные юридическим статусом врача или фармацевта правовые обязанности придают их обладателям строго определенные функции, реализация которых обеспечивает позитивную направленность и эффективность выполняемых лечебно-профилактических манипуляций. Юридически обеспеченная мера возможного поведения позволяет больному требовать от соответствующего специалиста качественного исполнения профессиональных функций, что непременно отразится на результативности диагностических, терапевтических или реабилитационных мероприятий. Не исполнение или ненадлежащее исполнение медицинским работником возложенных на него профессиональных обязанностей влечет за собой установленную законодательством дисциплинарную, гражданско-правовую, административную или уголовную ответственность.

Третий признак дефиниции субъективного права пациента разъясняет, что мера возможного поведения человека, вступившего в здравоохранительные правоотношения по поводу удовлетворения потребности в услуге медицинского, психиатрического или фармацевтического характера либо участия в биомедицинском эксперименте в роли испытуемого, социально обусловлена. Права пациента социальны по происхождению, внутреннему содержанию и ожидаемому результату. По своей природе права пациента представляют собой юридически оформленную совокупность субъективных интересов лиц, выступающих уязвимой стороной в социальных отношениях здравоохранительного характера. Они позволяют слабой стороне здравоохранительных правоотношений

¹ См.: Ведомости СНД и ВС РФ. 1992. № 33. Ст. 1913.

проявить личную инициативу в удовлетворении возникающих потребностей в услугах медицины, психиатрии или фармакологии. Предоставляя пациентам юридическую возможность оказать позитивное влияние на результат врачебной деятельности, государство стремится уравнивать фактические неравенства, существующие между здоровыми и больными людьми. Усиление роли пациента в здравоохранительных отношениях свидетельствует о социальной ориентированности политики государства и его цивилизованности.

Четвертый признак обращает внимание на то, что практическое претворение в жизнь субъективного права пациента гарантирует государство, создавая для этого благоприятную социально-экономическую и юридическую среду, в атмосфере которой управомоченное лицо может эффективно удовлетворять свойственные ему потребности, а врачи и фармацевты – качественно исполнять возложенные на них профессиональные обязанности. Содержание данного признака основывается на положениях Конституции РФ, провозглашающих Российскую Федерацию социальным государством, политика которого направлена на создание условий, обеспечивающих достойную жизнь и свободное развитие человека. Основной Закон возлагает на государство обязанности по осуществлению мер, направленных на сохранение здоровья граждан, создание оптимальных условий, позволяющих каждому выбрать вид и объем врачебной помощи, соответствующий рекомендациям и возможностям медицинской науки и практики (ст. 7, 41). Обеспечению социальной защиты интересов больных лиц в получении врачебных услуг за счет дополнительных финансовых источников, позволяющих распределить бремя затрат, содействует функционирующая на территории страны система медицинского страхования граждан.

Юридическая гарантия прав пациента обнаруживается в законодательной и судебной деятельности государства. В настоящее время содержание субъективного права пациента раскрывает Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», который либо предписывает управомоченному лицу определенное поведение, либо санкционирует его на позитивные действия. Так, при обращении за медицинской

помощью и ее получении пациент имеет право на: выбор врача и выбор медицинской организации в соответствии с настоящим Федеральным законом; профилактику, диагностику, лечение, медицинскую реабилитацию в медицинских организациях в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям; получение консультаций врачей-специалистов; облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными методами и лекарственными препаратами; получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья; получение лечебного питания в случае нахождения пациента на лечении в стационарных условиях; защиту сведений, составляющих врачебную тайну; отказ от медицинского вмешательства; возмещение вреда, причиненного здоровью при оказании ему медицинской помощи; допуск к нему адвоката или законного представителя для защиты своих прав; допуск к нему священнослужителя, а в случае нахождения пациента на лечении в стационарных условиях - на предоставление условий для отправления религиозных обрядов, проведение которых возможно в стационарных условиях, в том числе на предоставление отдельного помещения, если это не нарушает внутренний распорядок медицинской организации. Противостоящие субъективному праву пациента обязанности медицинского работника при необходимости могут быть стимулированы к выполнению с помощью регламентированного законодательством механизма юридического воздействия. В случае нарушения гарантированных государством прав пациент может обратиться за защитой в правоохранительные и правоприменительные органы, правозащитные учреждения, которые обязаны принимать меры для их восстановления.

Следующим структурным компонентом правового статуса пациента выступает его свобода. Действующее российское законодательство не оперирует формулировкой свобода пациента. Явно недостаточное внимание изучению данного термина и обозначаемого им понятия уделяет юридическая доктрина. В немногочисленных публикациях, посвященных осмыслению правового по-

ложения участников здравоохранительных отношений, свобода пациента либо остается вне внимания исследователей, либо отождествляется с субъективным правом¹. Принципиальной ошибки в том, что авторы соответствующих научных трудов рассматривают указанные правовые категории как совпадающие понятия, нет. Свободу пациента как фактического состояния нельзя отрывать от юридических прав. Однако сделанная оговорка отнюдь не означает невозможность проведения различия между ними. Разграничение субъективных прав и свобод пациента имеет под собой объективные основания. Оно приобретает «теоретическое и практическое значение, ибо речь идет о более глубоком проникновении в юридическую природу этих явлений, адекватной их детализации в текущем законодательстве, создании надежного механизма обеспечения и осуществления. И задача науки ... заключается в том, чтобы установить критерий разграничения прав и свобод»².

Для уточнения этимологии термина «свобода» обратимся к словарям, разъясняющим общеупотребительные понятия. Так, в толковом словаре современного языка слово «свобода» раскрывается в четырех значениях: «1. В философии: возможность проявления субъектом своей воли в условиях осознания законов развития природы и общества. 2. Независимость, отсутствие стеснений и ограничений, связывающих общественно-политическую жизнь и деятельность какого-либо класса, всего общества или его членов. 3. Вообще - отсутствие каких-нибудь ограничений, стеснений в чем-нибудь. 4. Состояние того, кто не находится в заключении, в неволе»³. Большой энциклопедический словарь термин «свобода» трактует как «способность человека действовать в соответствии со своими интересами и целями, осуществлять выбор. Люди невольны в выборе объективных условий своей деятельности, однако они обладают

¹ См.: Старченко А.А. Руководство по защите прав пациентов. СПб., 2002; Пищита А.Н. Правовой статус российского пациента // Журнал российского права. 2005. № 11. С. 47-48; Ломакина И.Г. Обеспечение прав пациентов с точки зрения гражданского права РФ // Научные труды II Всероссийского съезда (Национального конгресса) по медицинскому праву / под ред. член-корр. РАМН, проф. Ю.Д. Сергеева. М., 2005. С. 349-354; Сергеев С.Н. Права пациентов и пресса // Научные труды IV Всероссийского съезда (Национального конгресса) по медицинскому праву / под ред. член-корр. РАМН, проф. Ю.Д. Сергеева, проф. С.В. Ерофеева. М., 2009. С. 220-221.

² Эбзеев Б.С. Человек, народ, государство в конституционном строе Российской Федерации. М., 2005. С. 207.

³ Ожегов С.И. Словарь русского языка. М., 1997. С. 589.

конкретной и относительной свободой, когда сохраняют возможность в выборе санкционируемых нормами и ценностями данного общества целей или средств их достижения»¹. Приведенные источники не формируют представление о свободе как об универсальном понятии. Вместе с тем, основываясь на их содержании, несложно сделать вывод о том, что на лексическом уровне значение свободы связывается с заранее известной возможностью активного субъекта осознанно избирать вариант поведения, отражающий личные интересы в различных сферах социальной жизни. При этом пределы осуществления индивидуальной свободы имеют свои рамки. Они предопределены объективными законами развития природы, общества и самого человека.

В юриспруденции категория «свобода» тесным образом связывается с сущностью права. Ряд ученых относят ее к разновидностям субъективного права. Так, по мнению А.В. Малько, В.В. Субочева, А.М. Шериева в формально-юридическом смысле свобода человека мало чем отличается от субъективного права. «Любая свобода (слова, совести, вероисповедания, союзов или ассоциаций и т.д.) – это: а) возможность определенного поведения управомоченного лица (возможность высказать мысли, отстаивать любую позицию, исповедать свою религию и т.д.); б) возможность требовать определенного поведения от обязанного лица (обязанными – пассивно обязанными – в данном случае является неопределенный круг лиц, противостоящий субъекту); в) возможность обращаться за защитой своих свобод к компетентным органам; г) возможность пользоваться социальным благом, заключенным в любой свободе»². По итогам представленных суждений авторы заключают, что свобода менее детализирована в правовых предписаниях, но предоставляет личности такой же объем правомочий, как и субъективное право.

В несколько иной форме усматривает связь свободы с правом К.Е. Игнатенкова. На ее взгляд, право и свобода имеют практически идентичную природу и относятся к разновидностям юридических дозволений. Они очерчивают

¹ Большой энциклопедический словарь / Гл. ред. А.М. Прохоров. М., 1998. С. 1070.

² Малько А.В., Субочев В.В., Шериев А.М. Субъективные права, свободы и законные интересы как самостоятельные объекты охраны и защиты // Правовая политика и правовая жизнь. 2008. № 1. С. 75.

обеспеченную государством дозволенность выбора варианта поведения индивида в различных областях его жизнедеятельности. Расположившись в зоне правового регулирования, свобода по сравнению с субъективным правом характеризуется большим простором для личного усмотрения индивида. Свобода, в понимании автора, представляет собой «вид дозволения, заключающийся в физической и духовно-нравственной неприкосновенности личности и предоставлении субъекту в данных сферах всей полноты существующих возможностей по распоряжению собой и своими действиями, гарантированное запретом необоснованного внешнего вмешательства в них, в том числе, со стороны государства в лице его органов и должностных лиц»¹.

Указывая на семантическую близость рассматриваемых категорий, представители юридической науки все же находят различие в содержании понятий «субъективное право» и «субъективная свобода». Специфику свободы они усматривают в сфере деятельности человека, находящейся вне прямого вмешательства государства. При этом органы и должностные лица, представляющие государственную власть, не только сами должны воздерживаться от вторжения в область осуществления свободы гражданина, но и обязаны обеспечивать защиту ее границ от вмешательства других субъектов². Для решения поставленной задачи компетентные органы устанавливает общеобязательные правила поведения. Следование им всеми без исключения правоисполнителями ограждает сферу реализации индивидуальной свободы от необоснованного внешнего контроля.

Показанные особенности категории «субъективная свобода» могут быть взяты за основу при определении содержания свободы пациента. Ее сущность заключается в гарантированной больному человеку возможности выбора способов удовлетворения потребностей, обусловленных состоянием его физического либо психического здоровья. Предоставляя пациенту свободу действия в конкретных здравоохранительных правоотношениях, государство стимулирует

¹ Игнатенкова К.Е. Дозволение как способ правового регулирования: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. Саратов, 2006. С. 19.

² См.: Азаров А.Я. Права человека. М., 1995. С. 28-29; Воеводин Л.Д. Юридический статус личности в России: учебное пособие. М., 1997. С. 134; Красиков А.Н. Преступления против личности. Саратов, 1999. С. 5.

его к совместному с медицинскими работниками участию в принятии значимых для жизни и здоровья решений. При таких условиях врач, выступая в роли профессионала, оценивает здоровье больного и предлагает соответствующую медицинскую услугу, а информированный пациент соглашается или отклоняет поступившие предложения по своему усмотрению. Личная инициатива в осуществлении прав и не противоречащих закону интересов, позволяющая контролировать характер и объем оказываемой медицинской помощи, делает пациента полноправным участником процесса врачебного обследования и лечения.

Подытоживая изложенные суждения, можно заключить, что свобода пациента представляет собой гарантированную возможность участия в выборе официально одобренных и экспериментальных методов диагностики, лечения, профилактики болезней, реализация которых обусловлена достигнутым уровнем развития медицинской практики и не противоречит действующему законодательству. Пациент, в частности, свободен в выборе органа здравоохранения, медицинского учреждения, лечащего врача, способов и форм проведения диагностических, лечебных, профилактических мероприятий. Свободно без вмешательства извне самостоятельно принимает решение об участии в качестве объекта исследования в медицинском эксперименте, выражает волю на выполнение терапевтических процедур и хирургических операций, в том числе на изъятие органа или тканей для трансплантации реципиенту.

В качестве самостоятельного элемента правового статуса пациента оправданно выделение охраняемых законом интересов, не нашедших прямого выражения в гарантированных ему субъективных правах, но испытывающих потребность в юридической защите либо охране. Обосновывая теоретическую и практическую целесообразность включения законных интересов в юридический статус личности, Н.И. Матузов в одном из своих многочисленных монографических изданий пишет: «Законные интересы, находясь под охраной ... государства, еще более упрочивают правовые позиции личности в обществе, ... создают условия для наиболее полного удовлетворения разнообразных запросов и стремлений, отстаивания своих прав и свобод, чести и достоинства, по-

буждают к борьбе с недостатками, негативными явлениями. Это важная дополнительная гарантия социально-правового статуса индивида и в то же время стимул для его активной деятельности»¹.

Образующие ныне систему отечественного здравоохранительного законодательства нормативные акты редко, но оперируют терминами «интерес» и «законный интерес». Так, Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в ст. 6 провозглашает принцип приоритета интересов пациента при оказании медицинской помощи и прописывает способы его реализации. Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» в ст. 46 предоставляет общественным объединениям право осуществлять контроль за соблюдением прав и законных интересов пациента в психиатрических учреждениях. В следующей статье упомянутый закон гарантирует гражданину возможность обжалования в суд действий медицинских работников, ущемляющих его права и законные интересы при оказании психиатрической помощи (ст. 47). Проанализировав положения названных официальных документов с достаточной определенностью можно сделать вывод о том, что непосредственное содержание понятия законного интереса пациента на нормотворческом уровне не раскрывается. Законодатель ограничивается лишь указанием на необходимость его соблюдения, защиты и охраны. Отсутствие легальной дефиниции законного интереса пациента существенно затрудняет его реализацию на правоисполнительном и правоприменительном уровне, что в конечном итоге предопределяет социальную и научную актуальность исследуемой проблемы. Вместе с тем, следуя устоявшимся в доктрине и правоприменительной практике приемам толкования юридических категорий, несложно уяснить, что под правами и законными интересами человека, пользующегося услугами медицинского и психиатрического характера, законодатель имеет в виду близкие по смыслу и целевой направленности, но различные правовые дозволения уязвимого субъекта здравоохранительных отношений. Преимущественно опираясь на разработанную в юридической науке теорию

¹ Матузов Н.И. Правовая система и личность. Саратов, 1987. С. 114.

правового статуса личности, он вкладывает в каждую из исследуемых категорий собственную смысловую нагрузку, наделяет их качествами самостоятельных элементов механизма правового регулирования и охраны.

В настоящее время на монографическом уровне не существует специальных работ, объектом исследования которых выступили бы законные интересы пациента. Наряду с этим в юриспруденции представлено значительное количество научных трудов, посвященных изучению понятия законного интереса¹. Одним из видных разработчиков концепции законных интересов является А.В. Малько, сумевший обосновать роль и место рассматриваемой категории в правовом статусе личности. По мнению профессора, «законный интерес – это отраженное в объективном праве либо вытекающее из его общего смысла и в определенной степени гарантированное государством простое юридическое дозволение, выражающееся в стремлениях субъекта пользоваться конкретным социальным благом, а также в некоторых случаях обращаться за защитой к компетентным органам – в целях удовлетворения своих потребностей, не противоречащих общественным»².

Близкую по форме и содержанию дефиницию законного интереса формулирует В.В. Субочев: «Законный интерес – это стремление субъекта пользоваться определенным социальным благом и в некоторых случаях обращаться за защитой к компетентным органам в целях удовлетворения не противоречащих нормам права интересов, которое в определенной степени гарантируется государством в виде юридической дозволенности, отраженной в объективном праве либо вытекающей из его общего смысла»³.

Внимательное изучение содержания процитированных определений позволяет сделать вывод о том, что сущность охраняемого законом интереса ученые усматривают в двух положениях: в отраженной в объективном праве либо

¹ См.: Шайкенов Н.А. Правовое обеспечение интересов личности. Свердловск, 1990; Малько А.В., Субочев В.В. Законные интересы как правовая категория. СПб., 2004; Краснов А.В. Законный интерес как средство реализации правовой политики // Правовая политика и правовая жизнь. 2005. № 2. С. 104-112; Субочев В.В. Законные интересы в механизме правового регулирования / под ред. А.В. Малько. М., 2007.

² Малько А.В. Субъективное право и законный интерес // Правоведение. 1998. № 4. С. 62.

³ Субочев В.В. Законные интересы в механизме правового регулирования / под ред. А.В. Малько. М., 2007. С. 19.

вытекающей из его общего смысла в простой юридической дозволенности и в стремлении субъекта к обладанию конкретным социальным благом, удовлетворяющим его потребности. Выражая стремления индивида к удовлетворению потребностей, не получивших отражение в субъективных правах, законные интересы носят характер юридических дозволений и располагаются внутри правового поля. Не могут рассчитывать на защиту либо охрану интересы человека, реализация которых противоречит общему смыслу и духу права, законным интересам других граждан, общества и государства. Для удовлетворения соответствующих общепринятым принципам и нормам личных запросов обладателю законного интереса предоставляется возможность не только пользоваться определенным социальным благом, но и обращаться за его защитой к компетентным инстанциям, если в этом возникнет объективная необходимость. Но, в отличие от субъективного права, законному интересу не противостоит прямая юридическая обязанность контрагента вести себя определенным образом¹. В то же время заинтересованное лицо может ожидать от участников правоотношения совершения действий, не противоречащих духу их правового статуса.

Разработанные в общей теории права определения охраняемого законом интереса носят обобщенный характер и не рассчитаны на конкретную сферу жизнедеятельности человека. Без адаптации к области действия здравоохранительного законодательства и практики его применения весьма затруднительным окажется их использование в правоотношениях, складывающихся между пациентами и лицами, профессионально занимающимися медицинской, психиатрической либо фармацевтической практикой. Для решения задач, стоящих перед настоящим научным исследованием, содержания представленных в юридической литературе дефиниций законного интереса необходимо наполнить свойствами, отражающими правовой статус пациента. С учетом изложенного понятие законного интереса пациента, на наш взгляд, разумно представить в следующей редакции: это социально обусловленное и гарантируемое государством в виде юридической дозволенности стремление человека пользоваться благами

¹ См.: Матузов Н.И. Правовая система и личность. Саратов, 1987. С. 112.

здоровоохранительного характера, реализуемое в целях удовлетворения объективно необходимых потребностей, обусловленных статусом пациента.

Предложенное определение, отражающее специфику охраняемого законом интереса пациента, базируется на четырех основных признаках. Первый признак призван разъяснить, что законный интерес представляет собой дозволенное стремление личности к обладанию широким спектром благ здравоохранительного характера. Осознанное стремление человека пользоваться ценностями, способными удовлетворить его потребность, образует «центральный, осевой элемент в содержании законного интереса, ибо только он способен предоставить носителю законного интереса то, что ему требуется, необходимо для своей жизнедеятельности»¹. Конкретное желание больного удовлетворить обнаружившуюся надобность в отдельной услуге медицинского, психиатрического либо фармацевтического характера носит характер стремления в той части, в какой оно не получило отражения в правах пациента. Отсутствие объективного подтверждения в нормативном документе фактической возможности реализовать субъективный интерес нельзя рассматривать в качестве преграды для его осуществления. В основе такого рода препятствия лежат реальные условия жизнедеятельности, которые не зависят от воли законодателя, правоисполнителя и правоприменителя. Стремление больного к обладанию благом может быть оставлено без регламентации в юридических правах по той причине, что в государстве не сформирована должная материально-техническая или экономическая основа, требуемая для его воплощения в жизнь. В частности, несмотря на активно проявляемое пациентом стремление к излечению от тяжелого онкологического заболевания, представители врачебной профессии в силу не совершенства медицинской науки и практики не в состоянии сегодня гарантировать ему благоприятный результат. После того как инновационная медицина достигнет прогресса в лечении подобных опасных для жизни болезней, у пациента появится основание претендовать на положительный результат проводимых врачами хирургических и терапевтических операций.

¹ Малько А.В., Субочев В.В. Законные интересы как правовая категория. СПб., 2004. С. 76.

Второй признак в анализируемом определении констатирует, что законные интересы пациента гарантируются государством в виде юридически дозволенного поведения. Смысл простого юридического дозволения к обладанию социальным благом заключается в отсутствии нормативного запрета на совершение определенного действия. При этом законодатель не возлагает на себя полномочий по утверждению возможных вариантов деятельности правоисполнителя, оставляя выбор интеллектуально-волевой направленности действий за носителем одобряемого законом интереса. Он также не устанавливает в отношении кого-либо юридической обязанности по совершению действий, удовлетворяющих конкретное желание обладателя интереса. В отличие от субъективного права, которое в качестве неотъемлемого составляющего включает в свое содержание возможность, обеспеченную юридической обязанностью противоположного участника здравоохранительного отношения, в процессе реализации законного интереса пациент не уполномочен предъявлять требования к контрагенту по выполнению ожидаемого действия. Он может рассчитывать лишь на то, «чтобы дозволенность сохранялась, никем произвольно не ограничивалась, чтобы действовало состояние, которое можно охарактеризовать как отсутствие запрета»¹. Фактические возможности законного интереса пациента чаще всего проявляются в форме нетрадиционных рекомендаций или требований по проведению диагностических и лечебных мероприятий, которые не должны вступать в конфликт с общепринятыми стандартами оказания медицинской помощи. Интересы, противоречащие закону, не подлежат юридической защите. Так, в сферу правовой защиты не подпадает просьба неизлечимого больного о прекращении искусственных мер по поддержанию жизни, обращенная в адрес медицинского работника.

Третий признак в рассматриваемой дефиниции уточняет, что в рамках здравоохранительных правоотношений законные интересы уязвимого субъекта реализуются в целях удовлетворения объективно необходимых потребностей, обусловленных статусом пациента. В основе интереса «лежат потребности,

¹ Матузов Н.И. Правовая система и личность. Саратов, 1987. С. 122.

формирующие его структуру и побуждающие личность, группу лиц и, наконец, государство совершать определенные действия, в том числе юридические, или воздерживаться от них»¹. Интересы больного, формируемые на базе объективно подтвержденных потребностей, главным образом продиктованы перспективой сохранения и укрепления состояния психосоматического здоровья. Нередко человек вступает в здравоохранительные отношения в качестве участника биомедицинского эксперимента, ориентированного на достижение инновационных результатов в профилактике, диагностировании, лечении болезней. Но и в подобных случаях осознанно-волевое поведение пациента мотивировано необходимостью поддержания, улучшения физического либо психического здоровья собственного, близких ему лиц, сограждан.

Четвертый признак определения концентрирует внимание на то, что законные интересы пациента социально обусловлены. Интересы, формируемые в сознании больного под воздействием потребностей в сохранении и улучшении состояния психического или физического здоровья, социальны по своему происхождению, содержанию и ожидаемому от практического осуществления результату. Источником их возникновения выступает социально оправданная потребность человека пользоваться благами ортодоксальной медицины, психиатрии и фармакологии. Расчет на сохранение и укрепление качества психосоматического здоровья, не подкрепленный юридическими правами, основан на справедливом понимании окружающими истинной значимости удовлетворения интересов пациента в жизненном пространстве личности. Общество всегда заинтересовано в выздоровлении больного человека, создании ему надлежащих условий для самовыражения индивидуальных качеств в соответствии с реальными экономическими возможностями. Стремления к обладанию социальными благами, практически реализованные во взаимодействии со специалистами врачебной профессии, позволяют больному вернуться к привычной жизнедеятельности и ощущать себя в обществе как полноправный его представитель.

¹ Осипов А.А. Интерес и субъективное гражданское право: дис. ... канд. юрид. наук. М., 2011. С. 9.

Приведенные и кратко охарактеризованные признаки законного интереса пациента дают вполне отчетливое представление о содержании исследуемой категории и отражают объективную реальность. Предложенная на обсуждение юридического сообщества дефиниция может быть взята за основу для совершенствования теории правового статуса пациента и уголовно-правовой охраны некоторых его структурных компонентов. Она откроет новые возможности по реализации не противоречащих закону интересов пациента в правоотношениях, складывающихся по поводу сохранения и укрепления здоровья.

В юридической литературе приобрело значение некой непререкаемой истины доктринальное положение, согласно которому к числу элементов правового статуса человека относятся не только права, свободы и законные интересы, но и субъективные обязанности. «Прочность и стабильность положения личности в ... правовой системе достигается не только с помощью провозглашения и гарантирования соответствующих субъективных прав и свобод, но и посредством установления четких юридических обязанностей гражданина перед обществом, государством, другими людьми. Без этого правовое состояние каждого отдельного человека было бы юридически необеспеченным и непрочным», - отмечает Н.И. Матузов¹.

Проблемы нормативного оформления субъективных обязанностей человека и гражданина, их исполнения в реальной жизнедеятельности привлекают внимание исследователей общей теории государства и права² и отраслевых юридических наук³. Если категория «правовая обязанность гражданина» в качестве самостоятельного объекта научного осмысления в юриспруденции изучается относительно давно⁴, то субъективные обязанности пациента еще не

¹ Матузов Н.И. Правовая система и личность. Саратов, 1987. С.143.

² См.: Хачатуров К.Е. Юридические обязанности гражданина Российской Федерации. Проблемы теории и практики: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. СПб., 2000; Барзилова Ю.В. Юридические обязанности как элемент правового статуса личности: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. Саратов, 2006; Каримова Р.Р. Юридические обязанности: сущность и проблемы реализации: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. Екатеринбург, 2008.

³ См.: Бабаков В.А. Гражданская процессуальная обязанность. Саратов, 2001; Эбзеев Б.С. Человек, народ, государство в конституционном строе Российской Федерации. М., 2005.

⁴ См.: Левченко В.Г. Исполнение конституционных обязанностей граждан СССР как гарантия укрепления общественного порядка: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. М., 1972; Семенко Б.М. Юридические обязанности граждан СССР: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. Саратов, 1978; Ем В. Категория обязанности в советском гражданском праве: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. М., 1981.

подвергались исследованию. До недавнего времени умалчивали об обязанностях пациента нормативные акты, регламентирующие отношения между медицинскими работниками и потребителями их профессиональных услуг. Впервые упоминание об обязанностях граждан в сфере охраны здоровья появилось в Федеральном законе от 21 ноября 2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Статья 27 названного закона возлагает на граждан обязанность заботиться о сохранении своего здоровья. В случаях, предусмотренных законодательством, они должны проходить медицинские осмотры. Лица, страдающие заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, обязаны проходить медицинское обследование и лечение, заниматься профилактикой заболеваний. А граждане, находящиеся на лечении, обязаны соблюдать правила поведения в медицинских организациях и режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности.

Федеральный закон от 20 июля 2012 г. «О донорстве крови и ее компонентов»¹ в ст. 12 перечисляет обязанности донора, которые необходимо реализовывать в процессе выполнения донорской функции. От лица, добровольно сдающего кровь и (или) ее компоненты, закон требует: 1) предъявить паспорт или иной удостоверяющий личность документ; 2) сообщить известную ему информацию о перенесенных инфекционных заболеваниях, нахождении в контакте с инфекционными больными, пребывании на территориях, на которых существует угроза возникновения и (или) распространения массовых инфекционных заболеваний или эпидемий, об употреблении наркотических средств, психотропных веществ, о работе с вредными и (или) опасными условиями труда, а также вакцинациях и хирургических вмешательствах, выполненных в течение года до даты сдачи крови и (или) ее компонентов; 3) пройти медицинское обследование. Донор, умышленно скрывший в момент прохождения медицинского обследования или искаживший известную ему информацию о состоянии здоровья, несет ответственность, установленную законодательством Российской Федерации, если такое поведение повлекло или могло повлечь за собой вред

¹ См.: СЗ РФ. 2012. № 30. Ст. 4176.

здоровью или жизни реципиентов. Речь, в частности, идет об установлении уголовной ответственности за заражение венерической болезнью (ст. 121 УК РФ), заражение ВИЧ-инфекцией (ст. 122 УК РФ).

Таким образом, отдельные официальные документы здравоохранительного характера включают в себя нормы, предписывающие пациентам в конкретных правоотношениях вид и меру объективно необходимого поведения, но не дают определения юридической обязанности. Отсюда многие пациенты полагают, что им гарантированы только права, а обязанностями наделены медицинские работники¹.

Прежде чем сформулировать собственную дефиницию субъективной обязанности пациента, проанализируем разработанные в юридической доктрине понятия правовой обязанности. В специальной литературе предложено множество определений, раскрывающих исследуемую категорию. Известный специалист в области теории права Н.И. Матузов под юридической обязанностью понимает вид и меру государственно-целесообразного, разумного, полезного, объективно обусловленного поведения, призванного вносить порядок и «умиротворение» в жизнь². Из содержания представленного определения следует, что сущность юридической обязанности автор видит в сфере необходимости и подчинения. При этом необходимость понимается в смысле объективной закономерности, выраженной в правовой обязанности. Сравнивая структуру юридической обязанности со структурой субъективного права, ученый приходит к выводу, что она «тоже включает в себя четыре элемента, а именно: 1) необходимость совершить определенные действия либо воздержаться от них; 2) необходимость для правообязанного лица отреагировать на обращенные к нему за-

¹ При проведении нами в 2010 г. социологического исследования перед пациентами, находившимися на стационарном лечении в районных больницах Чувашской республики, Астраханской и Саратовской областях, был поставлен вопрос: «Какие обязанности возложены на пациента в процессе получения медицинской помощи?». Мнения опрошенных разделились следующим образом: 67 % были уверены в том, что у них нет обязанностей перед медицинскими работниками; 15 % респондентов затруднились сформулировать ответ на поставленный вопрос; 18 % опрошенных признали, что они являются носителями субъективных обязанностей. В связи с полученными ответами последней группе было предложено перечислить конкретные обязанности, осуществляемые пациентами в рамках существующих здравоохранительных отношений. Чаще всего в качестве таковых назывались требования по соблюдению правил внутреннего распорядка в больнице, предоставлению врачу достоверной информации о жалобах на свое здоровье, перенесенных ранее заболеваниях. В социологическом исследовании участвовали 236 человек.

² Матузов Н.И. Актуальные проблемы теории права. Саратов, 2003. С. 285.

конные требования управомоченного; 3) необходимость нести ответственность за неисполнение этих требований; 4) необходимость не препятствовать контрагенту пользоваться тем благом, в отношении которого он имеет право»¹.

Близкое по смыслу понимание юридической обязанности приводят и другие исследователи. Так, по мнению Н.В. Витрука, «юридическая обязанность есть социально обусловленная и гарантированная необходимая возможность в поведении личности, границы которой определены нормами объективного права (конституцией, законами), в целях использования определенных благ и ценностей для удовлетворения как собственных, так и общественных, корпоративных и иных потребностей и интересов на основе их единства и сочетания»². В тексте процитированного определения представляет интерес употребляемое автором выражение «необходимая возможность в поведении личности», положенная в основу исследуемой категории. Сущность юридической обязанности ученый усматривает не только в формально определенном требовании совершить какое-либо действие (бездействие), но и в субъективной возможности его исполнения. Включение субъективного элемента в содержание юридической обязанности отражает сознательно-волевую способность человека следовать предписаниям, изложенным в правовой норме. «С юридической точки зрения, - продолжает профессор, - поведение обязанного лица связано с такой возможностью, которая в то же время признана законодателем необходимой. Юридическая обязанность есть возможность будущего поведения субъекта, имеющая необходимый характер с точки зрения воли и интересов, выраженных в законе»³.

Показанные методологические подходы к характеристике изучаемого феномена позволяют решить стоящую перед настоящим исследованием промежуточную задачу по разграничению юридической обязанности и субъективного права, выступающих структурными элементами правового статуса личности. По своему содержанию юридическая обязанность прямо противоположна субъек-

¹ Матузов Н.И. Указ. раб. С. 296.

² Витрук Н.В. Общая теория правового положения личности. М., 2008. С. 253-254.

³ Витрук Н.В. Указ. раб. С. 249.

ективному праву. Если субъективное право представляет собой гарантированную меру возможного поведения личности, то обязанность характеризуется необходимой возможностью. Субъективное право дает основание требовать от обязанного лица определенного поведения, тогда как обязанность предполагает выполнение такого требования ее носителем.

Обобщая изложенные суждения, несложно определить с дефиницией юридической обязанности пациента. Юридическая обязанность пациента – это предписанные нормами здравоохранительного законодательства вид и мера необходимого и субъективно возможного поведения, обеспечивающего осуществление правового статуса лица, профессионально занимающегося медицинской или фармацевтической практикой.

Сформулированное определение базируется на совокупности признаков. Первый признак устанавливает, что юридическая обязанность пациента представляет собой вид и меру необходимого поведения лица, пользующегося услугами медицинского или фармацевтического характера в специализированных учреждениях любой организационно-правовой формы либо участвующего в биомедицинском эксперименте в качестве испытуемого. Основу юридической обязанности составляет объективная потребность в определенном поведении человека, возникающая в связи с необходимостью оказания квалифицированной профилактической, диагностической или лечебной помощи. Указанием на вид и меру должного поведения субъекта законодатель выражает качественные и количественные его параметры, следование которым способствует удовлетворению интересов управомоченного лица. Официальное закрепление границ осуществления юридической обязанности дает основание медицинским работникам в конкретной ситуации ожидать от правоисполнителя надлежащего поведения. Отступление от установленных предписаний правомерного поведения угрожает пациенту применением мер убеждения либо принуждения.

Второй признак уточняет, что вид и мера необходимого поведения пациента предписана нормами здравоохранительного законодательства. Юридическое выражение в форме гарантий исполнения обязанности пациента должны

получить в нормативном акте, регламентирующем его правовой статус. При этом объем возлагаемых обязанностей должен быть минимально достаточным для обеспечения реализации юридического статуса участника здравоохранительного отношения. Их содержания не должны вызывать у исполнителя интеллектуальных и физических затруднений. В частности, за пациентами рекомендуется установить обязанности: предоставлять медицинскому работнику достоверную информацию о состоянии здоровья, перенесенных ранее заболеваниях; информировать врача в процессе диагностики и лечения болезней об изменениях в состоянии здоровья; соблюдать рекомендации лечащего врача, следовать его предписаниям.

Третий признак связывает формально провозглашенную обязанность пациента с субъективной возможностью ее исполнения. Закрепляя юридические обязанности, законодатель рассчитывает на сознательно-волевую способность среднестатистического правоисполнителя действовать в типичной обстановке определенным образом. Нестандартно развивающаяся ситуация, негативно сказывающаяся на возможности лица выполнить предписания медицинского работника, исключает основание требовать от пациента совершения объективно необходимых действий. Отрицательно воздействовать на процесс осуществления обязанностей могут тяжелое течение заболевания, социально-демографические, психологические и индивидуальные особенности личности больного, непреодолимые силы природы и т.п. Таким образом, субъективная возможность совершения поступков, сказывающихся на качестве медицинского обслуживания, выступает неотъемлемым условием реализации юридической обязанности пациента.

Четвертый признак разъясняет, что предписанная нормами здравоохранительного законодательства вид и мера необходимого поведения пациента обеспечивает осуществление правового статуса лица, профессионально занимающегося медицинской или фармацевтической практикой. Существовая в рамках определенного правового отношения, юридическая обязанность воплощает в себе связь ее носителя с управомоченным лицом. Функциональное назначение

юридических обязанностей больного человека состоит в том, чтобы корреспондировать субъективным правам лиц, оказывающих медицинскую, психиатрическую или фармацевтическую помощь. Выполняя свою часть работы в механизме правового регулирования здравоохранительных отношений, юридически закрепленные обязанности побуждают пациента к совершению положительных действий, удовлетворяющих профессиональные потребности управомоченного лица. Реализация вытекающих из юридического статуса врача или фармацевта интересов, обеспеченная надлежащим исполнением пациентом возложенных на него обязанностей, в конечном итоге позитивно отразится на качестве предоставляемой больному профилактической, диагностической или лечебной услуги.

Значение юридической обязанности пациента в рамках здравоохранительных отношений невозможно переоценить. Законодательно оформленные обязанности больного человека вносят вклад в основание правового режима, требуемого для качественного осуществления медицинской, психиатрической или фармацевтической деятельности. Отражая объективные запросы участников здравоохранительных отношений, они оказывают позитивное воздействие на поведение и деятельность лиц, получающих либо оказывающих врачебную помощь. Посредством согласования специфических потребностей юридически закрепленные обязанности больного способствуют решению социально значимых задач по сохранению и укреплению физического и психического здоровья каждого человека, устранению детерминантов, порождающих правонарушения в системе здравоохранения. Юридически установленный эталон рационального поведения пациента обеспечивает интересы не только управомоченного, но и самого правообязанного лица.

Окончательные результаты исследования, отражающие наиболее значимые признаки пациента как субъекта здравоохранительных правоотношений и характеризующие его юридический статус, можно представить в виде следующих выводов:

1) пациентом признается человек, вступивший в здравоохранительные правоотношения посредством реализации субъективного права на получение услуги медицинского или фармацевтического характера в специализированных учреждениях любой организационно-правовой формы либо приглашенный для участия в биомедицинском эксперименте в качестве испытуемого. Предложенное понимание пациента, максимально точно отражающее объективную реальность, основывается на следующих ключевых признаках: а) в юридическом значении пациентом считается человек, вступивший в здравоохранительные правоотношения; б) участвуя в здравоохранительных правоотношениях, он реализует субъективное право на получение услуги медицинского и фармацевтического характера либо становится испытуемым в биомедицинском эксперименте; в) за получением услуги медицинского, фармацевтического характера человек может обратиться в здравоохранительные учреждения любой организационно-правовой формы;

2) под правовым статусом пациента следует понимать систему прав, свобод, законных интересов и обязанностей человека, вступившего в здравоохранительные правоотношения, способствующую получению объективно необходимых услуг медицинского, фармацевтического характера в специализированных учреждениях и участию в официально разрешенном биомедицинском эксперименте в качестве испытуемого. Структурными элементами правового статуса пациента являются его права, свободы, законные интересы и обязанности. Статус пациента выступает объективным механизмом, обеспечивающим решение задачи по охране прав, свобод и не противоречащих закону интересов уязвимого участника здравоохранительных отношений;

3) субъективное право пациента – это социально обусловленная и гарантированная государством мера возможного поведения лица, вступившего в здравоохранительные правоотношения по поводу удовлетворения потребности в услуге медицинского или фармацевтического характера либо участия в биомедицинском эксперименте в роли испытуемого, позволяющая требовать от со-

ответствующего специалиста надлежащего исполнения профессиональных функций;

4) под свободой пациента предлагается понимать гарантированную возможность участия в выборе официально одобренных и экспериментальных методов диагностики, лечения, профилактики болезней, реализация которых обусловлена достигнутым уровнем развития медицинской практики и не противоречит действующему законодательству. Пациент, в частности, свободен в выборе органа здравоохранения, медицинского учреждения, лечащего врача, способов и форм проведения диагностических, лечебных, профилактических мероприятий. Свободно без вмешательства извне самостоятельно принимает решение об участии в качестве объекта исследования в медицинском эксперименте, выражает волю на выполнение терапевтических процедур и хирургических операций, в том числе на изъятие органа или тканей для трансплантации реципиенту;

5) законный интерес пациента представляет собой социально обусловленное и гарантируемое государством в виде юридической дозволенности стремление субъекта пользоваться благами здравоохранительного характера, реализуемое в целях удовлетворения объективно необходимых потребностей, обусловленных статусом пациента;

б) юридическая обязанность пациента – это предписанная нормами здравоохранительного законодательства вид и мера необходимого и субъективно возможного поведения, обеспечивающего осуществление правового статуса лица, профессионально занимающегося медицинской или фармацевтической практикой.

§ 2. Конституционные основы юридического обеспечения прав и свобод пациента в Российской Федерации

Российская Федерация относится к числу государств, где Конституция признается основным законом страны, в пределах территориальных границ имеет высшую юридическую силу и прямое действие. Юридическое верховенство Конституции РФ предполагает общеобязательность ее норм на правотворческом, правоисполнительном и правоприменительном уровнях. На уровне законотворчества приоритетное положение Конституции РФ не ограничивается ее главенствующим местом в иерархии действующих на территории государства нормативно-правовых документов. Закрепляя наиболее значимые принципы государственной и общественной жизни, она составила правовую основу всего отраслевого законодательства. «Именно конституция закладывает самые фундаментальные основы правового регулирования общественных отношений с участием личности. Основной закон образует ту базу, которая составляет конституционно-правовой статус личности, предопределяет содержание отраслевого регулирования, закладывает основы защиты прав и свобод, условий их эффективности, влияющих на нее факторов и т.п.»¹.

Не являются исключением в этом смысле отрасли уголовного и здравоохранительного законодательства, обеспечивающие реализацию прав, свобод и не противоречащих закону интересов пациента на правоисполнительном и правоприменительном уровнях. Так, в соответствии с ч. 2 ст. 1 УК РФ, «Уголовный кодекс Российской Федерации основывается на Конституции Российской Федерации и общепризнанных принципах и нормах международного права». Аналогичные по сущности положения закреплены в преамбуле Закона РФ от 2 июля 1992 г. «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» и в ст. 3 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Согласно им, в процессе разработки юридических документов здравоохранительного характера россий-

¹ Эбзеев Б.С. Человек, народ, государство в конституционном строе Российской Федерации. М., 2005. С. 197.

ский парламент, руководствуясь Конституцией РФ и общепризнанными принципами и нормами международного права, принимал во внимание необходимость претворения в жизнь признанных международным сообществом прав и свобод человека и гражданина.

Смысловая нагрузка показанных юридических положений заключается в том, что Конституция РФ, наряду с общепризнанными принципами и нормами международного права формирует идеологическую основу уголовного и здравоохранительного законодательства. Концептуальная идея, на базе которой построены Уголовный кодекс РФ и все без исключения нормативные акты в сфере здравоохранения, отражена в ст. 2 Конституции РФ: «Человек, его права и свободы являются высшей ценностью. Признание, соблюдение и защита прав и свобод человека и гражданина – обязанность государства»¹. В процитированной формулировке заданы социальная и юридическая составляющие идеологии демократического государства, сориентированной на приоритетное обеспечение прав и свобод личности. Социальная обусловленность обязанности государства по созданию необходимых условий для осуществления не противоречащих закону интересов личности продиктована позиционированием человека, его прав и свобод в качестве высшей ценности. В юридическом значении Основной Закон определяет направления правовой политики страны по формированию механизма реализации личных (гражданских), политических, социальных, экономических прав каждого конкретного человека на уровнях нормотворчества, правоисполнения и правоприменения. Официальное оформление первичных по значимости благ человека и гражданина требует от государства принятия нормативных документов, упорядочивающих права и обязанности участников соответствующих правоотношений. В этом смысле политика государства ориентирована на разработку такой совокупности юридических документов, существование которых позволит каждому правоисполнителю реализовать собственные интересы без ограничения прав и свобод других лиц, законных интересов учреждений, организаций, общества и государства. Завершаю-

¹ Конституция Российской Федерации. М., 1993. С. 4.

щим звеном в механизме реализации прав и свобод личности, согласно представленному конституционному положению, должна выступать юридическая защита, осуществляемая следственными и судебными органами посредством применения норм позитивных и охранительных отраслей законодательства.

Показанные социальная и юридическая стороны государственной идеологии по обеспечению личных интересов постепенно обретают форму. С учетом требования Основного Закона страны о признании человека высшей ценностью в российской правовой системе конструированы содержания соответствующих отраслей права и законодательства. Так, реализуя заявленное в ст. 2 Конституции РФ положение, действующее уголовное законодательство провозглашает человека, его права и свободы в качестве самостоятельного объекта уголовно-правовой охраны. Чтобы убедиться в этом, достаточно ознакомиться с содержанием уголовно-правовой нормы, изложенной в ч. 1 ст. 2 УК РФ. В ней законодатель, формулируя задачи Уголовного кодекса РФ, перечисляет объекты, подлежащие уголовно-правовой охране. Таковыми выступают права и свободы человека и гражданина, собственность, общественный порядок и общественная безопасность, окружающая среда, конституционный строй Российской Федерации, мир и безопасность человечества. Таким образом, в перечне ценностей, охраняемых уголовным законом, права и свободы человека выделены не только в качестве самостоятельного объекта, но и поставлены на первое место.

Приоритет прав, свобод и не противоречащих закону интересов личности в ряду других ценностей, охраняемых уголовным законом, учтен также при конструировании системы Особенной части УК РФ. По замыслу законодателя, все без исключения уголовно-правовые нормы, родовым объектом охраны которых выступает личность, объединены в разделе VII «Преступления против личности». Данный раздел открывает систему Особенной части УК РФ и считается одним из крупных в уголовном законодательстве. Обеспечивая права, свободы и не противоречащие закону интересы человека и гражданина уголовно-правовой охраной, в нем законодатель сформулировал запреты, предупреждающие правоисполнителей под угрозой применения наказания о недопустимо-

сти посягательства на жизнь, здоровье, свободу, честь, достоинство, половую неприкосновенность и половую свободу личности, конституционные права и свободы человека и гражданина, интересы семьи и несовершеннолетних. В этом же разделе уголовного закона располагаются нормы, задачами которых выступают охрана прав и свобод пациента и предупреждение соответствующих общественно опасных деяний со стороны медицинских работников (ч. 2 ст. 109, ч. 2 ст. 118, ст. 120, ч. 4 ст. 122, ст. 123, ст. 124, ст. 128 УК РФ).

Конституционная идея примата общечеловеческих ценностей является концептуальной и для формируемой ныне в российской правовой системе новой отрасли права – здравоохранительного законодательства, что находит объективное отражение в составляющих его содержание нормах и положениях. В частности, Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в числе основных принципов охраны здоровья называет: соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий; приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи; социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья; ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления, должностных лиц организаций за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья; доступность и качество медицинской помощи; недопустимость отказа в оказании медицинской помощи (ст. 4). В соответствии со ст. 4 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» основными принципами осуществления обязательного медицинского страхования являются: обеспечение за счет средств обязательного медицинского страхования гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи при наступлении страхового случая в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования и базовой программы обязательного медицинского страхования (далее также - программы обязательного медицинского страхования); устойчивость финансовой системы обязательного медицинского страхования, обеспечиваемая на основе эквивалентности страхо-

вого обеспечения средствами обязательного медицинского страхования; обязательность уплаты страхователями страховых взносов на обязательное медицинское страхование в размерах, установленных федеральными законами; государственная гарантия соблюдения прав застрахованных лиц на исполнение обязательств по обязательному медицинскому страхованию в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования независимо от финансового положения страховщика; создание условий для обеспечения доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в рамках программ обязательного медицинского страхования; паритетность представительства субъектов обязательного медицинского страхования и участников обязательного медицинского страхования в органах управления обязательного медицинского страхования.

Являясь материально-идеологической основой всего отраслевого законодательства, Конституция РФ оказывает прогрессивное воздействие на формирование его содержания, порождая появление новых регулятивных и охранительных юридических норм, в том числе обеспечивающих права, свободы и не противоречащие закону интересы пациента. Так, с момента введения в действие Основного Закона страны в российской правовой системе значительно увеличилось число нормативных актов, регулирующих отношения в сфере здравоохранения. Вступили в силу Федеральный закон от 30 марта 1995 г. «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)»¹, Федеральный закон от 17 сентября 1998 г. «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней»², Федеральный закон от 18 июня 2001 г. «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации»³, Федеральный закон от 12 апреля 2010 г. «Об обращении лекарственных средств»⁴, Федеральный закон от 29 ноября 2010 г. «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»⁵, Федеральный закон от 20 июля 2012 г. «О донорстве крови и ее ком-

¹ См.: СЗ РФ. 1995. № 14. Ст. 1212.

² См.: СЗ РФ. 1998. № 38. Ст. 4736.

³ См.: СЗ РФ. 2001. № 26. Ст. 2581.

⁴ См.: СЗ РФ. 2010. № 16. Ст. 1815.

⁵ См.: СЗ РФ. 2010. № 49. Ст. 6422.

понентов»¹ и др. В итоге на уровне правотворчества представлена совокупность норм, предметом регулирования которых выступают отношения, возникающие по поводу оказания медицинских услуг и охраны здоровья людей. Результат повышения правовой урегулированности соответствующих социально значимых отношений со всей очевидностью сегодня отражается в достаточно эффективном обеспечении здоровья каждого гражданина. В данном контексте существенное значение приобретает должная степень правовой регламентации отношений, складывающихся между медицинским работником и отдельным человеком на уровне позитивного законодательства.

Количественное и качественное развитие нормативных актов в сфере здравоохранения создало объективную основу для юридического оформления новой комплексной отрасли законодательства – здравоохранительного (медицинского) законодательства, задачей которой является упорядочивание отношений, обеспечивающих здоровье человека. Составляя часть системы российского права, нормы и положения здравоохранительного (медицинского) законодательства ориентированы на один предмет, оперируют единым методом, основываются на одних и тех же принципах, что подчеркивает их общую отраслевую принадлежность. Наиболее перспективный вариант объединения указанных норм и положений в целостном документе видится в разработке соответствующего кодифицированного акта.

В соответствии с учрежденным в Конституции РФ механизмом реализации интересов человека, получившие официальное оформление на уровне здравоохранительного законодательства права и свободы личности нуждаются в защите и охране. Вследствие активного воздействия регулятивными нормами на позитивные отношения обнаружилось социальные ценности, испытывающие потребность в уголовно-правовой охране. По итогам соответствующих законодательных нововведений были сформулированы уголовно-правовые нормы, предупреждающие правоисполнителей под угрозой применения наказания о необходимости в дальнейшем воздерживаться от совершения общественно

¹ См.: СЗ РФ. 2012. № 30. Ст. 4176.

опасных деяний, приобретших качество криминальных. Так, с принятием Закона РФ от 22 декабря 1992 г. «О трансплантации органов и (или) тканей человека»¹ в нашем государстве появилась юридическая основа упорядочивания передачи органов и (или) тканей от живого донора либо трупа. Данный нормативный документ, закрепив в своем содержании условия и порядок трансплантации органов и (или) тканей человека, указал на интересы пациента, которые следует обеспечить уголовно-правовой охраной. В целях устранения обнаруженного пробела в Уголовный кодекс РФ была включена норма, возлагающая на вменяемых физических лиц, достигших шестнадцатилетнего возраста, обязанность по воздержанию от совершения принуждения к изъятию органов или тканей человека для трансплантации (ст. 120).

Для обеспечения сохранности провозглашенных в ст. 20 и 41 Конституции РФ прав пациента на жизнь, охрану здоровья и медицинскую помощь в уголовное законодательство впервые включены нормы, возлагающие на правоисполнителей под угрозой применения наказания уголовно-правовую обязанность по воздержанию от причинения по неосторожности смерти или тяжкого вреда здоровью человека вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей (ч. 2 ст. 109, ч. 2 ст. 118 УК РФ), заражения ВИЧ-инфекцией вследствие ненадлежащего исполнения профессиональных обязанностей (ч. 4 ст. 122 УК РФ). В результате на законодательном и правоприменительном уровнях появилась реальная возможность гарантировать с помощью уголовно-правовых норм охрану широкого круга прав, свобод и не противоречащих закону интересов пациента.

Наряду с этим нельзя считать исчерпанным потенциал уголовного закона по обеспечению эффективной охраны прав и свобод пациента от разного рода общественно опасных деяний, совершаемых работниками учреждений здравоохранения. В частности, несмотря на то, что п. 2 ст. 21 Конституции РФ устанавливает запрет привлекать кого-либо к участию в медицинских, научных или иных экспериментах без добровольного согласия лица, в Уголовном кодексе

¹ См.: Ведомости СНД и ВС РФ. 1993. № 2. Ст. 62.

РФ отсутствует норма, предусматривающая наказание за нарушение данного конституционного положения. Трудно найти разумные причины, руководствуясь которыми законодатель игнорирует вполне очевидную потребность использования уголовно-репрессивной меры для предупреждения незаконных медицинских экспериментов. Формулирование объективных и субъективных признаков состава незаконного биомедицинского исследования едва ли может встретить какие-либо затруднения на уровне нормотворчества. Условия правомерности осуществления биомедицинских исследований с участием человека в настоящее время максимально подробно уточнены в Конвенции Совета Европы о защите прав и достоинства человека в связи с применением достижений биологии и медицины (ст. 15-18)¹, Законе РФ от 2 июля 1992 г. «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (ст. 11), Федеральном законе от 12 апреля 2010 г. «Об обращении лекарственных средств» (глава 7 ст. 38-44). Вместе с тем разработанные в позитивном законодательстве правила поведения лиц, проводящих научные эксперименты с пациентами, не подкреплены мерами государственного принуждения. Следовательно, права и обязанности участников соответствующих правоотношений не могут должным образом реализоваться, поскольку предмет регулирования остается вне сферы юридической охраны. Памятуя о том, что конституционно-правовое закрепление основных прав и свобод человека и гражданина, не будучи одновременно оснащенным эффективным механизмом их юридической защиты, становится не более чем декларацией, в уголовно-правовой науке неоднократно предлагалось установить уголовную ответственность за понуждение человека к участию в любых экспериментах, включая в биомедицинских². Однако доктринальные предложения, направленные на оптимизацию уголовно-правовой охраны интересов участников биомедицинских исследований, остаются без должного вни-

¹ См.: Конвенция о защите прав и достоинства человека в связи с применением достижений биологии и медицины: Конвенция о правах человека и биомедицине. Принята Комитетом министров Совета Европы 19 ноября 1996 г., открыта к подписанию 4 апреля 1997 г., вступила в силу с 1 декабря 1999 г. // Московский журнал международного права. 1999. № 35.

² См.: Красиков А.Н. Преступления против личности. Саратов, 1999. С. 82; Крылова Н.Е. Уголовное право и биоэтика (уголовно-правовые проблемы применения современных биомедицинских технологий): автореф. дис. ... докт. юрид. наук. М., 2006. С. 43-45.

мания законодателя. Любопытно, что нормотворческая и правоприменительная практика многих зарубежных государств подтверждает целесообразность воздействия уголовно-правовыми средствами на экспериментаторов, пренебрегающих официально утвержденными правилами проведения медицинских опытов¹.

Юридическое значение Конституции РФ не ограничивается лишь тем, что образующие ее содержание нормы и положения формируют идеологическую основу всего отраслевого законодательства. Занимая верхнюю ступень в иерархии действующих на территории государства нормативно-правовых документов, она составляет неотъемлемую часть российской правовой системы. А с учетом того, что в зависимости от характера воздействия на социальные отношения в общей теории права все отрасли законодательства условно делят на регулятивные и охранительные, Конституция РФ относится к первой группе. Ее предписания непосредственно направлены на установление определенного варианта поведения путем предоставления участникам общественных отношений субъективных прав и возложения на них позитивных юридических обязанностей. В этом смысле конституционно-правовые нормы и положения оказывают регулирующее воздействие на поведение субъектов соответствующих правоотношений. Так, упорядочивая социально-экономические отношения в сфере здравоохранения, ч. 1 ст. 41 Конституции РФ гарантирует каждому право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Для обеспечения провозглашенного права на государство возлагаются обязанности по осуществлению широкого круга мер, направленных на сохранение, восстановление и улучшение здоровья населения, предотвращение эпидемических, эндемических и других заболеваний, а также создание таких условий жизнедеятельности, когда каждый человек может выбрать соответствующие современным рекомендациям медицинской науки и практического опыта методы врачебной помощи.

¹ См.: Блинов А.Г. Уголовно-правовая охрана пациента в международном и зарубежном законодательстве / под ред. Б.Т. Разгильдиева. М., 2010. С. 61-64.

Вместе с тем регулятивное значение конституционных норм и положений невозможно абсолютизировать. В их функциональное назначение не входит детальное упорядочивание всех социальных отношений. Подробно регламентируя основную часть вопросов организации и деятельности государства и его органов, Конституция РФ одновременно включает «общие и не отличающиеся формальной определенностью положения, которые формулируют лишь некоторые наиболее важные начала правового регулирования общественных отношений»¹.

Многие конституционные предписания развиваются и конкретизируются в отраслевом законодательстве (например, гражданском, трудовом, экологическом, здравоохранительном). Основной Закон государства свою функцию в данном случае ограничивает определением конституционных параметров, основываясь на которых отраслевое законодательство устанавливает границы правомерного поведения участников соответствующих правоотношений посредством предоставления им субъективных прав и возложения юридических обязанностей. Так, формулируя в п. 2 ст. 21 запрет на привлечение кого-либо к участию в медицинском, научном или ином опыте без получения от него добровольного согласия, Конституция РФ заложила юридическую основу проведения биомедицинских экспериментов на человеке. Заданный конституционный ориентир правового регулирования биомедицинских исследований с участием человека в качестве испытуемого предопределил содержание нормативных документов, принятых для упорядочивания процесса осуществления подобных экспериментов. Правовые рамки использования в практике здравоохранения новых методов профилактики, диагностики, лечения, испытания не апробированных лекарственных средств, проведения биомедицинских исследований конкретизированы в Федеральном законе «О лекарственных средствах» (глава 7 ст. 38-44), Законе РФ от 2 июля 1992 г. «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (ст. 11). Ознакомление с содержанием

¹ Эбзеев Б.С. Конституция Российской Федерации: прямое действие и условия реализации // Государство и право. 2008. № 7. С. 6.

норм упомянутых юридических документов позволяет сформулировать ряд требований, которые предъявляются к субъектам исполнения биомедицинских экспериментов. К их числу, в частности, относятся: а) проведение подобных опытов должно основываться на предоставлении испытуемому предварительной информации о предстоящем эксперименте (целях, методах, побочных эффектах, возможном риске, продолжительности и ожидаемых результатах); б) требуется получение добровольного письменного согласия пациента на участие в биомедицинском исследовании; в) эксперимент разрешается осуществлять только в учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения, а также в учреждениях здравоохранения железнодорожного транспорта; г) необходимо проведение предварительного лабораторного исследования; д) испытуемому гарантируется сохранение конфиденциальности информации; е) запрещается испытание новых методов профилактики, диагностики, лечения, а также лекарственных средств, проведение биомедицинских исследований с привлечением в качестве объекта лиц, задержанных, заключенных под стражу, отбывающих наказание в местах лишения свободы либо административный арест, лиц, страдающих психическим расстройством и подвергнутых применению принудительных мер медицинского характера, военнослужащих; ж) каждая заявка, включающая в себя план предстоящего эксперимента, должна пройти этико-правовую экспертизу в этико-правовом комитете с целью выяснения научной обоснованности предполагаемого исследования, оценки потенциального риска и пользы для испытуемых; з) по результатам биомедицинского исследования составляется отчет (протокол), предоставляемый этико-правовому комитету, а также испытуемому по его желанию.

Урегулированные конституционными нормами и развивающим их содержание позитивным законодательством отношения в сфере здравоохранения берутся под охрану уголовным законодательством. Конституционно заданная обусловленность уголовного права регулятивными отраслями законодательства не позволяет согласиться с высказанным в уголовно-правовой литературе тезисом, согласно которому «именно из уголовного права вышло много конститу-

ционных норм и, в частности, тех, которые относятся к правам и свободам человека»¹. В действительности же Конституция РФ обуславливает содержание уголовного законодательства, в том числе его структурных составляющих, которые обеспечивают права и свободы пациента. Уголовное право, охраняя отдельные части предмета регулирования конституционного права, выступает не определяющим по отношению к данной отрасли права фактором, а определяемым им².

В доктрине уголовного права высказано суждение, согласно которому Конституция РФ, определяя в ч. 3 ст. 17 пределы осуществления прав и свобод человека и гражданина, фактически не ограничивает уголовно-правовое вмешательство в общественные отношения³. Наделяя уголовное право столь широкими полномочиями, автор сформулированного тезиса допускает возможность решения любых социальных проблем методом принуждения. Подобное умозаключение могло быть вызвано тем, что в последние годы государство пытается нивелировать напряженность в обществе посредством расширения сферы влияния уголовно-правовых запретов на различные виды отклоняющегося поведения. Однако наращивание интенсивности уголовно-правового принуждения не всегда вызвано объективной необходимостью. Использование восстановительного потенциала уголовного права при нарушении прав и свобод пациента оправдано тогда, когда соответствующее посягательство является общественно опасным. В этой ситуации криминализация становится единственно возможным средством правового воздействия на негативные процессы, поскольку угроза применения к нерадивому медицинскому работнику мер дисциплинарного, гражданско-правового, административного характера не гарантирует реализацию юридического статуса пациента. Разъяснение уголовно-правовой сущности общественно опасного деяния и доведение до сознания правоисполните-

¹ Тихий В.П. Конституционное право – основа уголовного права // Системность в уголовном праве. Материалы II Российского Конгресса уголовного права, состоявшегося 31 мая – 1 июня 2007 г. / Отв. ред. В.С. Комиссаров. М., 2007. С. 400.

² См.: Разгильдиев Б.Т. Соотношение уголовного права с нравственностью, другими отраслями права // Уголовное право России: Курс лекций: В 6 т. / под ред. Б.Т. Разгильдиева. Саратов, 2004. – Т. 1. Кн. 1. С. 314-315.

³ См.: Арзамасцев М.В. К вопросу о конституционном закреплении признаков общественной опасности преступления // Конституционные основы уголовного права: Материалы I Всероссийского конгресса по уголовному праву, посвященного 10-летию Уголовного кодекса Российской Федерации. М.: ТК Велби, 2006. С. 20.

ля последствий его совершения выступает последним аргументом в инструментарию законодателя. Изложенное позволяет оценить суждение М.В. Арзамасцева о неограниченных возможностях уголовного права воздействовать на общественные отношения как произвольное толкование текста Конституции РФ. Системное изучение содержания Основного Закона страны позволяет установить объективные границы вмешательства уголовного закона в социальные связи. По смыслу ч. 3 ст. 55 Конституции РФ, права и свободы человека и гражданина могут быть ограничены федеральным законом только в той мере, в какой это необходимо в целях защиты основ конституционного строя, нравственности, здоровья, прав и законных интересов других лиц, обеспечения обороны страны и безопасности государства.

Таким образом, результаты проведенного исследования позволили сформулировать ряд теоретических выводов и положений, характеризующие конституционные основы юридического обеспечения прав и свобод пациента в Российской Федерации:

1) Конституция РФ, провозгласив человека, его права и свободы в качестве высшей ценности, сконструировала механизм практической реализации декларируемой демократическим государством идеологии. Он последовательно включает в себя официальное признание, соблюдение и защиту первичных по значимости благ человека и гражданина. Признание прав и свобод личности, в том числе испытывающей потребность в оказании услуг медико-биологического характера, публично оформляется на нормотворческом уровне, их соблюдение проистекает на уровне правоисполнения, а защита обеспечивается правосудием на основе норм и положений регулятивных и охранительных отраслей законодательства;

2) в представленном конституционном механизме реализации прав и свобод человека и гражданина уголовно-правовой охране отводится заключительное звено. Являясь мерой субсидиарной, уголовно-правовое предписание выступает завершающим инструментом в арсенале законодателя, стимулирующим правоисполнителей к соблюдению общепризнанных прав и свобод личности. Объек-

тивным показателем, обуславливающим необходимость формулирования в соответствующем правовом пространстве конкретных уголовно-правовых запретов, служит исчерпанность потенциала позитивного законодательства в упорядочении общественных отношений;

3) конституционная урегулированность здравоохранительных отношений проявляется на уровнях прямого и опосредованного юридического воздействия. Конституционно-правовые нормы и положения, обладающие функцией норм прямого действия, упорядочивают наиболее значимые социальные связи в сфере охраны здоровья граждан. Одновременно Конституция РФ обуславливает формирование содержания позитивных отраслей законодательства, предметом действия которых являются организационно-правовые основы оказания медико-санитарной помощи населению;

4) выступая в качестве материально-идеологической основы всего отраслевого законодательства, Основной Закон определяет внутреннюю согласованность и придает стабильность российской правовой системе в целом, обеспечивает взаимодействие между ее отдельными отраслями. Отраженные в концентрированной форме в Конституции РФ права и свободы пациента обуславливают предмет регулирования и объект охраны отраслей законодательства, ориентированных на реализацию интересов личности. Предъявляя требования к регулятивным и охранительным отраслям законодательства по обеспечению прав, свобод и не противоречащих закону интересов пациента, Конституция РФ оказывает прогрессивное воздействие на формирование и дальнейшую оптимизацию их содержания;

5) Конституция РФ определяет пределы вмешательства уголовного закона в здравоохранительные правоотношения. Введение уголовной ответственности за нарушение прав и свобод пациента допустимо тогда, когда в медицинской практике широкое распространение получают правонарушения, достигающие уровня общественной опасности. Произвольное возложение на медицинских работников уголовно-правовых обязанностей нарушает конституционное требование о том, что права и свободы человека и гражданина могут быть ограни-

чены федеральным законом только в той мере, в какой это необходимо в целях защиты основ конституционного строя, нравственности, здоровья, прав и законных интересов других лиц, обеспечения обороны страны и безопасности государства.

§ 3. Здравоохранительное законодательство как юридическая основа реализации прав и свобод пациента

Признав человека высшей ценностью на конституционном уровне, Российская Федерация взяла на себя обязательство по обеспечению его прав и свобод, в том числе обусловленных вступлением в правоотношения по поводу охраны здоровья и оказания медицинской помощи. При этом Конституция РФ не конкретизирует нормативный документ, который должен содействовать реализации интересов лица, испытывающего потребность во врачебной помощи и противодействовать правонарушениям, допускаемым медицинскими работниками в процессе исполнения профессиональных обязанностей. Исходя из научной концепции, обосновывающей функциональную специфику механизмов юридического упорядочивания и правовой охраны социально значимых отношений, направление решения указанной проблемы можно найти в содержании задач, стоящих перед позитивными и охранительными отраслями законодательства. Так, обозначая в качестве предмета регулирования отношения в сфере охраны здоровья, Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» формирует благоприятные условия для эффективной реализации юридического статуса пациента и медицинского работника. Для этого он определяет: правовые, организационные и экономические основы охраны здоровья граждан; права и обязанности человека и гражданина, отдельных групп населения в сфере охраны здоровья, гарантии реализации этих прав; полномочия и ответственность органов государственной власти Российской Федерации, органов государственной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления в сфере охраны здоровья; права и обязанности медицинских организаций, иных организаций, индивидуальных предпринимателей при осуществлении деятельности в сфере охраны здоровья; права и обязанности медицинских работников и фармацевтических работников (ст. 1).

Близкие по смыслу задачи решает Закон Саратовской области от 14 апреля 1997 г. «О правах пациента». Образующие его внутреннюю структуру нормы и положения призваны: 1) закрепить права пациента при получении медико-социальной и лекарственной помощи; 2) установить основные гарантии и механизмы обеспечения прав пациента; 3) защитить права и свободы человека и гражданина в области охраны здоровья.

Другие задачи свойственны действующему уголовному праву. Они сформулированы в ч. 1 ст. 2 УК РФ и преследуют свой специфический социально позитивный результат: «охрана прав и свобод человека и гражданина, собственности, общественного порядка и общественной безопасности, окружающей среды, конституционного строя Российской Федерации от преступных посягательств, обеспечение мира и безопасности человечества, а также предупреждение преступлений». Таким образом, законодатель выделяет две задачи уголовного права: охрану соответствующих интересов личности, общества, государства, мира и безопасности человечества от преступных посягательств и предупреждение преступлений.

Содержание процитированных задач свидетельствует о том, что здравоохранительное и уголовное законодательство вносят собственный вклад в процесс реализации прав и свобод человека, испытывающего потребность во врачебной помощи и профилактику правонарушений в сфере оказания услуг медико-биологического характера. Так, ценность здравоохранительного законодательства в осуществлении и защите прав и свобод лица, обращающегося в медицинские учреждения за лечебной помощью, разносторонняя. Она заключается в определении юридического статуса пациента и врача, внесении порядка в здравоохранительные отношения посредством установления внятных границ правомерного поведения его участников, предоставлении им права на осуществление и защиту законных интересов, формировании юридической основы для развития социальных связей между производителями и потребителями медицинских услуг. Результат воздействия позитивного права на свой предмет регулирования выражается в оптимальном удовлетворении не противоречащих

закону интересов участников здравоохранительных отношений. Недопущение каких-либо противоречий между потребителями и исполнителями медицинских услуг представляет собой идеальную модель построения взаимоотношений. Однако, как справедливо заметил С.С. Алексеев, «было бы известным преувеличением, отходом от жизненной правды утверждать, что в рассматриваемых случаях действие юридических норм опирается только на высокую сознательность граждан, их убежденность в разумности и целесообразности правовых предписаний, моральный авторитет норм права. Отдельные лица могут не понять идеологического содержания норм»¹. Предугадывая вероятность возникновения конфликтных ситуаций в рассматриваемой сфере социального обслуживания населения, законодатель в заключительной части нормативных актов регулятивного характера указывает на существование правовых отраслей, побуждающих недобросовестных субъектов к надлежащему исполнению возложенных на них обязанностей.

Обслуживающая роль в осуществлении прав больного человека в российской правовой системе отводится уголовному закону. Будучи мерой субсидиарной, уголовно-правовой запрет на совершение деяний, наносящих вред либо создающих опасность причинения вреда охраняемым законом интересам личности, общества, государства, мира и безопасности человечества, устанавливается лишь в случае исчерпанности потенциала регулятивных отраслей законодательства в их обеспечении. В этом смысле предметом уголовно-правового воздействия становятся правоисполнители, которые даже в условиях максимальной упорядоченности общественных отношений на уровне регулятивных отраслей права и законодательства демонстрируют свою готовность пренебрегать предоставленным юридическим статусом. Воздействуя на сознание и волю медицинских работников, склонных к посягательствам на интересы пациента, уголовно-правовые нормы под угрозой применения наказания стимулируют их к правомерному поведению. Непосредственным результатом действия уголовного закона выступает удержание правоисполнителя от соверше-

¹ Алексеев С.С. Механизм правового регулирования в социалистическом государстве. М., 1966. С. 22.

ния преступления, а в случае его совершения – привлечение преступника к уголовной ответственности¹.

Обнаруженную взаимосвязь и взаимообусловленность регулятивного и охранительного законодательства, обеспечивающего права и свободы пациента, отечественный законодатель не отразил в форме правового механизма. Определенные усилия показать его элементы и обосновать результативность предпринимаются в юридической доктрине². Серьезное осмысление представителями различных отраслей юридической науки основ правового регулирования социальных связей, устанавливаемых по поводу охраны здоровья граждан и оказания медицинской помощи, обещает значимые перспективы в виде разработки эффективного механизма правового воздействия на поведение лиц, занимающихся врачебной практикой. Однако при всей оригинальности представленных в литературе научных подходов к пониманию теории юридического упорядочивания здравоохранительных отношений, преимущественная часть авторов сходится во мнении, суть которого состоит в необходимости активизации карательной политики государства в отношении медицинского работника, совершившего умышленное или неосторожное преступление во время исполнения профессиональных функций. Так, среди специалистов криминального цикла сформировалась твердая позиция, обосновывающая в качестве единственного средства противодействия негативным процессам, происходящим в обществе, ресурсы уголовного права. В свете изложенного большинство исследователей рассматривают резервы качественного обеспечения не противоречащих закону интересов пациента и предупреждения общественно опасных деяний в области здравоохранения в двух направлениях. Первое ориентирует отечественного законодателя на ужесточение санкций существующих уголовно-правовых норм,

¹ См.: Разгильдиев Б.Т. Задачи уголовного законодательства России: понятие, содержание // Эффективность уголовного законодательства Российской Федерации и обеспечение задач, стоящих перед ним: Всерос. науч.-практ. конф. (25-26 марта 2004 г.): В 2 ч. / под ред. Б.Т. Разгильдиева. Саратов, 2004. – Ч. 1. С. 5-8.

² См.: Ардашева Н.А. Проблемы гражданско-правового обеспечения прав личности в договоре на оказание медицинской помощи: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. Тюмень, 1997; Долаев Ш.Р. Прогресс в медицине и проблема защиты прав человека: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. М., 2004; Шолом Е.А. Проблемы гражданско-правового регулирования ответственности исполнителя косметологических услуг // Вестник Саратовской государственной академии права. 2010. № 2. С. 183-187; Сучков А.В. Проблемы доказывания профессиональных преступлений, совершаемых медицинскими работниками // Медицинское право. 2010. № 2. С. 27-30; Кудakov А.В. Врачебная ошибка и ее уголовно-правовая оценка: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. Саратов, 2011.

стимулирующих врачей к исполнению профессиональных обязанностей в рамках утвержденных ведомственными нормативными документами стандартов поведения¹. Суть второго направления заключается в дополнительной криминализации отклоняющегося от официально одобренной модели профессионального поведения действия (бездействия) медицинского работника, ставящего в опасность причинения вреда здоровью или жизни больного человека².

Складывающуюся в отечественной науке практику придания уголовному закону исключительной роли в обеспечении интересов названной социально уязвимой группы лиц нельзя признать позитивным процессом. Карательная мощь наказания не всегда приносит эффект в борьбе с отклоняющимся от профессионального стандарта поведением медицинского работника. Соглашаясь с тем, что задача охраны интересов личности, общества, государства, мира и безопасности человечества от преступных посягательств ассоциируется с результатом, к достижению которого стремится уголовное право, в то же время нельзя недооценивать возможности позитивных отраслей законодательства в процессе реализации прав и свобод человека и противодействия общественно опасным деяниям. Подробно регламентируя права и обязанности участников соответствующих правоотношений, нормы и положения позитивного законодательства формируют их юридический статус. Наделение необходимым объемом прав и обязанностей придает их носителям строго определенные функции, реализация которых обеспечивает позитивную направленность и результативность совершаемых действий. Применительно к отношениям, возникающим в связи с необходимостью оказания медицинской помощи конкретному гражданину, здравоохранительное законодательство определяет правовой статус пациента и лица, профессионально занимающегося врачебной практикой. Унифицируя

¹ См.: Красиков А.Н. Уголовно-правовая охрана прав и свобод человека в России. Саратов, 1996. С. 117-118; Кондрашова Т.В. Проблемы уголовной ответственности за преступления против жизни, здоровья, половой свободы и половой неприкосновенности. Екатеринбург, 2000. С. 232; Татаркин В.В. Преступления медицинских работников против жизни и здоровья: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. Ростов-н/Д., 2007. С. 15.

² См.: Крылова Н.Е. Уголовное право и биоэтика: проблемы, дискуссии, поиск решений. М., 2006; Папеева К.О. Институт медицинской тайны как объект уголовно-правовой охраны. Нижний Новгород. 2007; Соловьев А.П. Предупреждение преступлений в сфере здравоохранения: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. М., 2007. С. 12, 28; Фабрика Т.А. Проблемы уголовной ответственности за принуждение к изъятию органов или тканей человека для трансплантации: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. Челябинск, 2007. С. 12-15.

взаимоотношения между врачами и потребителями их профессиональных услуг, нормы позитивного законодательства в сфере здравоохранения создают объективную основу для реализации субъектами своих прав и исполнения возложенных на них обязанностей в пределах существующих правоотношений. При этом в силу ориентированности здравоохранительного права на обеспечение интересов социально уязвимой группы людей, в рассматриваемых правоотношениях приоритетное положение принадлежит пациенту. Его потребности в охране здоровья и жизни определяют социальное назначение и содержание деятельности лиц, принимающих участие в организации или непосредственном оказании врачебной помощи. В сложившихся правоотношениях на врачей возлагается обязанность действовать в соответствии с официально утвержденными нормативными предписаниями, а пациенты вправе требовать от обязанных лиц надлежащего исполнения профессиональных функций.

От качества исполнения медицинскими работниками профессиональных функций зависит результативность удовлетворения интересов больного человека. Данное обстоятельство побуждает законодателя фиксировать в составляющих содержание здравоохранительного законодательства нормах и положениях параметры должного поведения врача. Заданные стандарты деятельности специалиста позволяют гражданам, общественным организациям, государственным структурам осуществлять контроль над качеством предоставляемой населению услуги медико-биологического характера. В свете изложенного актуален вывод О.С. Иоффе и М.Д. Шаргородского о том, что правовое регулирование достигает своей цели тогда, когда с помощью специфических юридических средств оказывается возможным подвергнуть внешнему контролю действия (бездействие) участников общественных отношений и вызвать к жизни требуемое от них поведение¹. Отсутствие юридического и социального контроля может спровоцировать отдельных недобросовестных представителей практической медицины к пренебрежению официально одобренными нормативами оказания врачебной помощи. В связи с этим каждый установленный случай игно-

¹ См.: Иоффе О.С., Шаргородский М.Д. Вопросы теории права. М., 1961. С. 87.

рирования медицинским работником действующих нормативных предписаний должен становиться предметом специального рассмотрения общественных организаций по защите прав пациента, профессиональных медицинских ассоциаций, правоохранительных органов. Выявленные нарушения юридических обязанностей, вытекающих из статуса медицинского работника, являются основанием для применения к виновным лицам мер дисциплинарного, гражданско-правового, административного либо уголовно-правового характера.

Вместе с тем угроза реализации юридической ответственности за отступление от дозволенных вариантов профессионального поведения не всегда является универсальным средством стимулирования медицинских работников к надлежащему исполнению диагностических, терапевтических, хирургических, профилактических манипуляций. Предметом воздействия правовых санкций выступают сознание и воля лишь незначительной части медицинского персонала, допускающих возможность пренебрежения существующими правилами врачебной практики в силу профессиональной некомпетентности. По отношению к преимущественному большинству медицинских работников нет объективной необходимости в закреплении юридической ответственности, стимулирующей соблюдение прав и свобод пациента. У среднестатистического врача в процессе обучения и практики формируется совокупность нравственных и профессиональных качеств, побуждающих его к удовлетворению интересов больного в границах провозглашенных стандартов лечения. По своей природе личность медицинского работника, стремящегося к высоким идеалам профессии, характеризуется уважительным и терпимым отношением к пациенту, неукоснительным соблюдением норм деонтологии и позитивного законодательства. Так, по результатам проведенного нами социологического исследования 76 % участвовавших в опросе врачей подтвердили готовность следовать утвержденным профессиональным стандартам даже без угрозы привлечения к юридической ответственности. Исходя из выполняемых функций, им достаточно определить параметры дозволенного и ожидаемого от среднестатистического доктора поведения. 18,2 % респондентов ответили, что специально не фик-

сируют в своем сознании моральных и юридических стимулов качественного исполнения обязанностей, детерминированных правовым статусом медицинского работника и пациента. Оставшиеся 5,8 % опрошенных лиц допускают возможность отступления от действующих нормативов осуществления медицинских действий в отсутствии реальной угрозы наступления ответственности, предусмотренной трудовым, гражданско-правовым, административным или уголовным законодательством.

Приведенные цифры наглядно иллюстрируют приоритетную роль позитивного законодательства в упорядочивании врачебной практики. Но по большому счету государству безразлично, в силу каких причин гражданин воздерживается от совершения противоправного деяния: добровольно, вынужденно или принудительно. Бесспорно, предпочтительным является соблюдение нормативных предписаний осознанно и добровольно. Следование унифицированным правилам осуществления лечебно-профилактических и других видов медицинской деятельности образует фундамент, на основе которого надлежит развивать правовую политику, сориентированную на снижение риска ущемления интересов пациента, совершенствование профессиональных качеств врача, реализацию инновационных идей и технологий в области здравоохранения. Одновременно регулятивному законодательству отводится важная роль в предупреждении профессиональных погрешностей медицинских работников и профилактике других правонарушений. Как отмечал Чезаре Беккария, «лучше предупреждать преступления, чем карать за них. Это составляет цель любого хорошего законодательства, которое, в сущности, является искусством вести людей к наивысшему счастью или к возможно меньшему несчастью, если рассуждать с точки зрения соотношения добра и зла в нашей жизни»¹. Устанавливая благоприятные в юридическом, организационном, экономическом отношениях условия, средства и порядок осуществления личных интересов, нормы и положения позитивного законодательства устраняют причины, способные побуждать отдельных правоисполнителей к совершению дисциплинарных про-

¹ Беккария Ч. О преступлениях и наказаниях. М., 1995. С. 123.

ступков, гражданско-правовых деликтов, административных правонарушений и уголовно наказуемых деяний. Они обладают силой принудительного обеспечения исполнения возложенных на участников здравоохранительных отношений юридических обязанностей и возможностями содействия в выработке у представителей практической медицины профессиональных навыков. Изложенные суждения согласуются с высказанной в юридической литературе Б.Т. Разгильдиевым научной позицией, согласно которой основанная на требованиях нравственности высокая степень правовой урегулированности социально значимых отношений объективно позволяет физическим и юридическим лицам качественно реализовать свои права, свободы и не противоречащие закону интересы, исполнять возложенные на них обязанности правомерным способом, не прибегая к нарушению интересов других граждан, учреждений, организаций, общества и государства¹.

Значение регулятивного законодательства в сфере здравоохранения не ограничивается упорядочением врачебной практики и предупреждением профессиональных правонарушений представителей ортодоксальной медицины. Выполняя функции цивилизованного регулятора социально значимых связей, позитивное право способствует прогрессированию здравоохранительных отношений. Динамику общественным отношениям в области охраны здоровья граждан и оказания медицинской помощи позитивное законодательство придает благодаря заложенному в нем потенциала по стимулированию правоисполнителей к решению жизненных ситуаций в рамках провозглашенных правил поведения. Как справедливо отмечает С.С. Алексеев, надлежащее юридическое упорядочение и закрепление «общественных отношений нередко открывает простор для деятельности определенных групп людей, что обеспечивает развитие данных общественных отношений»².

Созидательная роль регулятивного законодательства наиболее отчетливо обнаруживается в экспериментальной медицине, включающей в себя испыта-

¹ См.: Разгильдиев Б.Т. Противодействие преступлениям как основа решения уголовно-правовых задач // Противодействие преступности: уголовно-правовые, криминологические и уголовно-исполнительные аспекты. Материалы III Российского Конгресса уголовного права, состоявшегося 29-30 мая 2008 г. М., 2008. С. 474-477.

² Алексеев С.С. Механизм правового регулирования в социалистическом государстве. М., 1966. С. 11.

ние и внедрение во врачебную практику новых методов диагностики, лечения и профилактики болезней. Получив свободу творческой деятельности в пределах очерченных юридическими нормами границ, участвующие в биомедицинском исследовании правоисполнители активизируют собственные усилия на достижение максимального результата от реализации предоставленных им прав и исполнения обязанностей. Официально утвержденные регламенты профессиональной деятельности позволяют работникам системы здравоохранения, проявляющим интерес к инновационным направлениям развития медицины, оптимизировать врачебную практику без риска быть осужденным с точки зрения морали и права. Достижение благоприятного результата в процессе медико-биологического эксперимента предполагает изменение отраслевых стандартов, устанавливающих объективные критерии качества и объема оказываемой пациенту лечебно-диагностической помощи. Получив юридическое оформление в правоустанавливающих документах, результаты апробированных новаторских идей становятся официальным ориентиром для всех специалистов соответствующей отрасли медицинской практики. Вновь образованная норма, становясь органической частью системы законодательства о здравоохранении, дополняет права и обязанности субъектов здравоохранительных отношений. Расширение правового пространства за счет пополнения юридического статуса производителей и потребителей медицинских услуг служит доказательством целенаправленного развития здравоохранительных отношений.

Современная система здравоохранительного законодательства располагает значительным объемом юридически значимых документов, устремленных на упорядочивание и дальнейшее развитие отношений, возникающих по поводу охраны здоровья человека и оказания услуг медико-биологического характера. Возглавляет официально не оформленную систему нормативных актов здравоохранительного характера, составляя первый ее уровень, Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»¹. Предметом его регулирования выступают отношения, возникающие в

¹ См.: СЗ РФ. 2011. № 48. Ст. 6724.

сфере охраны здоровья человека. Для обеспечения стабильности функционирования всей системы здравоохранения положения названного нормативного акта определяют основные принципы охраны здоровья, полномочия федеральных органов государственной власти, органов государственной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления в сфере охраны здоровья, права и обязанности граждан в сфере охраны здоровья, права медицинских и фармацевтических работников и др.

Ценность рассматриваемого Федерального закона в осуществлении прав человека, испытывающего потребность в диагностической, лечебной или профилактической помощи, определяется тем, что в истории отечественного законодательства он впервые формулирует понятие «пациент», «медицинский работник», «фармацевтический работник», определяет их правовой статус (ст. 2, 19, 27, 69-73). Формирование правового статуса участников здравоохранительных отношений вносит в них элемент упорядоченности, придает действиям лиц, ответственных за охрану здоровья граждан, организованность, целенаправленность, стабильность, обеспечивает их подконтрольность. Имея адресатом воздействия правоисполнителей в лице медицинских и фармацевтических работников, руководителей государственных, муниципальных, частных учреждений здравоохранения и пациентов, анализируемый нормативный акт побуждает их к согласованию специфических интересов. В соответствии с юридическим статусом при обращении за медицинской помощью и ее получении пациенту принадлежит право на: выбор врача и выбор медицинской организации; профилактику, диагностику, лечение, медицинскую реабилитацию в медицинских организациях в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям; получение консультаций врачей-специалистов; облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными методами и лекарственными препаратами; получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья; получение лечебного питания в случае нахождения пациен-

та на лечении в стационарных условиях; защиту сведений, составляющих врачебную тайну; отказ от медицинского вмешательства; возмещение вреда, причиненного здоровью при оказании ему медицинской помощи; допуск к нему адвоката или законного представителя для защиты своих прав; допуск к нему священнослужителя, а в случае нахождения пациента на лечении в стационарных условиях – на предоставление условий для отправления религиозных обрядов, проведение которых возможно в стационарных условиях, в том числе на предоставление отдельного помещения, если это не нарушает внутренний распорядок медицинской организации (ч. 5 ст. 19).

Осуществление прав пациента в конкретном правоотношении обеспечивается исполнением обязанностей, вытекающих из статуса медицинского и фармацевтического работника. В этом смысле права больного человека являются определяющими профессиональные обязанности представителя ортодоксальной медицины. Изменения в структуре прав пациента обуславливают трансформацию обязанностей врача. В соответствии с юридическим статусом на медицинского работника возлагается обязанность: оказывать медицинскую помощь в соответствии со своей квалификацией, должностными инструкциями, служебными и должностными обязанностями; соблюдать врачебную тайну; совершенствовать профессиональные знания и навыки путем обучения по дополнительным профессиональным образовательным программам в образовательных и научных организациях в порядке и в сроки, установленные уполномоченным федеральным органом исполнительной власти; назначать лекарственные препараты и выписывать их на рецептурных бланках и т.д. (ст. 73). Воздействуя на сознание и волю конкретного представителя медицинской профессии, нормы и положения о юридических обязанностях формируют у медицинского работника профессиональное поведение и служат гарантией обеспечения прав, свобод и не противоречащих закону интересов пациента.

Второй уровень в структуре отечественного здравоохранительного законодательства образуют нормативно-правовые акты, регулирующие отдельные направления медицинской, фармацевтической, психиатрической, генно-

инженерной деятельности. К их числу в настоящее время относятся: Закон РФ от 2 июля 1992 г. «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»¹, Закон РФ от 22 декабря 1992 г. «О трансплантации органов и (или) тканей человека»², Федеральный закон от 30 марта 1995 г. «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)»³, Федеральный закон от 5 июля 1996 г. «О государственном регулировании в области генно-инженерной деятельности»⁴, Федеральный закон от 17 сентября 1998 г. «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней»⁵, Федеральный закон от 30 марта 1999 г. «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»⁶, Федеральный закон от 18 июня 2001 г. «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации»⁷, Федеральный закон от 20 мая 2002 г. (в ред. от 29 марта 2010 г.) «О временном запрете на клонирование человека»⁸, Федеральный закон от 12 апреля 2010 г. «Об обращении лекарственных средств»⁹, Федеральный закон Российской Федерации от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»¹⁰, Федеральный закон от 20 июля 2012 г. «О донорстве крови и ее компонентов»¹¹.

Функциональное назначение перечисленных официальных документов состоит в упорядочении на основе норм права отношений между потребителями и производителями медико-биологических услуг, складывающихся по поводу оказания психиатрической помощи, трансплантации органов и (или) тканей человека, обеспечения мер по организации донорства крови, иммунопрофилактики инфекционных болезней, обращения лекарственных средств и т.д. В них затрагиваются значимые для охраны жизни, здоровья, свободы, чести и досто-

¹ См.: Ведомости СНД и ВС РФ. 1992. № 33. Ст. 1913.

² См.: Ведомости СНД и ВС РФ. 1993. № 2. Ст. 62.

³ См.: СЗ РФ. 1995. № 14. Ст. 1212.

⁴ См.: СЗ РФ. 1996. № 28. Ст. 3348.

⁵ См.: СЗ РФ. 1998. № 38. Ст. 4736.

⁶ См.: СЗ РФ. 1999. № 14. Ст. 1650.

⁷ См.: СЗ РФ. 2001. № 26. Ст. 2581.

⁸ См.: СЗ РФ. 2002. № 21. Ст. 1917.

⁹ См.: СЗ РФ. 2010. № 16. Ст. 1815.

¹⁰ См.: СЗ РФ. 2010. № 49. Ст. 6422.

¹¹ См.: СЗ РФ. 2012. № 30. Ст. 4176.

инства личности аспекты врачебной практики. Развивая многие положения, изложенные в Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», каждый из названных нормативных актов вносит собственный вклад в создание правового режима, оптимального для осуществления медицинской, психиатрической, фармацевтической, генно-инженерной деятельности. Последнее достигается посредством детальной регламентации субъективных прав и юридических обязанностей участников здравоохранительных отношений, что стимулирует правоисполнителей к удовлетворению собственных интересов в пределах четко установленных границ дозволенного поведения. Тотальная юридическая регламентация социально значимых связей создает естественное препятствие для реализации преступных намерений лиц, по долгу профессии призванных лечить или облегчить физическое и психическое состояние больного человека, минимизирует вредоносное воздействие некавалифицированного поведения отдельных медицинских работников на пациента. «Действие в рамках правовых установлений становится выгоднее («экономичнее»), снижается риск ответственности, который существует при неправомерном поведении, и тем самым повышается ценностный аспект урегулированного позитивного общественного отношения»¹.

Подробное упорядочивание отношений между пациентами и медицинским персоналом на уровне позитивного законодательства позволяет выявить круг фактически существующих интересов, испытывающих объективную потребность в уголовно-правовой охране. Необходимость обращения к услугам уголовного права возникает тогда, когда резервы регулятивного законодательства по стимулированию медицинских работников к надлежащему исполнению профессиональных функций оказываются недостаточными, а совершаемые правонарушения по характеру и степени вредоносности являются общественно опасными. Закрепленная на уровне позитивного законодательства возможность защиты интересов личности посредством восстановления нарушенных субъективных прав и (или) компенсации нанесенных потерь в подобных случаях ока-

¹ Мирошниченко Д.В. Уголовно-правовое воздействие на коррупцию. М., 2010. С. 78.

зывается неэффективным. Жизненные ситуации требуют подключения механизма правоохраны. Лишь строгие санкции уголовного закона способны побуждать отдельных недобросовестных представителей врачебной профессии к исполнению обязанности по воздержанию от совершения посягательства на права и свободы больного человека.

Упорядочивающие и развивающие здравоохранительные отношения нормативно-правовые акты определяют пределы действия уголовного закона в направлении обеспечения интересов лица, нуждающегося в услугах медицинского характера. Конструируя составы преступлений против личности, общества, государства, мира и безопасности человечества, законодатель исходит, прежде всего, из сформулированных в ст. 2 УК РФ задач уголовного права и требований, вытекающих из норм и положений регулятивного права. В этом смысле содержательная сторона конкретных преступлений по объему является подчиненной содержанию соответствующих правонарушений, предусмотренных правовыми нормами иной отраслевой принадлежности, а уголовная ответственность за общественно опасные деяния определяется рамками запрещенного другими отраслями права поведения¹.

Оставляя за собой в качестве основной функции регулирование поведения участников правоотношений, позитивное законодательство обуславливает содержание уголовно-правовых норм, в том числе предупреждающих общественно опасные деяния против прав и свобод пациента. В аспекте изложенного заслуживает внимания высказанная В.В. Мальцевым научная позиция: «Очерчивая сферу преступного и тем самым одновременно определяя и область правомерного поведения, уголовное право, тем не менее, на содержание последнего не влияет. Его содержание в целом обуславливается содержанием базисных общественных отношений, урегулированных на основе норм конституционного, гражданского и норм иных охраняемых уголовным правом отраслей. Отсюда и реализация уголовного права по отношению к таким отраслям права

¹ См.: Лопашенко Н.А. Убийства: монография. М., 2013. С. 98; Безверхов А.Г. Имущественные преступления. Самара, 2002. С. 331; Денисова А., Малков В. Системность и комплексный подход в правотворчестве (на примере уголовного права) // Уголовное право. 2005. № 3. С. 125.

... носит подчиненный, служебный характер»¹. При этом уголовное право активно использует понятия, содержательно наполненные регулятивными отраслями законодательства. Так, для уяснения содержания объективных признаков состава преступления, сформулированного в ст. 128 УК РФ «Незаконная госпитализация в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях», правоприменителю следует обращаться к Закону РФ от 2 июля 1992 г. «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Именно названный нормативно-правовой документ определяет основания и порядок госпитализации в психиатрический стационар в добровольном и недобровольном порядке страдающих психическим расстройством лиц, продления госпитализации в недобровольном порядке, выписки из психиатрического стационара. Он же формирует юридический статус пациента, находящегося в психиатрическом стационаре, и медицинского работника, оказывающего психиатрическую помощь, вкладывает в понятие «психиатрический стационар» юридическое содержание. Опираясь той или иной категорией законодательства о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании, уголовное право не может в собственных интересах расширительно толковать ее значение. В противном случае уголовный закон, обеспечивая права и свободы пациента, выходит за пределы предмета регулирования здравоохранительного законодательства. «А уголовное право, - как справедливо доказывает Б.Т. Разгильдиев, - может охранять только те или иные стороны предмета соответствующей регулятивной отрасли права»².

Третий уровень в системе здравоохранительного законодательства составляют нормативные документы субъектов Российской Федерации, принятые для организации охраны здоровья человека и оказания медико-социальной помощи в соответствующих республиках, областях, краях. По подсчетам специалистов в субъектах Российской Федерации ныне функционируют более 300 та-

¹ Мальцев В.В. Принципы уголовного права и их реализация в правоприменительной деятельности. СПб., 2004. С. 313.

² Разгильдиев Б.Т. Соотношение уголовного права с нравственностью, другими отраслями права // Уголовное право России: Курс лекций: В 6 т. / под ред. Б.Т. Разгильдиева. Саратов, 2004. – Т. 1. Кн. 1. С. 315-316.

ких законов¹. Исходя из своего наименования, региональные акты об охране здоровья выглядят весьма неоднородно. Так, на территории Республики Башкортостан действует Закон Республики Башкортостан от 4 декабря 2012 г. № 608-з «Об охране здоровья граждан в Республике Башкортостан»², Республики Коми – Закон Республики Коми от 21 декабря 2007 г. № 124-РЗ «О некоторых вопросах в сфере охраны здоровья граждан в Республике Коми»³, Астраханской области – Закон Астраханской области от 8 ноября 2012 г. № 79/2012-ОЗ «Об отдельных вопросах правового регулирования отношений в сфере охраны здоровья граждан»⁴, Псковской области – Закон Псковской области от 30 сентября 2009 г. № 903-оз «О реализации отдельных полномочий Российской Федерации в области охраны здоровья граждан на территории Псковской области»⁵, Краснодарского края – Закон Краснодарского края от 30 июня 1997 г. № 90-КЗ «Об охране здоровья населения Краснодарского края»⁶, Алтайского края – Закон Алтайского края от 8 апреля 2013 г. № 10-ЗС «О регулировании отдельных отношений в сфере охраны здоровья граждан на территории Алтайского края»⁷, Тюменской области – Закон Тюменской области от 28 декабря 2004 г. № 333 «Об организации медицинской помощи населению Тюменской области»⁸, Московской области – Закон Московской области от 11 ноября 2005 г. № 240/2005-ОЗ «О здравоохранении в Московской области»⁹. Однако по структуре и содержанию перечисленные документы мало чем отличаются друг от друга. Большинство из них механически воспроизводят нормы и положения, сформулированные в Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» без учета региональных особенностей, влияющих на условия проживания и психосоматическое состояние местного населения. По-

¹ См.: Бевеликова Н.М. Правовой мониторинг в сфере здравоохранения // Медицинское право. 2008. № 4. С. 5.

² См.: Ведомости Государственного Собрания - Курултая, Президента и Правительства Республики Башкортостан. 2012. № 36(402). Ст. 1685.

³ См.: Ведомости нормативных актов органов государственной власти Республики Коми. 2007. № 12 (3). Ст. 5348.

⁴ Сборник законов и нормативных правовых актов Астраханской области. 2012. № 51.

⁵ См.: Псковская правда. 2009. 1 октября. № 192.

⁶ См.: Информационный бюллетень ЗС Краснодарского края. 1997. № 20.

⁷ См.: Сборник законодательства Алтайского края. 2013. № 204. Ч. 1.

⁸ См.: Вестник Тюменской областной Думы. 2004. № 15. Ч. 1.

⁹ См.: Ежедневные Новости. Подмоскowie. 2005. 19 ноября. № 220.

следнее никак не способствует повышению результативности действия законов, принимаемых субъектами Российской Федерации.

Наряду с этим в отдельных регионах накоплен позитивный опыт нормотворческой практики в сфере координации вопросов здравоохранения, которые не получили должного отражения в федеральных правовых актах. Так, в Хабаровском крае принят Закон Хабаровского края от 23 декабря 2009 г. «О мерах по предупреждению причинения вреда здоровью и развитию детей»¹, в Красноярском крае – Закон Красноярского края от 24 декабря 2004 г. «О реализации государственных гарантий оказания населению края бесплатной медицинской помощи»², Тульской области – Закон Тульской области от 5 октября 2000 г. «О защите прав граждан по созданию семьи и сохранению ее здоровья на территории Тульской области»³, Саратовской области – Закон Саратовской области от 14 апреля 1997 г. «О правах пациента»⁴. Отражая надежды людей на повышение качества оказываемой медико-социальной помощи и признание их прав, как пациентов, региональные документы устанавливают дополнительные гарантии и механизмы осуществления права человека на здоровье. В частности, гарантируя обеспечение прав пациента на территории Саратовской области, Закон Саратовской области «О правах пациента» закрепляет полномочия органов законодательной и исполнительной власти, участников медицинского обслуживания по обеспечению и защите прав пациента: «Органы государственной власти Саратовской области разрабатывают и принимают законодательные и иные правовые акты по вопросам защиты прав пациентов в пределах, предусмотренных законодательством; осуществляют государственную политику в области защиты прав пациента; определяют основы государственной политики в Саратовской области по защите прав пациента, обеспечивают гарантированный объем и условия бесплатной медицинской помощи в соответствии с территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации, проживающим на территории области, бесплатной медицинской

¹ См.: Собрание законодательства Хабаровского края. 2009. № 12 (89). Ч. 1.

² См.: Ведомости высших органов государственной власти Красноярского края. 2005. № 3.

³ См.: Вестник Тульской областной Думы. 2000. № 8 (55) – 9 (56).

⁴ См.: Саратовские вести по понедельникам. 1997. 28 апреля. № 1533.

помощи, включающей в себя программу обязательного медицинского страхования, качество и доступность медицинской помощи пациенту, правовую и социальную защищенность пациентов, координируют деятельность органов исполнительной власти области, хозяйствующих субъектов, субъектов государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения в области охраны здоровья граждан» (ст. 16). В случае нарушения прав каждый пациент может обращаться с жалобой непосредственно к руководителю или иному должностному лицу лечебно-профилактического учреждения, в котором ему оказывается медицинская помощь, в государственные органы, профессиональные медицинские ассоциации либо в суд.

Наблюдающаяся на федеральном и региональном уровнях активная правотворческая практика по формированию массива юридических документов в области охраны здоровья граждан и оказания медицинской помощи позволяет констатировать, что в Российской Федерации продолжается процесс становления межотраслевого нормативного образования в сфере здравоохранения¹. Однако структура здравоохранительного законодательства в целостном виде еще не представлена. Результатом динамичного развития новой комплексной отрасли законодательства стало лишь юридическое оформление некоторых крупных ее блоков, предметом регулирования которых выступают организация охраны здоровья населения или относительно обособленные сферы врачебной деятельности. К их числу относятся: организация лечебно-профилактической помощи и санитарно-курортного лечения, медицинское страхование, обращение лекарственных средств, деятельность по планированию семьи и регулированию репродуктивной функции человека, предупреждение распространения отдельных заболеваний (заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции), туберкулеза), трансплантация органов и тканей человека, оказание психиатрической помощи, санитарно-эпидемиологический надзор,

¹ См.: Дюжиков С.А. Конституционное обеспечение права на охрану здоровья в Российской Федерации: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. Ростов-на-Дону, 2001. С. 20-21; Милушин М.И. Формирование комплексных образований в системе законодательства Российской Федерации: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. М., 2003; Шленева Е.В. Отрасль медицинского права России – проблемы формирования самостоятельного предмета и метода правового регулирования / Медицинское право: Учебное пособие. М., 2006. С. 33.

медицинская экспертиза и др. Составной частью здравоохранительного законодательства должен стать раздел, посвященный юридическому обеспечению интересов пациента. В него рекомендуется включить нормы и положения, раскрывающие содержание категорий «пациент», «права пациента», «свободы пациента», «законные интересы пациента», «обязанности пациента». Здесь же логично закрепить перечень прав, свобод и обязанностей пациента, регламентировать механизм осуществления и защиты его прав и свобод, определить юридическую ответственность правоисполнителей, допустивших нарушение прав и свобод лица, обратившегося за медицинской помощью. Создание надлежащего правового режима регулирования значимых для пациента связей является первоочередной задачей, решение которой позволит снять значительную часть имеющихся проблем в обеспечении интересов больного человека, стимулирует развитие отечественного здравоохранения.

Окончательное оформление в правовой системе Российской Федерации качественно нового юридического образования напрямую зависит от предварительного решения некоторых теоретических вопросов. Основополагающий их смысл состоит в необходимости формулирования дефиниции здравоохранительного законодательства, уточнения предмета, метода, задач регулирования законодательства о здравоохранении, определения его места в российской правовой системе, исследования соотношения здравоохранительного законодательства с другими отраслями права и законодательства. Раскрывая содержание дефиниции здравоохранительного законодательства, следует отразить его специфическую природу и социально-правовое предназначение. Отрасль здравоохранительного законодательства отличается от других отраслей сферой правового регулирования, охватывающей реализацию интересов человека по поддержанию и укреплению психосоматического состояния здоровья и пользованию услугами медицинского характера. Ожидаемым результатом действия ее норм традиционно принято считать обеспечение сохранности здоровья населения и беспрепятственного получения больными качественных медицинских услуг. Такое умозаключение во многом стимулировано позицией самого зако-

нодателя, который в регулятивном законе о здравоохранении ориентирует правоисполнителей на охрану здоровья граждан. С приведенной позицией можно согласиться лишь отчасти. Так, в ст. 2 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» под сохранностью физического и психического здоровья человека законодатель подразумевает поддержание его долголетней активной жизни. Однако семантика термина «охрана» в действительности предполагает защиту чьих-либо интересов от внешнего посягательства¹. Задача охраны здоровья человека от внешнего воздействия является прерогативой уголовного права. С учетом сделанного уточнения понятие здравоохранительного законодательства можно определить как совокупность взаимосвязанных нормативно-правовых актов, направленных на обеспечение реализации интересов человека по поддержанию и укреплению психосоматического состояния здоровья и пользованию услугами медицинского характера, отвечающими высоким технологическим стандартам.

Социальная ориентированность нормативных актов, стимулирующих реализацию не противоречащих закону интересов пациента, предопределяет предмет обосновываемой отрасли в качестве отношений по поддержанию физического и психического состояния здоровья на надлежащем уровне и получению качественной медицинской помощи. Следуя заданной логике, здравоохранительные правоотношения устанавливаются в интересах лица, испытывающего потребность в улучшении психосоматического состояния здоровья. Наряду с лицом, наделенным статусом пациента, другим субъектом здравоохранительных правоотношений выступает врач и иной медицинский работник, официально допущенный к занятию профессиональной деятельностью. Исходя из характера задач, стоящих перед здравоохранительным законодательством, на представителей медицинской профессии закон воздействует императивно. Во взаимоотношениях с пациентами на них возлагается обязанность по оказанию медицинской помощи в соответствии с утвержденным стандартом профессионального поведения. Позитивная обязанность действовать определенным обра-

¹ См.: Словарь русского языка: В 4 т. М., 1986. Т. 2. С. 730.

зом стимулируется юридической ответственностью. Лица, испытывающие потребность в диагностической либо лечебной помощи, вправе ожидать от медицинского персонала надлежащего исполнения профессиональных функций. Осуществление и защита субъективных прав пациента подкрепляется юридическими гарантиями. Диспозитивная модель правового регулирования предоставляет пациенту возможность действовать по своему усмотрению, демонстрируя тем самым его самостоятельность в выборе лечебно-профилактического учреждения, врача или иного представителя медицинской профессии, средств и методов диагностики и лечения и т.д.

Социальное предназначение здравоохранительных правоотношений состоит в упорядочении значимых для пациента и медицинского работника связей посредством формирования их юридического статуса. Конкретные задачи здравоохранительного законодательства перечислены в нормативных документах, образующих структурные элементы рассматриваемой отрасли. Социально-позитивный результат, достигаемый решением задач, стоящих перед отраслью здравоохранительного законодательства, напрямую связан с созданием объективных возможностей по реализации прав пациента и исполнению профессиональных обязанностей представителя ортодоксальной медицины. Уточняя стандарты профессиональной деятельности медицинских работников и параметры дозволенного поведения пациента, здравоохранительное законодательство параллельно устраняет причины и условия, порождающие правонарушения в сфере медицинского обслуживания населения.

Таким образом, результаты проведенного исследования позволяют сформулировать ряд теоретических выводов, обнаруживающих социальную ценность здравоохранительного законодательства в механизме реализации прав и свобод пациента:

- 1) в правовой системе Российской Федерации приоритетная роль в осуществлении прав, свобод и не противоречащих закону интересов человека, испытывающего потребность во врачебной помощи, отводится нормам и положениям здравоохранительного законодательства. В настоящее время здравоохра-

нительное законодательство объединяет совокупность взаимосвязанных нормативно-правовых актов, вносящих упорядоченность в отношения между потребителями и производителями медицинских услуг по поводу оказания медицинской и психиатрической помощи, трансплантации органов и тканей человека, обеспечения мер по организации донорства крови, иммунопрофилактики инфекционных болезней, обращения лекарственных средств и т.д. Исходя из требований, предъявляемых к функционированию самостоятельных отраслей законодательства, сегодня можно констатировать факт существования отрасли здравоохранительного законодательства;

2) здравоохранительное законодательство представляет собой совокупность взаимосвязанных нормативно-правовых актов, направленных на обеспечение реализации интересов человека по поддержанию и укреплению психосоматического состояния здоровья и пользованию услугами медицинского характера, отвечающими высоким технологическим стандартам. Социальная ориентированность нормативных актов, способствующих осуществлению не противоречащих закону интересов пациента, предопределяет предмет обосновываемой отрасли в качестве отношений по поддержанию физического и психического состояния здоровья на надлежащем уровне и получению качественной медицинской помощи;

3) правовая природа здравоохранительного законодательства характеризуется стимулированием участников здравоохранительных правоотношений к правомерному поведению посредством формирования юридического статуса пациента и лица, профессионально занимающегося медицинской практикой. Наделение необходимым объемом прав и обязанностей придает их носителям строго определенные функции, реализация которых обеспечивает позитивную направленность и результативность совершаемых действий. В силу ориентированности здравоохранительного законодательства на обеспечение интересов социально уязвимой группы населения, в рассматриваемых правоотношениях приоритетное положение отводится пациенту. Его потребности в обеспечении сохранности здоровья и жизни предопределяют социальное назначение и со-

держание деятельности лиц, принимающих участие в организации или непосредственном оказании врачебной помощи;

4) исходя из характера задач, стоящих перед здравоохранительным законодательством, на представителей медицинской профессии закон воздействует императивно. Во взаимоотношениях с пациентами на них возлагается обязанность по оказанию медицинской помощи в соответствии с утвержденным стандартом профессионального поведения. Позитивная обязанность действовать определенным образом стимулируется юридической ответственностью. Лица, испытывающие потребность в диагностической либо лечебной помощи, вправе ожидать от медицинского персонала надлежащего исполнения профессиональных функций. Диспозитивная модель правового регулирования открывает перед пациентом простор для самостоятельного принятия решений и совершения действий в отношении собственного здоровья;

5) социальное предназначение здравоохранительных правоотношений состоит в упорядочении значимых для пациента и медицинского работника связей посредством формирования их юридического статуса. Конкретные задачи здравоохранительного законодательства перечислены в нормативно-правовых актах, образующих структурные компоненты рассматриваемой отрасли законодательства;

6) значение здравоохранительного законодательства в реализации прав и свобод лица, испытывающего потребность в диагностической, лечебной или профилактической помощи разностороннее. Оно проявляется в закреплении правового положения участников здравоохранительных отношений, внесении элемента упорядоченности в значимые для пациента и врача связи, придании действиям правоисполнителей организованности, целенаправленности, обеспечении их подконтрольности. Выполняя функции цивилизованного регулятора социально значимых связей, позитивное законодательство способствует прогрессированию здравоохранительных отношений;

7) интенсивное правовое регулирование отношений в сфере здравоохранения нормами позитивного законодательства обнаруживает круг фактически

существующих интересов, испытывающих объективную потребность в уголовно-правовой охране. Необходимость обращения к услугам уголовного права возникает тогда, когда резервы регулятивного законодательства по стимулированию медицинских работников к надлежащему исполнению профессиональных функций оказываются недостаточными, а совершаемые правонарушения по характеру и степени вредности являются общественно опасными. Оставляя за собой в качестве основной задачи упорядочивание поведения участников здравоохранительных правоотношений, позитивное законодательство обуславливает содержание уголовно-правовых норм, предупреждающих общественно опасные деяния против прав и свобод пациента.

§ 4. Права и свободы пациента как объект уголовно-правовой охраны

Современная юридическая наука располагает весьма ограниченным количеством исследований, обосновывающих права и свободы пациента в качестве самостоятельного объекта уголовно-правовой охраны. Умеренный интерес ученых к заявленной проблематике способствует формированию ложного стереотипа о том, что права и свободы больного не нуждаются в обеспечении средствами уголовного закона. В сознании граждан может сложиться впечатление о самодостаточности потенциала регулятивного законодательства в упорядочении здравоохранительных отношений. Однако итоги проведенного нами анкетирования пациентов, медицинских работников и граждан, не состоявших на момент проведения опроса с лечебными учреждениями в здравоохранительных правоотношениях, свидетельствуют об обратном. Признавая значимость позитивного законодательства в реализации прав и свобод пациента, подавляющее большинство участвовавших в анкетировании респондентов считают разумным взятие их под охрану уголовного закона¹. Отраженное в результатах социологического исследования общественное мнение имеет вполне объективное основание. Осведомленность населения о проблемах осуществления прав и свобод пациента стимулируется реформами в отрасли здравоохранения, проводимыми государственной властью и широко позиционируемыми средствами массовой информации и правозащитными организациями.

Естественным результатом проводимых в современном обществе социальных преобразований в области охраны здоровья граждан и оказания медицинской помощи стало заметное возрастание значимости статуса пациента в отношениях с лечебно-профилактическими учреждениями и представителями врачебной профессии. Стремление достичь баланса интересов потребителей и исполнителей услуг медицинского характера побудило государство к активизации деятельности по разработке концептуальных программ модернизации от-

¹ На сформулированный перед респондентами вопрос: «Испытывают ли потребность в охране средствами уголовного закона права и свободы пациента?», 91,9% опрошенных лиц ответили положительно (в социологическом исследовании участвовали 420 человек). 4% респондентов не считают нужным прибегать к услугам уголовного закона для обеспечения прав и свобод пациента, 1,9% – затруднились выразить собственное мнение.

расли здравоохранения. Одновременно на федеральном и региональном уровнях разработаны нормативные документы, содействующие развитию правового положения участников здравоохранительных отношений и вытеснению из сферы медицинского обслуживания населения противозаконных поступков. С закреплением за субъектами позитивных правоотношений корреспондирующих прав и обязанностей, а также запретов на совершение вредоносных деяний, фактически существующим здравоохранительным отношениям придается желаемая динамика, устойчивость и направленность. Усиление роли регулятивных правоотношений в сфере медицинского обслуживания населения свидетельствует, что в государстве создаются условия для осуществления гражданами своих прав и обязанностей добровольно. Однако потенциал позитивно-правовых норм по упорядочению общественных отношений и принудительному их обеспечению небезграничен. Рассуждая о миссии права в упорядочении социальной жизни, С.С. Алексеев пишет: «Позитивное право – не всемогущая регулирующая сила. Иначе, при отсутствии твердой констатации приведенного положения, можно неоправданно возвеличить назначение права на «регулятивном уровне», представить его – притом в облике закона – чуть ли не в виде некоего всесильного инструмента, универсального средства решения всех жизненных задач... В действительности же право – могучий с социальной стороны, но вовсе не всесильный «регулятор». Его регулятивное воздействие, наряду с миссией по «воспроизводству» данной социальной системы и по утверждению в жизни начал нормативности, ограничено строго определенными направлениями»¹.

Эффективное функционирование регулятивных норм в правовом пространстве предопределено объективными возможностями стимулирования правоисполнителей к выполнению ожидаемых положительных действий. Предписания регулятивного характера объективно не в состоянии удерживать физических лиц от совершения деяний, обладающих качественными и количественными показателями общественной опасности. Для понуждения человека к

¹ Алексеев С.С. Восхождение к праву. Поиски и решения. М., 2001. С. 60.

исполнению обязанности по воздержанию от совершения общественно опасного действия (бездействия) возникает потребность обращения к услугам норм и положений уголовного закона. В соответствии с характерной отечественной правовой системе отраслевой взаимообусловленности юридических предписаний установление идеологических и правовых границ действия норм, предупреждающих опасные для личности, общества и государства деяния, входит в компетенцию уголовного права. Нельзя не согласиться с утверждением Ю.С. Жарикова о том, что в настоящий момент уголовное право остается «одним из самых эффективных средств воздействия на противоправные события, политико-правовым инструментом разрешения сложных социальных ситуаций путем установления не только конкретных прав и обязанностей субъектов общественных отношений, но и разнообразных по характеру мер воздействия на личность в целях выработки позитивных стереотипов поведения в конкретных обстоятельствах»¹.

Пациент испытывает потребность в охране своих прав и свобод уголовно-правовыми средствами в случаях, когда существует угроза причинения им вреда от умышленного или неосторожного общественно опасного поведения медицинского работника. Чаще всего интересы больного страдают из-за неоказания либо оказания врачебной помощи ненадлежащего качества, в результате чего наступают последствия в виде смерти, причинения тяжкого или средней тяжести вреда здоровью, заражения ВИЧ-инфекцией. В практике правоохранительных и правоприменительных органов нередкими являются факты обращения граждан с жалобами на незаконное ограничение свободы вследствие незаконной госпитализации в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях. Наблюдается агрессивное проникновение преступности в отрасли здравоохранения, связанные с проведением биомедицинских экспериментов и клинических исследований лекарственных препаратов, вмешательством в репродуктивные процессы человека, осуществлением хирургических операций по изъятию органов и (или) тканей от живого

¹ См.: Жариков Ю.С. Уголовно-правовое регулирование и механизм его реализации. М., 2009. С. 11.

донора или трупа и пересадке реципиенту, применением стволовых клеток в косметологии и пластической хирургии. Безопасности пациента зачастую угрожают инфекции, приобретенные в лечебных учреждениях в процессе оказания медицинской помощи. Специалисты отмечают рост умышленных преступлений медицинских работников, использующих профессиональные навыки и знания в качестве способа их совершения¹. Изложенное со всей очевидностью свидетельствует о том, что правовая система страны не в состоянии обеспечить качественное соблюдение прав, свобод и законных интересов пациента, если не задействует резервы охранительных отраслей законодательства.

Обоснование важности охраны прав и свобод пациента ресурсами уголовного закона своим следствием актуализирует новую задачу, переводящую рассматриваемую тематику из общесоциальной сферы в сугубо юридическую плоскость. Решение обозначенной научной задачи предполагает определение содержания объекта, охраняемого уголовным законом от общественно опасных посягательств медицинских работников, а также охватываемых его рамками объема прав и свобод пациента.

Среди ученых, занимающихся поиском эффективных мер воздействия на преступность в системе здравоохранения, отсутствует единство в понимании объекта уголовно-правовой охраны. Одни авторы в качестве непосредственного объекта преступлений, совершаемых представителями ортодоксальной медицины вследствие неисполнения или ненадлежащего исполнения профессиональных обязанностей, называют общественные отношения, обеспечивающие жизнь и здоровье конкретного больного². Другие считают, что нерадивые представители лечебно-профилактических учреждений, отказывающиеся оказать медико-санитарную или фармацевтическую помощь, угрожают безопасности су-

¹ См.: Червоных Е.В. Преступления, совершаемые в сфере здравоохранения, и их предупреждение: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. Саратов, 2009. С. 3.

² См.: Химченко С.А. Преступления в области осуществления профессиональной врачебной деятельности: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. Киев, 1990. С. 14; Мыц Я.А. Оставление в опасности в уголовном праве России: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. М., 2007; Карагезян Г.Г. Ответственность за преступления, совершенные вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. М., 2009.

щества личности¹. Третья группа исследователей утверждает, что большинство «медицинских преступлений» посягает на жизнь и здоровье человека, обладающего статусом «больного»². По мнению четвертой группы ученых, видовым объектом преступлений, предусмотренных ст. 105-125 УК РФ, выступают интересы по охране жизни и здоровья человека³. Именно в указанную группу составов преступлений входит большинство норм, формулирующих уголовно-правовой запрет на совершение деяний, ставящих под угрозу причинения вреда права и свободы пациента.

Изложенные умозаключения представлены в рамках актуальной для уголовно-правовой науки тематики, задачи исследования которой не включали обоснование теории объекта уголовно-правовой охраны пациента от злонамеренных или вредоносных поступков представителей медицинской профессии. Упоминая о видовом и непосредственном объекте соответствующих деяний, авторы намеревались раскрыть сущность, общественную опасность, объективные признаки преступлений в сфере профессиональной врачебной деятельности, определиться с оптимальным объемом уголовной ответственности за их совершение, предложить способы преодоления недостатков законодательной регламентации и применения норм уголовного закона. Бесспорно, решение столь значимых для практики противодействия служебным и профессиональным преступлениям медицинских работников вопросов способствует развитию учения об объекте уголовно-правовой охраны здравоохранительных правоотношений. Многогранность проблем уголовно-правового характера, складывающихся в сфере охраны здоровья и оказания медицинской помощи гражданам, позволяет найти рациональное зерно в каждой из вышеприведенных научных позиций.

¹ См.: Побегайло Э.Ф. Избранные труды. СПб., 2008. С. 732; Мамонтов Д.Ю. Объективные признаки неоказания помощи больному // Черные дыры в Российском законодательстве. 2008. № 4. С. 123; Молчанова С.И. Преступное бездействие, посягающее на личную безопасность: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. Тамбов, 2009. С. 16.

² См.: Павлова Н. В. Уголовно-правовое регулирование медицинской деятельности: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. М., 2006. С. 15; Коробеев А.И. Неоказание помощи больному // Криминологический журнал Байкальского государственного университета экономики и права. 2007. № 1-2. С. 35; Иванов Н.Г. Уголовное право России. Общая и Особенная части: учебник для вузов. М., 2003. С. 467.

³ См.: Уголовное право России. Практический курс: учеб-практ. пособие / под общ. ред. Р.А. Адельханяна; под науч. ред. А.В. Наумова. М., 2004. С. 249.

Стремление ученых охарактеризовать объект общественно опасных деяний медицинских работников с позиции частных интересов основывается на аргументах, отражающих реальную ситуацию в непосредственных связях между исполнителями и потребителями медицинских услуг. Обращаясь в государственные, муниципальные учреждения здравоохранения либо к частнопрактикующим врачам за лечебной помощью, пациент пытается удовлетворить определенный круг потребностей, обусловленных психосоматическим состоянием здоровья. Естественное желание человека получить качественную услугу медицинского характера в конечном итоге приобретает вид повышенных требований, предъявляемых к представителям врачебной профессии. Когда лечебно-диагностические мероприятия не приводят к ожидаемому позитивному результату, больной обращается в контролирующие органы или правозащитные организации с жалобой на ненадлежащий уровень оказанной помощи. Инициированные пациентами специальные проверки деятельности лечебно-профилактических учреждений нередко выявляют факты совершения отдельными недобросовестными медицинскими работниками общественно опасных деяний, грубо нарушающих права личности. Изложенное дает основание некоторым исследователям полагать, что в результате совершения умышленных или неосторожных преступлений в сфере здравоохранения страдают индивидуальные интересы пациента.

Подобное представление об объекте уголовно-правовой охраны не отличается научной новизной. Современная доктрина уголовного права располагает учениями, использующими для характеристики признаков объекта преступления категорию «интерес»¹. Сторонники заявленной научной позиции рассматривают интерес в качестве неотъемлемой составляющей общественного отношения, что не всегда положительно воспринимается другими учеными. Заслуживают внимания доводы профессора Г.В. Веринной, направленные на критику концепции «правоохраняемого интереса жизни», согласно которым ее разра-

¹ См.: Уголовный закон и преступление / под ред. Э.С. Тенчова. Иваново, 1997. С. 57-59; Прохоров Л.А., Прохорова М.Л. Уголовное право. М., 2004. С. 54; Мотин О.А. Частный интерес в системе объектов уголовно-правовой охраны: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. Волгоград, 2005. С. 10, 16-17.

ботчики «рассматривают один из элементов структуры общественных отношений, т.е. какую-то часть целого. Поэтому, учитывая механизм причинения вреда, следует констатировать, что, нанося вред части целого, нельзя не причинить вред всему целому»¹. Изложенные аргументы, подтверждая дискуссионность концепции объекта преступления как интереса, несколько не снижают ее значения в развитии теории уголовного права. Методология научного познания обуславливает необходимость рассмотрения ключевых учений об объекте преступления в рамках проводимого исследования.

Научная позиция относительно обоснования содержания интереса, охраняемого уголовным законом от социально вредных деяний лиц, профессионально занимающихся медицинской практикой, имеет рациональный момент и существенные недостатки. По своей природе объект преступлений в сфере здравоохранения отражает интересы человека, испытывающего потребность во врачебной помощи. Однако частные интересы больного, исходя из свойственной им сущности, не позволяют точно отобразить границы объекта уголовно-правовой охраны. В доктрине уголовного права аксиоматичным является тезис о том, что «объект, подлежащий охране, должен быть исчерпывающе определен. Только в этом случае можно говорить об его охране. То, что не определено в качестве объекта, уголовным правом не охраняется, а потому причинение ему ущерба, его уничтожение находится вне действия уголовного права»². Диапазон категории «интерес» весьма обширен, что затрудняет обнаружение его внешних параметров. Интерес всегда увязывается с чувствами, внутренним состоянием лица. Для того чтобы претендовать на роль объекта уголовно-правовой охраны, он должен быть объективирован. Многие поступающие в компетентные инстанции от пациентов претензии не связаны с нарушением закрепленных в позитивном законодательстве прав и свобод. В значительной степени они отражают эмоциональную неудовлетворенность населения по пользованию социальными благами, предлагаемыми рынком медицинских услуг. По

¹ Верина Г.В. Объект и предмет преступлений против собственности (история и современность): учеб. пособие. Саратов, 2010. С. 39.

² Разгильдиев Б.Т. Задачи уголовного права Российской Федерации и их реализация. Саратов, 1993. С. 56-57.

объективным причинам, зависящим от финансирования отрасли здравоохранения, инновационных достижений нынешней медицинской науки и практики, технического оснащения конкретных лечебно-профилактических учреждений, уровня профессиональной подготовленности медицинского персонала не все предъявляемые пациентом притязания могут быть удовлетворены. В то же время неудовлетворенные потребности частного лица не всегда сказываются на реализации официально признанных прав и свобод пациента. Выступая частью объективной реальности, объем прав и свобод пациента существует в неизменном виде независимо от вновь возникающих или преобладающих интересов потребителей и исполнителей медицинских услуг. Таким образом, интерес как субъективная категория в полной мере не отражает свойства объекта, охраняемого уголовным законом от злонамеренных либо вредоносных действий (бездействия) медицинских работников, склонных пренебрегать профессиональными стандартами диагностики и лечения.

Проблему соотношения частных интересов пациента и объективных критериев уголовно-правовой охраны отчасти решает концепция, рассматривающая объектом преступления общественные отношения¹. Ее выгодно отличает то, что частный интерес личности рассматривается неотъемлемой частью социальных отношений, имеющих объективно выраженный характер. «Интерес, – пишет А.В. Кузнецов, – включен в систему личности, а, следовательно, и в структуру общественных отношений, составляющих ее сущность. Он выступает как бы посредником между личностью и окружающей ее социальной средой, в частности другими людьми и обществом в целом. Интерес связывает между собой отдельных индивидов и каждого из них с обществом. Включение интереса в структуру общественных отношений и вместе с тем в структуру личности, разумеется, не следует понимать как его механическое поглощение этими отношениями либо растворение его в личности; интерес по своей природе пред-

¹ См.: Никифоров Б.С. Объект преступления по советскому уголовному праву. М., 1960; Глистин В.К. Проблема уголовно-правовой охраны общественных отношений (объект и квалификация преступлений). Л., 1979; Коржанский Н.И. Объект и предмет уголовно-правовой охраны. М., 1980; Мальцев В.В. Учение об объекте преступления: монография: в 2-х т. Т. 1. Объект преступления: концептуальные проблемы. Волгоград, 2010. С. 128; Верина Г.В. Объект и предмет преступлений против собственности (история и современность): учеб. пособие. Саратов, 2010. С. 63-64.

ставляет собой категорию, отличную от общественных отношений, элементом которых он выступает, и от личности, в систему которой он входит в качестве одного из имманентного присущих ей свойств»¹.

Существующие в сфере охраны здоровья человека и оказания медицинской помощи отношения многогранны. Наиболее уязвимые из них, возникающие в связи с проведением санитарно-эпидемиологических мероприятий и оказанием лечебно-профилактической помощи гражданам, испытывают потребность в услуге охранительной отрасли законодательства. Стоящие перед уголовным законом задачи позволяют удовлетворить такую надобность лишь частично. Уголовное право не в состоянии обеспечить охраной общественные отношения, которые не получили должной упорядоченности на уровне позитивного законодательства, а основаны лишь на нормах неписанной медицинской этики, совести врача, доверии пациента к учреждениям здравоохранения. Имея сущностью удержание достигших возраста уголовной ответственности физических лиц от совершения преступления, «уголовно-правовые нормы запрещают под угрозой наказания нарушение тех или иных правил поведения (норм), непосредственно не выраженных в уголовном законе, но установленных каким-либо законодательным актом (например, Конституцией)»². В социальных связях, не опирающихся на юридические нормы, участники не наделены корреспондирующими правами и обязанностями. Отсутствие официально закрепленного правового статуса лишает субъектов здравоохранительных отношений возможности претендовать на совершение положительных действий со стороны каждого из контрагентов. Бессильным в аналогичной ситуации остается уголовный закон, в компетенцию которого не входит возложение на медицинского работника обязанности по оказанию профилактической, диагностической либо лечебной помощи определенного качества. Уголовно-правовые нормы и положения способны стимулировать врача к профессиональному поведению исключительно в рамках позитивных базисных отношений, получивших предвари-

¹ Кузнецов А.В. Уголовное право и личность. М., 1977. С. 55-56.

² Брайнин Я.М. Уголовный закон и его применение. М., 1967. С. 21-22.

тельную правовую регламентацию нормативными актами здравоохранительного характера. В этом наш тезис созвучен с устоявшимся в юридической науке учением, согласно которому адресатом уголовно-правового воздействия выступает физическое вменяемое лицо, вступившее в качестве субъекта «в отношении, составляющее предмет уголовно-правовой охраны и урегулированное иными отраслями права. Если человек не включен в систему позитивных правовых отношений, то на него не возложены соответствующие отраслевые права и обязанности; соответственно нарушить их и нести за это ответственность он не в состоянии»¹. По указанной же причине отсутствуют основания рассчитывать на содействие уголовного закона у больного, не участвующего в правоотношении, которое открывает возможности для приведения в действие специальных средств обеспечения субъективных прав. Оказавшись за пределами здравоохранительных правоотношений, он не вправе требовать от представителей ортодоксальной медицины надлежащего исполнения профессиональных функций. Отрасль уголовного законодательства не ставит перед собой цель способствовать удовлетворению интересов, находящихся за рамками юридически оформленного отношения. Уголовное право берет под охрану совокупность прав и свобод, границы которых конкретизированы юридическим статусом пациента. Когда на уровне позитивного законодательства юридический статус пациента не сформирован, в правовом поле отсутствует сам объект уголовно-правовой охраны.

Исходя из высказанных суждений, логически обоснованным является промежуточный вывод о том, что решение проблемы по защите такого рода социальных отношений следует искать в контексте их приоритетной юридической регламентации. Устанавливая пределы правомерного поведения для производителей и потребителей медицинских услуг, юридические нормы вносят в «общественные отношения стабильность, систему, порядок и тем самым направляют их в определенное русло»². Высокая степень правового упорядочи-

¹ Генрих Н.В. Предмет уголовного права: генезис научной мысли и проблемы современной интерпретации. М., 2010. С. 95.

² Керимов Д.А. Методология права. М., 2000. С. 371.

вания здравоохранительных отношений способствует детализации форм и видов вероятностных нарушений прав и свобод пациента, что должно повысить качество принимаемых на законодательном уровне норм охранительной отрасли права, а также оптимизировать правоприменительную практику органов следствия и суда в данной сфере. Не отрицая в целом значения норм врачебной этики и деонтологии в упорядочивании профессиональной деятельности медицинского персонала, следует признать актуальными следующие слова М.Н. Малеиной, произнесенные еще в конце прошлого века: «В правовом регулировании нуждается не только управление здравоохранением, но и отношения, возникающие при врачевании непосредственно между пациентом и врачом (медицинским учреждением), поскольку при этом затрагиваются интересы граждан и общества, имеющие первостепенный характер и потому выходящие за рамки медицинской этики»¹.

Основываясь на представленных фактах, уместно констатировать, что объектом, охраняемым уголовным законом от умышленного либо неосторожного преступного поведения медицинского работника в процессе исполнения профессиональных функций, является правоотношение здравоохранительного характера, возникающее в связи с обеспечением прав и свобод пациента. Сформулированная дефиниция позволяет выявить границы искомой реальности. Под уголовно-правовую охрану подпадают лишь позитивные здравоохранительные отношения между пациентом и врачом, которые предварительно получили надлежащую правовую регламентацию. В общей теории права юридически оформленные отношения принято именовать правоотношениями². Благодаря праву реальное фактическое отношение приобретает юридическую форму, упорядоченное содержание и гарантии со стороны государства. Социальные связи, возникающие между пациентом и врачом вне правового пространства, претендовать на роль объекта уголовно-правовой охраны не могут.

¹ Малеина М.Н. Человек и медицина в современном праве. М., 1995. С. 7.

² См.: Иоффе О.С., Шаргородский М.Д. Вопросы теории права. М., 1961. С. 178, 183; Матузов Н.И., Малько А.В. Теория государства и права: учебник. М., 2005. С. 384.

Определившись с понятием объекта преступлений, совершаемых профессиональными медработниками, разумно конкретизировать объем прав и свобод пациента, испытывающих потребность в охране уголовно-правовыми средствами. Обнаружению границ такого рода объектов способствует здравоохранительное законодательство. В оптимальном варианте интересы больного, требующие охраны от зловредных или невежественных действий врачей, совпадают с предметом регулирования соответствующей отрасли законодательства. Однако на сегодняшний день в отечественном правовом пространстве отрасль здравоохранительного законодательства в целостном виде не представлена. Существует лишь совокупность нормативных актов, упорядочивающих отношения между потребителями медицинских услуг и учреждениями системы здравоохранения по поводу оказания медицинской и психиатрической помощи, трансплантации органов и (или) тканей человека, медицинского страхования, обеспечения лекарственными средствами, иммунопрофилактики инфекционных болезней, предупреждения распространения туберкулеза и т. д. Только теоретические взгляды ученых на предмет, метод, задачи здравоохранительного законодательства позволяют придать действующим нормативным документам, регламентирующим отношения в области охраны здоровья граждан и оказания медицинской помощи, определенный системный вид.

Признав обусловленность уголовного права регулятивными отраслями права, разумным считаем рекомендовать отечественному законодателю максимально полно отразить предмет регулирования норм иной отраслевой принадлежности на уровнях родового либо видового объектов уголовно-правовой охраны. В связи с этим заслуживают внимания суждения В.Ф. Щепелькова о том, что «в идеале структура Особенной части уголовного законодательства должна соответствовать выделению объекта правового регулирования в иных отраслях. Однако этот идеал по определению не всегда достижим в силу изменения общественных отношений и нормативной базы иных отраслей. Уголов-

ный закон всегда будет опаздывать»¹. Высказанные профессором опасения относительно практической реализации заявленной идеи вполне предсказуемы. Наблюдаемая тенденция в практике принятия нормативных актов свидетельствует, что законодатель не всегда готов сопоставлять границы объекта уголовно-правовой охраны с содержанием нового предмета правового регулирования. Внося рассогласованность в межотраслевые связи, своими непрофессиональными действиями законодатель снижает потенциал правовой системы в целом по созданию условий для эффективного удовлетворения интересов личности, общества и государства. В сложившейся обстановке задачей юридической доктрины становится обобщение весомых аргументов, способных обосновать теоретическую модель соотношения регулятивных и охранительных отраслей права.

Принимая во внимание логику построения Особенной части Уголовного кодекса РФ, можно предположить, что отдельные аспекты предметов регулятивных отраслей законодательства уже обеспечиваются уголовным правом в пределах родового либо видового объектов. Речь, в частности, идет о группах уголовно-правовых норм и положений, расположенных в главе 22 УК РФ «Преступления в сфере экономической деятельности», главе 26 УК РФ «Экологические преступления», главе 27 УК РФ «Преступления против безопасности движения и эксплуатации транспорта», главе 28 УК РФ «Преступления в сфере компьютерной информации», главе 33 «Преступления против военной службы». Составляющие содержание перечисленных глав Уголовного кодекса РФ нормы и положения обеспечивают сохранность тех или иных сторон предметов регулирования отраслей экономического, экологического, транспортного, компьютерного, военного законодательства. В контексте заявленной мысли вполне логичным представляется предложение по включению в ныне действующее уголовное законодательство самостоятельной группы норм, устанавливающих ответственность за посягательства на права и свободы пациента. Входящие в ее

¹ Щепельков В.Ф. Требуется признание нового объекта уголовно-правовой охраны // Уголовное право: стратегия развития в XXI веке: материалы Пятой Междунар. науч.-практ. конф. 24-25 января 2008 г. М.: Проспект, 2008. С. 304.

структуру уголовно-правовые нормы будут охранять провозглашенные в Конституции РФ и нормативных актах о здравоохранении права и свободы лиц, испытывающих потребность в оказании медицинской помощи. При этом уголовный закон берет под охрану не все получившие отражение в здравоохранительном законодательстве права и свободы больного человека, а только объективно нуждающиеся в ней. Уголовно-правовому обеспечению подлежит та часть прав и свобод пациента, которая даже в условиях высокой упорядоченности на уровне позитивного законодательства остается незащищенной от общественно опасного поведения медицинских работников, игнорирующих соответствующие юридические предписания в профессиональной деятельности.

Особенностью современной российской уголовно-правовой политики, направленной на решение задач по охране личности, общества, государства, мира и безопасности человечества от преступных посягательств, а также предупреждению преступлений, следует считать значительное увеличение в уголовном законодательстве количества норм, обеспечивающих права, свободы и не противоречащие закону интересы пациента. Сохранив традиционные для отечественной правовой системы виды уголовно-правовых запретов, предупреждающих криминальные посягательства на права и свободы указанной группы лиц (например, нормы о неоказании помощи больному (ст. 124 УК РФ), незаконном проведении искусственного прерывания беременности (ст. 123 УК РФ), незаконной госпитализации в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях (ст. 128 УК РФ), незаконном осуществлении медицинской деятельности или фармацевтической деятельности (ст. 235 УК РФ) и др.), законодатель дополнил их перечень новыми составами преступлений (например, в ст. 120 УК РФ установлена ответственность за принуждение к изъятию органов или тканей человека для трансплантации; в ч. 2 ст. 109, ч. 2 ст. 118 УК РФ - за причинение смерти или тяжкого вреда здоровью по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом профессиональных обязанностей; в ч. 4 ст. 122 УК РФ – за заражение человека ВИЧ-инфекцией вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих про-

фессиональных обязанностей). В итоге на уровне уголовного законодательства появилась реальная возможность гарантировать соблюдение более широкого круга прав, свобод и не противоречащих закону интересов лиц, обращающихся в государственные и муниципальные учреждения здравоохранения либо к частнопрактикующим врачам за услугой медико-биологического характера.

Положительно оценивая стремление законодателя оптимизировать меры уголовно-правового воздействия на профессиональное поведение врача, одновременно следует констатировать, что резервы уголовного закона по охране прав и свобод пациента в настоящее время не исчерпаны. Содержание действующей редакции Уголовного кодекса РФ объективно не располагает завершённой системой норм, под угрозой применения наказания предупреждающих общественно опасные деяния медицинских работников в процессе осуществления профессиональных функций. Уголовно-правовые нормы и положения, возлагающие на правоисполнителей обязанность по воздержанию от посягательств на интересы пациента, структурно не унифицированы. Ответственность за преступное воздействие на них устанавливается нормами статей, принадлежащими к различным структурным составляющим уголовного закона. К примеру, ответственность за принуждение к изъятию органов или тканей человека для трансплантации, неоказание помощи больному, незаконное производство аборта предусмотрена в статьях, располагающихся в разделе VII УК РФ «Преступления против личности», тогда как уголовно-правовая норма, формулирующая запрет на незаконное осуществление медицинской деятельности или фармацевтической деятельности, помещена законодателем в раздел IX УК РФ «Преступления против общественной безопасности и общественного порядка». Даже в разделе VII УК РФ «Преступления против личности» нормы, призванные охранять права и свободы потребителей медицинских услуг, располагаются в разных главах. Так, если глава 16 УК РФ «Преступления против жизни и здоровья» объединяет нормы, криминализирующие такие общественно опасные деяния, как причинение смерти или тяжкого вреда здоровью по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом профессиональных обязанностей

(ч. 2 ст. 109, ч. 2 ст. 118 УК РФ), принуждение к изъятию органов или тканей человека для трансплантации (ст. 120 УК РФ), неоказание помощи больному (ст. 124 УК РФ), незаконное проведение искусственного прерывания беременности (ст. 123 УК РФ), то для ст. 128 УК РФ «Незаконная госпитализация в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях» нашлось место в главе 17 УК РФ «Преступления против свободы, чести и достоинства личности», а ст. 137 УК РФ «Нарушение неприкосновенности частной жизни» помещена в главу 19 УК РФ «Преступления против конституционных прав и свобод человека и гражданина». Изложенное наглядно подтверждает, что на момент принятия Уголовного кодекса РФ 1996 г. законодателью не удалось выработать целостного подхода к формированию уголовно-правовых запретов в сфере здравоохранения и обеспечению интересов лиц, нуждающихся в медицинской помощи.

Эффективной охраны прав и свобод пациента уголовно-правовыми средствами реально достичь путем системного структурирования норм и положений, противодействующих социально опасным профессиональным действиям и актам бездействия медицинских работников. Системное оформление в уголовном законе норм, определяющих направление и границы удержания правоисполнителей в лице медицинских работников от совершения вредоносных деяний в отношении больного, придаст заверченный вид механизму уголовно-правовой охраны прав и свобод пациента на нормотворческом и правоисполнительном уровнях. На законодательном уровне объединение в одной главе уголовного закона социально вредных деяний, нарушающих права и свободы пациента, позволит: объективно оценить значимость названных объектов уголовно-правовой охраны; сопоставить характер и степень общественной опасности составов преступлений, входящих в эту главу уголовного закона с другими составами преступлений не только данного рода или вида, но и составляющими систему всей Особенной части Уголовного кодекса Российской Федерации; поможет обосновать определение вида и размера наказания, необходимого для назначения лицу, проигнорировавшему уголовно-правовую обязанность по

воздержанию от совершения преступления; значительно повысит эффективность применяемых мер уголовно-правового воздействия. На правоисполнительном уровне система норм о преступлениях против пациента будет отражать в сознании каждого медицинского работника исчерпывающий перечень запрещенных под угрозой применения уголовного наказания общественно опасных действий и бездействий, которые требуют исключения из профессионального поведения.

Идея систематизации преступлений против пациента может обрести объективную форму в Особенной части уголовного права, в которой структурированы нормы и положения, охраняющие интересы личности, общества, государства, мира и безопасности человечества. При этом вновь образуемая группа преступлений способна стать органической составляющей уголовного закона, если будет соответствовать критериям, заложенным в основу конструирования Особенной части уголовного права. В ныне сформированной структуре Особенной части уголовного права ученые склонны усматривать стремление законодателя группировать уголовно-правовые запреты с учетом социальной значимости интересов, испытывающих потребность в охране¹. В качестве объективного критерия дифференциации ценностей, подлежащих уголовно-правовой охране, как правило, закладывается представленный в задачах уголовного закона их иерархический перечень. Вместе с тем подробное изучение внутренней составляющей Уголовного кодекса РФ и соотношения уголовного права с другими отраслями права ставит под сомнение безапелляционность заявленного тезиса. Месторасположение многих уголовно-правовых запретов в Особенной части уголовного закона напрямую невозможно обосновать только с позиции социальной значимости взятых под охрану интересов. Наименования, последовательность расположения, содержания разделов и глав Особенной части Уголовного кодекса РФ свидетельствуют о намерении законодателя внести в осно-

¹ См.: Кругликов Л.Л. О принципах построения Особенной части уголовного закона // Уголовно-правовые, пенитенциарные принципы и их реализация: правотворческий, правоприменительный уровни: Всерос. науч.-практ. конф. (28-29 марта 2005г., г. Саратов): В 2 ч. / под ред. Б.Т. Разгильдиева. Саратов, 2005. – Ч. 1. С. 56; Уголовное право Российской Федерации. Особенная часть: учебник / под ред. Г.Н. Борзенкова и В.С. Комисарова. М., 1997. С. 16.

вание структурирования уголовно-правовых запретов не только социальную, но и юридическую составляющую. Целый ряд структурных компонентов Особенной части уголовного права демонстрирует обусловленность объекта уголовно-правовой охраны предметом соответствующей регулятивной отрасли законодательства. Формируя отдельные разделы и главы Уголовного кодекса РФ, отечественный законодатель ориентировался на категории позитивного законодательства, позволяющие однозначно определить юридические границы ценностей, испытывающих угрозу преступного воздействия. В основу выделения самостоятельных групп преступлений легли отрасли правовой системы, предмет регулирования которых отражен в нормативных документах и нуждается в уголовно-правовом обеспечении. Отрасли права, находящиеся на стадии формирования, либо не получившие официального подтверждения на момент принятия Уголовного кодекса РФ, остались вне поля зрения законодателя. Во многом по указанным причинам некоторые структурные элементы Особенной части уголовного права не обнаруживают прямой обусловленности конкретной отраслью регулятивного законодательства. В таких случаях законодатель полагает достаточным ограничиться указанием на социальную природу объекта уголовно-правовой охраны без его привязки к какой-либо правовой отрасли. Но подобную нормотворческую практику невозможно идеализировать. Без определения отраслевой принадлежности объекта уголовно-правовой охраны его границы остаются размытыми. В совершенстве каждая структурная составляющая Особенной части уголовного права должна быть обусловлена содержанием предмета соответствующей отрасли регулятивного законодательства. Прямая зависимость системы Особенной части уголовного права от регулятивных отраслей законодательства предопределяет последовательность оптимизации юридических норм и положений, обеспечивающих интересы личности, общества, государства, мира и безопасности человечества. Первоначально нормотворческие усилия государственной власти предпочтительнее сконцентрировать на формировании и официальном оформлении позитивных отраслей законодательства, устанавливающих варианты поведения участников общественных отношений

посредством предоставления им субъективных прав и возложения юридических обязанностей. Достижение необходимого уровня упорядоченности социально значимых связей позволит субъектам результативно реализовать собственные интересы в рамках дозволенного поведения. Надлежащая урегулированность конкретных общественно значимых отношений юридическими нормами одновременно способствует обнаружению объектов, подвергающихся опасности причинения вреда со стороны недобросовестных правоисполнителей. В аналогичных ситуациях возможности регулятивного законодательства стимулируют граждан к позитивному поведению оказываются недостаточными. Для воздействия на сознание и волю физических лиц, склонных удовлетворять собственные интересы за счет причинения вреда правам и свободам других людей либо охраняемым законом интересам общества и государства, требуется прибегнуть к услугам уголовного закона. В этом смысле уголовное право не подменяет собой регулятивное законодательство. Выполняя свойственную только ему функцию, уголовное право посредством неперсонифицированной угрозы наказанием удерживает вменяемых физических лиц, достигших возраста уголовной ответственности, от возможного преступного посягательства на отношения, исчерпавшие резервы правовой урегулированности. Оно возлагает на правоисполнителей уголовно-правовую обязанность действовать исключительно в пределах, устанавливаемых нормами позитивного законодательства. В условиях непосредственной обусловленности уголовного законодательства регулятивными отраслями права значительно повышается качество воздействия уголовно-правовых норм и положений, определяемое эффективностью обеспечения прав, свобод и не противоречащих закону интересов человека и гражданина, охраняемых законом интересов общества, государства, мира и безопасности человечества. В свете изложенных суждений нами разделяется позиция З.А. Незнамовой, согласно которой «неоправданными и логически неверными представляются попытки как можно быстрее реформировать уголовное законодательство и весь комплекс криминальных отраслей права, хотя еще не создана полностью система законодательства, обеспечивающего надлежащую органи-

зацию общественных отношений, их функционирование в соответствии с требованиями объективных законов развития общества»¹.

Реализация на нормотворческом уровне продемонстрированной теоретической модели правового обеспечения интересов лиц, нуждающихся в услугах медицинского характера, требует завершения затянувшегося процесса образования отрасли здравоохранительного законодательства и ее юридического оформления в официальном документе. Нормы и положения здравоохранительного законодательства, максимально подробно упорядочивая отношения между медицинскими работниками и потребителями их профессиональных услуг, будут конкретизировать интересы пациента, объективно нуждающиеся в уголовно-правовой охране. Вместе с тем необходимо констатировать, что функционирующий в настоящий момент комплекс нормативных документов здравоохранительного характера объективно в состоянии соответствовать требованиям, предъявляемым к существованию самостоятельных отраслей права. В общей теории права отрасль права характеризуется как «элемент системы права, представляющий собой основанную на единых принципах и функциях подсистему правовых норм, которые с использованием свойственных им специфических юридических способов и средств регулируют определенную широкую сферу однородных общественных отношений»². Все перечисленные свойства и качества самостоятельной отрасли права на уровне доктрины получили неплохое разъяснение применительно к формирующейся системе нормативных актов, упорядочивающих отношения в области охраны здоровья граждан. Их официальное подтверждение остается вопросом технического характера, решение которого существенным образом не повлияет на содержание медицинского законодательства. Научно-практическая аргументация предмета, методов, принципов, задач, функций, структуры здравоохранительного права, его места в правовой системе Российской Федерации создают социальные и юридические

¹ Незнамова З.А. Коллизии в уголовном праве. Екатеринбург, 1994. С. 190.

² Петров Д.Е. Отрасль права / под ред. М.И. Байтина. Саратов, 2004. С. 75.

предпосылки для теоретического обоснования понятия преступлений против прав и свобод пациента.

Преступления против прав и свобод пациента можно охарактеризовать как обладающие всеми признаками преступления деяния занимающихся медицинской практикой лиц, причиняющие вред либо ставящие под угрозу причинения вреда провозглашенным в позитивном законодательстве правам и свободам человека, вступившего в здравоохранительные правоотношения посредством реализации субъективного права на получение услуги медицинского, фармацевтического характера либо приглашенного для участия в биомедицинском эксперименте в качестве испытуемого. Совокупность взаимосвязанных и взаимообусловленных уголовно-правовых норм, стимулирующих медицинских и фармацевтических работников к соблюдению интересов больного человека, образует систему преступлений против прав и свобод пациента.

Дефиницию системы преступлений против прав и свобод пациента вполне логично и оправданно формулировать, основываясь на содержании понятия «система», нашедшем закрепление в соответствующих словарях и специальной литературе. На словарном уровне термин «система» отражает «множество элементов, находящихся в отношениях и связях друг с другом и образующих определенную целостность, единство. Определенный порядок, основанный на планомерном расположении и взаимной связи частей чего-либо...»¹. В философии «система» рассматривается как «комплекс различных элементов, которые находятся между собой в определенной связи и взаимодействии»²; как «совокупность элементов, находящихся в отношениях и связях друг с другом, которая образует определенную целостность, единство»³. Обобщение особенностей анализируемой категории позволяет выделить содержательные элементы, используемые для обоснования общей теории систем. Во-первых, система представляет собой множество взаимосвязанных элементов. Во-вторых, каждый из этих компонентов является неделимой единицей. В-третьих, всякая си-

¹ Словарь русского языка: В 4 т. М., 1988. Т. 4. С. 99.

² Bertalanffy L. General System Theory. Foundations. Development. Applications. N.Y., 1969. P. 33.

³ Философский энциклопедический словарь / под ред. Л.Ф. Ильичева, П.Н. Федосеева, С.М. Ковалева, В.Г. Панаева. М., 1983. С. 610.

стема характеризуется внутренней упорядоченностью, организацией и структурой¹.

Приведенные признаки системы свойственны и системе преступлений против пациента, опираясь на которые реально дать ее определение. Под системой норм о преступлениях против прав и свобод пациента следует понимать совокупность взаимосвязанных и взаимообусловленных уголовно-правовых норм и положений, выступающих органической составляющей Особенной части уголовного закона, ориентированных на охрану провозглашенных в здравоохранительном законодательстве прав и свобод лица, испытывающего потребность в оказании услуг медицинского характера.

Представленная дефиниция в сжатой форме, но не в ущерб правовой точности и грамматической сущности отражаемого явления, оперирует исчерпывающим набором признаков. Первый признак закрепляет, что система преступлений против прав и свобод пациента образована определенной совокупностью уголовно-правовых норм, которые криминализируют явления, ставящие под угрозу причинения вреда интересы лиц, нуждающихся в медицинской помощи. Содержание предлагаемой группы преступлений составляют уголовно-правовые запреты, возлагающие на правоисполнителей обязанность по воздержанию от совершения таких деяний, как: причинение вреда здоровью больного или смерти вследствие ненадлежащего оказания медицинской помощи; незаконное проведение искусственного прерывания беременности; неоказание помощи больному; незаконная госпитализация лица в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях; незаконное осуществление медицинской или фармацевтической деятельности; незаконное искусственное оплодотворение или имплантация эмбриона; нарушение правил проведения биомедицинского исследования; нарушение законодательства Российской Федерации о временном запрете на клонирование человека; принуждение к изъятию органов и (или) тканей человека для трансплантации; понуж-

¹ См.: Садовский В.Н. Основания общей теории систем. М., 1974. С. 82-83; Красиков А.Н. Преступления против права человека на жизнь: в аспектах *de lege lata* и *de lege ferenda*. Саратов, 1999. С. 36-37.

дение лица к даче согласия на изъятие его органов и (или) тканей для осуществления биомедицинских исследований либо для последующей их продажи; незаконное разглашение сведений, составляющих медицинскую тайну. Многие из перечисленных уголовно-правовых запретов нашли непосредственное отражение в Уголовном кодексе РФ. Другая часть объективно существующих в обществе зловредных и вредоносных для пациента деяний требует криминализации.

Второй признак уточняет, что система преступлений против прав и свобод пациента включает совокупность уголовно-правовых норм, располагающихся относительно друг от друга в порядке, обеспечивающем их взаимосвязь и взаимную обусловленность. Взаимная связь и взаимообусловленность вновь образуемой группы уголовно-правовых норм проявляется в том, что в основу формирования их содержания положен один объективный критерий. Системообразующим признаком объединения преступлений против прав и свобод пациента в самостоятельной главе уголовного закона служит видовой объект уголовно-правовой охраны, в качестве которого выступают права и свободы человека, испытывающего потребность в медицинской помощи. Удерживая медицинских и фармацевтических работников и народных целителей от причинения вреда не противоречащим закону интересам пациента, предлагаемая совокупность норм отражает единую уголовно-правовую природу и направлена на решение одних и тех же задач.

Взаимообусловленность норм о преступлениях против лиц, нуждающихся в услугах медицинского характера, определяется внутренней иерархической и содержательной согласованностью соответствующих уголовно-правовых запретов. Иерархическая согласованность норм исследуемой группы predetermined дифференцированным характером интересов, берущихся под охрану уголовного закона. Пациенту принадлежит множество прав и свобод, которые обладают разной ценностной оценкой. Расположение конкретных уголовно-правовых норм в зависимости от социального значения охраняемого объекта

придаст системе преступлений против прав и свобод пациента вид, свойственный всей структуре Особенной части уголовного законодательства.

Внутренняя содержательная согласованность уголовно-правовых предписаний в рассматриваемой сфере обнаруживается на уровнях диспозиций и санкций норм, составляющих систему преступлений против пациента. Общность диспозиций соответствующих норм предопределяется активным взаимодействием уголовным законом категорий здравоохранительного законодательства, осуществляемым в ходе определения признаков общественно опасного посягательства на интересы лица, испытывающего потребность в медицинской помощи. Санкции норм, устанавливающих ответственность за нарушение прав и свобод указанной социально уязвимой группы лиц, необходимо наполнить сбалансированным объемом мер уголовно-правового принуждения, достаточным для эффективного удержания медицинских работников от совершения зловредных и вредоносных деяний.

Третий признак конкретизирует, что система преступлений против пациента выступает органической составляющей Особенной части уголовного закона. Официальное закрепление вновь образуемой группы уголовно-правовых норм ориентировано на повышение результативности структурных и содержательных качеств уголовного права. Появление в Уголовном кодексе РФ обособленной совокупности норм о преступлениях против пациента не должно нарушить согласованную структуру уголовного закона, востребованную для последовательного обеспечения интересов личности, общества, государства, мира и безопасности человечества. Важное значение в этом смысле приобретает определение места обосновываемой группы преступлений в Особенной части уголовного права. Исходя из наименования и общей вредоносной направленности деяний против прав и свобод человека, обратившегося к представителям врачебной профессии за соответствующей помощью либо находящегося под медицинским наблюдением, нетрудно предположить, что по своей юридической природе исследуемая группа общественно опасных посягательств должна стать структурным элементом раздела VII УК РФ «Преступления против

личности». Обосновываемый выбор места расположения системы преступлений против пациента создаст основу для системообразующей связи законных интересов больного человека с иными правами и свободами личности. Реализация настоящего предложения в определенной мере позволит конструировать в Особенной части Уголовного кодекса РФ составы преступления таким образом, что права и свободы пациента в нем будут рассматриваться лишь в качестве основного объекта уголовно-правовой охраны, а не дополнительного или факультативного. Последнее положение непосредственно вытекает из идеи, заложенной в ст. 2 Конституции РФ, в которой провозглашается: «Человек, его права и свободы являются высшей ценностью. Признание, соблюдение и защита прав и свобод человека и гражданина – обязанность государства»¹.

Формальным условием включения группы общественно опасных посягательств на интересы больного в систему преступлений против личности выступает установление ее соответствия структурной составляющей раздела Особенной части уголовного права. Социальная значимость и относительная обособленность прав и свобод пациента как объекта уголовно-правовой охраны позволяет возвести рассматриваемую группу преступлений в ранг самостоятельной главы раздела VII УК РФ «Преступления против личности». В юридической доктрине охраняемые той или иной главой Особенной части уголовного закона интересы принято наделять качествами видового объекта. В связи с этим требуется определить месторасположение главы «Преступления против прав и свобод пациента» внутри раздела VII УК РФ исходя из прослеживающейся в нем логики структурирования видов преступлений против личности. С учётом видового объекта все предусмотренные в уголовном кодексе преступления против частного лица в настоящее время законодатель классифицирует на следующие пять групп: преступления против жизни и здоровья (глава 16, ст. 105 - 125 УК РФ); преступления против свободы, чести и достоинства личности (глава 17, ст. 126-130 УК РФ); преступления против половой неприкосновенности и половой свободы личности (глава 18, ст. 131-135 УК РФ); преступления против

¹ Конституция Российской Федерации. М., 1993. С. 4.

конституционных прав и свобод человека и гражданина (глава 19, ст. 136-149 УК РФ); преступления против семьи и несовершеннолетних (глава 20, ст. 150-157 УК РФ). В представленном перечне преступлений против личности законодатель стремился реализовать идею дифференциации естественных и социальных прав частного лица. Учитывая данный постулат, в разделе VII УК РФ «Преступления против личности» вначале описываются составы преступления, посягающие на жизнь, здоровье, свободу, честь, достоинство, половую неприкосновенность и половую свободу личности. Обозначенные органические свойства личности, являясь неотчуждаемыми ценностями, сами по себе выступают в качестве объекта уголовно-правовой охраны. По природе они имеют естественный характер происхождения и позволяют человеку обеспечить необходимую совокупность социальных условий жизнедеятельности. Вслед за преступлениями против естественных интересов личности располагаются нормы, призванные обеспечивать охрану социальных прав: конституционных прав и свобод человека и гражданина, интересов семьи и несовершеннолетних. Уголовный закон в рассматриваемой части охраняет от нарушений уже урегулированные другими отраслями права отношения.

Выявленный критерий структурной дифференциации преступлений против частного лица позволяет определить место образуемой главы в системе преступлений против личности. В силу социального характера интересов больного, регламентированных законодательством о здравоохранении, преступления против прав и свобод пациента рекомендуется расположить вслед за преступлениями против конституционных прав и свобод человека и гражданина. Такое нововведение соответствует логике структурирования раздела VII УК РФ. Интересы пациента, будучи производными от конституционных прав человека, должны обеспечиваться самостоятельной главой 19¹ УК РФ. Размещение преступлений против пациента в главе, предшествующей группе преступлений против интересов семьи и несовершеннолетних, также имеет разумное объяснение. В соответствии с конституционными предписаниями право на жизнь, здоровье, свободу, достоинство, частную жизнь больного человека представля-

ет собой благо, обладающее приоритетом над социальными интересами семьи и несовершеннолетних.

Четвертый признак в дефиниции системы преступлений против пациента призван разъяснить, что предлагаемая совокупность взаимосвязанных и взаимообусловленных уголовно-правовых норм ориентирована на охрану провозглашенных в здравоохранительном законодательстве прав и свобод лица, нуждающегося в услугах медицинского характера. Отрасль здравоохранительного законодательства в этом смысле определяет социальные и юридические границы соответствующего объекта уголовно-правовой охраны. В социальном значении становится очевидным круг не противоречащих закону интересов, представляющих ценность для человека, испытывающего потребность в медицинской помощи. Уточнение правовых рамок позволяет определиться с характером и степенью общественной опасности деяния, ставящего под угрозу причинения реального вреда правам и свободам пациента.

Таким образом, результаты проведенного исследования можно представить в виде следующих основных выводов и рекомендаций, которые должны стимулировать развитие юридической доктрины и совершенствование нормотворческой практики в сфере уголовно-правовой охраны прав и свобод пациента в Российской Федерации:

- 1) объектом, охраняемым уголовным законом от умышленного либо неосторожного преступного поведения медицинского работника в процессе исполнения профессиональных функций, является правоотношение здравоохранительного характера, возникающее в связи с обеспечением прав и свобод пациента. Сформулированная дефиниция позволяет выявить границы искомой реальности. Под уголовно-правовую охрану подпадают лишь позитивные здравоохранительные отношения между пациентом и врачом, которые предварительно получили надлежащую правовую регламентацию. В оптимальном варианте интересы больного, требующие охраны от зловредных или невежественных действий врачей, совпадают с предметом регулирования соответствующей отрасли законодательства. Сегодня в отечественном правовом пространстве

формируется отрасль здравоохранительного законодательства, содержание которой должно способствовать оптимизации уголовно-правовой охраны прав и свобод пациента. Отнесение определенных прав и свобод пациента к категории охраняемых уголовным законом не превращает всякое нарушение их в преступление. Уголовно-правовому обеспечению подлежит та часть прав и свобод пациента, которая даже в условиях высокой упорядоченности на уровне позитивного законодательства остается незащищенной от общественно опасного поведения медицинских работников, игнорирующих соответствующие юридические предписания в профессиональной деятельности;

2) решая задачу по охране прав и свобод пациента и предупреждению преступлений медицинских работников, уголовный закон не может изменять юридического статуса участников здравоохранительных правоотношений, установленного нормативными актами регулятивного характера. Уголовно-правовые нормы и положения способны стимулировать врача к профессиональному поведению исключительно в рамках позитивных базисных отношений, получивших предварительную правовую регламентацию посредством норм законодательства об охране здоровья граждан, трансплантации органов и (или) тканей человека, психиатрической помощи и гарантиях граждан при ее оказании и т. д.;

3) под преступлениями против прав и свобод пациента следует понимать обладающие всеми признаками преступления деяния занимающихся медицинской практикой лиц, причиняющие вред либо ставящие под угрозу причинения вреда провозглашенным в позитивном законодательстве правам и свободам человека, вступившего в здравоохранительные правоотношения посредством реализации субъективного права на получение услуги медицинского, психиатрического, фармацевтического характера либо приглашенного для участия в биомедицинском эксперименте в качестве испытуемого. Юридическое закрепление признаков преступлений против прав и свобод пациента позволит: на нормотворческом уровне сформировать уголовно-правовую политику государства по охране интересов человека, нуждающегося в услугах медицинского характера;

на правоисполнительном и правоприменительном уровнях определить юридические границы общественно опасного деяния, направленного против пациента; возложить должный объем ответственности на медицинских работников, нарушивших уголовно-правовую обязанность по воздержанию от совершения профессиональных преступлений; не допустить привлечения к уголовной ответственности врачей, поведение которых по качественным и количественным показателям не является криминальным;

4) повышению качества уголовно-правовой охраны прав и свобод пациента реально способствует системное структурирование в уголовном законе норм, противодействующих вредоносным поведением медицинских работников в процессе исполнения ими профессиональных функций. Практическая реализация идеи комплексного обеспечения интересов названной социально уязвимой группы лиц требует официального подтверждения объектов, нуждающихся в охране уголовно-правовыми средствами. Установить социальные и правовые границы такого рода объектов позволяет здравоохранительное законодательство. Нормы и положения формирующейся ныне отрасли законодательства о здравоохранении, предметом регулирования которых являются отношения между врачом и больным по поводу оказания услуг медико-биологического характера, обуславливают необходимость обеспечения прав и свобод пациента уголовно-правовыми средствами. При этом уголовный закон берет под охрану не в целом предмет регулирования здравоохранительного законодательства, а только те его составляющие, которые испытывают объективную потребность в ней. Связанные общей отраслевой природой потенциально уязвимые интересы пациента, находящиеся на одном уровне социальных ценностей, образуют видовой объект уголовно-правовой охраны;

5) систему норм о преступлениях против прав и свобод пациента рекомендуется определять как совокупность взаимосвязанных и взаимообусловленных уголовно-правовых норм и положений, выступающих органической составляющей Особенной части уголовного закона, ориентированных на охрану провозглашенных в здравоохранительном законодательстве прав и свобод лица,

испытывающего потребность в оказании услуг медицинского характера. Предлагаемая группа взаимосвязанных и взаимообусловленных уголовно-правовых норм должна стать структурным элементом раздела VII УК РФ «Преступления против личности» и располагаться в самостоятельной главе 19¹ УК РФ «Преступления против прав и свобод пациента». Ее содержание будут составлять уголовно-правовые запреты на совершение таких деяний, как: причинение вреда здоровью больного или смерти вследствие ненадлежащего оказания медицинской помощи; незаконное проведение искусственного прерывания беременности; неоказание медицинской помощи пациенту; незаконная госпитализация лица в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях; незаконное осуществление медицинской или фармацевтической деятельности; нарушение правил проведения биомедицинского исследования; нарушение законодательства Российской Федерации о временном запрете на клонирование человека; нарушение правил применения вспомогательных репродуктивных технологий; принуждение к изъятию органов и (или) тканей человека для трансплантации; незаконное разглашение сведений, составляющих медицинскую тайну;

б) официальное оформление группы преступлений против пациента подтвердит социальную и законодательную актуальность проблемы юридического обеспечения прав и свобод больного человека, отразит в сознании каждого медицинского работника исчерпывающий перечень запрещенных под угрозой применения наказания общественно опасных деяний, требующих исключения из профессионального поведения, образует новое звено в механизме уголовно-правовой охраны прав и свобод пациента, придав ему заверченный вид.

Раздел II. Уголовно-правовая охрана прав и свобод пациента в международном и зарубежном законодательстве

Глава 1. Международно-правовая регламентация отношений в сфере здравоохранения и ее значение в уголовно-правовом обеспечении прав и свобод пациента

Правовые системы современных цивилизованных стран, реализующих права, свободы и не противоречащие закону интересы человека и гражданина, в последние десятилетия все энергичнее опираются на общепризнанные принципы и нормы международного права и международные договоры. Международное право активно вторглось в область, которая до середины XX века традиционно рассматривалась в качестве сферы внутренней компетенции государств. Тенденцию сближения международного и национального права следует признать вполне закономерным результатом совершенствования модели юридического обеспечения общечеловеческих ценностей. Только на межнациональном уровне исходящие от личности интересы способны приобрести качество основополагающих правовых идей, под воздействием которых во внутригосударственной правовой системе разрабатывается механизм реализации прав и свобод человека и гражданина.

Провозглашение приоритета интересов частного лица в мировом масштабе стало следствием возрастания в обществе значения требований нравственности, обязывающих людей относиться с уважением друг к другу и ко всему человечеству. С позиции современного представления о нравственности, отражающего учение о добре, международное право формирует материально-идеологическую основу совершенствования национального законодательства в направлении эффективного обеспечения прав, свобод и не противоречащих закону интересов человека. Соответствующие общепризнанным принципам и нормам международного права нормативные документы национального характера, принимаемые на правотворческом и правоприменительном уровнях для

соблюдения и защиты интересов граждан на определенной территории, всегда будут восприниматься как нравственные и общественно полезные.

С точки зрения морали, юридические предписания, составляющие основу международного законодательства, представляют собой высшее проявление добра в демократическом обществе. В условиях демократии добро, как социально значимый результат деятельности человека, не ограничиваясь обеспечением интересов физических и юридических лиц исключительно в пределах идеологических границ конкретного государства, претендует на роль общемировых ценностей. Основываясь на представленном тезисе, формирование нравственной сути общепризнанных принципов и норм международного права можно продемонстрировать на четырех взаимообусловленных уровнях. Первый уровень связан с зарождением интересов отдельного человека, отражающих его личное представление о добре и зле. Субъектоцентристский взгляд на добро и зло подчеркивает особую роль свободы личности в содержании категории нравственности. Данное положение достаточно обстоятельно охарактеризовал известный представитель антропологии Э. Фромм, отметивший: «Добро в гуманистической этике – это утверждение жизни, раскрытие человеческих сил. Добродетель – это ответственность по отношению к собственному существованию. Злом является помеха развитию человеческих способностей; порок – это безответственность по отношению к себе»¹. Исходя из изложенного, необходимо констатировать субъективную природу добра, формирующего нравственные предпосылки существования каждого социального явления и процесса, включая международное право.

На следующем уровне интересы отдельной личности, соотносясь с интересами других физических и юридических лиц, приобретают практическое нравственное значение. Вступая в социальные отношения, человек руководствуется собственными потребностями, удовлетворение которых требует учета интересов граждан, объединений, организаций, учреждений. Всякая деятельность человека в нравственных аспектах предопределена субъективным выбо-

¹ Фромм Э. Психоанализ и этика. М., 1998. С. 42.

ром поведения в уже сложившейся системе благ, носящих объективный характер, признаваемых большинством членов общества. Решение проблемы согласования интересов личности с объективированными благами находит отклик в известном нравственном законе И. Канта: «Поступай только согласно такой максиме, относительно которой ты в то же время можешь пожелать, чтобы она стала всеобщим законом»¹. Человек, руководствующийся в своей жизнедеятельности процитированным тезисом, одновременно подчинен собственным и всеобщим потребностям. Таким образом, на общественном уровне формируются нравственные нормы, значительная часть которых высвечивает права, свободы и не противоречащие закону интересы человека и гражданина.

Третий уровень предполагает консолидацию интересов разных социальных групп в рамках определенного государства. Объединение общественных интересов на внутригосударственном уровне закладывает нравственные основы национальной политики по реализации прав и свобод личности. Этим самым в государственном масштабе наиболее значимые с точки зрения нравственности интересы отдельного человека получают соответствующее юридическое оформление.

На заключительном уровне основные национальные интересы, по своей природе имеющие субъективное начало, посредством деятельности различных международных организаций приобретают общечеловеческое значение. Слияние важнейших интересов отдельных государств позволяет выделить и оформить в качестве общепризнанных принципов и норм международного права нравственно фундаментальные права, свободы и не противоречащие закону интересы личности.

Таким образом, нравственная составляющая общепризнанных принципов и норм международного права последовательно формируется на уровнях личности, общества, государства, мировых сообществ и служит ориентиром для соответствующих законодателей, правоисполнителей и правоприменителей в процессе обеспечения общечеловеческих ценностей.

¹ Кант И. Соч. в 6 т. Т. 4 (1). М., 1965. С. 260.

Юридическая регламентация отношений в сфере здравоохранения и законодательное закрепление прав, свобод и не противоречащих закону интересов пациента приобрели международный характер к середине XX в.¹ Это во многом связано с тем, что чудовищные последствия второй мировой войны побудили мировое сообщество решать жизненно важные для человечества проблемы усилиями всех стран и народов. К тому же в послевоенное время состояние обеспечения прав и свобод лиц, нуждающихся в услугах медико-биологического характера, в разных государствах оставалось неравным в силу различий действующих в них нормативных актов, организации национальных служб здравоохранения, экономических условий, социальных, культурных и нравственных ценностей. Становилась очевидной необходимость объединения усилий суверенных стран для разработки единой концепции развития здравоохранения и создания механизма контроля над соблюдением прав и свобод человека в этой сфере. Учитывая изложенное, мировым сообществом были выработаны общие принципы осуществления политики в области защиты прав пациента, которые можно адаптировать к каждой отдельно взятой стране. Содержащиеся в них требования впоследствии использовались в качестве критерия оценки упорядоченного в национальных законодательствах механизма обеспечения провозглашенных в международных актах прав человека, нуждающегося в оказании медицинской помощи.

Стратегия реализации разработанного варианта политики обеспечения интересов пациента включала такие компоненты, как: принятие на внутригосударственном уровне законодательных или подзаконных актов, определяющих права и обязанности пациентов, медицинских работников и учреждений здравоохранения; разработку эффективного механизма их реализации на практике, включая установление уголовной ответственности за нарушение прав и свобод

¹ Существовали и более ранние попытки создания международной системы охраны здоровья. Наиболее заметным стала организация серии Международных конференций по санитарии, первая из которых прошла в 1851 г. в Париже. Однако главной целью конференции было не повышение уровня здоровья людей, а защита европейских стран от привозных инфекций (холеры, чумы, желтой лихорадки). Последующие конференции проходили в Париже (1859 г.), Константинополе (1866 г.), Вене (1874 г.), Вашингтоне (1881 г.), Риме (1885 г.), Венеции (1892 г.), Дрездене (1893 г.), Париже (1894 г.), Венеции (1897 г.), Париже (1903 г.). Практическое значение состоявшихся конференций заключалось в том, что они заложили основу международно-правового регулирования в области здравоохранения. См.: Тобес Б. Право на здоровье: Теория и практика. М., 2001. С. 15-16.

лиц, нуждающихся в медицинской помощи; устранение причин, препятствующих претворению в жизнь прав пациента или делающих их осуществление невозможным; оказание поддержки со стороны правительства по созданию и успешной работе неправительственных организаций, чья деятельность связана с отстаиванием прав пациентов; организацию в национальном масштабе дискуссий и конференций с участием заинтересованных сторон, что способствовало бы развитию взаимопонимания; обеспечение проведения исследований с целью оценки и документирования эффективности законодательных мер и других методов и инициатив, предпринятых в различных странах в области обеспечения прав пациента; привлечение средств массовой информации с целью информирования населения, побуждения сторон к конструктивному диалогу, поддержки осведомленности населения в области прав и обязанностей потребителей медицинских услуг, а также органов, их представляющих¹. Представленные пожелания международных и региональных правозащитных организаций по созданию эффективной системы соблюдения и защиты интересов пациента должны были стимулировать представительные и исполнительные органы власти в национальных государствах к адекватным действиям.

Результатом актуализации проблемы формулирования межнациональной идеологии развития здравоохранения и защиты интересов лиц, нуждающихся в услугах медико-биологического характера, стало принятие решения по итогам проходившей в 1945 г. в Сан-Франциско конференции, разрабатывавшей Устав ООН, в соответствии с которым ООН будет способствовать международному сотрудничеству в области охраны здоровья населения. Юридическим следствием данной резолюции стало включение в ст. 55 Устава ООН положения, согласно которому ООН должна содействовать «разрешению международных проблем в области экономической, социальной, здравоохранения и подобных

¹ См.: Стратегия в области обеспечения прав пациента / Декларации о политике в области обеспечения прав пациента в Европе. Принята Европейским совещанием по правам пациента. Амстердам, 1994. // Сборник официальных документов Ассоциации врачей России: Врачебные ассоциации, медицинская этика и общемедицинские проблемы / под ред. В.Н. Уранова. – М.: ПАИМС, 1995. С. 83-91.

проблем»¹. На этой же конференции ее участниками принята Декларация об учреждении Всемирной организации здравоохранения, создание которой поручено Генеральной ассамблее ООН. Устав ВОЗ делегатами шестидесяти одного государства был подписан 22 июля 1946 г., а его ратификация двадцати шестью странами состоялась 7 апреля 1948 г., после чего он вступил в силу².

Всемирная организация здравоохранения, как и было запланировано, стала солидным руководящим и координирующим центром международной деятельности по охране здоровья населения³. Единственной целью ее функционирования является достижение всеми людьми возможно высшего уровня здоровья (ст. 1 Устава ВОЗ). Понятие «здоровье» характеризуется в преамбуле Устава ВОЗ как «состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов. Обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья является одним из основных прав всякого человека без различия расы, религии, политических убеждений, экономического и социального положения»⁴. Для достижения поставленной перед собой цели ВОЗ наделена функциями установления международной номенклатуры болезней, причин смерти; поощрения и проведения исследований в области здравоохранения; установления и развития международных стандартов для пищевых, биологических, фармацевтических продуктов; поощрения и развития работы по борьбе с эпидемическими, эндемическими и другими болезнями; организации и руководства эпидемиологической и статистической службами; создания во всех странах осведомленного в вопросах здравоохранения общественного мнения. На нее возложена обязанность «поощрять деятельность в сфере психического здоровья, в особенности такую, которая имеет значение для гармонии человеческих отношений». Она уполномочена утверждать меж-

¹ Устав Организации Объединенных Наций // Международные акты о правах человека: Сборник документов. М., 1998. С. 38.

² Подробно о разработке Устава Всемирной организации здравоохранения см.: Михайлов В.С. Устав Всемирной организации здравоохранения, его разработка, международно-правовое содержание и значение. Уч. зап. ДВГУ. Т. 31. Ч. 2. Владивосток, 1969; Тобес Б. Право на здоровье: Теория и практика. М., 2001. С. 30-37.

³ В настоящее время ВОЗ является крупнейшей организацией, имеющей шесть региональных отделений (для Европы, Америки, Африки, Восточного Средиземноморья, Западной части Тихого океана, Юго-Восточной Азии) и объединяющей более ста восьмидесяти стран.

⁴ Устав (Конституция) Всемирной организации здравоохранения // Всемирная организация здравоохранения. Основные документы. Женева, 1997. С. 5.

дународные правила, имеющие отношение к здравоохранению, делать рекомендации правительствам суверенных государств по вопросам охраны здоровья граждан и предлагать принимать на внутригосударственном уровне соответствующие конвенции и соглашения. Поскольку Устав ВОЗ является разновидностью соглашений между несколькими сторонами, то сформулированные в нем положения обязательны для исполнения странами-членами Всемирной организации здравоохранения.

Административный аппарат ВОЗ составляют Всемирная ассамблея здравоохранения, определяющая политику представляемой организации, Исполнительный комитет и Секретариат, реализующие решения Ассамблеи. В полномочия Всемирной ассамблеи здравоохранения входит принятие конвенций, соглашений, правил, рекомендаций, резолюций. Так, в 1953 г. шестая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения, обсудив предложение правительства Бельгии о проведении исследований, связанных с международным медицинским правом и сравнительным законодательством в области здравоохранения, приняла резолюцию № 6.40, в которой предложила организовать изучение проблем международного медицинского права. Предварительная работа была проведена Исполнительным комитетом Всемирной организации здравоохранения, запросившим мнения многих правительств, научных, общественных организаций и отдельных лиц о необходимости изучения вопросов международного медицинского права. Полученные ответы свидетельствовали о всеобщей заинтересованности в разработке заявленной темы. Вскоре в резолюции, принятой 47-й конференцией Ассоциации международного права, сформулирована цель международного медицинского права. Она состоит «в усилении юридической гарантии более эффективной охраны жертв вооруженных конфликтов, в особенности в отношении улучшения некоторых положений Женевских конвенций 1949 г. о защите жертв войны»¹.

Не составляет особого труда заметить, что авторы упомянутой резолюции рассматривали международное медицинское право главным образом с военно-

¹ Михайлов В.С. История международного здравоохранительного права. Владивосток, 1984. С. 5-6.

медицинской точки зрения. Вместе с тем, как показала последующая практика, круг вопросов, регулируемых международным медицинским законодательством, не ограничивался упорядочением деятельности государств, различных межправительственных и неправительственных организаций по укреплению здоровья населения в военное время. Для реализации задач здравоохранения в принимаемых межнациональными организациями соглашениях значительное внимание уделялось оздоровлению окружающей среды, борьбе с инфекционными болезнями, контролю над наркотическими средствами, психотропными веществами, фармацевтическими препаратами. Утверждались международные принципы и нормы, регламентирующие профессиональную деятельность врачей и других медицинских работников, обеспечивающие юридическую защиту прав и свобод пациента.

Необходимость особого подхода со стороны мирового сообщества к обеспечению не противоречащих закону интересов пациента обусловлена сложившейся в законодательстве демократических стран тенденцией возрастания роли прав и свобод человека. Так, Организация по безопасности и сотрудничеству в Европе провозгласила защиту и поощрение прав человека и основных свобод «одной из основополагающих целей правления», базирующихся на «признании и полном принятии высшей ценности человеческой личности и гарантируемой учреждениями, образующими структуры, обеспечивающие ее наиболее полное выражение»¹. Основываясь на названных приоритетах, законодательские усилия стран Объединенной Европы и мирового сообщества в целом направлены на дифференциацию отдельных групп населения Земли, нуждающихся в особом отношении (например, в соответствии с их статусом, возрастом, полом, состоянием здоровья и т. д.). Так, принятая 10 декабря 1948 г. Всеобщая декларация прав человека², а также два договора к ней – Международ-

¹ Документ Копенгагенского совещания Конференции по человеческому измерению ОБСЕ (Копенгаген, 1990) // Международные акты о правах человека: Сборник документов. М., 1998.

² Всеобщая декларация прав человека. Принята и провозглашена резолюцией 217 А (III) ГА от 10 декабря 1948 г. // Там же.

ный пакт об экономических, социальных и культурных правах (1966 г.)¹ и Международный пакт о гражданских и политических правах (1966 г.)², являющиеся основными правообразующими документами стран – членов Организации Объединенных Наций, впоследствии были дополнены актами, нормативно закрепляющими права отдельных социальных групп. Речь идет о международных декларациях и конвенциях, принятых Генеральной ассамблеей, защищающих права национальных, этнических, религиозных и языковых меньшинств³, женщин⁴, детей⁵, беженцев⁶, заключенных⁷ и т. д. Аналогичные документы для обеспечения эффективной защиты прав и свобод человека приняты региональными организациями (в частности, Советом Европы, Организацией американских государств, Организацией африканского единства, Советом Лиги арабских государств)⁸.

¹ Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах. Принят и открыт для подписания, ратификации и присоединения резолюцией 2200 А (III) ГА от 16 декабря 1966 г. // Там же.

² Международный пакт о гражданских и политических правах. Принят и открыт для подписания, ратификации и присоединения резолюцией 2200 А (XXI) ГА от 16 декабря 1966 г. // Там же.

³ Декларация о ликвидации всех форм нетерпимости и дискриминации на основе религии или убеждений / Резолюция 36/55 ГА от 25 ноября 1981 г.; Конвенция о коренных народах и народах, ведущих племенной образ жизни в независимых странах / Конвенция № 169 МОТА от 7 июня 1989 г.; Декларация о правах лиц, принадлежащих к национальным или этническим, религиозным и языковым меньшинствам / Резолюция 47/135 ГА и т. д. // Там же.

⁴ Декларация о ликвидации дискриминации в отношении женщин / Резолюция 2263 ГА от 7 ноября 1967 г.; Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин / Резолюция ГА 34/180 от 18 декабря 1979 г. // Там же.

⁵ Конвенция о правах ребенка / Резолюция 44/25 ГА от 20 ноября 1989 г. // Там же.

⁶ Конвенция о статусе беженцев / Резолюция 429 от 14 декабря 1950 г.; Устав Управления Верховного комиссара ООН по делам беженцев / Резолюция 428 ГА от 14 декабря 1950 г. // Там же.

⁷ Минимальные стандартные правила обращения с заключенными / Одобрены Экономическим и Социальным Советом в его резолюциях 663 С от 31 июля 1957 г. и 2076 от 13 мая 1977 г.; Принципы медицинской этики, относящиеся к роли работников здравоохранения, в особенности врачей, в защите заключенных или задержанных лиц от пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания / Приняты резолюцией 37/194 Генеральной Ассамблеи ООН от 18 декабря 1982 г.; Основные принципы обращения с заключенными / Резолюция ГА 45/111 от 14 декабря 1990 г. // Там же.

⁸ См.: Европейская Конвенция о защите прав человека и основных свобод. Рим, 1950; Европейская Социальная Хартия. Турин, 1961; Европейская Хартия о региональных языках и языках меньшинств. Страсбург, 1992; Американская декларация прав и обязанностей человека. Богота, 1948; Американская конвенция о правах человека. Сан-Хосе (Коста-Рика), 1969; Африканская Хартия прав человека и народов. Найроби, 1981; Декларация прав человека в исламе. Каир, 1990 [Электронный ресурс] // Всемирная исламская политико-правовая мысль (Исламское право). Исламская интернет-библиотека Романа Пашкова. URL: <http://www.worldislamlaw.ru/archives/138> (дата обращения: 11.04.2009); Арабская Хартия прав человека 1994 г. // Вестник МГУ. Сер. 11. Право. 1997. № 5. С. 68-74; Конвенция Содружества Независимых Государств о правах и основных свободах человека. Минск, 1995 // Международные акты о правах человека: Сборник документов. М., 1998.

В Азии отсутствуют региональные органы по правам человека. По мнению ученых и государственных деятелей этого континента, из-за отсутствия в Азии политической, социально-экономической и культурной гомогенности между государствами нет необходимости для учреждения регионального механизма по правам человека. Усилия государств региона должны быть сосредоточены на вопросах политического и культурного развития. См.: Yamake H. Asia and Human Rights / The international Dimensions of Human Rights. Vol. 2. P. 651-670; Кар-

Для осуществления контроля над соблюдением прав уязвимых слоев народонаселения региональные организации создали соответствующие механизмы. Так, на Американских континентах, согласно Американской конвенции о правах человека, учреждены Межамериканский суд по правам человека и Межамериканская комиссия по правам человека. На Африканском материке, в соответствии с Африканской Хартией прав человека и народов, функционирует Африканская комиссия по правам человека и народов, а в 1998 г. в рамках Организации африканского единства учрежден Африканский суд по правам человека и народов. В целях осуществления контроля над соблюдением прав личности на территориях арабских государств действует Постоянная арабская комиссия по правам человека. В Европе на основании Конвенции о защите прав человека и основных свобод 1950 г. Советом Европы были образованы Комиссия и Суд по правам человека. В конце 1998 г. вступил в силу Протокол № 11 к Европейской Конвенции о защите прав человека и основных свобод, согласно которому вносились кардинальные изменения в созданный на ее основе механизм: Комиссия по правам человека была упразднена, а ее функции, включая рассмотрение приемлемости жалоб, передавались единому органу – Европейскому суду по правам человека¹.

Выделение прав отдельных социальных групп, основанное на положениях действующих международных соглашений по правам человека, носит официальный характер и предполагает, что некоторым индивидам помимо общих прав могут принадлежать дополнительные специальные права. При этом под общими правами подразумеваются «права, принадлежащие каждому из людей, а под специальными — такие, которые могут принадлежать лишь отдельным категориям индивидов»².

Логическим следствием сложившейся в международной нормотворческой практике тенденции по обеспечению не противоречащих закону интересов

ташкин В.А., Лукашева Е.А. Вступительная статья к Международным актам о правах человека // Международные акты о правах человека: Сборник документов. М., 1998. С. XXIX.

¹ См.: Права человека и народов: Учебное пособие / под ред. О.О. Миронова. Москва-Саратов, 2006. С. 53-62; Права человека: итоги века, тенденции, перспективы / под общ. ред. Е.А. Лукашевой. М., 2002. С. 195-196.

² Бахин С.В. О классификации прав человека, провозглашенных в международных соглашениях // Правоведение. 1991. № 2. С. 45.

наиболее уязвимых групп людей стало выделение прав и свобод пациента в качестве самостоятельного объекта юридической охраны. В силу специфики медицинской деятельности и особенностей психофизического состояния больного человека, пациент является особо ранимым в части правовой защиты собственных интересов. Еще в начале XX в. известный российский врач-невропатолог Г.И. Россолимо справедливо отмечал, что «всякое страдание и болезнь вносят в духовный мир человека такие перемены, выдвигая одни его стороны, затемняя другие, меняя подчас всю гармонию личности, а также и характер отношения к самому себе и ко всему окружающему, что есть все основания заключить, что врачу в своей деятельности приходится считаться не с обыкновенным человеком, а со страдающим человеком, как с особой психологической разновидностью»¹. Пациент, не обладая специальными медицинскими знаниями, заранее обречен на зависимое от врача положение, поэтому своеобразной компенсацией такого неравенства должно являться обеспечение его полноценной правовой защитой.

Учитывая, что права, свободы и не противоречащие закону интересы пациента нуждаются в юридическом закреплении в специальных документах, во второй половине прошлого столетия международные, региональные и внутригосударственные организации по правам человека и соответствующие медицинские ассоциации стали принимать конвенции, декларации и другие акты этического характера. К таковым относятся, в частности, Лиссабонская декларация о правах пациента 1981 г.; Декларация о политике в области обеспечения прав пациента в Европе 1994 г.; Конвенция о защите прав и достоинства человека в связи с применением достижений биологии и медицины: Конвенция о правах человека и биомедицине 1997 г.; Дополнительные протоколы к Конвенции по правам человека и биомедицине относительно запрета клонирования человека 1998 г., трансплантации органов и тканей человеческого происхождения 2002 г., биомедицинских исследований 2005 г.; Всеобщая декларация о геноме человека и правах человека 1997 г., Токийская декларация 1975 г., Декларация об эв-

¹ Россолимо Г.И. Врач и больной. М., 1906. С. 5.

таназии 1987 г., Декларация о трансплантации человеческих органов 1987 г., Хельсинкская декларация 1989 г., Декларация о проекте «Геном человека» 1992 г., Копенгагенская декларация 1994 г., Международный кодекс медицинской этики 1983 г., Заявление о торговле живыми органами 1985 г., Заявление о политике в области охраны здоровья детей 1987 г., Заявление об искусственном оплодотворении и трансплантации эмбрионов 1987 г., Заявление о халатном отношении врачей к своим обязанностям 1992 г. и др. Именно благодаря влиянию норм и положений, содержащихся в перечисленных международных и региональных документах, произошли позитивные изменения в системе национальных законодательств, гарантирующих соблюдение и защиту не противоречащих закону интересов потребителей услуг медико-биологического характера.

Одним из первых интернациональных документов, закрепивших основные права пациента в специальном акте этико-юридического характера, стала Лиссабонская декларация о правах пациента, принятая 34-й Всемирной медицинской ассамблеей в 1981 г.¹ Принимая во внимание то, что «врач должен действовать в интересах пациента сообразно своей совести, с учетом юридических, этических и практических норм той страны, где он практикует», упомянутая Декларация утвердила права, которыми должен обладать каждый пациент. Ему принадлежит право свободного выбора врача; право получать помощь врача, независимого от посторонних влияний в своих профессиональных медицинских и этических решениях; право, получив адекватную информацию, согласиться на лечение или отказаться от него; право рассчитывать на то, что врач будет относиться ко всей медицинской и личной информации, доверенной ему, как к конфиденциальной; право умереть достойно; право воспользоваться духовной или моральной поддержкой, включая помощь служителя любой религиозной конфессии, или отклонить ее.

Перечень прав пациента, зафиксированный в Лиссабонской декларации, явился результатом длительного формирования мировых стандартов, которые

¹ Лиссабонская декларация о правах пациента. Принята 34-й Всемирной медицинской ассамблеей. Лиссабон, 1981 // Сборник официальных документов Ассоциации врачей России: Врачебные ассоциации, медицинская этика и общемедицинские проблемы / под ред. В.Н. Уранова. – М.: ПАИМС, 1995.

должны стать нормой для цивилизованного общества. Несмотря на то, что данный документ носит преимущественно рекомендательный характер и не устанавливает каких-либо санкций за нарушение содержащихся в нем положений, тем не менее, он стал основой учреждения межнациональной концепции по обеспечению прав, свобод и не противоречащих законодательству интересов пациента. Вместе с тем, только сам факт признания мировым сообществом прав и свобод указанной категории лиц еще не означает установления автоматического режима их повсеместного соблюдения. Без разработки в национальном законодательстве механизма реализации провозглашенных в международных актах прав человека последние останутся лишь на уровне деклараций.

Лиссабонская декларация о правах пациента имела непосредственную ценность при составлении и принятии Всемирной организацией здравоохранения в 1994 г. Декларации о политике в области обеспечения прав пациента в Европе, в которой представлена стратегия государств – членов ВОЗ по оптимизации концепции прав пациента на европейском континенте¹. В основу ее создания положена посылка о том, что детальное закрепление прав пациента в региональном акте позволит потребителям медицинских услуг и их производителям в большей мере осознать свою ответственность за охрану здоровья, а отношения между больными и работниками учреждений здравоохранения будут строиться на взаимном уважении и поддержке. Авторы данного документа наделись, что декларация прав потребителей медико-биологических услуг в международном масштабе окажет прогрессивное воздействие на процесс организации внутригосударственной политики суверенных стран в области здравоохранения, законодательной поддержки интересов пациентов.

В целях единообразного понимания используемых категорий составители Основ концепции прав пациента в Европе в тексте самого документа раскрывают содержания терминов «пациент», «медицинское вмешательство», «медицинская помощь», «производители медицинских услуг», «лечебно-профилактическое

¹ Декларации о политике в области обеспечения прав пациента в Европе. Принята Европейским совещанием по правам пациента. Амстердам, 1994. // Сборник официальных документов Ассоциации врачей России: Врачебные ассоциации, медицинская этика и общемедицинские проблемы / под ред. В.Н. Уранова. – М.: ПАИМС, 1995. С. 83-91.

учреждение» и др. Понятие пациента характеризуется в нем как здоровый или больной потребитель медицинских услуг. Приведенное определение стало официальным для стран – членов ВОЗ. Основываясь на нем, вероятно предположение, согласно которому пациент может выступать как в роли нуждающегося в уходе тяжелого больного, так и в качестве клиента, обратившегося за советом к медицинскому работнику, который обязан помочь ему как потребителю медицинских услуг. Например, человек, желающий сделать себе косметическую операцию и обратившийся в медицинское учреждение за соответствующей услугой, не признается больным, но в то же время является пациентом. Психофизическое состояние пациента может варьировать от терминального до абсолютно здорового.

Выражение «медицинское вмешательство» охватывает любое обследование, лечение или иное действие, преследующее профилактическую, диагностическую, лечебную или реабилитационную цель, выполняемое врачом или иным производителем медицинских услуг. В качестве производителей медицинских услуг выступают врачи, сестры, дантисты и представители других медицинских профессий.

Декларация о политике в области обеспечения прав пациента в Европе различает социальные и индивидуальные права пациента. Социальные права в области охраны здоровья человека связаны с социальными обязательствами государства, взятыми на себя или возложенными на правительство, общественные или частные организации по разумному обеспечению населения страны медицинской помощью. Они являются достоянием всего общества и предполагают равную доступность медицинской помощи для всех жителей какого-либо государства или географического региона, устраняя финансовые, географические, культурные, социальные, психологические и иные дискриминирующие барьеры. В частности, Декларация закрепляет за пациентами коллективное право на определенную форму представительства своих интересов на всех уровнях системы здравоохранения при принятии решений о планировании и оценке медицинских услуг, определении объема, качества и характера медицинской помощи.

Под индивидуальными правами пациента понимаются право на целостность личности, на невмешательство в личную жизнь, на конфиденциальность информации о состоянии здоровья, на религиозные убеждения и др. На их подробное закрепление в содержании анализируемого документа концентрировал свое внимание европейский законодатель. Соблюдение индивидуальных прав пациента, в отличие от прав социальных, легче проконтролировать на правоисполнительном и правоприменительном уровнях.

Основы концепции прав пациента в Европе социальные и индивидуальные права здорового или больного потребителя медицинских услуг подразделяет на пять групп. Костяк первой группы составляют «права человека и человеческие ценности в здравоохранении». К ним относятся права на уважение собственной личности, на самоопределение, на сохранение физической и психической целостности, на уважение тайн человека, на собственные моральные и культурные ценности, религиозные и философские убеждения, на защиту здоровья в той мере, в которой позволяют существующие меры профилактики и лечения болезней. Реализация перечисленных прав должна осуществляться не в ущерб законным интересам других членов общества.

Во второй группе сосредоточены права пациента, гарантирующие доступ к информации о медицинских услугах. Так, они имеют право на исчерпывающую информацию о состоянии своего здоровья, включая данные о возможном риске и преимуществах предлагаемых и альтернативных методов лечения, сведения о возможных последствиях отказа от лечения, информацию о диагнозе, прогнозе и плане лечебных мероприятий. Больному должна быть предоставлена возможность ознакомления с альтернативными мнениями других врачей. Сведения могут скрываться лишь в тех случаях, когда есть веские основания полагать, что предоставление медицинской информации не только не принесет пользы, но причинит серьезный вред. Информацию следует сообщать в доступной для пациента форме, минимизируя использование непривычных для него терминов. Если больной не говорит на обычном в данной стране языке, необходимо обеспечить ту или иную форму перевода. При поступлении в лечебно-

профилактические учреждения пациент должен получить сведения об именах и профессиональном статусе тех, кто будут оказывать ему медицинские услуги, а также о правилах внутреннего распорядка. При выписке из лечебно-профилактического учреждения он может потребовать и получить выписку из истории болезни с указанием диагноза и проведенного лечения. Пациент вправе отказаться от информации, но такое желание должно быть выражено в явной форме. Он может выбрать лицо, которому следует сообщать информацию о состоянии его здоровья.

Третья группа прав регламентирует условия и процедуру получения согласия на медико-биологическое вмешательство в интересы пациента либо приостановление его проведения. В соответствии с ними информированное осознанное согласие пациента является предварительным условием любого медицинского вмешательства. Если больной не в состоянии выразить свою волю, а медицинское вмешательство необходимо по неотложным показаниям, следует предполагать, что согласие на такое вмешательство есть; исключением может являться случай, когда пациент ранее заявил, что не согласится на медицинское вмешательство в ситуации, подобной той, в которой он оказался. В случаях, когда требуется согласие законного представителя пациента, но получить таковое не представляется возможным в связи с неотложностью ситуации, медицинское вмешательство может быть осуществлено, не дожидаясь согласия законного представителя. В ситуациях, когда законный представитель больного не дает согласия на медицинское вмешательство, а врач или иной производитель медицинских услуг считает, что в интересах пациента вмешательство следует произвести, решение должно быть принято судом или другой арбитражной инстанцией. Во всех иных случаях, когда больной не в состоянии дать информированное осознанное согласие, а его законный представитель или лицо, уполномоченное на это пациентом отсутствуют, необходимо сделать все возможное, чтобы процесс принятия решения был полноценным, с учетом всего, что известно по данному эпизоду, а также того, что можно предположить относительно желания пациента. Согласие пациента необходимо во всех случаях кон-

сервации и использования любых компонентов человеческого тела. Допустимо предполагать, что согласие получено во всех тех эпизодах, когда компоненты тела используются для целей диагностики, лечения или ухода за пациентом.

Необходимо осознанное информированное согласие пациента на его участие в клиническом исследовании. Осознанное информированное согласие пациента является обязательным предварительным условием его участия в научном эксперименте. При этом все протоколы должны быть подвергнуты соответствующей этической экспертизе. Подобные опыты не могут проводиться с участием лиц, не способных выразить свою волю, за исключением случаев, когда получено согласие законного представителя и исследование проводится в интересах пациента. В исключительных случаях недееспособные пациенты могут вовлекаться в обсервационные исследования, не сулящие непосредственной пользы улучшению их здоровья, но при условии, что они не возражают против участия в эксперименте, угроза их здоровью минимальна, исследование имеет важное значение и других возможностей его проведения нет. Больной вправе в любое время отказаться от медицинского вмешательства или приостановить его проведение. Последствия подобного отказа следует тщательно ему разъяснить.

В четвертой группе закреплены права, обеспечивающие конфиденциальность и приватность сведений о состоянии здоровья пациента, диагнозе, прогнозе и лечении его заболевания, а также любой другой информации личного характера, которые должны сохраняться в секрете, даже после смерти больного. Конфиденциальную информацию можно раскрыть только тогда, когда на это есть ясно выраженное согласие пациента, либо это требует закон. Предполагается согласие больного на раскрытие конфиденциальной информации медицинскому персоналу, принимающему участие в его лечении. Все данные, которые могут раскрыть личность пациента, должны быть защищены. Степень защиты должна быть адекватна форме хранения данных. Компоненты человеческого тела, из которых можно извлечь идентификационную информацию, также должны храниться с соблюдением требований защиты. Пациенты, входящие и поступающие в лечебно-профилактическое учреждение, вправе рассчитывать

на наличие в этом учреждении инвентаря и оборудования, необходимого для гарантии сохранения медицинской тайны, особенно в тех случаях, когда медицинские работники осуществляют уход, проводят исследовательские и лечебные процедуры. Они имеют право доступа к истории болезни, а также к материалам, имеющим отношение к диагнозу и лечению. Пациент вправе получить копии материалов, потребовать коррекции, дополнения, уточнения и (или) исключения данных личного и медицинского характера, если они неточны или не имеют отношения к обоснованию диагноза и процессу лечения.

Запрещается вмешательство в личную и семейную жизнь больного за исключением тех случаев, когда он не возражает против этого и необходимость вторжения в частную жизнь продиктована целями диагностики и лечения. В любом случае, медицинское вмешательство в личную жизнь пациента предполагает уважение тайн, поэтому оно может осуществляться лишь в присутствии строго необходимых для его проведения лиц, если иного не пожелает сам больной.

В пятой группе, которая озаглавлена «Лечение и организация медицинской помощи», провозглашено право каждого человека на получение медицинской помощи, соответствующей состоянию его здоровья, включая помощь профилактического и лечебного характера. Предоставление медицинских услуг должно соответствовать финансовым, человеческим и материальным ресурсам данного общества и обеспечивать постоянную доступность необходимой медицинской помощи для всех в равной мере, без какой-либо дискриминации. В ситуациях, когда медицинская помощь должна быть оказана одновременно нескольким больным, а работник учреждения здравоохранения вынужден определить очередность ее оказания, пациенты вправе надеяться, что выбор очередности будет основан исключительно на медицинских критериях, избегая дискриминационных факторов.

Больные имеют право на качественную медицинскую помощь, отвечающую высоким технологическим стандартам, принципам человечности в отношениях между пациентом и производителями медицинских услуг. Они вправе рассчитывать на преемственность медицинской помощи, подразумевающую

сотрудничество всех медицинских работников и (или) учреждений здравоохранения в деле постановки диагноза, лечения и ухода за пациентом. Им предоставлено право выбора и замены врача или иного поставщика медицинских услуг, в том числе и лечебно-профилактического учреждения. Если по медицинским показаниям целесообразен перевод пациента в другое лечебно-профилактическое учреждение или выписка домой, то ему важно разъяснить причины такого перемещения или выписки.

Как следует из текста документа, осуществление перечисленных прав предполагает наличие определенных механизмов их реализации, которые рекомендуется создать правительствам европейских государств. Прежде всего, каждому пациенту должна быть предоставлена информация о правах и обеспечена возможность получения консультации. Если больной считает, что его права нарушены, то он может подать жалобу в соответствующий орган. В дополнение к судебной процедуре, на уровне лечебно-профилактического учреждения и иных уровнях, должны существовать независимые механизмы рассмотрения подобных жалоб и вынесения решений по ним. Такие инстанции обязаны информировать пациента о процедуре подачи жалобы и оказывать консультации. Они же, при необходимости, должны обеспечивать защиту интересов пациента от его имени и информировать о ее результатах.

Декларация оговаривает вопрос о возможных ограничениях прав пациента. На практике ограничения интересов потребителей медицинских услуг могут быть продиктованы необходимостью поддержания общественного порядка, требованиями охраны здоровья и соблюдения прав других членов общества. Так, в одних случаях причиной ограничения прав пациента могут явиться интересы третьей стороны, когда их неограниченность может нанести серьезный вред иным лицам. В других ситуациях аналогичные меры оправданы в целях защиты самого пациента (так называемые «терапевтические ограничения»). Вместе с тем, никакие ограничения интересов пациента не должны нарушать основные права и свободы человека и гражданина. При этом всякое ограниче-

ние в обязательном порядке должно иметь под собой юридическую базу, закреплённую во внутригосударственном законодательстве.

Исходя из изложенного, Основы концепции прав пациента в Европе можно рассматривать как документ, который создан для того, чтобы: подтвердить основные права человека в области охраны его здоровья и, в особенности, защитить его достоинство и целостность личности, а также обеспечить уважение к пациенту как к личности; предложить на рассмотрение государств-членов Всемирной организации здравоохранения свод принципов, лежащих в основе концепции прав пациента, которые могут быть использованы при формулировании политики в области охраны прав пациента; помочь пациентам извлечь максимальную пользу при обращении за услугами медицинского характера; способствовать становлению и развитию взаимовыгодных отношений между пациентами и медработниками и, в частности, поощрять активность пациентов; укрепить существующие и создать новые возможности диалога между организациями пациентов, медицинских работников, другими заинтересованными структурами; привлекать в национальном, региональном и международном масштабе внимание к возникающим проблемам и способствовать развитию международного сотрудничества в области защиты права пациента.

Следующим международным нормативным актом, призванным обеспечивать защиту интересов здоровых или больных потребителей медико-биологических услуг, является Конвенция Совета Европы о защите прав и достоинства человека в связи с применением достижений биологии и медицины: Конвенция о правах человека и биомедицине¹. Основной целью, которую намеревались достичь авторы заявленного регионального документа с его принятием, выступает защита достоинства и индивидуальной целостности человека и гарантирование каждому без исключения соблюдение неприкосновенности личности и других прав и основных свобод в связи с применением достижений

¹ См.: Конвенция о защите прав и достоинства человека в связи с применением достижений биологии и медицины: Конвенция о правах человека и биомедицине. Принята Комитетом министров Совета Европы 19 ноября 1996 г., открыта к подписанию 4 апреля 1997 г., вступила в силу с 1 декабря 1999 г. [Электронный ресурс]. – Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

биологии и медицины (ст. 1). Достижение указанной цели предполагается посредством формулирования требований, направленных на преодоление существующих на международном и национальном уровнях различий в организации и осуществлении контроля над изъятием органов и тканей у живых доноров в целях трансплантации, проведением биомедицинских исследований с участием человека, в том числе касающихся генома человека, использованием их результатов в практической деятельности. Последнее становится особенно актуальным в связи с бурным прогрессом современной генетики, что делает практически реальным внешнее воздействие на генетические структуры, психику и мозг человека.

Памятуя о том, что предосудительное использование биологии и медицины может привести к действиям, которые поставили бы под угрозу человеческое достоинство, Конвенция о правах человека и биомедицине провозглашает принцип приоритета интересов отдельной личности над интересами общества и науки (ст. 2). Это означает, что перспектива получения даже самых заманчивых научно-практических результатов, полезных для общества в целом, не дает оснований исследователям для проведения экспериментов с участием пациента без его согласия или с нарушением иных установленных правил. Так, в соответствии со ст. 16 Конвенции исследования на людях могут проводиться только при соблюдении следующих условий: не существует альтернативных методов исследования, сопоставимых по своей эффективности; риск, которому может быть подвергнут испытуемый, не превышает потенциальной выгоды от проведения данного исследования; проект предлагаемого исследования был утвержден компетентным органом после проведения независимой экспертизы научной обоснованности проведения данного исследования, включая важность его цели, и многостороннего рассмотрения его приемлемости с этической точки зрения; лицо, выступающее в качестве испытуемого, проинформировано об имеющихся у него правах и гарантиях, предусмотренных законом; получено явно выраженное, конкретное письменное согласие. Такое согласие может быть беспрепятственно отозвано в любой момент.

Конвенция о защите прав и достоинства человека в связи с применением достижений биологии и медицины закрепляет также принципы равной доступности к медицинской помощи, профессиональных требований и стандартов (ст. 3-4). Согласно им, государства - члены Совета Европы, подписавшие названную Конвенцию, исходя из имеющихся у них потребностей и ресурсов, принимают необходимые меры, направленные на обеспечение в рамках своей юрисдикции равной для всех членов общества доступности медицинской помощи приемлемого качества. Всякое медицинское вмешательство, включая вмешательства, выполняемые в исследовательских целях, должно осуществляться в соответствии с существующими профессиональными требованиями и стандартами.

Практическое значение формулирования принципа профессионального стандарта в нормативном акте многоуровневое. Во-первых, на правоисполнительном уровне он обязывает медицинских работников к выполнению профессиональных функций в соответствии с регламентированными в юридических документах стандартами и стимулирует их к регулярному повышению специальных познаний. Отсутствие у врача необходимого уровня знаний на момент оказания медицинской помощи больному является нарушением правовой обязанности. Во-вторых, ориентируясь на существующие стандарты предоставляемых услуг медико-биологического характера, пациенты вправе ожидать от медицинского персонала качественной помощи. Таким образом, следование профессиональным стандартам при проведении любого медицинского вмешательства выступает гарантией соблюдения прав, свобод и не противоречащих закону интересов пациента. В-третьих, профессиональные стандарты медицинских работников, расписанные в нормативных документах, значимы на правоприменительном уровне. На них основываются работники следственных органов и судьи при расследовании либо рассмотрении конкретных уголовных дел, поскольку отступление врачей от соответствующих стандартов является основанием для привлечения их к уголовной ответственности за ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей, если это повлекло по неосторожности причинение вреда здоровью либо смерть человека.

В нормах, изложенных во второй главе Конвенции о правах человека и биомедицине (ст. 5–9), провозглашена идея добровольного информированного согласия лица на биомедицинское вмешательство в его интересы. Медицинские вмешательства, включая вмешательства, осуществляемые в исследовательских целях, могут проводиться только с согласия самого пациента. Подобное согласие должно быть информированным и добровольным, то есть исключать любые формы оказания давления с целью его получения и основываться на знаниях цели, характера, последствий и рисков медицинской операции. Одновременно должны быть защищены интересы лиц, не способных выразить волю. В частности, медицинское вмешательство в отношении лица, не способного дать согласие, может осуществляться исключительно в интересах такого пациента. Проведение медицинского вмешательства в отношении несовершеннолетнего ребенка, который не в состоянии выразить согласие по закону, может быть осуществлено с разрешения его представителя. Мнение самого несовершеннолетнего рассматривается как фактор, значение которого растет в зависимости от его возраста и степени зрелости.

Медицинское вмешательство в отношении совершеннолетнего, признанного недееспособным по закону или не способного дать согласие по состоянию здоровья, осуществляется только с разрешения его представителя. Лицо, страдающее серьезным психическим расстройством, может быть подвергнуто без согласия медицинскому вмешательству, направленному на лечение этого расстройства, лишь в том случае, если отсутствие лечения может нанести серьезный вред здоровью, и при соблюдении условий защиты, предусмотренных законом, включая процедуры наблюдения, контроля и обжалования.

Если в силу чрезвычайной ситуации согласие соответствующего лица получить невозможно, любое вмешательство, необходимое для улучшения состояния его здоровья, может быть осуществлено немедленно. В случаях, когда в момент медицинского вмешательства человек не в состоянии выразить волю, учитываются пожелания по этому поводу, выраженные им ранее. Таким обра-

зом, информированное согласие на биомедицинское вмешательство в собственные интересы выступает формой правовой защищенности пациента¹.

Конвенция Совета Европы о защите прав и достоинства человека в связи с применением достижений биологии и медицины гарантирует каждому право на информацию о своем здоровье, а также на уважение частной жизни, в особенности тогда, когда это касается сведений о его здоровье (ст. 10). Обеспечение неприкосновенности личной тайны пациента является неотъемлемым атрибутом цивилизованного государства, которое обязано не только воздерживаться от вмешательства в сферу частной жизни, но и совершать позитивные действия, целью которых является законодательное закрепление юридических гарантий, призванных создавать условия для ее беспрепятственной реализации, а также установление уголовной ответственности за разглашение врачебной (медицинской) тайны².

Признавая, что научные исследования по геному человека и практическое применение их результатов открывают безграничные перспективы для улучшения здоровья людей, подчеркивая вместе с тем, что такие эксперименты должны основываться на уважении достоинства человека, а также на запрещении любой формы дискриминации по признаку генетического наследия, Конвенция о правах человека и биомедицине регулированию заявленных проблем посвятила специальную главу IV «Геном человека». В соответствии со ст. 13 Конвенции вмешательство в геном человека, направленное на его модификацию, допускается лишь в профилактических, диагностических или терапевтических целях и только при условии, что оно не направлено на изменение генома наследников данного человека. Прогностические тесты на наличие генетического заболевания или на наличие генетической предрасположенности к тому

¹ По законодательству отдельных европейских государств лица, виновные в осуществлении медицинского вмешательства без согласия пациента, могут быть привлечены к уголовной ответственности. Так, Уголовный кодекс Республики Польша в санкции ст. 192 предусматривает наказание в виде штрафа, ограничения свободы либо лишения свободы на срок до двух лет за выполнение врачебной операции без согласия пациента. Уголовное преследование в таких случаях возбуждается по заявлению потерпевшего.

² В настоящее время уголовно-правовые нормы, возлагающие на медицинских работников обязанность не разглашать сведения, составляющие врачебную (медицинскую) тайну, представлены в законодательстве многих стран. В частности, они изложены в ст. 178 УК Республики Беларусь, ст. 145 УК Украины, ст. 145 УК Латвийской Республики, ст. 128¹ УК Эстонской Республики, ст. 144 УК Республики Казахстан, ст. 145 УК Кыргызской Республики, ст. 321 и ст. 321bis УК Швейцарии, § 203 УК ФРГ, ст. 134 УК Японии.

или иному заболеванию могут проводиться только в медицинских целях или в целях медицинской науки и при условии надлежащей консультации специалиста - генетика. Не допускается использование вспомогательных медицинских технологий деторождения в целях выбора пола будущего ребенка, за исключением случаев, когда это делается с тем, чтобы предотвратить наследование будущим ребенком заболевания, связанного с полом (ст. 14). Запрещается любое вмешательство с целью создания человеческого существа, генетически идентичного другому человеческому существу, живому или умершему (ст. 1 Дополнительного протокола к Конвенции Совета Европы о правах человека и биомедицине, касающихся запрещения клонирования человеческих существ¹). В резолюции, принятой в январе 1998 г., Совет Европы обратился ко всем государствам с призывом наложить законодательный запрет на человеческое клонирование как практику, идущую вразрез с требованиями равенства и уважения человеческого достоинства, обеспечивающую евгеническую и расистскую селекцию и связанную с экспериментами на человеке.

Упорядочиванию на международно-правовом уровне отношений между медицинскими работниками и пациентами, возникающих по поводу проведения биомедицинских исследований и изъятия органов и тканей у живых доноров в целях трансплантации, посвящены V, VI и VII главы Конвенции. Так, в ст. 15 закреплено общее правило, согласно которому «научные исследования в области биологии и медицины осуществляются свободно при условии соблюдения положений данной Конвенции и других законодательных документов, гарантирующих защиту человека». Заявление о свободе научного творчества на международном уровне заслуживает одобрения, поскольку новаторство во все времена способствовало прогрессу в медицине, биологии и других областях знания. Расшифровка генома человека, разработка новых методов лечения рака, СПИДа и других опасных болезней, новых лекарственных препаратов, имеют существенное значение для человечества. Однако свобода научных испытаний

¹ См.: Дополнительный протокол к Конвенции Совета Европы о правах человека и биомедицине, касающихся запрещения клонирования человеческих существ. Париж, 1998. // Овчинский В.С. Криминология и биотехнологии. М., 2005. С. 154-156.

не может быть абсолютной. Биомедицинские исследования не могут ставить под угрозу причинения вреда не противоречащим закону интересам других людей¹. В связи с этим Конвенция формулирует нормы, предназначенные защищать права и свободы пациентов, выступающих в качестве испытуемых, включая и тех, кто не способен самостоятельно выразить согласие на участие в экспериментах (ст. 16-17).

Положения, изложенные в указанных статьях, подробно развиваются и детализируются в Дополнительном протоколе к Конвенции Совета Европы о правах человека и биомедицине, касающимся биомедицинских исследований, который открыт для подписания сторонами 25 января 2005 г. Общие принципы проведения биомедицинских исследований, сформулированные в Дополнительном протоколе, таковы: интересы и благополучие испытуемого должны превалировать над исключительными интересами общества или науки; подтверждается принцип свободы исследования, но при условии, что оно проводится в соответствии с положениями названного протокола и других юридических норм, направленных на защиту человеческого существа. Биомедицинское исследование с участием человека может проводиться только в том случае, если нет сравнимых по эффективности альтернатив. При этом выгоды для испытуемого должны превышать риск, которому он подвергается. Если же участие в исследовании не несёт прямой выгоды испытуемому (так называемые нетерапевтические исследования), то риск не должен превышать приемлемого уровня.

Дополнительный протокол включает весьма строгие требования по защите здоровья и достоинства испытуемых. Прежде всего – это необходимость назначения этической экспертизы по каждому исследовательскому проекту, коль скоро намечаемый эксперимент будет проводиться с участием людей в качестве испытуемых. В этом отношении протокол идёт дальше, чем любой из ныне действующих международных документов: в приложении к нему в двадцати пунктах перечисляется информация, которая должна быть представлена независимому Комитету по Этике, проводящему экспертизу проекта.

¹ Крылова Н.Е. Уголовное право и биоэтика: проблемы, дискуссии, поиск решений. М., 2006. С. 185.

Второе требование предполагает информирование испытуемых о цели и назначении исследования, о риске, которому они будут подвергаться, о гарантиях его безопасности и о возмещении возможного ущерба, вызванного участием в эксперименте. В ст. 13 излагается перечень информации, которую необходимо предоставить каждому испытуемому. Важно получить добровольное согласие пациента. В том случае, если в эксперименте предполагается участие лиц, которые не в состоянии выразить юридически значимое согласие, то необходимо поручиться разрешением их законных представителей¹.

Самостоятельная глава протокола посвящена специфическим ситуациям осуществления биомедицинского исследования над людьми. Речь идёт, в частности, об экспериментах в период беременности женщины и грудного вскармливания; исследованиях на лицах, получающих неотложную помощь; опытах на тех, кто обвинительным приговором суда лишён свободы. Во всех указанных случаях нормы международного права предусматривают дополнительные меры по защите испытуемых.

Конвенция о защите прав и достоинства человека в связи с применением достижений биологии и медицины установила запрет на создание эмбриона человека в исследовательских целях. Она же впервые в мировой практике включила положение, направленное на защиту эмбриона человека. Так, если внутригосударственный законодательный акт разрешает проводить исследования на эмбрионах *in vitro* (в пробирке), то он же должен предусматривать надлежащую защиту эмбриона (ст. 18). Например, во Франции на уровне позитивного законодательства установлен запрет на создание человеческих эмбрионов *in vitro* в исследовательских, научных или экспериментальных целях (ст. L. 214-8 Кодекса законов о здравоохранении). Данная норма запрещает также «всякое экспериментирование над эмбрионом». За осуществление зачатия *in vitro* и создание человеческих эмбрионов путем клонирования в исследовательских или экспериментаторских целях, а также за изучение эмбриона или экспериментирование над ним в нарушение положений статьи L. 152-8 Кодекса законов о здраво-

¹ См.: Этическая экспертиза биомедицинских исследований / под общ. ред. Ю.Б. Белоусова. М., 2005. С. 16.

охранении в санкциях ст. 511-18 и ст. 511-19 Уголовного кодекса Франции предусмотрены наказания в виде семи лет тюремного заключения и штрафа.

Принимая во внимание, что трансплантация органов и тканей должна проводиться согласно условиям, защищающим права и свободы потенциальных и настоящих доноров и реципиентов, Совет Европы выработал определенные правила осуществления таких операций. В частности, на основании ст. 19 Конвенции изъятие у живого донора органов и тканей для трансплантации может производиться исключительно с целью лечения реципиента при условии отсутствия пригодного органа или ткани, полученных от трупа, и невозможности проведения альтернативного лечения с сопоставимой эффективностью. В связи с тем, что злоупотребления в области трансплантации органов и тканей могут привести к действиям, подвергающим опасности человеческую жизнь, здоровье и достоинство, Конвенция требует от врачей перед началом хирургической операции получить явно выраженное и конкретное согласие донора и реципиента на трансплантацию, оформленное письменно либо в соответствующей официальной инстанции.

Конвенция о правах человека и биомедицине в ст. 21 и Дополнительный протокол к ней относительно трансплантации органов и тканей человеческого происхождения в ст. 21 и 22 устанавливают юридический запрет на то, чтобы тело человека или его части стали для кого-либо источником извлечения финансовой выгоды. Данное положение не препятствует платежам, которые не образуют финансовую выгоду или сравнимые преимущества, в частности: компенсации потерь заработков и других законных расходов живых доноров, вызванных удалением или связанных с медицинскими освидетельствованиями; выплате законных сборов за законные медицинские или связанные с ними технические услуги, оказываемые в связи с трансплантацией; компенсации в случае непредусмотренного ущерба, понесенного в результате удаления органов или тканей у живого лица. Запрещается также делать объявления о необходимости или доступности органов или тканей с целью предложения или получения финансовой выгоды и сравнимых преимуществ.

Обращаем внимание на то, что по сравнению с проанализированными ранее Лиссабонской декларацией о правах пациента и Декларацией о политике в области обеспечения прав пациента в Европе, содержание Конвенции Совета Европы о защите прав и достоинства человека в связи с применением достижений биологии и медицины и ее Дополнительных протоколов составляют нормы не рекомендательного, а общеобязательного характера, имеющие силу прямого действия на территориях подписавших и ратифицировавших их государств¹. Реализуя международно-правовые запреты на извлечение финансовой выгоды от сделок с органами и тканями человека, сформулированные в Конвенции Совета Европы о правах человека и биомедицине и Дополнительном протоколе к ней относительно трансплантации органов и тканей человеческого происхождения, многие страны европейского континента во внутригосударственном законодательстве предусмотрели уголовную ответственность за куплю-продажу органов и тканей человека (например, ст. 511-2, 511-4 УК Франции, ч. 4 ст. 143 УК Украины, ст. 135 УК Грузии, ч. 1 ст. 137 УК Азербайджанской Республики, ст. 113 УК Республики Казахстан). Таким образом, урегулированность международно-правовыми нормами отношений, возникающих в связи с применением достижений биологии и медицины, позволила брать их на уровне внутригосударственного законодательства под уголовно-правовую охрану. Без установления соответствующих уголовно-правовых запретов, удерживающих достигших возраста уголовной ответственности физических вменяемых лиц от совершения общественно опасных посягательств на права и свободы пациента, международное законодательство самостоятельно не в состоянии гарантировать сохранность названных объектов. Это, в частности, связано с тем, что нормы международно-правового характера не содержат санкций, которые стимулировали бы правоисполнителей к выполнению возложенных на них юридических обязанностей по воздержанию от совершения преступлений. Такие санкции представ-

¹ На 1 января 2014 г. Конвенцию Европейского Союза о правах человека и биомедицине подписали 35 государств, 29 государств, из числа подписавших, ратифицировали ее и обязались предпринять необходимые меры по совершенствованию национального законодательства с тем, чтобы оно отражало положения Конвенции. Российская Федерация без официального разъяснения причин еще не подписала Конвенцию о защите прав и достоинства человека в связи с применением достижений биологии и медицины.

лены в нормах уголовного законодательства. Изложенное дает основание для вывода о том, что международное здравоохранительное законодательство призвано упорядочивать отношения, возникающие по поводу охраны здоровья людей, а уголовно-правовые нормы в этой части гарантируют охрану регламентированных международным законодательством правоотношений. Данное суждение непосредственно вытекает из социального назначения самой отрасли уголовного права, которая «образовалась для того, чтобы обеспечить сохранность тех или иных урегулированных другими отраслями права отношений: личности, общества, государства, мира и безопасности от преступного воздействия на них, от причинения им вреда»¹.

Проведенное исследование международно-правовой регламентации отношений в сфере здравоохранения и ее значения в уголовно-правовом обеспечении прав и свобод пациента на внутригосударственном уровне позволяет сформулировать следующие выводы:

1) современная эпоха международного сотрудничества по обеспечению прав, свобод и не противоречащих закону интересов пациента характеризуется целым рядом успехов и достижений. Сложилось отчетливое представление относительно общепризнанных прав пациента; создана сеть международно-правовых механизмов по их защите; широкое распространение получила практика привлечения неправительственных организаций к обсуждению в системе международных и региональных организаций вопросов, связанных с политикой в области реализации прав пациента;

2) с позиции современного представления о нравственности, отражающего учение о добре, международное право формирует материально-идеологическую основу совершенствования национального законодательства в направлении эффективного обеспечения прав, свобод и не противоречащих закону интересов человека. Юридические предписания, составляющие основу международного законодательства, представляют собой проявление добра в демократическом обществе. В условиях демократии добро, как социально зна-

¹ Уголовное право России: Курс лекций: В 6 т. / под ред. Б.Т. Разгильдиева. Саратов, 2004. – Т. 1. Кн. 1. С. 75.

чимый результат деятельности человека, не ограничиваясь удовлетворением интересов физических и юридических лиц исключительно в пределах идеологических границ конкретного государства, претендует на роль общемировых ценностей. Нравственная составляющая общепризнанных принципов и норм международного права последовательно формируется на уровнях личности, общества, государства, мировых сообществ;

3) являясь основой внутригосударственной правовой системы, нормы международного права одновременно оказывают воздействие на регулятивные и охранительные отрасли законодательства. Стандарты поведения, представленные в международных документах, служат моделью для разработки и принятия на национальном уровне соответствующих регулятивных и охранительных законодательных актов, обеспечивающих права, свободы и не противоречащих закону интересы личности, законные интересы общества и государства. В отличие от правотворческого уровня, в процессе правоприменения наблюдается специфика во влиянии норм международного права на регулятивные и охранительные отрасли законодательства. Применительно к регулятивным нормам международное право испытывает непосредственную принадлежность. Устанавливая определенные юридические права и обязанности, нормы международного права выступают неотъемлемой частью системы регулятивных норм. На охранительное законодательство международное право оказывает опосредованное воздействие. Упорядоченные международным правом конкретные социальные отношения для поддержания своего существования нередко нуждаются в уголовно-правовой охране на внутригосударственном уровне. Это связано с тем, что международно-правовые нормы за нарушение соответствующих положений не предусматривают карательных санкций;

4) составляющие содержание Конвенции о правах человека и биомедицине нормы международно-правового характера, воздействуя на сознание и волю физического лица, упорядочивают его поведение, в том числе в части соблюдения прав и свобод пациента при изъятии органов и тканей для трансплантации, проведении биомедицинских исследований, медицинском вмешатель-

стве в геном человека. Этим самым они формируют правовые границы позитивного поведения соответствующих правоисполнителей, включая медицинских работников;

5) урегулированность отношений в сфере здравоохранения нормами международно-правового характера позволяет брать их на уровне внутригосударственного законодательства под уголовно-правовую охрану;

6) юридически упорядочив на международном уровне отношения, возникающие между медицинским работником и пациентом в связи с применением достижений биологии и медицины, международно-правовые документы в области здравоохранения предопределили возможности развития внутригосударственного уголовного законодательства в направлении системного обеспечения прав, свобод и не противоречащих закону интересов пациента.

Глава 2. Уголовно-правовая охрана прав и свобод пациента в законодательстве зарубежных государств

§ 1. Уголовно-правовая охрана прав и свобод пациента в законодательстве стран-участниц Содружества Независимых Государств и Балтии

Исследование содержания уголовных кодексов зарубежных государств, направленное на объективную оценку достигаемого ими социально-позитивного результата в части обеспечения уголовно-правовой сохранности прав, свобод и не противоречащих закону интересов пациента, предпочтительнее начинать с изучения уголовных законодательств стран-участниц Содружества Независимых Государств и Балтии. Это во многом объясняется определенной схожестью сложившегося экономического и социально-политического положения в Российской Федерации и указанных странах, функционировавших в недалеком прошлом в едином правовом пространстве. Близкие по идеологическим источникам, доктринальным взглядам и законодательной технике уголовные кодексы названных государств основываются на одинаковых принципах, исходят из единых задач и призваны обеспечивать права и свободы человека и гражданина, охраняемые законом интересы общества и государства, мир и безопасность человечества, предупреждать преступления. Прогрессивные уголовно-правовые идеи, преимущественно заложенные еще в период существования СССР жестким государственным стандартом по подготовке юридических кадров, способствовали формированию схожей уголовно-правовой политики стран СНГ и Балтии. Одновременно каждая из ныне самостоятельных и независимых государств, опираясь на накопленный национальный опыт, движется в развитии доктрины уголовного права, законотворческой, правоисполнительной и правоприменительной деятельности своим собственным путем. Все это вместе взятое создает благоприятные условия для взаимного использования опыта, в том числе в уголовно-правовом обеспечении прав, свобод и не противоречащих закону интересов пациента.

После распада в 1991 году Союза Советских Социалистических Республик, законодательные органы вновь образовавшихся независимых государств пошли по пути разработки и принятия новых уголовных законов или модернизации уже действовавших уголовных кодексов. В процессе реформирования национальных уголовных законов соответствующие рабочие группы были ориентированы на то, чтобы содержание разрабатываемых ими уголовных законов соответствовало избранному народом курсу на построение демократического, правового, социального государства и гражданского общества, признающих приоритетными общепризнанные принципы и нормы международного права, международные договоры о правах человека¹. В итоге в большинство уголовных кодексов государств-участников СНГ были включены положения, согласно которым их уголовное законодательство основывается на конституции страны и общепризнанных принципах и нормах международного права (ч. 2 ст. 1 УК Азербайджанской Республики, ч. 2 ст. 1 УК Республики Таджикистан, ст. 1 УК Республики Узбекистан, ч. 1 ст. 3 УК Украины, ч. 2 ст. 1 УК Республики Казахстан, ч. 3 ст. 1 УК Республики Беларусь).

Заявленная идея несколько в ином содержании сформулирована в Уголовном кодексе Республики Молдова. Согласно ч. 3 ст. 1 УК РМ «Уголовный закон Республики Молдова применяется в соответствии с положениями Конституции Республики Молдова и международных актов, одной из сторон которых является Республика Молдова. При наличии несоответствий с международными актами об основных правах человека приоритет имеют и непосредственно применяются положения международных актов».

Основное отличие норм международных актов, одной из сторон которых является Республика Молдова, от общепризнанных норм международного пра-

¹ См.: Уголовный кодекс Республики Узбекистан (с измен. и доп. на 15 июля 2001 г.) / Вступит. статья М.Х. Рустамбаева, А.С. Якубова, З.Х. Гулямова. – СПб.: Изд-во «Юридический центр Пресс», 2001. С. 5-7; Уголовный кодекс Республики Молдова / Вступит. статья А.И. Лукашова. – СПб.: Изд-во «Юридический центр Пресс», 2003. С. 13; Хурушвили Г.А. Особенности Общей части Уголовного кодекса Грузии // Пять лет действия УК РФ: итоги и перспективы. Материалы II Междунар. науч.-практ. конф., состоявшейся на юрид. фак. МГУ им. М.В. Ломоносова 30-31 мая 2002 г. – М.: Изд-во «ЛексЭст», 2003. С. 109; Александров Ю.В., Антипов В.И., Володько Н.В. Уголовное право Украины: Общая часть. Учебник / Отв. ред. Кондратьев Я.Ю. / под ред. Клименко В.А., Мельника Н.И. – К.: Изд-во «Аттика», 2002. С. 23-24; Борисов В.И. Решение вопросов Особенной части в новом Уголовном кодексе Украины // Уголовное право в XXI веке: Материалы Междунар. науч. конф. на юрид. фак. МГУ им. М.В. Ломоносова, 31 мая-1 июня 2001 г. – М.: Изд-во «ЛексЭст», 2002. С. 79.

ва состоит в том, что нормы, содержащиеся в договоре, обязательны только для подписавших его сторон, но не для всех государств мирового сообщества. Международный договор может оказывать влияние на молдавское право в том случае, если он заключен и одобрен с соблюдением всех процедур, установленных как в международном, так и во внутригосударственном праве. Этим подчеркивается тот факт, что международное право не стоит над национальным, а выступает фактором его развития, поскольку содержит передовые мысли. В то же время в доктрине уголовного права Республики Молдова высказываются суждения, согласно которым международно-правовые акты об основных правах человека, подписанные Республикой Молдова, являются прямыми источниками уголовного права¹.

Общепризнанные принципы и нормы международного права, выступая основой для внутригосударственного законодательства, выполняют роль материально-идеологического источника уголовного законодательства. Они изначально предназначены не для урегулирования внутригосударственных отношений, а включают прогрессивные идеи, внедрение которых во внутригосударственное уголовное право повысит эффективность охраны интересов личности, общества, государства, мира и безопасности человечества. В частности, ратификация государствами-участниками СНГ и Балтии международно-правовых документов о правах человека предопределила включение в национальные уголовные законодательства группы норм, призванных охранять жизнь, здоровье, свободу, честь, достоинство личности, конституционные права и свободы человека и гражданина.

Стандарты поведения, изложенные в международных и региональных юридических актах, послужили моделью для совершенствования государствами национального законодательства в области прав пациента. Речь идет, в частности, о таких документах, как Всеобщая декларация прав человека (1948 г.), Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах (1966 г.), Международный пакт о гражданских и политических правах (1966 г.),

¹ Botnaru S., Savga A., Grosu V., Grama M. Drept penal. Partea generala. – Chisinau: Cartier, 2005. S. 24.

Европейская Конвенция о защите прав человека и основных свобод (1950), Декларация о политике в области обеспечения прав пациента в Европе (1994 г.), Конвенция о защите прав и достоинства человека в связи с применением достижений биологии и медицины (1997 г.), которые инициировали общественность в странах СНГ и Балтии к переосмыслению стратегии государственной политики, в том числе уголовно-правовой, в сфере обеспечения прав и свобод пациента. В результате адаптации к условиям каждой отдельно взятой страны рекомендаций международных и региональных юридических актов по детальной регламентации прав отдельных групп населения в области охраны здоровья, включая права пациента, и их реальном обеспечении на законодательном уровне, национальные парламенты государств-участников СНГ и Балтии на первоначальном этапе формирования системы здравоохранительного права стали принимать базовые законы об охране здоровья¹.

Названные юридические документы стали комплексными актами, в которых упорядочиваются отношения в сфере здравоохранения. В них определены основные принципы государственной политики по охране здоровья граждан, задачи законодательства в области здравоохранения, основы его организации и руководства, профессиональные права и обязанности медицинских и фармацевтических работников, провозглашена ответственность за виновное причинение вреда здоровью человека при оказании медико-социальной помощи. В основу норм законодательства о здравоохранении вновь образовавшихся государств заложена концепция приоритета охраны здоровья человека перед иными видами общественной деятельности, равенства граждан, гуманизма, ориентации на мировые стандарты здоровья и медицинской помощи. Они предоставили гражд-

¹ См.: Основы законодательства Украины об охране здоровья от 19 ноября 1992 г. № 2801-XII // Ведомости Верховной Рады Украины. 1993. № 4. Ст. 19; Закон Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435-XII «О здравоохранении» // Ведомости Верховного Совета Республики Беларусь. 1993. № 24; Закон Республики Молдова об охране здоровья № 411 - XIII от 28 марта 1995 г. // Официальный монитор Республики Молдова. 1995. № 34. Ст. 373; Закон Республики Узбекистан от 29 августа 1996 г. № 265-I «Об охране здоровья граждан» [Электронный ресурс]. URL: <http://www.mzr.uz/index.php?id=1908-1&lang=ru> (дата обращения: 14.05.2009); Закон Республики Таджикистан от 15 мая 1997 г. № 420 «Об охране здоровья населения» [Электронный ресурс]. URL: http://tabiat.narod.ru/LAWDB/1_8.html (дата обращения: 14.05.2009); Закон Азербайджанской Республики от 26 июня 1997 г. № 360-1Г «Об охране здоровья населения» [Электронный ресурс]. URL: <http://crossna.narod.ru/lows/18/03.htm> (дата обращения: 23.02.2008); Закон Республики Казахстан от 7 июля 2006 г. № 170 «Об охране здоровья граждан» // Казахстанская правда. 2006. 12 июля. № 172.

данам широкий круг прав при обращении за медицинской помощью и в процессе ее получения, включая выбор метода лечения, применение научных знаний в практической медицине, обеспечение безопасности и интересов пациента, регламентировали иные вопросы, связанные с вмешательством в сферу физического и психического здоровья человека. Заявленное во многом способствовало формированию предпосылок для создания отвечающей международным образцам модели обеспечения естественных прав человека на жизнь и здоровье¹.

В дальнейшем система здравоохранительного законодательства стран СНГ и Балтии стала расширяться за счет принятия специализированных нормативных актов, гарантирующих права и свободы человека при оказании психиатрической помощи², проведении клинических испытаний лекарственных средств³, изъятии человеческих органов и других анатомических материалов в целях трансплантации⁴, донорстве крови и ее компонентов⁵, регламентирующих охрану репродуктивного здоровья⁶, права и ответственность пациента¹. Указанные нормативно-

¹ См.: Гладун З.С. Законодательство о здравоохранении: проблемы формирования новой теоретической модели // Государство и право. 1999. № 2. С. 116-122.

² См.: Закон Республики Молдова о психиатрической помощи № 1402 - XIII от 16 декабря 1997 г. // Официальный монитор Республики Молдова, № 044 от 21 мая 1998; Закон Республики Беларусь от 1 июля 1999 г. № 274-З «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» // Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь. 1999. № 52, 2/49; Закон Украины от 22 февраля 2000 г. «О психиатрической помощи» // Ведомости Верховной Рады Украины. 2000. № 19. Ст. 143; Закон Республики Узбекистан от 31 августа 2000 г. № 123-П «О психиатрической помощи» [Электронный ресурс]. URL: <http://www.mzr.uz/index.php?id=1908-1&lang=ru> (дата обращения: 14.05.2009);

³ Закон Украины от 4 апреля 1996 г. «О лекарственных средствах» // Ведомости Верховной Рады Украины. 1996. № 22. Ст. 86; Закон Республики Узбекистан от 25 апреля 1997 г. № 415-1 «О лекарственных средствах и фармацевтической деятельности» [Электронный ресурс]. URL: <http://www.mzr.uz/index.php?id=1908-1&lang=ru> (дата обращения: 14.05.2009).

⁴ См.: Закон Республики Беларусь от 4 марта 1997 г. № 28-3 «О трансплантации органов и тканей человека» // Ведомости Национального Собрания Республики Беларусь. 1997. № 9. Ст. 196; Закон Украины от 16 июля 1999 г. «О трансплантации органов и других анатомических материалов человеку» // Ведомости Верховной Рады Украины. 1999. № 41. Ст. 377; Закон Азербайджанской Республики от 28 октября 1999 г. № 726-ПГ «О трансплантации человеческих органов и (или) тканей» [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.base.spinform.ru/show.fwx?Regnom=2727> (дата обращения: 23.02.2008); Закон Кыргызской Республики от 20 декабря 1999 г. «О трансплантации органов и (или) тканей человека» [Электронный ресурс]. URL: <http://chsd.med.kg> (дата обращения: 23.02.2008); Закон Республики Армения от 11 мая 2002 г. № ЗР-324 «О трансплантации органов и (или) тканей человека» [Электронный ресурс]. URL: <http://www.parliament.am/legislation.php?sel=show&ID=1308&lang=rus> (дата обращения: 14.05.2009).

⁵ См.: Закон Украины от 23 июня 1995 г. «О донорстве крови и ее компонентов» // Ведомости Верховной Рады Украины. 1995. № 23. Ст. 183; Закон Республики Узбекистан от 30 августа 2002 г. № 402-П «О донорстве крови и ее компонентов» [Электронный ресурс]. URL: <http://www.mzr.uz/index.php?id=1908-1&lang=ru> (дата обращения: 14.05.2009); Закон Республики Казахстан от 28 июня 2005 г. № 64 «О донорстве крови и ее компонентов» // Казахская правда. 2005. 2 июля. № 173-174.

⁶ См.: Закон Республики Молдова об охране репродуктивного здоровья и планировании семьи № 185-ХV от 24 мая 2001 г. // Официальный монитор Республики Молдова. 2001. № 90-91. Ст. 697; Закон Республики Таджикистан от 2 декабря 2002 г. №72 «О репродуктивном здоровье и репродуктивных правах» [Электронный

правовые документы в своем содержании значительное внимание уделили урегулированию вопросов, связанных с обеспечением прав и свобод пациента в процессе предоставления услуг медико-биологического характера либо после его получения (например, на уважительное отношение, исключающее унижение человеческого достоинства; конфиденциальность информации, составляющей медицинскую тайну; возмещение ущерба в случае причинения вреда здоровью в связи с оперативным вмешательством; и др.).

Необходимо заметить, что аналогичные нормативные акты, за некоторыми исключениями, действуют на территории Российской Федерации. Однако на уровне российской правовой системы в настоящее время без надлежащего юридического оформления остаются отношения, возникающие между пациентами и медицинскими работниками в связи практической реализацией достижений биомедицинских наук (проведением биомедицинских исследований, генетических манипуляций, вмешательством в репродуктивные функции человека и т.д.). Отсутствует законодательный акт, формулирующий государственную стратегию по обеспечению прав, свобод и не противоречащих закону интересов пациента. Следует упомянуть, что соответствующие законопроекты о правовых основах биоэтики и гарантиях их обеспечения, репродуктивных правах человека и гарантиях их реализации, упорядочении прав и обязанностей пациента, после обсуждения в Государственной Думе Федерального Собрания Российской Федерации были отклонены депутатами еще в конце прошлого столетия.

Следуя уголовно-правовой логике, эффективное обеспечение прав, свобод и не противоречащих закону интересов человека требует их подробной регламентации на уровне регулятивных отраслей права и законодательства. Не являются в этом смысле исключениями права и свободы пациента, предметная направленность которых позволяет конкретизировать перечень нормативно-

ресурс]. URL: <http://www.base.spinform.ru/show.fwx?Regnom=5193> (дата обращения: 14.05.2009); Закон Республики Казахстан от 16 июня 2004 г. № 565-2 «О репродуктивных правах граждан и гарантиях их осуществления» [Электронный ресурс]. URL: <http://www.pavlodar.com/> закон. 12 ноября 2005 г. (дата обращения: 14.05.2009); Закон Эстонской Республики от 18 июня 1997 г. «Об искусственном оплодотворении и защите эмбриона» [Электронный ресурс]. URL: <http://www.euro.who.int/document/e85516r.pdf> (дата обращения: 14.05.2009).

¹ См.: Закон Республики Молдова о правах и ответственности пациента от 27 октября 2005 г. № 263-XVI // Медицинское право. 2006. № 4 (14). С. 49-57.

правовых актов, регламентирующих отношения между медицинскими работниками и пациентами. Оптимальная модель правового регулирования указанных отношений должна быть представлена в базовом законе о гарантиях прав и свобод пациента, идеи которого должны развиваться в специализированных нормативных актах. Такой базовый закон в Российской Федерации отсутствует. Одной из немногих стран ближнего зарубежья, располагающих законом, определяющим стратегию государственной политики в области обеспечения прав пациента, выступает Республика Молдова. В контексте изложенного уместно проанализировать отдельные нормы и положения Закона Республики Молдова о правах и ответственности пациента от 27 октября 2005 года¹.

Названный нормативно-правовой акт разработан на основе обобщения европейского законодательства о защите прав и свобод пациента и, по мнению молдавских ученых, «является шагом вперед по сравнению с Законом Республики Молдова об охране здоровья от 28 марта 1995 г. и его исполнение обеспечит более надежную защиту прав пациентов от противоправных врачебных посягательств на их жизнь, здоровье, имущество»². Целью Закона Республики Молдова о правах и ответственности пациента является «укрепление основных прав человека в области здравоохранения, обеспечение уважения достоинства и целостности организма пациента, а также повышение степени участия лиц в принятии решений по вопросам здравоохранения» (п. 1 ст. 1).

Основные принципы реализации прав пациента, на базе которых должна строиться правотворческая, правоисполнительная, правоприменительная практика, представлены в ст. 2 рассматриваемого законодательного акта. В качестве таковых выступают: соблюдение основных прав человека и уважение человеческого достоинства в сфере охраны здоровья; признание жизни и здоровья человека наивысшей ценностью; ориентация на сохранение жизни, физического и психического здоровья пациента в процессе оказания медицинских услуг; уважение моральных и культурных ценностей, религиозных и философских убеж-

¹ См.: Закон Республики Молдова о правах и ответственности пациента от 27 октября 2005 г. № 263-XVI // Медицинское право. 2006. № 4 (14). С. 49-57.

² Флоря В.Н. Закон о правах и ответственности пациента – надежная защита от противоправных посягательств // Медицинское право. 2006. № 4 (14). С. 47.

дений пациента; признание пациента, а в случаях, предусмотренных законодательством, - его законного представителя (близкого родственника) главным участником принятия решения о медицинском вмешательстве; регулирование прав, ответственности пациента, а также условий ограничения его прав в целях защиты здоровья самого пациента и соблюдения прав других лиц; взаимное доверие между пациентом и медицинским работником.

В последующих нормах, основываясь на изложенных принципах реализации прав пациента, молдавский законодатель зафиксировал предоставленные пациенту права и гарантировал их обеспечение (ст. 5, 8-14), закрепил возможные случаи их ограничения и сферу ответственности пациента (ст. 6, 7). В частности, пациент имеет право на: уважительное и гуманное отношение со стороны поставщика медицинских услуг независимо от возраста, пола, этнической принадлежности, социально-экономического положения, политических и религиозных убеждений; безопасность собственной жизни, физическую, психическую и моральную целостность с обеспечением конфиденциальности при оказании медицинских услуг; уменьшение страдания и облегчение боли, вызванных заболеванием и (или) медицинским вмешательством, всеми доступными законными методами и средствами, определенными существующим уровнем медицинских знаний и реальными возможностями поставщика медицинских услуг; альтернативное медицинское мнение и получение рекомендаций других специалистов по собственному желанию или по просьбе его законного представителя; исчерпывающую информацию о состоянии здоровья, о методах диагностики, лечения, восстановления и профилактики, а также о возможном риске и лечебной эффективности их использования; добровольно выраженное согласие на медицинское вмешательство и участие в биомедицинском исследовании (клиническом изучении) или отказ от них; возмещение причиненного здоровью ущерба; и др.

Несмотря на то, что в законе непосредственно не представлены критерии классификации прав пациента, но, проанализировав его содержание, права пациента можно дифференцировать на социальные и индивидуальные. Социальные права вытекают из обязательств, взятых на себя правительством, государствен-

ными и частными медицинскими учреждениями по обеспечению населения медицинской помощью. Реализация социальных прав пациента на медицинскую помощь обуславливается обеспечением справедливого доступа к медицинским услугам наивысшего качества, которые общество может гарантировать на основе имеющихся людских, финансовых и материальных ресурсов в соответствии с законодательством. В том случае, когда поставщики медицинских услуг вынуждены производить отбор пациентов для имеющих в ограниченном количестве определенных видов лечения, отбор производится только на основе медицинских критериев.

Реализация социальных прав пациента обеспечивается путем осуществления финансовой поддержки государством национальных программ и медицинских услуг, оказываемых бесплатно; создания адекватных условий для выполнения медицинскими работниками своих профессиональных обязанностей в соответствии с установленными нормами и требованиями современной медицинской науки; применения системы медицинских стандартов при оказании медицинских услуг; осуществление контроля за качеством оказываемых медицинских услуг и т.д. (п. 8 ст. 8 Закона РМ о правах и ответственности пациента). Ответственность за нарушение социальных прав пациента на получение медицинской помощи несут органы центрального и местного публичного управления и органы здравоохранения всех уровней.

К индивидуальным правам пациента исследуемый нормативно-правовой акт относит конкретные права, связанные с обеспечением уважения личности, достоинства и целостности организма пациента, реализуемые при пользовании медицинскими услугами либо в связи с его добровольным участием в качестве субъекта биомедицинских исследований. Так, содержание закона включает нормы, призванные обеспечивать права пациента на информацию; участие в принятии решений по вопросам здравоохранения; конфиденциальность информации, составляющей медицинскую тайну; в области репродукции; в процессе проведения биомедицинского исследования (клинического изучения), связанного с применением новых методов диагностики, лечения, профилактики и ре-

абилитации, лекарств и других аналогичных средств. Ответственность за нарушение индивидуальных прав пациента несут поставщики медицинских услуг.

В целях поддержания общественного порядка, охраны здоровья членов общества и соблюдения прав отдельного гражданина, пациенты могут быть подвергнуты ограничениям, которые совместимы с актами о правах человека. Случаи возможных ограничений прав пациента в исчерпывающем порядке представлены в ст. 6 Закона о правах и ответственности пациента. К таковым относятся: госпитализация и обследование больных, страдающих психическими расстройствами, с учетом пожеланий пациента в мере, адекватной его дееспособности; проведение обязательного медицинского осмотра лиц, которые являются добровольными донорами крови, биологических жидкостей, органов и тканей; проведение обязательных предварительных медицинских обследований с целью выявления социально опасных болезней при поступлении на работу и обязательных периодических медицинских осмотров работников отдельных профессий, иммигрантов и эмигрантов; проведение обязательного медицинского осмотра, в том числе для обнаружения инфекции ВИЧ/СПИДа, сифилиса и туберкулеза у лиц, находящихся в местах лишения свободы; госпитализация и изоляция (карантин) лиц, больных заразными инфекционными заболеваниями, и лиц, подозреваемых в инфекционном заболевании, представляющем социальную опасность.

Сферу ответственности пациента составляют забота о своем здоровье и ведение здорового образа жизни, исключая преднамеренные действия, наносящие ущерб здоровью пациента и здоровью других лиц; осуществление в отсутствие медицинских противопоказаний обязательных профилактических мероприятий, в том числе путем иммунизации, невыполнение которых создает угрозу собственному здоровью и представляет социальную опасность; полное информирование медицинского работника обо всех перенесенных и имеющихся у него заболеваниях, о наличии у него болезней, представляющих социальную опасность, в том числе в случае добровольного донорства крови, биологиче-

ских жидкостей, органов и тканей; соблюдение правил поведения, установленного для пациентов в медико-санитарном учреждении, а также выполнение предписаний врача в период амбулаторного и стационарного лечения; уважение прав и достоинства других пациентов и медико-санитарного персонала; и др. (ст. 7).

Анализируя основные положения Закона Республики Молдова о правах и ответственности пациента от 27 октября 2005 г., важно показать его практическое значение в уголовно-правовом обеспечении прав, свобод и не противоречащих закону интересов пациента. Оно состоит в том, что нормы регулятивного содержания, изложенные в Законе Республики Молдова о правах и ответственности пациента, прежде всего, стимулируют законодателя к оптимизации уголовно-правовой охраны прав, свобод и не противоречащих закону интересов пациента. Данное суждение вытекает из сформулированного в уголовно-правовой доктрине тезиса, суть которого заключается в том, что регулятивные нормы для своего естественного функционирования нуждаются в помощи норм охранительного характера¹. Если выработанные в регулятивных нормах правила поведения граждан не гарантированы соответствующими мерами государственного принуждения, то они не могут должным образом реализоваться, поскольку предмет регулирования в этом случае остается вне сферы юридической охраны. Уголовное право удовлетворяет такую потребность посредством взятия под охрану отдельных отношений, составляющих предмет регулирования Закона РМ о правах и ответственности пациента. Например, названный закон в ст. 9 провозглашает права пациента в области репродукции, а гарантией их реализации являются нормы, устанавливающие уголовно-правовой запрет на незаконное производство аборта (ст. 159 УК РМ), незаконное осуществление хирургической стерилизации (ст. 160 УК РМ), осуществление искусственного оплодотворения или имплантации эмбриона без согласия пациентки (ст. 161 УК РМ).

¹ См.: Разгильдиев Б.Т. Соотношение уголовного права с нравственностью, другими отраслями права // Уголовное право России: Курс лекций: В 6 т. / под ред. Б.Т. Разгильдиева. Саратов, 2004. – Т. 1. Кн. 1. С. 314.

В другом примере Закон РМ о правах и ответственности пациента предопределил включение в уголовное законодательство нормы, обязывающей медицинских работников воздерживаться от «нарушения по халатности правил и методов оказания медицинской помощи» (ст. 213 УК РМ). Так, в п. 2 ст. 1 Закона РМ о правах и ответственности пациента раскрывается суть категории «медицинская ошибка», под которой понимается «деятельность или сознательное бездействие поставщика медицинских услуг, приведшее к смерти или причинению ущерба здоровью пациента по неосторожности, халатности или в связи с отсутствием профессионализма». Из содержания представленной дефиниции следует, что медицинские работники, допустившие в результате выполнения профессиональных обязанностей по оказанию медицинской помощи такого рода ошибки, должны нести юридическую ответственность. Поскольку общественно опасные последствия выражаются в причинении смерти или вреда здоровью пациента, то на страже указанных интересов личности должно стоять уголовное законодательство. Реализуя данное предписание, в том числе для обеспечения задачи уголовного законодательства по охране от преступлений права и свободы личности, в санкции ст. 213 УК РМ предусмотрено наказание в виде лишения свободы на срок до 5 лет с лишением или без лишения права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок от 2 до 5 лет за «нарушение по халатности правил и методов оказания медицинской помощи, повлекшее причинение тяжкого телесного повреждения или иного тяжкого вреда здоровью пациента либо его смерть».

Приведенные примеры наглядно демонстрируют, что эффективную охрану прав, свобод и не противоречащих закону интересов пациента с помощью уголовно-правовых норм можно обеспечить тогда, когда для детальной регламентации отношений между работниками учреждений здравоохранения и потребителями их услуг в государстве создана соответствующая система позитивного законодательства. Только урегулированность соответствующих отношений естественным или формальным правом позволяет взять их под уголовно-правовую охрану, обеспечивая стоящие перед уголовным законодатель-

ством задачи. Чем выше степень урегулированности тех или иных отношений в правовой системе страны, тем больше оснований для передачи их под уголовно-правовую охрану. Именно нормы регулятивного характера, изложенные в Законе о правах и ответственности пациента, обусловили во многом оптимизацию уголовно-правовой охраны прав, свобод и не противоречащих закону интересов пациента в Республике Молдова.

Сводя круг рассмотренных вопросов к общему итогу, можно констатировать, что урегулированные на уровне позитивного законодательства права, свободы и не противоречащие закону интересы пациента охраняются уголовно-правовыми нормами от преступного воздействия на них. Ныне действующие уголовные кодексы стран ближнего зарубежья в основном сохранили традиционные для советского уголовного законодательства нормы, обеспечивающие права и свободы лица, нуждающегося в услугах медицинского характера либо пользующегося ими. В данном случае речь идет об уголовно-правовых нормах, предусматривающих ответственность за неоказание медицинской помощи больному (ст. 142 УК Азербайджанской Республики, ст. 129 УК Республики Армения, ст. 161 УК Республики Беларусь, ст. 126 УК Эстонской Республики, ст. 141 УК Латвийской Республики, ст. 162 УК Республики Молдова, ст. 130 УК Грузии, ст. 128 УК Республики Таджикистан, ст. 121 УК Туркменистана, ст. 118 УК Республики Казахстан, ст. 139 УК Украины, ч. 2 ст. 116 УК Республики Узбекистан), незаконное производство аборта (ст. 122 УК Республики Армения, ст. 120 УК Эстонской Республики, ст. 135 УК Латвийской Республики, ст. 142 УК Литовской Республики, ст. 120 УК Туркменистана, ст. 159 УК Республики Молдова, ст. 133 УК Грузии, ст. 156 УК Республики Беларусь, ст. 141 УК Азербайджанской республики, ст. 116 УК Кыргызской Республики, ст. 114 УК Республики Узбекистан, ст. 123 УК Республики Таджикистан, ст. 117 УК Республики Казахстан, ст. 134 УК Украины), незаконное помещение или удержание лица в психиатрической больнице (ст. 134 УК Республики Армения, ст. 124² УК Эстонской Республики, ст. 169 УК Республики Молдова, ст. 146 УК Азербайджанской Республики, ст. 184 УК Республики Беларусь, ст. 149 УК

Грузии, ст. 133 УК Республики Таджикистан, ст. 127 УК Республики Казахстан, ст. 131 УК Туркменистана, ст. 126 УК Кыргызской Республики, ст. 151 УК Украины), незаконное врачевание (ст. 137 УК Латвийской Республики, ст. 138 УК Украины, ст. 214 УК Республики Молдова, ст. 275 УК Литовской Республики, ст. 335 УК Республики Беларусь, ст. 246 УК Грузии, ст. 210 УК Республики Таджикистан, ст. 266 УК Республики Казахстан, ч. 1 ст. 122 УК Кыргызской Республики, ст. 124, 307 УК Туркменистана¹), незаконное разглашение сведений, составляющих врачебную тайну (ст. 128¹ УК Эстонской Республики, ст. 145 УК Латвийской Республики, ст. 178 УК Республики Беларусь, ст. 144 УК Республики Казахстан, ст. 145 УК Украины, ст. 145 УК Кыргызской Республики). Следует заметить, что аналогичные уголовно-правовые нормы представлены и в действующем Уголовном кодексе Российской Федерации (ст. 123, 124, 128, 235 УК РФ). Исключение составляет норма, формулирующая уголовно-правовой запрет на незаконное разглашение сведений, составляющих врачебную (медицинскую) тайну. К настоящему моменту в Российской Федерации разглашение медицинским работником без профессиональной или служебной необходимости сведений о заболевании или результатах медицинского освидетельствования пациента приравнивается к нарушению неприкосновенности частной жизни, поэтому при наличии соответствующих признаков квалифицируется по ст. 137 УК РФ.

Исходя из структуры уголовных законов стран СНГ и Балтии, можно сделать вывод о том, что выше перечисленные уголовно-правовые нормы, стимулируя под угрозой применения наказания медицинских работников к законопо-

¹ Уголовный кодекс Туркменистана в ст. 124 «Незаконное врачевание» признает криминальным занятие врачеванием лицом, не имеющим на то специального разрешения или надлежащего медицинского образования, повлекшее по неосторожности причинение вреда здоровью средней тяжести, тяжкого вреда здоровью либо смерть человека. В ст. 307 «Незаконное занятие частной медицинской практикой или частной фармацевтической деятельностью» законодатель Туркменистана сформулировал уголовно-правовой запрет на занятие частной медицинской практикой или частной фармацевтической деятельностью лицом, не имеющим лицензии на избранный вид деятельности, если в результате такой деятельности был причинен по неосторожности легкий, средней тяжести, тяжкий вред здоровью либо смерть человека. Обращаем внимание на то, что уголовно-правовая природа представленных норм близка по содержанию. Они оба предназначены для достижения одного и того же социально-позитивного результата, а именно под угрозой применения уголовного наказания сдерживать лиц, не имеющих специального разрешения (лицензии) на практику по оказанию медицинской или фармацевтической услуги, от занятия лечебной деятельностью. Этим самым государство создает правовые гарантии качественного медицинского и фармацевтического обслуживания и ограждает пациентов от неквалифицированных услуг медицинского характера.

слушному поведению, обеспечивают права пациента на жизнь, здоровье, личную свободу. Нетрудно заметить, что законодатели названных стран, распределяя по главам уголовного закона составы преступления, устанавливающие уголовную ответственность за незаконное производство аборта, неоказание медицинской помощи больному, незаконное помещение или удержание лица в психиатрической больнице, незаконное разглашение врачебной тайны, незаконное врачевание, главным образом ориентировались на структуру Модельного Уголовного кодекса, разработанного для государств-участников СНГ¹. В итоге, к группе преступлений против жизни и здоровья человека были отнесены нормы, формулирующие условия привлечения к уголовной ответственности за неоказание помощи больному и незаконное производство аборта. Состав преступления, предусматривающий уголовную ответственность за незаконное помещение или удержание лица в психиатрической больнице, пополнил систему преступлений против свободы человека (в УК Республики Армения, УК Республики Молдова, УК Азербайджанской Республики, УК Республики Беларусь, УК Республики Таджикистан, УК Украины, УК Кыргызской Республики, УК Туркменистана). Причем нужно уточнить, что в уголовном законодательстве Туркменистана статья, предусматривающая наказание за подобного рода общественно опасные деяния, озаглавлена как принудительное лечение заведомо здорового человека (ст. 131). Она карает лишением свободы на срок до трех лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового за помещение в психиатрический стационар либо в иное лечебное заведение закрытого типа лица, заведомо не нуждающегося в такой форме лечения².

В связи с тем, что уголовные законы Республики Казахстан, Эстонской Республики, Грузии не содержат главы о преступлениях против свободы человека, то состав незаконного помещения или удержания лица в психиатрической больнице располагается либо в общей для всех преступлений против частного

¹ См.: Модельный Уголовный кодекс для государств-участников СНГ // Правоведение. 1996. № 1. С. 92-150.

² См.: Лозовицкая Г.П. Общий сравнительно-правовой комментарий и сравнительные таблицы уголовных кодексов государств-участников Содружества Независимых Государств (СНГ): В 2 ч. / под ред. П.Г. Пономарева. Саратов: Изд-во Саратовской государственной академии права, 2002. – Ч. 2. С. 236.

лица главе под названием «Преступления против личности» (УК Эстонской Республики, УК Республики Казахстан), либо в главе «Преступления против прав и свобод человека» (УК Грузии).

В систему преступлений против личности по Уголовному кодексу Республики Казахстан и Эстонской Республики включены также уголовно-правовые нормы, удерживающие под страхом применения наказания медицинских работников от разглашения сведений, составляющих врачебную (медицинскую) тайну. Заявленная норма в Уголовном кодексе Украины располагается в группе преступлений против жизни и здоровья личности. Видимо тем самым украинский законодатель стремился продемонстрировать наличие в уголовном законодательстве определенной системы преступлений против прав, свобод и не противоречащих закону интересов пациента.

По трудно объяснимой причине, белорусский законодатель состав разглашения врачебной тайны включил в группу преступлений против уклада семейных отношений и интересов несовершеннолетних (глава 21 УК РБ). Здесь он соседствует с такими составами преступления, как «злоупотребление правами опекуна или попечителя» (ст. 176 УК РБ), «разглашение тайны усыновления» (ст. 177 УК РБ), «незаконные собирание либо распространение информации о частной жизни» (ст. 179 УК РБ), «умышленная подмена ребенка» (ст. 180 УК РБ).

Важно упомянуть, что только кыргызский и латвийский законодатели, размещая состав разглашения сведений о врачебной тайне соответственно в главе 19 УК Кыргызской Республики «Преступления против конституционных прав и свобод человека и гражданина» и в главе XIV УК Латвийской Республики «Преступные деяния против основных прав и свобод лица», вероятно, приняли во внимание научно аргументированное предложение, представленное в Модельном Уголовном кодексе государств-участников СНГ, хотя Латвийская Республика не участвует в Содружестве Независимых Государств. В Модельном Уголовном кодексе ст. 152, формулирующая уголовно-правовой запрет на «разглашение медицинским, фармацевтическим или иным работником без профессиональной или служебной необходимости сведений о заболевании или резуль-

татах медицинского освидетельствования пациента», помещена в главу 21 «Преступления против конституционных прав и свобод человека и гражданина».

В большинстве государств ближнего зарубежья уголовно-правовые нормы, устанавливающие ответственность за занятие врачеванием без специального разрешения, являются составной частью системы преступлений против здоровья населения (например, в УК Республики Беларусь, УК Грузии, УК Литовской Республики, УК Республики Казахстан, УК Республики Молдова, УК Республики Таджикистан). Именно такой прием расположения нормы о незаконном осуществлении медицинской деятельности или фармацевтической деятельности в системе Особенной части уголовного закона счел приемлемым и российский законодатель, разместивший ст. 235 УК РФ «Незаконное осуществление медицинской деятельности или фармацевтической деятельности» в главе 25 УК РФ «Преступления против здоровья населения и общественной нравственности». В этом случае необходимо оговориться, что характерным признаком для объекта составов преступлений, образующих в совокупности систему преступлений против здоровья населения, является отсутствие персонификации потерпевших, присущей преступлениям против частного лица.

Иную позицию по этой проблеме заняли законодатели Кыргызской Республики, Латвийской Республики, Туркменистана и Украины. Они сочли возможным включить уголовно-правовую норму, удерживающую достигших возраста уголовной ответственности лиц, не имеющих надлежащего медицинского образования, от занятия врачеванием без специального разрешения, в группу преступлений против здоровья человека. Следовательно, по мнению законодателей названных государств, такого рода общественно опасные деяния ставят под угрозу причинения вреда здоровью отдельно взятого больного человека, а не здоровье неопределенного круга физических лиц.

Представленное понимание о социально-позитивном результате норм, обеспечивающих уголовно-правовую сохранность здоровья конкретного пациента от преступного воздействия на него со стороны лиц, занимающихся врачеванием без специального разрешения, существенно отличается от всех ранее из-

вестных советскому уголовному законодательству и современной правотворческой практике позиций. Заслуга украинских, туркменских, кыргызских и латвийских законодателей заключается в том, что они справедливо учитывают положение, согласно которому от неквалифицированной медицинской помощи или фармацевтической услуги страдают, прежде всего, интересы отдельно взятого человека, то есть частные интересы. Об этом свидетельствуют законодательные конструкции составов преступлений, представленных в ст. 137 УК Латвийской Республики, ст. 138 УК Украины, ч. 1 ст. 122 УК Кыргызской Республики, ст. 124 УК Туркменистана. Исходя из их содержания, занятие врачеванием без специального разрешения, осуществляемое лицом, не имеющим надлежащего медицинского образования, влечет уголовную ответственность, если оно повлекло причинение вреда здоровью больного человека.

Помимо устоявшихся еще в советское время уголовно-правовых норм, обеспечивающих права и свободы пациента, уголовное законодательство стран-участниц СНГ и Балтии включает нормы, предназначенные охранять от преступного воздействия урегулированные нормативными актами в сфере здравоохранения иные правоотношения между медицинскими работниками и пациентами. К числу таковых относятся уголовно-правовые нормы, возлагающие на медицинских работников обязанность по воздержанию от совершения следующих общественно опасных деяний против пациента:

принуждение к донорству органов или тканей человека для трансплантации либо иного использования (ч. 2 и 3 ст. 143, ст. 144 УК Украины¹, ст. 113 УК Республики Казахстан, ст. 163 УК Республики Беларусь, ст. 134 УК Грузии, ст. 126 УК Республики Армения, ч. 2 и 3 ст. 137 УК Азербайджанской Республики, ст. 122 УК Республики Таджикистан, ст. 158 УК Республики Молдова, ст. 114 УК Кыргызской Республики);

нарушение установленных законом условий и порядка проведения операций по трансплантации органов или тканей человека (ст. 164 УК Республики Бе-

¹ В Уголовном кодексе Украины «изъятие у человека путем принуждения либо обмана его органов или тканей с целью их трансплантации» образует признаки состава преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 143. За «насильственное или путем обмана изъятие крови у человека с целью использования его в качестве донора» на соответствующего правоисполнителя обязанность понести наказание возложена ст. 144 УК Украины.

ларусь, ст. 113 УК Республики Казахстан, ч. 1 ст. 143 УК Украины, ст. 125 УК Республики Армения, ст. 133 Республики Узбекистан, ст. 121 Республики Таджикистан, ст. 139 УК Латвийской Республики, ст. 115 УК Кыргызской Республики);

купля-продажа органов или тканей человека (ст. 113 УК Республики Казахстан, ч. 4 ст. 143 УК Украины, ст. 135 УК Грузии, ч. 1 ст. 137 УК Азербайджанской Республики);

незаконное проведение медико-биологических либо психологических исследований над человеком (ст. 142 УК Украины, ст. 138 УК Азербайджанской Республики, ст. 127 УК Республики Армения, ст. 124⁵ УК Эстонской Республики, ст. 103, 308¹ УК Литовской Республики, ст. 114¹ УК Республики Казахстан);

незаконное искусственное оплодотворение и имплантация эмбриона, медицинская стерилизация (ст. 136 УК Азербайджанской Республики, ст. 160, 161 УК Республики Молдова, ст. 100, 104 УК Литовской Республики);

генетические манипуляции, клонирование человека (ст. 136 УК Грузии, ст. 144 УК Республики Молдова);

склонение к генному донорству (ст. 124⁴ УК Эстонской Республики);

запрещенные действия с эмбрионами (ст. 120² УК Эстонской Республики, ст. 308¹ УК Литовской Республики);

имплантация женщине чужой яйцеклетки или созданного из нее эмбриона (ст. 120¹ УК Эстонской Республики);

ненадлежащее исполнение медицинскими работниками профессиональных обязанностей (ст. 162 УК Республики Беларусь, ст. 114 УК Республики Казахстан, ст. 213 УК Республики Молдова, ст. 138 УК Латвийской Республики, ст. 130 УК Республики Армения, ст. 140 УК Украины, ст. 119 УК Кыргызской Республики, ст. 122 УК Туркмении);

нарушение прав пациента (ст. 141 УК Украины).

Обращаем внимание на то, что из всех перечисленных уголовно-правовых норм, удерживающих медицинских работников под угрозой применения наказания от нарушения законных интересов пациента, в Уголовном кодексе Россий-

ской Федерации нашли отражение аналоги лишь двух из них: это, во-первых, норма, предупреждающая о недопустимости принуждения человека к изъятию органов или тканей для трансплантации (ст. 120 УК РФ); во-вторых, уголовно-правовые нормы, расположенные в ч. 2 ст. 109 и ч. 2 ст. 118 УК РФ, предусматривающие ответственность за ненадлежащее исполнение лицом профессиональных обязанностей (в том числе и медицинским работником), повлекшее по неосторожности причинение тяжкого вреда здоровью человека либо смерть потерпевшего. Опыт зарубежных государств в системном обеспечении не противоречащих закону интересов пациента на правотворческом уровне представляется полезным для российских законодателей и уголовно-правовой доктрины. Следовательно, для оптимизации уголовно-правовой охраны прав и свобод пациента в Российской Федерации считаем необходимым ознакомиться и проанализировать содержание соответствующих норм уголовного законодательства стран ближнего зарубежья. Вначале обратимся к группе уголовно-правовых норм, реализующих интересы пациента в связи с осуществлением хирургической операции по изъятию у донора какого-либо органа или ткани с последующим приживлением в организм реципиента.

Как уже было отмечено ранее, уголовное законодательство государств-участников СНГ и Балтии, системно обеспечивая права и свободы пациента в сфере трансплантации органов и (или) тканей, в ранг криминальных возводят три разновидности общественно опасных деяний, выделяя их в отдельные статьи в качестве самостоятельных составов преступлений:

- 1) принуждение к изъятию органов или тканей человека для трансплантации или иного использования;
- 2) нарушение установленных законом условий и порядка проведения операций по трансплантации органов или тканей человека;
- 3) купля-продажа органов или тканей человека.

Принуждение к изъятию органов или тканей человека для трансплантации либо иного использования в качестве состава преступления закреплено в уголовных законах Азербайджанской Республики (ч. 2 и 3 ст. 137), Грузии (ст. 134),

Кыргызской Республики (ст. 114), Республики Армения (ст. 126), Республики Беларусь (ст. 163), Республики Казахстан (ст. 113), Республики Молдова (ст. 158), Республики Таджикистан (ст. 122), Украины (ч. 2 и 3 ст. 143, ст. 144). Общим для всех перечисленных уголовно-правовых норм является то, что они, возлагая на правоисполнителей обязанность не нарушать сформулированные запреты, обеспечивают задачу уголовного законодательства соответствующего государства по охране жизни и здоровья человека. Однако, конструируя содержание состава преступления, предусматривающего уголовную ответственность за принуждение к изъятию органов или тканей человека, законодатели стран участниц СНГ в определенной степени разошлись в формулировке признаков, характеризующих его внешнюю и внутреннюю стороны. Так, с объективной стороны рассматриваемое преступление по уголовному законодательству Азербайджанской Республики, Кыргызской Республики, Республики Армения, Республики Молдова характеризуется действием (принуждением к изъятию органов или тканей человека для трансплантации) и способом осуществления общественно опасного деяния (применением насилия или угрозы его применения). Наступление каких-либо общественно опасных последствий для потерпевшего лица не входит в законодательную конструкцию данного состава преступления. Моментом его окончания будет начало процесса принуждения, подкрепленного применением к жертве физического либо психического насилия. Факт изъятия органа либо ткани человека для трансплантации либо иного использования по законодательству названных стран требует дополнительной уголовно-правовой оценки, образуя реальную совокупность преступлений¹.

В иной редакции представлены уголовно-правовые нормы, удерживающие граждан от нарушения установленного порядка трансплантации органов или тканей человека и насильственного донорства, в законодательстве Украины. В соответствии с ч. 2 ст. 143 УК Украины наказывается ограничением свободы на срок до трех лет или лишением свободы на тот же срок с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной дея-

¹ См.: Флоря В. Уголовная ответственность за врачебные преступления. Кишинев, 2004. С. 46-47.

тельностью на срок до трех лет «изъятие у человека путем принуждения либо обмана его органов или тканей с целью их трансплантации». За «насильственное или путем обмана изъятие крови у человека с целью использования его в качестве донора» на соответствующего правоисполнителя уголовно-правовая обязанность понести наказание возложена в ч. 1 ст. 144 УК Украины. Не трудно заметить, что приведенные в ч. 2 ст. 143 и ч. 1 ст. 144 УК Украины составы преступления отличаются друг от друга предметом посягательства: в ч. 2 ст. 143 УК Украины его образуют органы и ткани человека, а в ч. 1 ст. 144 УК Украины – кровь человека.

С объективной стороны в качестве обязательных признаков они включают в себя: а) общественно опасное деяние, заключающееся в изъятии у человека его органов, тканей либо крови; б) общественно опасные последствия, выражающиеся в причинении вреда здоровью потерпевшего фактом изъятия у него какого-либо органа или ткани, крови; в) причинную связь между общественно опасным деянием виновного лица по изъятию предмета преступления и наступившими в итоге последствиями в виде причинения вреда здоровью жертвы; г) способ совершения преступления, состоящий в применении физического или психического насилия (принуждение), а также в обмане. Хотя в диспозиции указанных статей украинский законодатель ориентирует правоисполнителей и правоприменителей главным образом на факт изъятия у человека какого-либо органа, ткани или крови, а также на способ совершения общественно опасного деяния, без указания на характер и тяжесть наступивших последствий, тем не менее имеются основания полагать, что исследуемые составы преступления по законодательной конструкции являются материальными. Поводом к такому размышлению является то, что удаление из организма человека или отделение от него хирургическим методом органа либо ткани всегда влечет определенное последствие для здоровья или жизни донора. Оно может варьировать от легкого вреда здоровью вплоть до наступления смерти. Вместе с тем, убийство потерпевшего, умышленное причинение ему «тяжкого телесного повреждения», квалифицированного «средней тяжести телесного повреждения» требует от право-

применителя дополнительной квалификации соответственно по ст. 115, 121, ч. 2 ст. 122 УК Украины.

Специфическим для уголовного законодательства Украины является способ осуществления насильственного донорства либо изъятия у человека органов или тканей с целью их трансплантации. Он включает в себя не только принуждение, состоящее в применении к жертве физического либо психического насилия, но и обман. Под обманом в украинской уголовно-правовой доктрине понимается сообщение потерпевшему неправдивых сведений относительно необходимости (целесообразности) изъятия у него органа, ткани, крови либо действительной цели такого изъятия. Например, врач убеждает потенциального донора, что удаление определенного органа или ткани создает угрозу его жизни либо здоровью, или же субъект преступления может информировать, что изымаемые органы или ткани необходимы для трансплантации больному ребенку самого донора¹.

Физическое или психическое насилие, используемое виновным в качестве способа подавления воли потерпевшего, в уголовном законодательстве Украины, так же, как и во многих других странах СНГ, обращено к самому донору. Физическое насилие может выражаться в нанесении побоев, истязании, причинении легкого либо средней тяжести вреда здоровью. Угроза применения насилия предполагает такую форму психического воздействия, при которой у потенциального донора формируется реальное опасение пострадать от деяний субъекта преступления.

В отличие от Уголовного кодекса Украины, по Уголовному кодексу Республики Беларусь психическое воздействие, выражающееся в угрозе применения насилия, может быть адресовано не только предполагаемому донору, но и его близким (например, к родителям, детям, супруге или другим лицам, в судьбе которых заинтересована жертва преступления). Данное суждение согласуется с содержанием уголовно-правовой нормы, представленной в ч. 1 ст. 163 УК Респуб-

¹ См.: Уголовный кодекс Украины. Научно-практический комментарий / Отв. ред. С.С. Яценко. 3-е изд., испр. и доп. Киев, 2003. С. 334.

лики Беларусь, которая предусматривает наказание в виде лишения свободы на срок до двух лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью или без лишения за «принуждение лица к даче его органов или тканей для трансплантации, совершенное с угрозой применения насилия к нему или его близким».

Из буквального толкования смысла нормы, изложенной в ч. 1 ст. 114 УК Кыргызской Республики, которая формулирует уголовно-правовой запрет на «принуждение лица к изъятию у него или его близких органов или тканей для трансплантации, совершенное с применением насилия либо с угрозой его применения», можно сделать вывод о том, что органы и ткани могут быть изъяты не только у непосредственного адресата принуждения, но и у его близких. Вероятно, в этом случае кыргызский законодатель под близкими подразумевает несовершеннолетних детей, а также граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, в отношении которых принуждаемое лицо выполняет обязанности законного представителя и выражает согласие на проведение хирургических и иных медицинских операций. Виновное лицо, применяя психическое или физическое принуждение к родителю либо законному представителю несовершеннолетнего ребенка или недееспособного лица, может потребовать от них согласия на изъятие какого-либо органа у подопечных. Однако волеизъявление законного представителя на трансплантацию органа или ткани подопечного, полученное подобным образом, не имеет юридического значения. Более того, в соответствии со ст. 4 Закона Кыргызской Республики от 20 декабря 1999 г. «О трансплантации органов и (или) тканей человека»¹ изъятие органов и (или) тканей для трансплантации не допускается у живого донора, не достигшего 18 лет (за исключением случаев пересадки костного мозга) либо признанного в установленном порядке недееспособным.

С субъективной стороны исследуемый состав преступления характеризуется виной исключительно в форме прямого умысла, на что указывает содер-

¹ См.: Закон Кыргызской Республики от 20 декабря 1999 г. «О трансплантации органов и (или) тканей человека» // <http://chsd.med.kg>

жащаяся в диспозиции статей специальная цель: изъятие органов или тканей для трансплантации (УК Азербайджанской Республики, Кыргызской Республики, Республики Беларусь, Республики Таджикистан). Между тем в реальной жизни изъятие органов или тканей у живого донора может совершаться и с иными целями. Осознавая это, законодатели Грузии, Республики Армения, Республики Казахстан, Республики Молдова установили уголовную ответственность за принуждение к изъятию органов или тканей человека не только для трансплантации, но и в других целях, не связанных с трансплантацией (например, для научных экспериментов (ч. 1 ст. 126 УК Республики Армения), лечения, экспериментов или изготовления лечебных препаратов (ч. 1 ст. 134 УК Грузии), иного использования (ч. 1 ст. 113 УК Республики Казахстан).

Уголовно-правовая обязанность воздерживаться от принуждения человека к изъятию у него органов или тканей для трансплантации либо иного использования по законодательству стран-участниц СНГ возлагается на вменяемых физических лиц, достигших шестнадцатилетнего возраста.

Следующим видом общественно опасного деяния, получившим распространение в сфере трансплантологии, является нарушение установленных законом условий и порядка проведения операций по трансплантации органов или тканей человека. Названное общественно опасное деяние криминализировано в уголовных законах Республики Армения (ст. 125), Республики Беларусь (ст. 164), Украины (ч. 1 ст. 143), Кыргызской Республики (ст. 115), Латвийской Республики (ст. 139), Республики Таджикистан (ст. 121), Республики Узбекистан (ст. 133), Республики Казахстан (ст. 113). К примеру, уголовное законодательство Республики Беларусь (ч. 1 ст. 164) и Республики Таджикистана (ч. 1 ст. 121) оценивает как преступление нарушение условий и порядка изъятия органов или тканей человека либо условий и порядка трансплантации, предусмотренных законом, повлекшее по неосторожности причинение тяжкого или средней тяжести вреда здоровью донора или реципиента. В ч. 1 ст. 125 УК Республики Армения устанавливается ответственность за нарушение предусмотренных законом условий и порядка изъятия органов или тканей человека или

трансплантации, которое по неосторожности причинило тяжкий или средний тяжести вред здоровью сдающего или получающего органы или ткани. По типу материальных составов преступлений сформулировано содержание уголовно-правовой нормы в ч. 1 ст. 115 УК Кыргызской Республики, предусматривающей наказание в виде лишения свободы на срок до трех лет за «нарушение условий и порядка изъятия органов и (или) тканей человека либо условий и порядка трансплантации, предусмотренных законом, повлекшее по неосторожности причинение тяжкого или менее тяжкого вреда здоровью реципиента».

В отличие от армянских, белорусских, таджикских и кыргызских представителей законодательных органов государственной власти, украинские законодатели, изложив в ч. 1 ст. 143 УК Украины уголовно-правовой запрет на «нарушение установленного законом порядка трансплантации органов или тканей человека», не ограничили возможность привлечения соответствующего субъекта к уголовной ответственности с наступлением каких-либо общественно опасных последствий для донора или реципиента. По законодательной конструкции данный состав преступления в Уголовном кодексе Украины представлен как формальный, то есть подобного вида преступления признаются оконченными с момента нарушения соответствующим лицом установленного законом порядка трансплантации органов или тканей человека.

По способу формулирования уголовно-правовых предписаний диспозиции указанных статей являются бланкетными, поэтому для уяснения их содержания нужно обращаться к соответствующим нормативным документам. Так, условия, порядок и ограничения по изъятию органов или тканей человека и их трансплантации в Республике Армения представлены в Законе от 11 мая 2002 г. № ЗР-324 «О трансплантации органов и (или) тканей человека»¹, в Республике Беларусь изложены в Законе от 4 марта 1997 г. № 28-3 «О трансплантации органов и тканей человека»², в Украине они сформулированы в Законе от 16 июля 1999 г. «О трансплантации органов и других анатомических материалов чело-

¹ См.: <http://www.parliament.am/legislation.php?sel=show&ID=1308&lang=rus>

² См.: Ведомости Национального Собрания Республики Беларусь. 1997. № 9. Ст. 196.

веку»¹, а также в многочисленных инструкциях, издаваемых министерствами здравоохранения соответствующих государств. В частности, условиями правомерности трансплантации органов или тканей человека являются: а) изъятие, обработка, а также трансплантация органов и (или) тканей человека разрешается только в соответствующих лицензированных медицинских учреждениях; б) у реципиента должны быть медицинские показания для применения трансплантации, которые устанавливаются консилиумом врачей; в) трансплантация возможна только с письменного согласия реципиента, получаемого после предупреждения его о возможных осложнениях оперативного вмешательства; г) если реципиент не достиг восемнадцати лет либо он в установленном порядке признан инвалидом, то трансплантация осуществляется с письменного согласия его родителей или законного представителя; д) без согласия реципиента, его родителей или законного представителя трансплантация может быть произведена только в исключительных случаях, когда ее промедление угрожает жизни реципиента, а получение согласия невозможно; е) вред, причиненный здоровью живого донора, должен быть меньшим, чем опасность для жизни, угрожающая реципиенту; ж) органы и (или) ткани у трупа в целях трансплантации могут быть изъяты только в случаях, если при жизни данное лицо дало на это письменное согласие в установленном законодательством порядке; и т.д.

Таким образом, в правоприменительной деятельности нарушение установленного законом порядка трансплантации органов и (или) тканей человека внешне может выражаться в самых разнообразных общественно опасных действиях (бездействии): изъятие органов и (или) тканей у человека без юридически оформленного согласия на подобную операцию; трансплантация органа без информирования донора либо реципиента о возможных осложнениях для здоровья в связи с предстоящим хирургическим вмешательством; изъятие органов и (или) тканей у лица, не достигшего восемнадцатилетнего возраста либо признанного в установленном порядке недееспособным; трансплантация инфицированных тканей или органов (части органов); изъятие органа у лица, стра-

¹ См.: Ведомости Верховной Рады Украины. 1999. № 41. Ст. 377.

дающего болезнью, представляющей опасность для жизни и здоровья реципиента; изъятие органа или ткани и их пересадка реципиенту, не состоящему с донором в генетической связи; осуществлении операций по трансплантации органов или тканей человека в не аккредитованных медицинских учреждениях. При этом незаконное изъятие тканей и органов с целью их использования в медицине может осуществляться не только у живого донора, но и у трупа. На это законодатели некоторых стран обратили внимание в диспозиции соответствующих статей уголовного закона (например, в ст. 139 УК Латвийской Республики, ст. 275¹ УК Республики Казахстан). В учебной литературе по уголовному праву Украины к нарушениям порядка пересадки органов предлагают относить случаи, «когда труп передается родственникам без необходимого медицинского туалета, скрывающего следы трансплантации, то есть в обезображенном виде»¹.

Еще одной разновидностью общественно опасного деяния, совершаемого в связи с изъятием и пересадкой органов и (или) тканей от живого донора либо трупа к реципиенту, является купля-продажа органов или тканей человека. Она в настоящее время криминализована в уголовных законах Украины (ч. 4 ст. 143), Грузии (ст. 135), Республики Казахстан (ст. 113), Азербайджанской Республики (ч. 1 ст. 137). Стремление законодателей названных государств установить уголовно-правовой запрет на совершение незаконных сделок в отношении органов и тканей человека, крови либо компонентов крови, заслуживает всяческого одобрения и должно стать объектом пристального внимания российских законодателей с тем, чтобы используя опыт зарубежных коллег, сформулировать уголовно-правовую норму с аналогичным содержанием в Уголовном кодексе Российской Федерации.

Предметом незаконной торговли по Уголовному кодексу Республики Казахстан, Украины, Азербайджанской Республики могут быть любые органы и ткани, изъятые у живого донора или трупа с волеизъявления самого донора или лиц, которые имеют право давать согласие на изъятие органов и тканей у доно-

¹ Уголовное право Украины: Особенная часть: Учебник / М.И. Бажанов, Ю.В. Баулин, В.И. Борисов и др.; Под ред. М.И. Бажанова, В.В. Сташиса, В.Я. Тация. – К.: Юринком Интер, 2003. С. 75.

ра-трупа. Иной предмет преступления представлен в ст. 135 УК Грузии: в его качестве выступают кровь и компоненты крови.

Из доктринального толкования содержания ч. 1 ст. 113 УК Республики Казахстан следует, что незаконные сделки в отношении органов и тканей человека внешне могут выражаться в самых разнообразных формах: в купле-продаже, дарении, совершении иной гражданско-правовой сделки в форме передачи или завладения ими. В это же время, в Уголовных кодексах Украины, Азербайджанской Республики и Грузии криминальная сделка в отношении указанных предметов преступления представлена только в форме купли-продажи. Иные формы незаконной сделки с названными предметами не криминализованы. В связи с рассмотрением данной ситуации позиция казахского законодателя представляется предпочтительней, поскольку в реальной жизни криминальный оборот человеческих органов, тканей, крови и ее компонентов не ограничивается лишь куплей-продажей. Поэтому целесообразнее установить уголовно-правовой запрет на совершение любых форм возмездной передачи и приобретения органов и тканей человека.

Обращаем внимание на то, что национальное законодательство запрещает вывоз из суверенных государств донорских органов и тканей для целей трансплантации. Однако такие юридические запреты, представленные на уровне регулятивных отраслей права, не обеспечены санкциями, которые удерживали бы правоисполнителей от нарушения соответствующих норм поведения. По нашему мнению, такого рода правоотношения объективно нуждаются в уголовно-правовой охране. Следовательно, в уголовных кодексах стран СНГ и Балтии еще существуют возможности для эффективного предупреждения общественно опасных поведений в сфере трансплантологии.

Для квалификации деяний правоисполнителей, нарушивших уголовно-правовую обязанность по воздержанию от совершения незаконных сделок в отношении органов и тканей человека (крови либо компонентов крови), по ст. 135 УК Грузии, ст. 113 УК Республики Казахстан, ч. 1 ст. 137 УК Азербайджанской Республики, ч. 4 ст. 143 УК Украины, не имеет значения, правомерно или неле-

гально изъяты у человека органы или ткани (кровь либо компоненты крови). Осуществление торговли органами или тканями лицом, которое их изъяло у потерпевшего, применяя физическое либо психическое принуждение, образует совокупность преступлений, предусмотренных ч. 2 или ч. 3 ст. 143 и ч. 4 ст. 143 УК Украины¹, ч. 1 и ч. 2 ст. 137 УК Азербайджанской Республики.

Требуют квалификации по совокупности преступлений общественно опасные действия медицинских работников, которые после незаконной торговли органами или тканями человека трансплантируют их с нарушением установленного законом порядка. Показательным в этом отношении является пример из правоприменительной практики Украины, приводимый в отечественной литературе Н.Е. Крыловой². Прокуратурой Донецкой области в июле 2005 г. возбуждено уголовное дело по факту незаконной трансплантации и продажи фетальных (эмбриональных) тканей врачами одной из частных клиник г. Мариуполя. Врачи частной клиники, имевшей лицензию на терапевтическую деятельность, осуществляли куплю-продажу и пересадку эмбриональных тканей пациентам. Одна подобная операция стоила от полутора тысяч гривен до полутора тысяч долларов. Материалы для продажи и трансплантации приобретались в НИИ, который официально занимался проблемами криобиологии. Но данный материал официальных испытаний на человеке не проходил. Сотрудники прокуратуры и оперативных служб Украины осуществили контрольную закупку. Пациент, контролируемый указанными сотрудниками, обратился за инъекцией так называемого «фитоплацентарного комплекса». Ему сделали инъекцию биоматериала, а также продали четыре тюбика с жидкостью красно-белого цвета, которые сразу же были отправлены на экспертизу в Киев. По результатам экспертизы установлено, что в емкостях находились мертвые клетки человека, представляющие собой клетки плаценты (детского места), крови и костномозговые клетки эмбриона человека. После второй закупки биоматериала установлено, что он представлял плаценту, кровь и мышечные волокна (предположи-

¹ См.: Уголовный кодекс Украины. Научно-практический комментарий / Отв. ред. С.С. Яценко. 3-е изд., испр. и доп. Киев, 2003. С. 334.

² Крылова Н.Е. Уголовное право и биоэтика: проблемы, дискуссии, поиск решений. М., 2006. С. 98-99.

тельно сердечной мышцы) человеческого эмбриона, возраст которого был старше 12 недель. Как выяснилось, всего частной клиникой было осуществлено более ста незаконных операций по трансплантации фетальных тканей человека. Двум врачам было предъявлено обвинение по фактам нарушения установленного законом порядка трансплантации органов или тканей человека (ч. 1 ст. 143 УК Украины) и незаконной торговли тканями человека по предварительному сговору группой лиц (ч. 5 ст. 143 УК Украины).

Для системного обеспечения прав и свобод пациента на нормотворческом уровне в уголовное законодательство Азербайджанской Республики, Республики Армения, Республики Казахстан, Литовской Республики, Украины, Эстонской Республики включена норма, формулирующая уголовно-правовой запрет на незаконное проведение медико-биологических либо психологических исследований (опытов) над человеком (ст. 138 УК Азербайджанской Республики, ст. 127 УК Республики Армения, ст. 114¹ УК Республики Казахстан, ст. 308¹ УК Литовской Республики, ст. 142 УК Украины, ст. 124⁵ УК Эстонской Республики). Материально-идеологической основой криминализации незаконного проведения медико-биологических либо психологических исследований над человеком стали нормы международно-правового характера, представленные в Нюрнбергском кодексе 1947 г., Хельсинкской декларации 1964 г., Конвенции СНГ о правах и основных свободах человека 1995 г., Конвенции Совета Европы о правах человека и биомедицине 1997 г. Исходя из требований, которые изложены в перечисленных международно-правовых документах, следует, что главным условием проведения медицинского эксперимента с участием живого человека является обязательное согласие лица, подвергающегося опыту: «Медицинское вмешательство может осуществляться лишь после того, как соответствующее лицо даст на это свое добровольное информированное согласие. Это лицо заранее получает информацию о цели и характере вмешательства, а также о его последствиях и рисках. Оно может в любой момент беспрепятственно отозвать свое согласие» (ст. 5 Конвенции о защите прав и достоинства человека в связи с применением достижений биологии и медицины).

Нарушение сформулированного в международно-правовых актах требования о допустимости осуществления медицинского эксперимента лишь с согласия пациента в уголовном законодательстве некоторых стран стало основным криминообразующим признаком состава незаконного проведения опытов над человеком. Так, в соответствии с ч. 1 ст. 127 УК Республики Армения состав названного преступления будет тогда, когда медицинский или научный опыт на человеке проводится без его свободного волеизъявления или осведомления и надлежащим образом оформленного соглашения. По УК Азербайджанской Республики для признания соответствующего общественно опасного деяния преступлением достаточно «проведение биомедицинских исследований над лицом без его согласия» (ч. 1 ст. 138). УК Эстонской Республики в ст. 124⁵ предусматривает наказание в виде штрафа, ареста или лишения свободы на срок до одного года за «проведение медицинского или научного исследования на человеке, который не давал на это своего действующего согласия».

Вместе с тем, наличие одного лишь добровольного информированного согласия человека на участие в медико-биологическом либо психологическом опыте недостаточно для обоснования правомерности проведения эксперимента. Добровольное согласие, полученное после предоставления пациенту объективной информации о предстоящем опыте, является всего лишь необходимой предпосылкой, учитываемой после соблюдения других требований о допустимости биомедицинского или психологического эксперимента. В частности, проведение опытов над человеком или с его участием будет правомерным при соблюдении следующих дополнительных условий: биомедицинское или психологическое исследование на человеке допускается только для достижения социально полезного результата; при этом обозначенная цель может быть достигнута исключительно в результате эксперимента; неблагоприятные последствия при исследовании осознаются экспериментатором лишь как возможный результат его поведения, поэтому он предпринимает все возможные меры для предотвращения вреда правоохраняемым интересам; совершенные при риске действия должны обеспечиваться соответствующими знаниями и умениями, объективно способ-

ными в данной конкретной ситуации предупредить наступление вредных последствий; экспериментатор всегда обязан соблюдать определенные в нормативно-правовых актах правила проведения опытов (например, правила клинического испытания лекарственных средств, которое проводится в аккредитованных учреждениях здравоохранения); и др.

Учитывая изложенное, законодатели Республики Казахстан и Украины в другой редакции представили содержание уголовно-правовых норм, предупреждающих достигших возраста уголовной ответственности правоисполнителей о недопустимости проведения незаконных опытов над человеком. Они установили уголовную ответственность в отношении законопослушных экспериментаторов не только за факт пренебрежения принципом информированного согласия пациента на участие в биомедицинских исследованиях, но и за нарушение иных условий осуществления медико-биологических, психологических опытов над человеком. Так, ч. 1 ст. 114¹ УК Республики Казахстан возлагает на медицинских работников уголовно-правовую обязанность не нарушать порядок проведения клинических испытаний и применения новых методов и средств профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации. Уголовно-правовая норма, изложенная в ч. 1 ст. 142 УК Украины, предупреждает об ответственности тех, кто незаконно проводит медико-биологические, психологические или другие опыты над человеком, если это создавало опасность для его жизни или здоровья.

Важно отметить, что в настоящее время в Российской Федерации действуют немногочисленные локальные документы юридического характера, регламентирующие порядок осуществления биомедицинских исследований. Но права, свободы и не противоречащие закону интересы пациентов – участников таких экспериментов, не обеспечены уголовно-правовой охраной. Ныне действующий Уголовный кодекс РФ не признает преступлением нарушение порядка проведения клинических испытаний и применения новых методов и средств профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации. В связи с этим опыт зарубежных государств в части уголовно-правового обеспе-

чения прав и свобод участников биомедицинских и психологических экспериментов становится полезным для нашей страны. Российскому законодателю рекомендуется позаимствовать идеи, заложенные в ст. 138 УК Азербайджанской Республики, ст. 127 УК Республики Армения, ст. 114¹ УК Республики Казахстан, ст. 308¹ УК Литовской Республики, ст. 142 УК Украины, ст. 124⁵ УК Эстонской Республики, которые предусматривают ответственность за незаконное проведение биомедицинских исследований на человеке.

В связи с исследованием проблемы, связанной с установлением уголовной ответственности за нарушение прав и свобод пациента при проведении медицинского эксперимента, для отечественной доктрины уголовного права, нормотворческой и правоприменительной практики представляют интерес уголовно-правовые положения, сформулированные в ст. 35 УК Литовской Республики «Научный эксперимент». Названная статья входит в систему обстоятельств, включающих уголовную ответственность (глава V УК Литовской Республики), а составляющие ее уголовно-правовые положения регламентируют условия правомерности проведения научного эксперимента. Из содержания ст. 35 УК Литовской Республики следует, что лицо, причинившее вред при проведении законного научного эксперимента, не подлежит уголовной ответственности, если эксперимент проводился по апробированным научным методикам, решаемая проблема имеет исключительное значение для науки, а экспериментатор при этом предпринял необходимые меры предосторожности для предотвращения вреда охраняемым законами интересам. В то же время научный эксперимент запрещается при отсутствии свободного согласия участника в эксперименте, информированного о возможных последствиях. За исключением случаев, предусмотренных законами, запрещен научный эксперимент с беременной женщиной, ее плодом, несовершеннолетним, лицом с нарушенной психикой и лицом, лишенным свободы¹.

¹ См.: Уголовный кодекс Литовской Республики / Науч. ред. докт. юрид. наук, проф. В. Павилониса; предисл. канд. юрид. наук, доц. Н.И. Мацнева; вступ. статья докт. юрид. наук, проф. В. Павилониса, докт. юрид. наук, доц. А. Абрамовичюса, докт. юрид. наук, доц. А. Дракшене; пер. с лит. канд. филол. наук, доц. В.П. Казанскене. – СПб.: Изд-во «Юридический центр Пресс», 2003.

Любопытно, что в соответствии с п. 8 ч. 1 ст. 59 УК Литовской Республики деяние, совершенное при нарушении условий правомерности научного эксперимента, является обстоятельством, смягчающим ответственность. Согласно п. 6 ч. 2 ст. 62 УК Литовской Республики деяние, совершенное с нарушением условий правомерности научного эксперимента, служит основанием для назначения более мягкого наказания, чем предусмотрено уголовным законом.

В отдельных странах СНГ и Балтии эффективному обеспечению прав и свобод пациента на законодательном уровне во многом способствуют уголовно-правовые нормы, охраняющие репродуктивное здоровье человека. Речь идет о составах преступления, закрепленных в ст. 136 УК Азербайджанской Республики «Незаконные искусственное оплодотворение и имплантация эмбриона, медицинская стерилизация», ст. 160 УК Республики Молдова «Незаконное осуществление хирургической стерилизации», ст. 161 УК Республики Молдова «Осуществление искусственного оплодотворения или имплантации эмбриона без согласия пациентки», ст. 120¹ УК Эстонской Республики «Имплантация женщине чужой яйцеклетки или созданного из нее эмбриона», ст. 120² УК Эстонской Республики «Запрещенные действия с эмбрионами».

Законодатели Азербайджанской Республики и Республики Молдова, сформулировав в соответствующих статьях уголовно-правовой запрет на совершение незаконного искусственного оплодотворения и имплантации эмбриона, в качестве единственного криминообразующего признака названного состава преступления закрепили отсутствие согласия женщины на подобную операцию. При этом молдавский законодатель требует, чтобы пациентка выразила свое согласие на искусственное оплодотворение или имплантацию эмбриона только в письменной форме. Предпосылкой для свободного принятия решения на искусственное оплодотворение является информированность заявительницы и ее супруга о состоянии здоровья, обрекающем их на бездетность, а также ознакомление их с тем, что при искусственном оплодотворении, как и при любом биологическом процессе, существует только статистическая вероятность успеха, потому нельзя исключить неудачную попытку совершить оплодотворение либо возможность

рождения нездорового ребенка. Согласно приведенным в специальной литературе цифрам, процент рождения живых младенцев после искусственного оплодотворения колеблется от 5 до 20 % в зависимости от клиник, его проводящих. Причем встречаются такие клиники, которые ни разу не добились положительного результата¹.

Между тем, надо заметить, что одного лишь согласия женщины на такую операцию не достаточно для юридического обоснования ее правомерности, поскольку в совокупность условий совершения искусственного оплодотворения включаются и другие требования. В частности, осуществление подобной операции возможно лишь в аккредитованных медицинских учреждениях; женщина и донор по состоянию здоровья должны быть пригодными к операции; донором мужского семени не может быть близкий кровный родственник заявительницы, а в роли донора яйцеклетки не допускается близкая кровная родственница пациентки, что позволяет обеспечить генетическую охрану потомства. Поэтому законодателям Азербайджанской Республики и Республики Молдова следовало установить уголовно-правовой запрет на совершение незаконных действий по искусственному оплодотворению и имплантации эмбриона. Похожий способ конструкции состава незаконного осуществления хирургической стерилизации использовал молдавский законодатель при описании диспозиции ст. 160 УК Республики Молдова. Названная норма под страхом применения наказания возлагает на врачей уголовно-правовую обязанность не совершать незаконного осуществления хирургической стерилизации.

В Эстонии процедура искусственного оплодотворения и защиты эмбриона на уровне позитивного законодательства регламентируется Законом от 18 июня 1997 г. «Об искусственном оплодотворении и защите эмбриона». Параллельно обеспечивая охрану отдельных положений предмета регулирования названного нормативного акта, Уголовный кодекс Эстонской Республики в ст. 120¹ предусмотрел ответственность за «имплантацию чужой яйцеклетки или созданного из нее эмбриона женщине с нарушением Закона об искусственном

¹ См.: Мастерс У., Джонсон В., Колодни Р. Основы сексологии. М., 1998. С. 127-128.

оплодотворении и защите эмбриона, а также частное посредничество в имплантации чужой яйцеклетки или созданного из нее эмбриона».

В следующей статье 120² УК Эстонской Республики законодатель, обеспечивая реализацию задач Уголовного кодекса, возлагает на правоисполнителей уголовно-правовую обязанность по воздержанию от совершения запрещенных действий с эмбрионами. Санкция указанной статьи уголовного закона предусматривает наказание в виде штрафа или лишения права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью, или лишения свободы на срок до трех лет за «совершение в ходе действий, производимых по искусственному оплодотворению женщины или с сохраняемым вне тела человеческим эмбрионом:

1) искусственное оплодотворение женской яйцеклетки сперматозоидом, выбранным по содержащейся в нем половой хромосоме, за исключением случаев, когда половая клетка выбирается с целью предотвращения заболевания ребенка тяжелой наследственной болезнью, передаваемой по признаку пола, или

2) замена ядра оплодотворенной яйцеклетки клеткой тела другого эмбриона, плода, живого или умершего человека с целью создания человеческого эмбриона с идентичной этому эмбриону, плоду, живому или умершему человеку наследственной информации, или

3) соединение эмбрионов с различной наследственной информацией, если хотя бы один из них является человеческим эмбрионом, а также соединение с человеческим эмбрионом клетки, которая содержит наследственную информацию, отличающуюся от содержащейся в клетках эмбриона, и способна к дальнейшему развитию вместе с ним, или

4) создание способного к развитию эмбриона путем оплодотворения яйцеклетки человека сперматозоидом животного или яйцеклетки животного сперматозоидом человека».

В результате согласования норм национального законодательства с международно-правовыми документами о правах человека и требованиями норма-

тивных актов Европейского Союза, в уголовные кодексы Грузии, Республики Молдова, Эстонской Республики включены нормы, устанавливающие уголовно-правовой запрет на совершение общественно опасных деяний в сфере медицинской генетики¹. В результате такой криминализации в УК Грузии появилась норма, предусматривающая уголовную ответственность за «генетические манипуляции, то есть создание существа, подобного человеку» (ст. 136); в УК Республики Молдова в ст. 144 предусмотрено наказание в виде лишения свободы на срок от семи до пятнадцати лет за «создание человеческих существ путем клонирования»; в УК Эстонской Республики установлен уголовно-правовой запрет на склонение к генному донорству, то есть «оказание предложением материальной платы либо нанесением ущерба, либо угрозой его нанесения влияния на человека на дачу согласия для взятия проб тканей с целью проведения генетических исследований» (ст. 124⁴).

Необходимость включения во внутригосударственное уголовное законодательство соответствующих норм продиктована тем, что современная генетика, особенно генетика человека, являющаяся одной из бурно развивающихся областей научного знания, перед уголовным правом выставила ряд проблем практического характера, суть которых заключается в предупреждении вероятных злоупотреблений возможностями данной отрасли знания. К примеру, успешное клонирование овцы Долли поставило мировое сообщество перед фактом возможности использования аналогичной процедуры в отношении людей. Совершенно очевидно, что реализация такого потенциала не является прерогативой ученых. Проблема клонирования стала одной из острейших социальных, этических и правовых проблем.

Общественное мнение возможность клонирования человека воспринимает неоднозначно. Бытуют полярные суждения «за» и «против». Примечательно, что в данном случае столкнулись точки зрения ученых и религиозных деятелей.

¹ Речь идет о документах, касающихся манипуляций с генами человека: Всеобщей декларации о геноме человека и правах человека, принятой 11 ноября 1997 г. на 29-й сессии Генеральной конференции ЮНЕСКО; Конвенции Совета Европы о защите прав и достоинства человека в связи с применением достижений биологии и медицины; Конвенция о правах человека и биомедицине 1997 г.; Дополнительном протоколе к Конвенции Совета Европы о правах человека и биомедицине, касающихся запрещения клонирования человеческих существ от 12 января 1998 г.; Декларации ООН о клонировании человека от 8 марта 2005 г.

Если научные работники достаточно сдержанно относятся к возможным экспериментам по клонированию людей, то категорически против проведения такого рода биомедицинских исследований выступают представители духовенства. Так, позиция Русской Православной Церкви к возможному получению генетических копий человека представлена в Основах социальной концепции Русской Православной Церкви, принятых на Юбилейном Архиерейском Соборе Русской Православной Церкви 13-16 августа 2000 г.¹ «Реализация этой идеи, встречающей протест со стороны множества людей во всем мире, способна стать разрушительной для общества. Клонирование в еще большей степени, чем иные репродуктивные технологии, открывает возможность манипуляции с генетической составляющей личности и способствует ее дальнейшему обесцениванию. Человек не вправе претендовать на роль творца себе подобных существ или подбирать для них генетические прототипы, определяя их личностные характеристики по своему усмотрению. Замысел клонирования является несомненным вызовом самой природе человека, заложенному в нем образу Божью, неотъемлемой частью которого являются свобода и уникальность личности. «Тиражирование» людей с заданными параметрами может представляться желательным лишь для приверженцев тоталитарных идеологий».

Существует ли оправдание репродукции человека посредством создания человеческого клона? Только достижение общественно полезного результата может стать основанием для осуществления таких экспериментов, если иным путем его достичь невозможно. Как известно, в зависимости от целей производства клона различают клонирование, направленное на воспроизводство человеческого существа, как способ размножения (репродуктивное клонирование) и клонирование для медицинских целей (терапевтическое клонирование), например, в целях регенерации органов того же человека. Вторая разновидность клонирования не направлена на полноценное воссоздание существа и методологически протекает без использования матки-донора. По мнению многих

¹ Основы социальной концепции Русской Православной Церкви (приняты на Юбилейном Архиерейском Соборе Русской Православной Церкви 13-16 августа 2000 г.) [Электронный ресурс] // Официальный сайт Московского Патриархата. – URL: <http://www.patriarchia.ru>. (дата обращения: 15.06.2012).

ученых, исследования в области стволовых клеток и являются тем самым экстраординарным случаем, когда клонирование человека может быть разрешено, так как оно может помочь сохранить жизнь многим людям¹.

В очередной раз нужно констатировать, что наше государство в вопросах установления уголовной ответственности за общественно опасные деяния, совершаемые в сфере медицинской генетики, существенно отстает от некоторых стран-участниц СНГ и Балтии². Для приведения уголовного законодательства Российской Федерации в соответствие со стандартами, разработанными в международных и региональных документах о правах человека, отечественному законодателю, опираясь на практический опыт зарубежных коллег, рекомендуется установить уголовно-правовой запрет на осуществление генетических манипуляций и других общественно опасных деяний в сфере медицинской генетики.

Проведенное исследование содержания уголовного законодательства государств-участников СНГ и Балтии на предмет обеспечения ими прав, свобод и не противоречащих закону интересов пациента, дает определенное основание полагать, что во многих странах ближнего зарубежья охрану интересов лица, нуждающегося в услугах медико-биологического характера, гарантирует систематизированная совокупность уголовно-правовых норм. Так, Уголовный кодекс Украины только в разделе II «Преступления против жизни и здоровья личности» содержит одиннадцать статей, нормы которых под угрозой применения наказания предупреждают преступные посягательства на права и свободы пациента. Открывает названную группу составов преступлений ст. 131, устанавливающая уголовную ответственность в отношении медицинских, фармацевтических работников за ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей, повлекшее заражение лица вирусом иммунодефицита человека либо иной неизлечимой инфекционной болезни; в ст. 132 предусматривается наказание за разглашение сведений о проведении медицинского обследования на выявление заражения вирусом иммунодефицита человека либо иной неизлечимой инфек-

¹ См.: Калиниченко П. Запрет клонирования в европейском праве // Конституционное право: восточноевропейское образование. 2002. № 4. С. 45-46.

² См.: Крылова Н.Е. Уголовное право и биоэтика: проблемы, дискуссии, поиск решений. М., 2006. С. 290-301.

ционной болезни; в ст. 134 – за незаконное производство аборта; в ст. 138 — за незаконную лечебную деятельность, повлекшую тяжкие последствия для больного; в ст. 139 — за неоказание помощи больному медицинским работником; в ст. 140 — за ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей медицинским или фармацевтическим работником; в ст. 141 — за нарушение прав пациента; в ст. 142 — за незаконное проведение опытов над человеком; в ст. 143 — за нарушение установленного законом порядка трансплантации органов или тканей человека; в ст. 144 — за насильственное донорство; в ст. 145 — за незаконное разглашение врачебной тайны. В раздел III «Преступления против свободы, чести и достоинства личности» помещена ст. 151, нормы которой возлагают на медицинских работников уголовно-правовую обязанность по воздержанию от помещения в психиатрическое учреждение психически здорового человека, а в разделе V «Преступления против избирательных, трудовых и иных личных прав и свобод человека и гражданина» располагается ст. 184, предусматривающая уголовную ответственность за нарушение права на бесплатную медицинскую помощь.

Следует согласиться с А.В. Наумовым в том, что приведенные в УК Украины нормы, обеспечивающие права и свободы пациента, «рассчитаны на вполне жизненные ситуации (некоторые из них возникают в силу противоправного использования достижений медицинской науки и практики, другие — по причине нарушений правил врачебной и вообще медицинской этики медицинским персоналом), наиболее опасные проявления которых справедливо регламентируются уголовным законом»¹. Это, в свою очередь, позволяет сделать вывод о том, что в Уголовном кодексе Украины представлена формально не обособленная система преступлений против прав и свобод пациента. Сказанное находит поддержку в доктрине уголовного права Украины. Так, в учебной литературе при характеристике преступлений против жизни и здоровья личности, группа составов преступлений, ставящих в опасность жизнь и здоровье человека, совершаемые в сфере медицинского обслуживания, украинскими учеными рассматривается в

¹ Наумов А.В. Новый Уголовный кодекс Украины // Государство и право. 2002. № 2. С. 88.

самостоятельном параграфе, отдельно от преступлений против жизни, здоровья, иных преступлений, ставящих в опасность жизнь и здоровье человека¹.

Формально необособленную группу составов преступлений против прав и свобод пациента можно наблюдать также в уголовном законодательстве Азербайджанской Республики, Грузии, Республики Армения, Республики Казахстан, Эстонской Республики, что свидетельствует о стремлении законодателей соответствующих государств обеспечить качественную охрану интересов человека, нуждающегося в услугах медико-биологического характера.

В результате исследования проблемы уголовно-правовой охраны прав и свобод пациента в законодательстве стран-участниц Содружества Независимых Государств и Балтии нам удалось сформулировать следующие выводы:

1) механизм уголовно-правового обеспечения прав, свобод и не противоречащих закону интересов пациента в законодательстве стран-участниц СНГ и Балтии во многом схож с отечественным, что позволяет использовать их позитивный опыт для оптимизации уголовно-правовой охраны пациента в Российской Федерации. Суть данного механизма заключается в том, что эффективная реализация прав, свобод и не противоречащих закону интересов пациента, детально регламентированных на уровне международного и национального здравоохранительного законодательства, требует их уголовно-правовой охраны. Регулятивные нормы любой отрасли права и законодательства, какое бы значение они не имели для экономической, политической, социальной жизни общества, могут остаться лишь декларациями, если соответствующие предметы их воздействия не будут взяты под охрану уголовного права. Включение отдельных составляющих предмета регулятивных отраслей права в число объектов, охраняемых уголовным законодательством, предопределяет успешную реализацию прав и свобод пациента в процессе правоисполнения и правоприменения;

2) действующие уголовные кодексы государств-участников СНГ и Балтии в основном сохранили традиционные для советского уголовного законодатель-

¹ См.: Уголовное право Украины: Особенная часть: Учебник / М.И. Бажанов, Ю.В. Баулин, В.И. Борисов и др.; Под ред. М.И. Бажанова, В.В. Сташиса, В.Я. Тация. – К.: Юринком Интер, 2003. С. 65-78.

ства нормы, обеспечивающие права, свободы и не противоречащие закону интересы человека, обратившегося к представителям медицинской профессии за соответствующей помощью либо находящегося под медицинским наблюдением. Вместе с тем, они восприняли прогрессивные идеи, заложенные в многочисленных международно-правовых и региональных документах о правах человека и Модельном Уголовном кодексе для государств-участников СНГ, которые ориентированы на повышение эффективности охраны прав, свобод и не противоречащих закону интересов человека и гражданина, в том числе с помощью уголовно-правовых средств. Следуя представленной логике, уголовное законодательство большинства стран СНГ и Балтии для предупреждения преступных посягательств на права и свободы пациента, устанавливает ответственность не только за незаконное производство аборта, неоказание помощи больному, незаконное врачевание, но и формулирует уголовно-правовые запреты на совершение таких общественно опасных деяний, как: ненадлежащее исполнение медицинским работником своих профессиональных обязанностей, повлекшее причинение вреда здоровью человека либо смерть; купля-продажа органов и (или) тканей человека; принуждение к донорству органов или тканей человека для трансплантации либо иного использования; нарушение установленных законом условий и порядка проведения операций по трансплантации органов и (или) тканей человека; незаконное проведение медико-биологических, психологических или научных опытов на человеке; незаконное осуществление искусственного оплодотворения или имплантации эмбриона; незаконное осуществление медицинской стерилизации и др. Законодательные органы отдельных государств сочли необходимым криминализировать общественно опасные деяния, совершаемые в сфере медицинской генетики. В частности, в Грузии и Республике Молдова предусмотрена уголовная ответственность за создание человеческих существ путем клонирования (ст. 136 УК Грузии, ст. 144 УК Республики Молдова); в Эстонии криминализировано склонение к генному донорству, запрещены действия с эмбрионом (ст. 120², 124⁴ УК

Эстонии). Важно заметить, что в уголовном законодательстве Российской Федерации аналогичные уголовно-правовые нормы не представлены;

3) совокупность уголовно-правовых норм, предупреждающих медицинских работников о недопустимости нарушения прав, свобод и не противоречащих закону интересов пациента в уголовных кодексах стран СНГ и Балтии формально не обособлена от группы составов преступлений против жизни и здоровья человека. При всем том имеются достаточные основания для рассмотрения ее в качестве самостоятельной системы составов преступлений против прав и свобод пациента (например, в уголовном законодательстве Украины, Грузии, Азербайджанской Республики, Республики Армения, Республики Казахстан, Эстонской Республики);

4) эффективное обеспечение прав и свобод пациента в уголовном законодательстве Литовской Республики достигается не только посредством возложения на соответствующих правоисполнителей уголовно-правовой обязанности не нарушать интересы лиц, нуждающихся в медицинской помощи, но и путем законодательной регламентации в Общей части уголовного права условий правомерности проведения научного эксперимента, соблюдение которых исключает уголовную ответственность экспериментатора. При этом деяние, совершенное с нарушением условий правомерности научного эксперимента, является обстоятельством, смягчающим ответственность, и служит основанием для назначения более мягкого наказания, чем предусмотрено уголовным законом.

§ 2. Уголовно-правовая охрана прав и свобод пациента в системе романо-германского права

Исторически семья романо-германских правовых систем формировалась в континентальной Европе в XII-XIII в.в. и объединяла государства, юридическая доктрина которых основывалась на римском праве, а методы творения позитивного права и его содержание испытывали влияние университетского права. По признанию видного представителя французской юридической науки Р. Давида, «здесь на первый план выдвинуты нормы права, которые рассматриваются как нормы поведения, отвечающие требованиям справедливости и морали»¹.

Заложенные в основу создания романо-германской правовой системы идеи, согласно которым гражданское общество должно базироваться на праве и подчиняться нормам разума, а право должно обеспечивать порядок и прогресс, остаются господствующими в Западной Европе до настоящего времени. Тотальная регламентация отношений между личностью, обществом и государством юридическими нормами ставит их всех в одинаковое правовое состояние и обеспечивает равную возможность реализации не противоречащих закону интересов. Важной составной частью принципа правового государства, качествами которого обладает большинство стран романо-германской системы права, является защита прав и свобод человека и гражданина. Данная идея получила законодательное закрепление на уровне внутригосударственных конституционных норм².

Приоритетное место в системе конституционно гарантируемых прав и свобод личности принадлежит естественному праву человека на здоровье³, со-

¹ Давид Р. Основные правовые системы современности (сравнительное право). М., 1967. С. 39.

² См.: Конституция Бельгии от 7 февраля 1831 г. (ст. 8-32), Конституция Греции от 11 июня 1975 г. (ст. 4-25), Конституция Испании от 29 декабря 1978 г. (ст. 10-54), Конституция Итальянской Республики от 22 декабря 1947 г. (ст. 13-34), Конституция Королевства Нидерландов от 17 февраля 1983 г. (ст. 1-23), Конституция Республики Хорватия от 22 декабря 1990 г. (ст. 14-69), Основной закон Федеративной Республики Германия от 23 мая 1949 г. (ст. 1-19), Основной закон Финляндии от 11 июня 1999 г. (§ 6-23).

³ См.: Конституция Венгерской Республики (§ 70/D).

циально-экономическим правам на охрану здоровья¹ и на медицинскую помощь². Такое положение соответствует Уставу Всемирной организации здравоохранения, согласно которому «обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья является одним из основных прав каждого человека без различия расы, религии, политических убеждений, экономического и социального положения»³. Несмотря на достигнутый к началу XXI века человечеством прогресс в области медицины, охрана здоровья людей еще остается актуальной темой. Так, по данным Всемирной организации здравоохранения, ежегодно на планете от инфекционных заболеваний умирают 17 миллионов людей, от хронических болезней – более 24 миллионов человек⁴, жертвами профессиональных заболеваний становятся около 160 миллионов работников⁵. Продолжает оставаться серьезной проблемой здравоохранения туберкулез. Только в 2004 г. в Европейском регионе зарегистрировано около 69 тысяч смертей от туберкулеза и почти 450 тысяч новых случаев заболевания⁶. Во многих государствах недопустимо часто гибнут роженицы⁷. Приведенные цифры дают основание для вывода о том, что право человека на здоровье стало не только юридической, но и важной социально-экономической и политической проблемой.

Подчеркивая особую ценность здоровья по сравнению с иными благами, французский профессор Кристиан Бык предлагает оценивать уровень развития правового государства с учетом обеспеченности охраной здоровья граждан⁸. Ученый обращает внимание на то, что «объектом обязанности, лежащей на государстве и публичной власти, является не здоровье само по себе, а его охрана. Право на здоровье относится к числу многоаспектных и развивается как смеж-

¹ См.: Конституция Греции (ч. 3 ст. 21), Конституция Итальянской Республики (ст. 32), Конституция Испании (ст. 43), Конституция Королевства Нидерландов (ч. 1 ст. 22), Конституция Португальской Республики (ст. 64), Конституция Республики Польша (ст. 68), Конституция Словацкой Республики (ст. 40), Конституция Республики Хорватия (ст. 58).

² См.: Конституция Португальской Республики (ч. 3 ст. 64), Конституция Словацкой Республики (ст. 40), Основной закон Финляндии (§ 19 абз. 3).

³ Устав (Конституция) Всемирной организации здравоохранения // Всемирная организация здравоохранения: Основные документы. Женева, 1977.

⁴ См.: Всемирная организация здравоохранения. Отчет о мировом развитии. 1996. С. 1.

⁵ См.: Всемирная организация здравоохранения. Отчет о мировом развитии. 1997. С. 13.

⁶ См.: Работа ВОЗ в Европейском регионе в 2004-2005 г.г.: двухгодичный отчет Регионального директора.

⁷ См.: Всемирная организация здравоохранения. Здоровье для всех: истоки и обновление, влияние на меняющийся мир (проект), Женева, 1997.

⁸ См.: Вук С. Prawo do zdrowia jako prawo konstytucyjne. // - Państwo i Prawo. – W-wa, 2000. № 9. - S. 22-31.

ное во многих отраслях; оно может быть субъективным правом, когда речь идет об охране личности, гарантийным – когда речь идет о доступе к медицинской помощи и т.п.»¹.

Охрана физического и психического здоровья является важным условием достойного существования человека. Однако на национальном уровне законодательной и исполнительной властью недооценивается значение здоровья граждан. Во внутригосударственных нормативных документах не раскрывается его содержание, остаются не уточненными границы, определяющие пределы юридической обязанности государства по обеспечению прав личности на охрану здоровья и медицинскую помощь. Все это затрудняет работу правоприменительных органов и правозащитных организаций, и в конечном результате не способствует эффективной реализации прав и свобод человека. В качестве примера можно сослаться на ч. 1 ст. 22 Конституции Королевства Нидерландов, где закреплено положение, согласно которому «государственные органы обязаны предпринимать меры по защите здоровья населения»². Нидерландская юридическая доктрина толкует смысл процитированной конституционной нормы как гарантирующий право на медицинскую помощь. Но из-за неоднозначного понимания ее значения на практике юридическая сила «конституционного права на медицинскую помощь» в голландских судах весьма ограничена. Судьи склонны полагать, что ч. 1 ст. 22 Конституции Королевства Нидерландов содержит лишь «общее обязательство по охране здоровья», которое недостаточно конкретно, чтобы на нее ссылаться в соответствующих судебных актах. Так, в Высший апелляционный суд Королевства Нидерландов обратился гражданин с иском, где указал, что в соответствии с ч. 1 ст. 22 Конституции Королевства Нидерландов он имеет право на субсидию для получения «психологической» помощи в связи с заболеванием СПИДом. Высший апелляционный суд постановил, что ч. 1 ст. 22 Конституции Королевства Нидерландов содержит в себе

¹ Цит. по: Жалинская-Рёрихт А.А. Актуальные проблемы французского медицинского права (реферативный обзор) // Реф. журнал. Серия 4. Государство и право. 2001. № 3. С. 154.

² Конституция Королевства Нидерландов от 17 февраля 1983 г. // Конституции государств европейского Союза. Под общ. ред. и со вступит. статьей Л.А. Окунькова. – М.: Изд. группа ИНФРА·М–НОРМА, 1997. С. 480.

лишь общие обязательства по улучшению здоровья и ничего не говорит о конкретных критериях, на основе которых суд мог бы пересмотреть решение об отказе в предоставлении субсидии¹.

Конституции европейских стран для обозначения здоровья в качестве неотъемлемого права человека и регламентации обязательства государства по обеспечению его охраной используют выражения «право на здоровье», «право на охрану здоровья», «право на медицинскую помощь». Вместе с тем, их значение на уровне законодательства не конкретизируется. Отсюда напрашивается вопрос: являются ли перечисленные понятия тождественными или имеют различное смысловое содержание?

Чаще всего в конституционных актах говорится о праве человека на охрану здоровья и медицинскую помощь. Под медицинской помощью, как правило, понимают профилактику заболеваний, обследование здоровья граждан, диагностику, лечение, уход и реабилитацию в связи с заболеванием, иными расстройствами здоровья, беременностью и родами, осуществляемые медицинскими работниками с использованием профессиональных знаний и навыков. Она включает в себя также парамедицину (например, оказание непрофессиональной врачебной помощи лицами, не имеющими медицинского образования; уход за больным на дому медицинскими сестрами)².

Стандартного определения «охраны здоровья» на международном и национальном уровнях не существует. Обычно ее содержание трактуют шире, нежели понятие «медицинская помощь». Согласно толкованию Всемирной организации здравоохранения, «охрана здоровья» охватывает помощь матерям и детям, предупреждение и контроль над локальными эндемическими заболеваниями, иммунизацию основных инфекционных болезней, а также необходимое лечение типичных заболеваний и травм. Охрана здоровья второго уровня носит специализированный характер и включает, например, рентгеновскую диагно-

¹ См.: Тобес Б. Право на здоровье: Теория и практика. М., 2001. С. 182-183.

² См.: Holtrust N., Hendriks A.C. and Bauduin D.M.J. De betekenis van artikel 12 vrouwenverdrag voor Nederland: gezondheid als recht. Den Haag: Vuga, 1996. S. 40.

стику, общую хирургию, уход за женщинами с тяжело протекающей беременностью или послеродовыми осложнениями¹.

Закрепляя право каждого на охрану здоровья и медицинскую помощь, Конституции многих стран континентальной Европы возлагают на государства обязанности по осуществлению широкого круга мер, направленных на сохранение, восстановление и улучшение здоровья населения, предотвращение эпидемических, эндемических и других заболеваний, а также создание таких условий, когда каждый человек может выбрать те виды и методы медицинской помощи, которые в наибольшей степени соответствуют личным целям, возможностям и рекомендациям медицинской науки и практического опыта. Так, Конституция Португальской Республики, декларируя в ст. 64 право каждого на охрану здоровья, одновременно для его обеспечения возлагает на государство обязанности: «а) гарантировать право всех граждан, независимо от их материального положения, на профилактическое обследование, лечение и последующее восстановление здоровья; б) обеспечить рациональное и эффективное размещение медицинских учреждений и больниц по всей стране; в) ориентироваться на социализацию расходов на здравоохранение и фармацевтику; г) упорядочить и контролировать предпринимательскую и частную деятельность в области здравоохранения, объединяя ее с национальной службой здоровья; е) упорядочить и контролировать производство, торговлю и использование химических, биологических и фармацевтических изделий и других средств лечения и диагностики»².

Конституция Испании, признавая в ст. 43 право личности на охрану здоровья, к ведению органов власти относит организацию и руководство общественным здравоохранением посредством проведения профилактических мер, а также оказание необходимых услуг и помощи. Для этого закон устанавливает соответствующие права и обязанности. Органы власти способствуют развитию

¹ См.: Всемирная организация здравоохранения. Словарь терминов. 1984.

² Конституция Португальской Республики от 2 апреля 1976 г. // Конституции государств европейского Союза. Под общ. ред. и со вступит. статьей Л.А. Окунькова. – М.: Изд. группа ИНФРА·М–НОРМА, 1997. С. 538-539.

санитарного просвещения, физкультуры и спорта, а также содействуют правильному использованию досуга¹.

Право на охрану здоровья включает в себя обширный перечень гарантированных юридических возможностей: получение достоверной и своевременной информации о факторах, влияющих на здоровье; оказание медико-социальной помощи; особую охрану здоровья граждан, занятых отдельными видами вредной профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источниками повышенной опасности; особую охрану материнства и детства, инвалидов, граждан пожилого возраста, граждан, пострадавших при чрезвычайных ситуациях и в экологически неблагоприятных районах и др. В соответствии с ч. 2 ст. 64 Конституции Португальской Республики, право на охрану здоровья реализуется: «а) через универсальную общенациональную службу здравоохранения и, принимая во внимание материальное и социальное положение граждан, в основном на бесплатной основе; б) путем создания экономических, социальных и культурных условий, обеспечивающих защиту детей, молодежи и престарелых, и путем систематического улучшения условий жизни и труда, содействия физической культуре и спорту в учебных заведениях и обществе в целом, а также путем развития санитарного просвещения»².

Основываясь на изложенном, можно заключить, что право на медицинскую помощь в юридической литературе и законодательстве стран романо-германской системы права рассматривается как часть права на охрану здоровья. Выражение «охрана здоровья» относится ко всему спектру службы здравоохранения, включая профилактику болезней, планирование семьи и собственно медицинскую (врачебную) помощь.

Реже в конституционных документах декларируется право человека на здоровье. Объясняя это, отдельные западноевропейские ученые полагают: «Здоровье – это жизненное состояние, оно не может быть дано, а отнято или подорвано другими людьми может быть только косвенным образом. Смысла

¹ См.: Конституция Испании от 29 декабря 1978 г. // Конституции государств европейского Союза. Под общ. ред. и со вступит. статьей Л.А. Окунькова. – М.: Изд. группа ИНФРА·М–НОРМА, 1997. С. 380.

² Конституция Португальской Республики от 2 апреля 1976 г. // Конституции государств европейского Союза. Под общ. ред. и со вступит. статьей Л.А. Окунькова. – М.: Изд. группа ИНФРА·М–НОРМА, 1997. С. 538.

провозглашать право на здоровье нет, так же как нет смысла провозглашать право человека на мудрость или храбрость. Эти душевные и физические качества требуют от каждого, кто к ним стремится, дарования, постоянного внимания и условий, а также дисциплины. Переложить ответственность за собственное здоровье на кого-то еще было бы не просто нечестным, это означало бы навязать ему обязанность, которую невозможно выполнить»¹.

Содержание категории «право на здоровье» в нормативных документах также не раскрывается. В доктрине французские и голландские юристы, активно занимающиеся исследованием проблем в области медицинского права и здравоохранения, право на здоровье характеризуют как широкое понятие, которое охватывает право на медицинскую помощь и ряд основополагающих мероприятий, направленных на поддержание здоровья людей в надлежащем состоянии. Так, французский исследователь Кристиан Бык выделяет «три составляющие права на здоровье: доступ нуждающихся к медицинским учреждениям, получение социальной помощи и право на профилактические средства»².

По мнению голландского специалиста по международному здравоохранительному праву Брижита Тобеса, принципиальное содержание права на здоровье состоит из права на ряд конкретных видов медицинского обслуживания, которые должны обеспечиваться государством независимо от материальных и других ресурсов: например, иммунизация от инфекционных заболеваний; лечение обывденных заболеваний и травм; обеспечение необходимыми лекарствами и основными средствами санитарии. В структуру права на здоровье она включает также «право на доступ к службам планирования семьи, право на уход в дородовой и послеродовой период, право на чистую питьевую воду и удовлетворительные санитарные условия, право на профессиональное здоровье, здоровую окружающую среду, а также право на информацию по вопросам здравоохранения»³. Автор выступает в пользу закрепления во внутригосударственных

¹ Boyle J.M., Jr. The Concept of Health and the Right to Health / Social Thought, Summer, Vol. 3, 1977. S. 5-6.

² Цит. по: Жалинская-Рёрихт А.А. Актуальные проблемы французского медицинского права (реферативный обзор) // Реф. жур. Сер. 4. Государство и право. 2001. № 3. С. 154.

³ См.: Тобес Б. Указ. раб. С. 316.

нормативных документах права человека на здоровье в качестве социально-экономического права.

Представленные суждения западноевропейских ученых согласуются с соответствующими конституционными нормами и положениями. В частности, Конституция Венгерской Республики, гарантируя каждому проживающему на ее территории право на здоровье и, возлагая на государство определенные обязательства по его обеспечению, в § 70/D провозглашает:

«1) Проживающие на территории Венгерской Республики лица имеют право на максимально возможный высокий уровень физического и духовного здоровья.

2) Это право Венгерская Республика осуществляет посредством организации охраны труда, учреждений здравоохранения и медицинского обслуживания, обеспечения систематических занятий физкультурой, а также охраны созданной и естественной среды, окружающей человека»¹.

Таким образом, промежуточные результаты исследования позволяют констатировать, что на уровне конституционных норм во многих государствах Континентальной Европы для гарантирования социально-экономического права человека на здоровье чаще всего используется формулировка «право на охрану здоровья». Под охраной здоровья понимается совокупность мер правового, экономического, политического, социального, медицинского, санитарно-эпидемического характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья человека, предоставление ему медицинской помощи в случае утраты здоровья. В то же время в юридической литературе отстаивается идея, согласно которой «право на охрану здоровья», точно так же, как и «право на медицинскую помощь», является составной частью «права на здоровье». Поэтому считается разумным закрепить в национальных нормативных актах право человека на здоровье.

¹ Конституция Венгерской Республики от 18 августа 1949 г. // Конституции государств Европы: В 3 т. Т. 1 / под общ. ред. и со вступит. статьей Л.А. Окунькова. – М.: Изд-во НОРМА, 2001. С. 562.

Данное предложение отчасти приемлемо и для российской правовой системы. Конституция РФ в ч. 1 ст. 41 гарантирует каждому социально-экономическое право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Естественное право человека на здоровье в отечественном законодательстве не закреплено. Полагаем, что любому физическому лицу, наряду с правом на жизнь, свободу и личную неприкосновенность, должно быть предоставлено право на здоровье. После такое право на государственном уровне необходимо обеспечивать охраной и оказанием медицинской помощи в случае утраты здоровья¹. Для этого законодателю необходимо уточнить круг фактических интересов, составляющих содержание категории «здоровье». На законодательном уровне естественная сущность здоровья приобретает объективные признаки. Подробная правовая регламентация признаков здоровья позволит оперировать рассматриваемой категорией в едином смысловом значении на уровнях позитивного и охранительного отраслей права. Отсутствие обозначенных правовых границ создает опасность вольного трактования сути здоровья. Заявленный тезис особенно актуален в контексте ярко выраженного стремления юридической доктрины², в том числе уголовно-правовой теории³, сформулировать понятия «жизнь», «свобода», «честь», «достоинство» личности, определиться с начальным и конечным моментами жизни.

Зарубежная и отечественная юридическая наука не предлагает однозначного решения обозначенной проблемы именно потому, что названная категория не была предметом самостоятельного концептуального исследования. Чтобы сформулировать ответ на интересующий вопрос, вначале обратимся к толкованию понятия здоровья соответствующими словарями. В энциклопедическом словаре Ф.А. Брокгауза и И.А. Ефрона «здоровье» (*sanitas*) определяется как состояние организма, все части которого нормально развиты и правильно функционируют. По мнению авторов, «такое состояние абсолютного здоровья

¹ См.: Блинов А.Г. Право на здоровье в свете российских и международных стандартов // Вестник СГАП. 2003. № 2. С. 17-19.

² См.: Трошин Д.М. Методологические проблемы современной науки. М., 1986. С. 131.

³ См.: Красиков А.Н. Ответственность за убийство по российскому уголовному праву. Саратов, 1999. С. 34; Евстифеева Е.В. Теоретические проблемы уголовно-правовой ответственности за торговлю людьми: Автореф. дис. ... канд. юрид. наук. Саратов, 2002.

едва ли существует, так как трудно найти организм, все части которого имели бы нормальные величину, силу, форму и структуру и все отправления которых совершались бы вполне правильно»¹. В словаре русского языка С.И. Ожегов «здоровье» характеризуется как правильная, нормальная деятельность животного организма².

Историческая эволюция понимания здоровья подробно описана Х.Е. Сигеристом, по мнению которого «здоровье - это не просто отсутствие болезней: это нечто положительное, радость жизни, бодрое принятие личностью всей ответственности, возлагаемой на человека жизнью»³. Основываясь на сформулированном определении, он доказывал, что здоровье необходимо воспринимать не только как физическое или психическое состояние человека, но и как социальное явление.

Влияние социального фактора на обеспечение здоровья огромно. В жизни социальные причины нередко оказывают заметное воздействие на течение биологических процессов. Неспроста, в преамбуле Устава Всемирной организации здравоохранения, здоровье определяется как «состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов»⁴. Однако представленная дефиниция Всемирной организации здравоохранения является отнюдь не бесспорной, поэтому ее часто критикуют как слишком пространную. Социальная полноценность человека далеко не всегда определяется его биологическим состоянием и нельзя отождествлять здоровье с благополучием⁵.

После закрепления в Уставе Всемирной организации здравоохранения определения «здоровье» предпринималось множество попыток дать альтернативное понятие, которое должно было сузить его. Отдельные авторы предлагали исключить выражение о «душевном и социальном благополучии», а другие

¹ Энциклопедический словарь / Издатели Ф.А. Брокгауз, И.А. Ефрон. Т. XII. СПб., 1894. С. 373.

² См.: Ожегов С.И. Словарь русского языка. М., 1997. С. 190.

³ Sigerist H.E. *Medicine and Human Welfare*. New Haven/London: Yale University Press/ Oxford University Press, 1941. S. 100.

⁴ Устав (Конституция) Всемирной организации здравоохранения // Всемирная организация здравоохранения. Основные документы. Женева, 1997. С. 5.

⁵ См.: Большая медицинская энциклопедия / Гл. ред. Б.В. Петровский. 3-е изд. М., 1978. Т. 8. С. 356.

– лишь о «социальном благополучии», тем самым оставить только физическое и психическое значение¹. Несмотря на это, определение Всемирной организации здравоохранения на сегодняшний день остается наиболее часто используемым.

Неоднозначное толкование содержания здоровья в соответствующих источниках во многом продиктовано смешением понятия здоровья в естественном и социальном смыслах. Применительно к человеческой личности здоровье в своем фактическом выражении имеет строго определенное значение. Широко известно, что человек состоит из биологического и социального компонентов. Говоря о фактических интересах человека, составляющих содержание категории здоровья, следует ориентироваться исключительно на биологическую сторону личности. Биологический компонент личности носит естественный характер и потому способен отразить природную суть здоровья, тогда как социальный компонент человека предполагает возникновение определенных отношений, требующих нормативной регламентации. Для обеспечения биологических потребностей на социальном уровне человеку необходимо вступать в отношения с другими людьми, получающими правовое оформление.

Понимание здоровья в естественном и социальном смыслах объединяет общее свойство, отражающее надлежащее психическое и соматическое состояние человека. Однако характеристика уровня психического и физического состояния, определяющего природу здоровья человека, в естественном и социальном значениях не совпадает. Особенностью его восприятия в естественном понимании выступает личная оценка своего психосоматического состояния в качестве удовлетворительного. Каждый индивид для себя устанавливает субъективный критерий надлежащего уровня здоровья. Поэтому в естественном понимании границы его должного уровня достаточно размыты. В социальном же значении толкование здоровья приобретает вполне объективное свойство. Индивидуальная характеристика психосоматических качеств как удовлетворительных в понимании здоровья сменяется оценкой общесоциальной. Именно

¹ См.: Тобес Б. Указ. раб. С. 25.

таким образом понятие здоровья в социальном значении обретает объективную форму.

Дефинируя понятие здоровья официально, следует ориентироваться на общесоциальное представление о надлежащем психосоматическом состоянии человека. Только на социальном уровне возможно обозначить его объективные границы. Нетрудно предположить, что такие границы устанавливаются соответствующими правовыми нормами и положениями. В контексте всего сказанного понятие здоровья логично сформулировать как психосоматическое состояние человека, надлежащий уровень которого устанавливается правовыми нормами и положениями.

Определение нормативного понимания здоровья позволяет выявить целый ряд проблем его правового обеспечения. Конституционно-правовое закрепление прав человека на здоровье, охрану здоровья, медицинскую помощь, не будучи одновременно оснащенный эффективным механизмом полноценной юридической регламентации и защиты, становится не более чем голой декларацией. В любой критической ситуации, когда соответствующий правоисполнитель в лице конкретного гражданина либо государства «нарушает конституционную обязанность соблюдать права личности, декларативное провозглашение этих прав без необходимого институционального обеспечения не способно противопоставить государству правовые коррективы, чтобы с их помощью восстановить нарушенные права личности. Сведение прав человека к простому провозглашению в Конституции рассчитано, таким образом, на идеальную модель государства, ни при каких обстоятельствах не нарушающего права человека. Постигание ошибочности догмы «король не ошибается» (the king cannot do wrong), побудило современные конституционные государства создать правовые институты и процедуры защиты прав человека»¹.

В системе взаимосвязанных механизмов юридического обеспечения прав, свобод и не противоречащих закону интересов человека важное место отводится уголовному праву как «совокупности всех правовых норм, которые регули-

¹ Визер Б. Защита прав человека в Австрии // Государство и право. 1993. № 1. С. 100.

руют возникновение, объем и реализацию уголовного требования»¹. Суть уголовно-правовых требований заключается в возложении на достигших возраста уголовной ответственности вменяемых лиц обязанности по воздержанию от совершения преступления под угрозой применения наказания.

Исследование содержания уголовных кодексов стран романо-германской системы права свидетельствует, что уголовно-правовой охране прав и свобод лиц, нуждающихся в услугах медицинского характера, они уделяют подобающее внимание. В них сформулированы запреты на посягательства на интересы пациента, многие из которых известны российскому уголовному законодательству. К их числу следует причислить уголовно-правовые нормы, устанавливающие запрет на: незаконное производство аборта, незаконное занятие медицинской практикой, разглашение профессиональной (врачебной) тайны, неоказание помощи больному, небрежное исполнение профессиональных обязанностей, повлекшее смерть либо причинение вреда здоровью пациента. Вместе с тем, уголовные кодексы государств континентального права включают специфические для отечественной правовой системы нормы, содержание которых представляет интерес не только для науки, но и на уровне правотворчества. К таковым относятся нормы, возлагающие на правоисполнителей уголовно-правовую обязанность по воздержанию от совершения общественно опасных деяний в сфере трансплантологии; незаконного производства биомедицинских исследований; исследования генетических свойств человека; изъятия клеток человека для репродуктивного клонирования; создания человеческих эмбрионов путем клонирования в терапевтических (медицинских) целях; создания идентичных человеческих существ; выполнения медицинских операций без согласия пациента; незаконного искусственного оплодотворения и др.

Уголовно-правовой анализ составов преступлений, посягающих на права, свободы и не противоречащие закону интересы пациента, начнем с исследования содержания норм, обеспечивающих репродуктивные права, которые связаны с процессом воспроизводства человеческого рода. С развитием медицин-

¹ Alpmann Brockhaus. Fachlexikon Recht. Leipzig-Mannheim: F. A. Brockhaus-Alpmann Schmidt, 2004. S. 1239.

ской науки и технологии определились два основных направления вмешательства в репродуктивные возможности человека: а) вмешательства, стимулирующие репродуктивные процессы (искусственное оплодотворение, генетические обследования и разные формы заботы о новорожденных, нуждающихся в усиленном лечении и укреплении здоровья); б) вмешательства, осуществляемые с целью их ограничения (искусственное прерывание беременности, стерилизация, контрацепция)¹.

Одним из самых широко обсуждаемых вопросов в сфере охраны репродуктивного здоровья остается проблема аборт. Так, по информации Организации Объединенных Наций, ежегодно в мире количество искусственных прерываний беременности превышает 55 миллионов, из них примерно 20 миллионов являются нелегальными. Основываясь на приведенных цифрах, не составляет труда посчитать: на 1000 рождений приходится около 300 абортов. Причем в некоторых государствах число искусственных прерываний беременности равняется количеству рождающихся детей или превышает его². В условиях наблюдающегося демографического кризиса публичная власть на внутригосударственном уровне все чаще пользуется услугами правового регулирования искусственного прерывания беременности. Одни государства стремятся решить демографические интересы прироста населения путем установления юридических запретов на аборты либо жесткого регулирования его производства, а другие разрешают беременным женщинам осуществление хирургической операции по плодизгнанию.

Проблема абортов противоречива не только в плане демографической политики государства, но и в правозащитном контексте. В связи с этим возникает ряд вопросов, однозначного ответа на которые современное законодательство и юридическая наука не в состоянии сформулировать: обладает ли еще не родившийся ребенок (эмбрион) правом на жизнь? Может ли беременная женщина реализовать свое репродуктивное право способом искусственного прерывания

¹ См.: Дргонец Я., Холлендер П. Современная медицина и право. Пер. со словацкого. – М.: Юрид. лит., 1991. С. 161-224.

² См.: Сводный доклад о контроле за мировым населением (1996): репродуктивные права и репродуктивное здоровье. ООН. Экономический и социальный Совет. Комиссия по народонаселению и развитию.

беременности? Вправе ли женщина распоряжаться здоровьем, поставляя его в опасность, обратившись в медицинское учреждение за соответствующей услугой?

Регулированию ответственности за прерывание беременности в Уголовном кодексе ФРГ¹ посвящены § 218, § 218 a, § 218b, § 218c, § 219, § 219a, § 219b. В учебной литературе нередко данную группу преступлений называют «преступлениями против нерожденной жизни» (Straftaten gegen das ungeboren Leben)². Анализ содержания перечисленных уголовно-правовых норм и положений считаем уместным начать со знакомства с § 219, в котором сформулировано предписание, обязывающее беременную женщину, решившуюся на прерывание беременности, посетить консультативный центр, где ей дадут советы и окажут помощь. Основное предназначение консультации заключается в защите еще не родившейся жизни (жизни эмбриона)³. Целью служит воодушевление женщины на продолжение беременности, а также обсуждение с ней перспектив жизни с ребенком. Консультация должна помочь беременной женщине принять ответственное и осознанное решение. При этом она должна «сознавать, что еще не родившийся человек в каждой стадии беременности имеет собственное право на жизнь и что поэтому прерывание беременности в правовом обществе принимается во внимание только в исключительной ситуации, когда для женщины вынашивание ребенка создает такие трудности, что они настолько тяжелы и чрезвычайны, что они превышают требуемые границы для жертвы»⁴. Подробная деятельность консультативного центра регламентируется Законом о конфликтной ситуации, связанной с беременностью⁵.

Определяя границы правомерного и криминального аборта, УК ФРГ в § 218a оговаривает условия ненаказуемости прерывания беременности. Не обра-

¹ Уголовный кодекс ФРГ / Пер. с нем. – М.: Изд-во «Зерцало», 2000.

² См.: Жалинский А.Э. Современное немецкое уголовное право. М.: Изд-во Проспект, 2006. С. 372; Wessels J., Hettinger M. Strafrecht. Besonderer Teil. B. 1. Straftaten gegen Persönlichkeitsund Gemeinschaftswerte. 22 Aufl. Heidelberg: C. F. Müller, 1999.

³ Примечательно, что в ФРГ действует Закон о защите эмбрионов от 13 декабря 1990 г. См.: Этико-правовые аспекты проекта «Геном человека» (международные документы и аналитические материалы). М., 1998. С. 120.

⁴ Уголовный кодекс ФРГ / Пер. с нем. – М.: Изд-во «Зерцало», 2000. С. 130.

⁵ См.: Закон о предотвращении и разрешении конфликтной ситуации, связанной с беременностью от 27 июля 1992 г., (BGBl. I. S. 1398), с изменениями от 21 августа 1995 г. (BGBl. I 1995. S. 1050).

зует состава преступления прерывание беременности, если: а) женщина настаивает на аборте и предъявляет врачу подтверждение о том, что она, по крайней мере, за три дня до вмешательства проконсультировалась; б) прерывание беременности осуществляется врачом; в) со времени зачатия прошло не более двенадцати недель.

Аборт, проведенный врачом и с согласия беременной женщины, не является противоправным, если прерывание беременности показано по медицинским показаниям с учетом условий жизни беременной в настоящее время и в будущем, для предотвращения опасности для жизни женщины или опасности нанесения значительного ущерба физическому здоровью или душевному состоянию беременной женщины и если нельзя предотвратить опасность другим доступным для нее способом (абз. 2. § 218а). По этим же правилам следует юридически оценивать действия врача, направленные на производство аборта с согласия беременной женщины, если на основании медицинского заключения выяснено, что беременность наступила в результате сексуального принуждения (изнасилования). При этом со времени зачатия не должно пройти более двенадцати недель.

Оценивая сформулированное условие правомерности прерывания беременности, поведение врача и беременной женщины можно приравнять к действиям, совершенным в состоянии крайней необходимости. Условия правомерной крайней необходимости представлены в § 34 УК ФРГ: «Кто совершает деяние в условиях наличной, иначе непредотвратимой опасности для жизни, здоровья, свободы, чести, собственности или другого правового блага, чтобы отворотить опасность от себя или других, действует не противоправно, если при оценке противостоящих интересов, в частности, соответствующих правовых благ и степени угрожающей им опасности, защищаемый интерес значительно превосходит нарушенный. Однако это положение применимо постольку, поскольку деяние является соразмерным средством для предотвращения опасности».

Беременная женщина не наказывается, если аборт был осуществлен врачом после консультации, и когда после зачатия прошло не более двадцати двух недель. Суд может отказаться от наказания, если беременная женщина ко времени вмешательства находилась в особо бедственном положении.

В § 218с УК ФРГ возлагает под угрозой применения наказания в виде лишения свободы на срок до одного года или штрафа на врачей уголовно-правовую обязанность воздерживаться от нарушения профессиональных обязанностей при прерывании беременности. Нарушение обязанностей имеет место, когда врач прерывает беременность: а) не предоставляя женщине возможности изложить ему основания для требования прервать беременность; б) не проводя медицинскую консультацию беременной о значении вмешательства, в особенности о его течении, последствиях, риске, возможных последствиях для ее физического и психического состояния; в) не убедившись заранее на основании медицинского обследования о сроках беременности.

Уголовному праву ФРГ известны также составы «прерывание беременности без медицинского заключения» (§ 218b), «агитация за прерывание беременности» (§ 219a), «сбыт средств для прерывания беременности» (§ 219 b).

Следует обратить внимание на то, что по уголовному законодательству ФРГ в роли субъекта криминального аборта может оказаться не только медицинский работник, имеющий соответствующее образование, но и сама беременная женщина. При этом их ответственность законодательно дифференцирована. Если основной состав криминального прерывания беременности предусматривает наказание в виде лишения свободы на срок до трех лет или денежный штраф, за квалифицированный состав преступления установлено наказание в виде лишения свободы на срок от шести месяцев до пяти лет, то производство аборта женщиной самой себе признается привилегированным составом преступления, за который наказание может быть назначено в виде лишения свободы на срок до одного года или денежный штраф. К квалифицированным видам прерывания беременности относятся случаи, если исполнитель действует

против воли беременной либо легкомысленно ставит в опасность ее жизнь или здоровье, в результате чего причиняется тяжкий вред.

Для сравнения заметим, что по российскому уголовному законодательству осуществление «самоаборта» не образует состава преступления. Искусственное прерывание беременности без согласия на то беременной женщины лицом, независимо от наличия у него высшего медицинского образования соответствующего профиля, Уголовный кодекс РФ оценивает как умышленное причинение тяжкого вреда здоровью потерпевшей (ст. 111 УК РФ).

Закон об уголовном праве Израиля 1977 г.¹ для упорядочивания ответственности за искусственное прерывание беременности отвел специальную главу «бет», которая включает десять статей (ст. 312-321). Открывает группу составов преступлений «Прерывание беременности» ст. 312, где раскрывается содержание категорий, использованных законодателем при конструировании соответствующих составов преступлений. Речь идет о таких категориях, как «лицензированный медицинский центр», «гинеколог».

Уголовно-правовой запрет на совершение незаконного производства аборта Закон об уголовном праве Израиля сформулировал в ст. 313. Согласно ей «тот, кто сознательно произвел прерывание беременности у женщины путем медицинского вмешательства или любым другим способом, наказывается тюремным заключением сроком на пять лет либо штрафом в размере пятидесяти тысяч лир».

Условия правомерности искусственного прерывания беременности изложены в ст. 314-317. В соответствии с ними гинеколог не будет подлежать уголовной ответственности за производство прерывания беременности у женщины при одновременном наличии двух условий: 1) прерывание беременности было произведено в лицензированном медицинском центре; 2) было заблаговременно получено разрешение комиссии в составе трех членов. Такая комиссия имеет право после получения осознанного согласия женщины предоставить разреше-

¹ Закон об уголовном праве Израиля / Предисл., пер. с иврита: магистр права (LL.M) М. Дорфман; науч. ред. Н.И. Мацнев. – СПб.: Изд-во Р. Асланова «Юридический центр Пресс», 2005.

ние на прерывание беременности, если убедилась в необходимости этого по одной из следующих причин: а) женщина не достигла возраста, необходимого для вступления в брак, либо ей исполнилось сорок лет; б) беременность наступила вследствие половых отношений, запрещенных уголовным законом, либо вследствие кровосмешения, либо вследствие внебрачных отношений; в) новорожденный может оказаться с физическим недостатком либо с ментальным дефектом; г) продолжение беременности может подвергнуть опасности жизнь самой женщины либо причинить физический или психический вред ее здоровью. Комиссия не имеет права отказать в выдаче разрешения на прерывание беременности, прежде чем женщине не была предоставлена возможность выступить перед комиссией и изложить свои доводы. Разрешение на искусственное прерывание беременности должно быть выдано в письменном виде с пояснением причины, послужившей для прерывания беременности.

Врач не будет подлежать уголовной ответственности за производство прерывания беременности у женщины при условии, что была представлена об этом объяснительная записка генеральному директору Министерства здравоохранения в течение пяти дней после случившегося, в каждом из следующих случаев: 1) была необходимость в немедленном производстве прерывания беременности в целях спасения жизни женщины либо в целях предотвращения невосполнимого вреда ее здоровью; 2) прерывание беременности было произведено по необходимости во время оказания другой медицинской помощи беременной женщине, и врачу не было известно заранее, что она беременна (ст. 317).

Примечательно, что израильский законодатель счел нужным дать понятие «осознанного согласия» женщины на прерывание беременности в уголовном законе. В соответствии со ст. 316 (бет) под осознанным согласием женщины на прерывание беременности понимается «письменное согласие женщины, после того как ей были объяснены все физические и психические опасности, которые могут возникнуть в связи с прерыванием беременности. Согласие несовершеннолетней в данном случае не нуждается в подтверждении ее представителя».

Несколько расширенное понятие «осознанного согласия» впоследствии было сформулировано в Законе Израиля о правах больного от 1 мая 1996 года¹. Девятый принцип Закона о правах больного гласит: «Больной получит медицинское лечение только в том случае, если он даст на это свое согласие. Это согласие обязано быть «осознанным согласием», то есть определившимся только после того, как больной получил всю информацию, связанную с диагнозом его заболевания, с сущностью предлагаемого метода лечения, шансами на успех этого метода, и с тем, какие будут побочные явления, боли и неудобства, а также шансами на выздоровление и опасностями, связанными с другими методами лечения или отсутствием мер лечения. Вся информацию необходимо передать больному на самой ранней стадии медицинского процесса и таким образом, чтобы он был способен ее понять. Тем самым, его согласие на получение лечения будет «осознанным согласием», данным по его доброй воле. Врач или медицинские работники обязаны передать больному всю необходимую информацию. Согласие может быть выражено в письменной или устной форме, а также в норме поведения больного, свидетельствующей о его согласии».

Обособленная группа преступлений, состоящих в совершении аборта, представлена в Уголовном кодексе Японии² (глава 29). Ее образуют пять самостоятельных составов преступлений: производство себе аборта самой беременной (ст. 212), производство аборта с согласия беременной и причинение в результате этого смерти или телесных повреждений (ст. 213), производство аборта лицом, занимающимся специальным видом деятельности и причинение в результате этого смерти или телесных повреждений (ст. 214), производство аборта без согласия беременной и покушение на совершение этого деяния (ст. 215), причинение смерти или телесного повреждения в результате производства аборта без согласия беременной (ст. 216).

Японское уголовное законодательство существенно ограничивает репродуктивные права женщин посредством установления запрета на производство

¹ Закон Израиля о правах больного от 1 мая 1996 г. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.antidrug.health.am/news/tools/hal/phprint.php> (дата обращения: 23.02.2008).

² Уголовный кодекс Японии / Науч. ред. А.И. Коробеев. – СПб.: Изд-во «Юридический центр Пресс», 2002.

самоаборта и на осуществление искусственного прерывания беременности по желанию или с согласия женщины. Беременная, прервавшая свою беременность путем применения медикаментов или другим способом, в соответствии с санкцией ст. 212 УК Японии подлежит наказанию в виде лишения свободы с принудительным физическим трудом на срок до одного года. Тот, кто производил аборт по желанию или с согласия женщины, наказывается лишением свободы с принудительным физическим трудом на срок до двух лет. Если результатом этого было причинение смерти или телесного повреждения женщине, то наказанием является лишение свободы с принудительным физическим трудом на срок от трех месяцев до пяти лет (ст. 213 УК Японии). Ответственность существенно повышается, если аборт по желанию или с согласия беременной женщины произвели врач, акушерка, фармацевт или торговец медикаментами. Для специально перечисленных правоисполнителей сдерживающим фактором от совершения анализируемого преступления должна служить угроза назначения наказания в виде лишения свободы с принудительным физическим трудом на срок от трех месяцев до пяти лет. Если в результате совершенного врачом, акушеркой, фармацевтом или торговцем медикаментами преступления наступит смерть беременной женщины или ей будет причинено тяжелое повреждение, наказание составляет лишение свободы с принудительным физическим трудом на срок от шести месяцев до семи лет (ст. 214 УК Японии).

Искусственное прерывание беременности без согласия женщины по уголовному праву Японии образует «преступление, состоящее в совершении аборта». Но если производство аборта без согласия беременной женщины повлекло причинение смерти или телесного повреждения потерпевшей, то должно быть назначено наказание, установленное за телесное повреждение, если это наказание является более строгим (ст. 216 УК Японии). За нанесение телесных повреждений санкция ст. 204 УК Японии предусматривает наказание в виде лишения свободы с принудительным физическим трудом на срок до десяти лет или денежный штраф на сумму до трехсот тысяч иен или малый штраф (размер малого штрафа составляет сумму от одной тысячи иен до десяти тысяч иен).

Уголовно-правовые нормы, обеспечивающие охрану репродуктивного права человека, в расширенном варианте представлены в Уголовном кодексе Республики Сан-Марино¹. В отличие от рассмотренных ранее уголовных законов ФРГ, Израиля и Японии законодатель Республики Сан-Марино счел необходимым криминализировать во вступившем в силу 1 января 1975 г. Уголовном кодексе общественно опасные деяния, направленные не только на искусственное прерывание беременности, но и на искусственное осеменение, применяемое посредством насилия, обмана, без согласия мужа.

Республика Сан-Марино относится к группе государств, где всякое производство аборта запрещено под страхом применения наказания. Объективно опасным и уголовно наказуемым признается действие беременной женщины, которым она пытается вызвать искусственный аборт (ст. 153). При этом совершаемое ею преступление уголовное законодательство не причисляет к категории привилегированных. Виновная будет отбывать такое же наказание, как и любое другое лицо, которое оказывает ей в этом содействие либо пытается сделать аборт женщине в возрасте старше двадцати одного года с ее добровольного и осознанного согласия. Характер наказания заключается в тюремном заключении второй степени.

Квалифицированными видами исследуемого состава преступления признаются: 1) совершение деяния без согласия женщины; 2) если виновный занимается противозаконной профессиональной практикой либо действует в целях обогащения; 3) если вследствие аборта беременная женщина умирает либо ей причиняют серьезные телесные повреждения. Особо квалифицирующий признак рассматриваемого состава преступления образует занятие виновным врачебной практикой.

В ст. 154 УК Республики Сан-Марино сформулирован уголовно-правовой запрет на совершение аборта по мотивам мести: «Беременная женщина, которая по мотивам мести совершает аборт либо соглашается с абортom, подвергается

¹ Уголовный кодекс Республики Сан-Марино / Науч. ред. С.В. Максимов. Перевод с итальянского В.Г. Максимова. – СПб.: Изд-во «Юридический центр Пресс», 2002.

наказанию в виде тюремного заключения первой степени». Данное преступление относится к привилегированному виду криминального аборта.

Как уже было отмечено, уголовно-правовое обеспечение репродуктивных прав личности в Республике Сан-Марино не ограничивается установлением запрета на осуществление искусственного прерывания беременности. Уголовное законодательство берет под свою охрану также правовые отношения, возникающие в процессе стимулирования репродуктивных возможностей человека. Подобные правоотношения могут быть поставлены под угрозу причинения ущерба в результате совершения достигшим возраста уголовной ответственности лицом запрещенного искусственного оплодотворения женщины.

Позитивное законодательство не запрещает одиноким беременным женщинам воспользоваться достижениями современной медицинской науки и практики в сфере вспомогательных репродуктивных технологий. Однако замужняя женщина не может воспользоваться правом на искусственное оплодотворение без согласия супруга, поскольку его волеизъявление является обязательным условием проведения операции, стимулирующей репродуктивные процессы. За нарушение такого запрета в правовой системе страны установлена суровая ответственность, а именно уголовная. В соответствии со ст. 226 УК Республики Сан-Марино «замужняя женщина, которая без согласия мужа прибегает к искусственному осеменению, подвергается наказанию в виде тюремного заключения первой степени». В свою очередь, уголовная ответственность мужа за искусственное осеменение своей жены, сопряженное с применением насилия, угрозы либо обмана, регламентируется ст. 227 УК Республики Сан-Марино. За совершение такого преступления ему грозит наказание в виде тюремного заключения третьей степени. Наказание увеличивается на одну степень, если женщина становится беременной. А если в совершении деяния принимает участие лицо, имеющее медицинскую специальность, применяется одновременно запрет четвертой степени на профессию.

Немаловажно заметить, что законодатель поместил такого рода деяния в группу преступлений против семьи, тогда как уголовно-правовые нормы, воз-

лагающие на правоисполнителей обязанность по воздержанию от производства аборта, располагаются в разделе I «Преступления против личности». Преступления против семьи в Особенной части УК Республики Сан-Марино обособлены в самостоятельном разделе II, то есть не входят в систему преступлений против личности. Следовательно, по мнению законодателя, преступления, состоящие в запрещенном искусственном оплодотворении женщины, посягают не на личные интересы, а на семейные ценности.

Запрет на осуществление искусственного оплодотворения без согласия женщины или же против ее воли сформулирован в ст. 214 УК Португальской Республики. Лицо, нарушившее возложенную на него упомянутой нормой уголовно-правовую обязанность по воздержанию от совершения преступления против репродуктивного права женщины, подлежит наказанию в виде лишения свободы на срок от одного года до пяти лет. Однако уголовное преследование за нарушение данного уголовно-правового запрета осуществляется только по инициативе потерпевшей стороны, то есть в порядке частного обвинения.

Уголовный кодекс Испании¹ признает криминальными следующие деяния, посягающие на охраняемые законом интересы в сфере воспроизводства человека: производство аборта без согласия женщины (ст. 144); производство аборта с согласия женщины в неразрешенных законом случаях (ст. 145); производство аборта вследствие грубой неосторожности (ст. 146); изменение человеческого генотипа (ст. 159); использование генной инженерии для производства биологического оружия или оружия массового поражения (ст. 160); оплодотворение человеческой яйцеклетки с какой-либо целью, отличной от цели человеческого воспроизводства (ч. 1 ст. 161); создание идентичных человеческих существ путем клонирования или других действий (ч. 2 ст. 161); производство искусственного размножения в женском организме без согласия женщины (ст. 162). Обращаем внимание на то, что испанский законодатель разместил перечисленные составы преступления в двух самостоятельных разделах уголовного

¹ См.: Уголовный кодекс Испании / под ред. Н.Ф. Кузнецовой и Ф.М. Решетникова. – М.: Изд-во ЗЕРЦАЛО, 1998.

закона: «Раздел II. Аборт» (ст. 144-146) и «Раздел V. Генетические манипуляции» (ст. 159-162).

Составы преступления, выражающиеся в незаконном производстве аборта (ст. 144-146), располагаются между группами норм, возлагающими на достигших возраста привлечения к уголовной ответственности вменяемых лиц обязанность по воздержанию от посягательств на жизнь (раздел I, ст. 138-143) и здоровье (раздел III, ст. 147-156) человека. В этом контексте можно предположить, что испанский законодатель с помощью уголовно-правовых норм, устанавливающих запрет на производство аборта без согласия женщины (ст. 144), производство аборта с согласия женщины в неразрешенных законом случаях (ст. 145), производство аборта вследствие грубой неосторожности (ст. 146), стремился обеспечивать охрану «жизни эмбриона». Тогда как за повреждение плода уголовная ответственность предусмотрена нормами, объединенными в разделе IV (ст. 157-158). В ст. 157 УК Испании сформулирован состав умышленного повреждения плода: «Тот, кто каким-либо способом причиняет плоду повреждения или травму, нанесшую серьезный вред нормальному развитию плода или вызвавшую у него серьезный физический или психический недостаток, наказывается лишением свободы на срок от года до четырех лет с лишением права на занятие лечебной практикой или предоставление услуг любого рода в частных и государственных клиниках и гинекологических консультациях на срок от двух до восьми лет». За неосторожное повреждение плода уголовная ответственность закреплена в ст. 158 УК Испании: «Тот, кто вследствие грубой неосторожности совершил деяние, предусмотренное предыдущей статьей, наказывается арестом от семи до двадцати четырех выходных дней с лишением права на занятие лечебной практикой или предоставление услуг любого рода в частных и государственных клиниках и гинекологических консультациях на срок от шести месяцев до трех лет. Беременная женщина в этом случае не наказывается». Соответственно, за умышленное повреждение плода к уголовной ответственности может быть привлечена и мать будущего ребенка.

Преступные деяния, сущность которых заключается в совершении генетических манипуляций, в испанском уголовном законодательстве объединены в раздел V (ст. 159-162). Они завершают собой небособлленную родовую группу составов преступлений, посягающих на жизнь, здоровье, репродуктивное право, естественные генетические состояние и развитие человека. Криминальными провозглашены такие деяния, как: изменение человеческого генотипа; использование генной инженерии для производства биологического оружия или оружия массового поражения; оплодотворение человеческой яйцеклетки с какой-либо целью, отличной от цели человеческого воспроизводства; создание идентичных человеческих существ путем клонирования или других действий; производство искусственного размножения в женском организме без согласия женщины. Потребность во включении в систему национального законодательства подобного рода норм продиктована возникшими перед уголовным правом проблемами практического характера, требующими противодействия внешним вторжениям в процесс биологической эволюции природы человека. Их содержание отражает суть требований, изложенных в соответствующих международно-правовых и внутригосударственных юридических документах: во Всеобщей декларации о геноме человека и правах человека от 11 ноября 1997 г.; Конвенции Совета Европы о защите прав и достоинства человека в связи с применением достижений биологии и медицины: Конвенция о правах человека и биомедицине 1997 г.; Дополнительном протоколе к Конвенции Совета Европы о правах человека и биомедицине, касающихся запрещения клонирования человеческих существ от 12 января 1998 г.; Декларации ООН о клонировании человека от 8 марта 2005 г.; Законе Испании о процедурах, способствующих репродукции (1988 г.).

Таким образом, структурное расположение в испанском уголовном законе норм, возлагающих на правоисполнителей под угрозой применения наказания обязанность по воздержанию от посягательств на жизнь, здоровье, репродуктивное право, естественные генетические состояние и развитие человека, позволяет сделать вывод о том, что соответствующие уголовно-правовые нор-

мы обеспечивают охрану интересов не только человека, но и эмбриона. Заслуживают одобрения стремления законодателя противодействовать вмешательству без медицинской цели в геном человека, созданию идентичных человеческих существ путем клонирования или других действий, направленных на селекцию расы, производству искусственного размножения в женском организме без согласия женщины. Есть основание полагать, что подобного рода общественно опасные деяния нуждаются в уголовно-правовой оценке, в том числе на территории Российской Федерации. В связи с этим отечественным законодателям в процессе правотворческой деятельности следует учесть опыт зарубежных коллег и сформулировать соответствующие нормы в российском уголовном законодательстве.

Уголовно-правовая охрана репродуктивного права личности и интересов человеческого эмбриона основательно представлена во Франции. Она основывается на положениях Кодекса законов о здравоохранении 2000 г. и соответствующих уголовно-правовых нормах, составляющих систему преступных деяний в области здравоохранения (раздел I книги пятой УК Франции). Кодекс законов о здравоохранении детально регламентирует процедуру оказания медицинской помощи по искусственному оплодотворению. Медицинская помощь в зарождении жизни охватывает клинические и биологические действия, делающие возможным оплодотворение *in vitro* (вне материнского тела), трансфер (перенесение) эмбрионов, искусственное оплодотворение и иные средства такого рода, позволяющие добиться эффекта зачатия ненатуральным путем. Целью оказания медицинской помощи по искусственному оплодотворению является «преодоление бесплодия патологического характера, не преодолимого другим способом, которое диагностировано врачом, а также недопущение передачи ребенку какого-либо заболевания исключительной тяжести» (ст. L. 2141-2 Кодекса законов о здравоохранении)¹.

¹ Цит. по: Крылова Н.Е. Уголовное право и биоэтика: проблемы, дискуссии, поиск решений. М.: ИНФРА-М, 2006. С. 23.

Мужчина и женщина, образующие пару, должны быть живыми и достичь детородного возраста. Они обязаны состоять в браке или способны представить доказательства совместной жизни в течение, по меньшей мере, двух лет и дать предварительное согласие на пересадку эмбрионов или искусственное оплодотворение (L. 152-2 Кодекса законов о здравоохранении). Французское законодательство запрещает воспользоваться услугами по созданию эмбриона одиноким женщинам и лицам, состоящим в гомосексуальной связи. Лица, пренебрегшие представленными правилами, привлекаются к уголовной ответственности. Так, «осуществление действий по медицинской помощи зачатую, если они не отвечают родительскому запросу пары или если пара-бенефициант не состоит из находящихся в живых мужчины и женщины детородного возраста, состоящих в браке или которые в состоянии представить доказательства совместной жизни, по крайней мере, в течение двух лет, и предварительно давших согласие на пересадку эмбрионов или искусственное оплодотворение», - карается пятью годами тюремного заключения и штрафом. Карается такими же наказаниями осуществление действий по медицинской помощи с иной целью, нежели предотвращение бесплодия, патологический характер которого был диагностирован в медицинском порядке, или предотвращение возможности передачи ребенку болезни особой тяжести (ст. 511-24 УК Франции)¹.

Уголовное законодательство предписывает воздерживаться от осуществления зачатия *in vitro* и создание человеческих эмбрионов путем клонирования в промышленных, коммерческих, исследовательских или экспериментаторских целях. Запрещается изучение эмбриона или экспериментирование над ним. Однако в порядке исключения разрешается изучение эмбриона в медицинских целях при условии, что оно осуществляется на основе письменного согласия мужчины и женщины, от которых произошло зачатие. Правоисполнители, нарушившие данные уголовно-правовые предписания, обязаны понести наказа-

¹ См.: Уголовный кодекс Франции / Науч. ред. Л.В. Головки, Н.Е. Крыловой; перевод с фр. Н.Е. Крыловой. – СПб.: Изд-во «Юридический центр Пресс», 2002. С. 501-502.

ние в виде семи лет тюремного заключения и штрафа. Лицо подвергается таким же наказаниям за использование человеческих эмбрионов в промышленных или коммерческих целях (ст. 511-17, 511-18, 511-19 УК Франции). В ст. 511-18-1 УК Франции установлена уголовная ответственность за терапевтическое клонирование: «исправительным тюремным заключением и (или) штрафом в размере 100 тыс. евро наказывается создание человеческих эмбрионов путем клонирования в терапевтических (медицинских) целях»¹.

Нормы и положения Кодекса законов о здравоохранении не ограничивают число эмбрионов, которые могут развиваться в результате искусственного оплодотворения и пересажены в организм женщины. В связи с этим возникает дилемма: с одной стороны, множество эмбрионов повышает шансы на успех медицинской операции, но с другой - создание их в большом количестве означает обреченность лишних эмбрионов на уничтожение. В лучшем случае их могут использовать для удовлетворения родительских потребностей другой семейной пары². Выявленная проблема требует разрешения на уровне правотворчества.

Уголовный кодекс Франции предупреждает о недопустимости: 1) приобретения человеческих эмбрионов на условиях оплаты в какой бы то ни было форме; 2) предоставления посреднических услуг для содействия приобретению человеческих эмбрионов на условиях оплаты в какой бы то ни было форме; 3) возмездной передачи человеческих эмбрионов третьим лицам; 4) получения человеческих эмбрионов без предварительного разрешения судебной власти. Судебная власть может дать такое разрешение только в порядке исключения на основании письменного согласия пары, от которой произошло зачатие, при условии, что пара-реципиент сможет предоставить гарантии приема, удовлетворительные для еще не родившегося ребенка.

Карается уголовным наказанием получение человеческого эмбриона при наличии одного из двух условий: а) если не соблюдается анонимность между

¹ Крылова Н.Е. Указ. раб. С. 291-292.

² См.: Жалинская-Рёрихт А.А. Указ раб. С. 157.

парой, принимающей эмбрион, и парой, от него отказавшейся; б) если пара, принимающая эмбрион, не находится в той ситуации, когда медицинская помощь зачатую не может дать результаты без содействия третьего лица-донора.

Таким образом, Уголовный кодекс Франции в главе I раздела I книги пятой для обеспечения защиты человеческого эмбриона выделил специальный отдел III «О защите человеческого эмбриона». Этим законодатель демонстрирует свое позитивное отношение к проблемам уголовно-правовой охраны «интересов человеческого эмбриона». По его мнению, эмбрион человека представляет собой такую же ценность, как и любая другая часть человеческого организма. Но в юридической доктрине, характеризуя правовой статус эмбриона, ученые отмечают, что «в некоторых ситуациях нормативные предписания приравнивают его к человеку и обеспечивают ему соответствующую охрану, в некоторых — низводят его до статуса вещи. Эмбрион фактически не трактуется как человеческое существо, а его жизнь не представляет собой самостоятельной отдельной ценности»¹.

В главу I «О преступных деяниях в области биомедицинской этики» французский законодатель включил еще две группы норм, которые распределены на два отдела: отдел I «О защите человеческого вида» и отдел II «О защите человеческого организма». Отдел I «О защите человеческого вида» состоит из одной статьи, в содержании которой под угрозой применения наказания в виде двадцати лет уголовного заключения сформулирован уголовно-правовой запрет на практическую реализацию евгеники, направленную на организацию селекции людей (ст. 511-1). В литературе отмечается, что отличительным признаком состава преступления, предусмотренного ст. 511-1 УК Франции, является массовый характер выполняемых работ по евгенике. Ученые высказывают опасения в связи с тем, что французское право не запрещает селекцию эмбрионов по их качественным характеристикам (жизнеспособность, наследственные, тяжкие

¹ Жалинская-Рёрихт А.А. Указ. раб. С. 158; Galanzka M. Prawo francuskie wobec embrionu in vitro. - // Ibid. - № 6. - S. 63-74.

заболевания). Допустимость селекции эмбрионов посягает на генетическую наследственность человечества¹.

Система уголовно-правовых норм, размещенных в отделе II «О защите человеческого организма», обеспечивает охраной правоотношения, возникающие в связи с трансплантацией органов и (или) тканей человека (ст. 511-2 – 511-14). Подробное правовое регулирование изъятия, передачи, пересадки органов и тканей человека во Франции осуществляется упомянутым ранее Кодексом законов о здравоохранении 2000 г. Наделяя соответствующих правоисполнителей комплексом прав и обязанностей, регулятивные нормы законодательного законодательства ориентируют на позитивное для общества поведение. В тех правовых границах, в которых регулятивные нормы объективно не смогут обеспечить правомерное поведение субъекта, на него под угрозой применения наказания возлагается уголовно-правовая обязанность по воздержанию от совершения преступления. Уголовное право, таким образом, берет под свою охрану блага, основные аспекты которых упорядочены позитивным законодательством, а правовая урегулированность соответствующих интересов физических и юридических лиц выступает инструментом механизма противодействия преступлениям в сфере трансплантации органов и тканей человека².

Составляющие структуру отдела II «О защите человеческого организма» уголовно-правовые нормы формулируют запреты на совершение множества общественно опасных деяний: получение от человека какого-либо из его органов на условиях оплаты в какой бы то ни было форме (ст. 511-2 УК Франции), изъятие какого-либо органа у совершеннолетнего живого человека при отсутствии его согласия или без предварительного разъяснения ему риска и последствий этого действия (ст. 511-3 УК Франции), получение от человека тканей, клеток или продуктов его жизнедеятельности на условиях оплаты в какой бы то ни было форме (ст. 511-4 УК Франции), изъятие ткани или клеток либо сбор

¹ Жалинская-Рёрихт А.А. Указ. раб. С. 159; Galanzka M. Prawo francuskie wobec embrionu in vitro. - // Ibid. – № 6. – S. 63-74.

² См.: Блинов А.Г. Правовой механизм противодействия преступности в сфере здравоохранения // Противодействие преступности: уголовно-правовые, криминологические и уголовно-исполнительные аспекты. Материалы III Российского Конгресса уголовного права, состоявшегося 29-30 мая 2008 г. – М.: Проспект, 2008. С. 187-189.

продуктов жизнедеятельности совершеннолетнего живого человека, если он не выразил на это своего согласия (ст. 511-5 УК Франции), сбор или изъятие гамет живого человека без его письменного согласия (ст. 511-6 УК Франции), осуществление изъятия или трансплантации органов, либо изъятия или пересадки тканей, консервации или преобразования тканей, либо пересадки клеток в каком-либо учреждении, не получившем разрешения (ст. 511-7 УК Франции), распространение или передачу органов, тканей, клеток и продуктов жизнедеятельности человека с целью дарения без соблюдения санитарных правил безопасности (ст. 511-8 УК Франции) и др. (всего 15 статей). Многие из перечисленных уголовно-правовых запретов представляют интерес для науки и правотворческой деятельности и могут быть восприняты российским законодателем для оптимизации отечественного уголовного кодекса. В частности, речь идет о нормах, предусматривающих ответственность за получение от человека какого-либо из его органов на условиях оплаты, изъятие какого-либо органа у совершеннолетнего живого человека при отсутствии его согласия или без предварительного разъяснения ему риска и последствий этого действия. Формулирование аналогичных запретов в Уголовном кодексе РФ способствовало бы повышению эффективности противодействия преступлениям в сфере трансплантации органов и тканей человека.

Важно заметить, что в УК Франции наиболее полно отражена идея комплексной охраны прав, свобод и не противоречащих закону интересов человека при пользовании услугами медицинского характера. Помимо уголовно-правовых норм, предписывающих не совершать преступных деяний против здравоохранения (в области биомедицинской этики), УК Франции содержит еще две группы норм, которые возлагают на правоисполнителей обязанность по воздержанию от производства опытов на человеке и посягательств на человека, связанных с использованием его генетических свойств или идентификаций посредством его генетических признаков. Если система норм о преступных деяниях в сфере биомедицинской этики (о защите человеческого вида, о защите человеческого организма, о защите человеческого эмбриона) расположена в

книге пятой «Прочие преступления и проступки», то составы преступления, предусматривающие ответственность за производство опытов на человеке и посягательство на человека, связанное с использованием его генетических свойств или идентификаций посредством его генетических признаков, входят в систему преступлений против личности (книга вторая «О преступлениях и проступках против личности»).

Криминообразующим признаком в составах незаконного биомедицинского исследования (ст. 223-8 УК Франции), незаконного исследования генетических свойств какого-либо человека в медицинских целях (ст. 226-25 УК Франции), идентификации человека посредством его генетических признаков в медицинских целях (ст. 226-27 УК Франции) выступает отсутствие предварительно полученного информированного и ясно выраженного согласия испытуемого на участие в соответствующих исследованиях. Таким образом, добровольное информированное согласие пациента или его представителя на медицинское вмешательство является необходимым условием правомерной деятельности медицинских работников. Информация испытуемому должна быть предоставлена в доступной форме. Она охватывает сведения о цели, характере, способах предполагаемого врачебного вмешательства, связанном с ним вероятном риске и возможных медико-социальных, психологических, экономических и других последствиях, а также о существующих альтернативных видах медицинской помощи. Информированное добровольное согласие является эффективным средством, с помощью которого сам пациент способен реально управлять качеством оказываемой медико-биологической услуги.

Уголовно-правовые нормы, обязывающие медицинских работников под угрозой применения наказания осуществлять лечебные мероприятия только после получения информированного добровольного согласия пациента, представлены в уголовном законодательстве Австрии¹ и Республики Польша². Так, в со-

¹ См.: Уголовный кодекс Австрии / Науч. ред. и вступ. статья С.В. Милюкова; предисловие Эрнста Ойгена Фабрици; пер. с немецкого Л.С. Вихровой. – СПб.: Изд-во «Юридический центр Пресс», 2004.

² См.: Уголовный кодекс Республики Польша / Науч. ред. А.И. Лукашов, Н.Ф. Кузнецова; вступ. статья А.И. Лукашова, Э.А. Саркисовой; пер. с польского Д.А. Барилович. – СПб.: Изд-во «Юридический центр Пресс», 2001.

ответствии с абзацами 1 и 2 параграфа 110 УК Австрии «всякий, кто осуществляет лечение другого человека без его согласия, даже по правилам медицинской науки, подлежит наказанию лишением свободы сроком до шести месяцев или денежным штрафом в размере до 360 дневных ставок. Если исполнитель деяния не испросил согласия больного, предполагая, что отсрочка лечения могла бы причинить серьезный вред жизни и здоровью больного, то он может быть только оштрафован, если неизбежная опасность не существовала и он мог бы это осознать при необходимой осмотрительности». В § 1 ст. 192 УК Республики Польша предусмотрено наказание в виде штрафа, ограничения свободы либо лишения свободы на срок до двух лет за выполнение врачебной операции без согласия пациента.

Из содержания процитированных уголовно-правовых норм следует, что они призваны обеспечивать гарантированное на уровнях международного и внутригосударственного законодательства право человека на информированное добровольное согласие на любое медико-биологическое вмешательство в его интересы (ст. 5, 6 Конвенции о защите прав и достоинства человека в связи с применением достижений биологии и медицины, ст. 31-35 Закона Республики Польша от 5 декабря 1996 г. «О профессии врача»¹, Закон Австрии 1998 г. «О врачах»). Суть информированного добровольного согласия заключается в осознанном принятии пациентом решения о согласии на предлагаемое медицинское вмешательство либо об отказе от него. Перед этим врач обязан подробно проинформировать больного по сути проблемы и предложить несколько вариантов действий. Регламентированная упомянутыми международными и национальными нормативными документами процедура получения информированного добровольного согласия позволяет среднестатистическому гражданину принять верное решение. Как показывает практика, человек способен сделать правильный выбор в свою пользу при наличии доступно представленной и объективной информации о ситуации. Важно, чтобы возможность выбора ему была

¹ См.: Dz. U. 1997. Nr. 28. poz. 158.

обеспечена в соответствии с установленной законодательством процедурой реально.

Содержание категорий «врачебная операция» и «лечение другого человека», образующих признак объективной стороны рассматриваемых составов преступлений, в доктрине уголовного права упомянутых стран трактуется широко. Они охватывают действия, состоящие в исследовании состояния здоровья человека (диагностика), профилактические мероприятия, терапевтические, реабилитационные операции, а также деятельность, связанную с экспериментальными исследованиями в области медицины, фармакологии, физиологии и биологии. «Лечебной мерой в смысле анализируемого предписания является также такая медицинская мера, которая не реализует лечебную функцию *sensu stricto* (например, мера в области косметической хирургии либо правомерное прерывание беременности по иным, не медицинским показаниям)¹. Следовательно, медицинскому воздействию может быть подвергнут не только больной, в отношении которого осуществляется лечение, но и здоровый человек, подвергаемый профилактическим мерам, участник научного эксперимента, донор клеток или тканей.

Правовое значение согласия пациента на медицинские меры всегда вызывает дискуссии между врачами и юристами. По мнению представителей медицинской профессии, им необходимо обеспечить правовую возможность принятия решения об определенных действиях медицинского характера даже против воли пациента, поскольку здоровье человека, наряду с жизнью, является высшей ценностью. Не соглашаясь с изложенным суждением, юристы доказывают, что защищать право человека на самоопределение необходимо, в том числе тогда, когда такая защита входит в коллизию с охраной жизни и здоровья. Основываясь на второй позиции, польская доктрина и судебная практика признают проведенное лечение актом противоправным при отсутствии согласия пациен-

¹ Кубицкий Л. Уголовная ответственность врача по ст. 192 Уголовного кодекса Республики Польша // Российский ежегодник уголовного права. № 1. 2006 / под ред. Б.В. Волженкина. СПб., 2007. С. 497; Zoll A. Odpowiedzialność karna lekarza za niepowodzenie w leczeniu. Warszawa, 1988. S. 477.

та, даже если оно осуществлялось *lege artis* и завершилось позитивным результатом¹.

Таким образом, отсутствие информированного добровольного согласия пациента на медицинское вмешательство придает врачебным операциям преступный характер независимо от того, осуществлены они в соответствии с внедренными в практику стандартами медицинской науки либо ненадлежащим образом, привела ли лечебная деятельность к благоприятному или негативному для больного результату. Волеизъявление больного предопределяет границы правомерного поведения врача в конкретной ситуации. Вместе с тем, в отдельных случаях польское законодательство предоставляет профессиональным работникам учреждений здравоохранения возможность осуществления медицинских операций без согласия пациента. Такое, в частности, допускается:

а) если лицо, в отношении которого эти действия исполняются, нуждается в срочной врачебной помощи, но по состоянию здоровья либо возрасту не может выразить согласие и не имеет возможности обратиться к своему законному представителю или опекуну. В подобной ситуации лечащий врач обязан по мере возможности проконсультироваться с другим врачом по поводу принимаемого решения (абзац 1 ст. 33 Закона Республики Польша от 5 декабря 1996 г. «О профессии врача»);

б) если промедление, вызванное процедурой получения согласия, угрожает пациенту утратой жизни, тяжким повреждением тела либо тяжким расстройством здоровья (абзац 7 ст. 34 Закона Республики Польша от 5 декабря 1996 г. «О профессии врача»);

в) когда в процессе врачевания возникают обстоятельства, угрожающие больному наступлением отрицательных последствий, для предотвращения которых требуется изменить предмет оперативного вмешательства либо методы лечения или диагностики, но отсутствует возможность без промедления получить

¹ См.: Liszewska A. Zgoda pacjenta na zabieg leczniczy // *Panstwo i Prawo*. W-wa, 1997. - № 1. – S. 36-48; Жалинская-Рерихт А.А. Права пациента в польском медицинском праве // *Реф. журнал*. Серия 4. Государство и право. 2002. № 1. С. 172.

согласие пациента или его законного представителя (ст. 35 Закона Республики Польша от 5 декабря 1996 г. «О профессии врача»);

г) когда поведение обследуемого лица указывает, что в результате психических нарушений оно может создать угрозу собственной жизни либо жизни или здоровью других лиц, либо лица, которое не способно к самостоятельному удовлетворению основных жизненных потребностей (ст. 21 Закона Республики Польша от 19 августа 1994 г. «Об охране психического здоровья»¹).

Исключения из правила информированного добровольного согласия пациента на медицинское вмешательство в его интересы предусмотрены также в Законе Республики Польша от 15 сентября 1965 г. «О борьбе с инфекционными болезнями»², Законе Республики Польша от 22 апреля 1959 г. «О борьбе с туберкулезом»³, в Декрете от 16 апреля 1946 г. «О борьбе с венерическими заболеваниями»⁴. Нормы Уголовно-процессуального кодекса Республики Польша позволяют по решению суда проводить в отношении обвиняемого без его согласия психиатрическое обследование, которое может осуществляться в форме клинического наблюдения или обследования с применением лечебных мер (за исключением хирургического вмешательства). Например, обвиняемый обязан выполнить требование о взятии анализа крови либо выделений организма (п. 2 § 2 ст. 74, ст. 205, 215 УПК Республики Польша). В порядке гражданского судопроизводства суд вправе принять решение о проведении психиатрического обследования в лечебном учреждении без согласия лица, в отношении которого поступило заявление о признании недееспособным⁵.

По мнению польского законодателя, осуществление врачебной операции без согласия пациента посягает на свободу личности, потому названная уголовно-правовая норма помещена в гл. 23 УК, где аккумулированы преступления, посягающие на свободу человека. А по УК Австрии, лечение другого человека без его согласия, даже по правилам медицинской науки, оценивается как пре-

¹ См.: Dz. U. 1994. Nr. 111. poz. 555.

² См.: Dz. U. 1965. Nr. 50. poz. 279.

³ См.: Dz. U. 1959. Nr. 27. poz. 170.

⁴ См.: Dz. U. 1946. Nr. 51. poz. 594.

⁵ Кубицкий Л. Уголовная ответственность врача по ст. 192 Уголовного кодекса Республики Польша // Российский ежегодник уголовного права. № 1. 2006 / под ред. Б.В. Волженкина. СПб., 2007. С. 502.

ступление против жизни и здоровья. К такому выводу ориентирует сам законодатель, поскольку § 110 «Самовольное лечение» располагается в разделе первом Особенной части «Преступные деяния против жизни и здоровья». В немецком праве «любое осуществленное без согласия пациента медицинское действие, нарушающее целостность тела, безразлично – увенчавшееся успехом или неудачное, проведенное профессионально или с недостатками, - квалифицируется как причинение телесного повреждения»¹.

Эффективное обеспечение прав, свобод и не противоречащих закону интересов пациента в уголовных законах государств, составляющих романо-германскую правовую семью, достигается в том числе посредством законодательной регламентации согласия потерпевшего как обстоятельства, исключающего преступность деяния. В частности, причинение вреда здоровью человека с учетом его волеизъявления не образует состава преступления по уголовным законодательствам ФРГ, Австрии, Израиля, Республики Сан-Марино. Так, в § 228 УК ФРГ закреплено положение, согласно которому «кто наносит потерпевшему телесное повреждение с его согласия, только тогда действует противоправно, если деяние, несмотря на согласие потерпевшего, нарушает общепринятые моральные нормы». Примечательно, что процитированное уголовно-правовое положение размещено в разделе XVII Особенной части «Преступные деяния против телесной неприкосновенности», а не в системе обстоятельств, исключающих преступность деяния, регламентируемых Общей частью уголовного закона. Оно распространяется не на все запрещенные уголовным кодексом деяния, а лишь на те, которые составляют группу преступных деяний против телесной неприкосновенности. Благодаря этому убийство по просьбе потерпевшего образует состав преступления, предусмотренный § 216 УК ФРГ, который располагается в разделе XVI «Преступные деяния против жизни».

Не всякое деяние, причиняющее вред интересам лица с его согласия, является правомерным. Волеизъявление потерпевшим может быть выражено

¹ См.: Liszewska A. Zgoda pacjenta na zabieg leczniczy // *Panstwo i Prawo*. W-wa, 1997. - № 1. – S. 36-48; Жалинская-Рерихт А.А. Права пациента в польском медицинском праве // *Реф. журнал. Серия 4. Государство и право*. 2002. № 1. С. 172; Шнур А. Уголовно-правовая ответственность врача в ФРГ // *Хирургия*. 1992. № 11-12. С. 9.

лишь на исполнение тех действий, которые не противоречат общепринятым моральным нормам. Поэтому совершение с согласия пациента противоречащих общепринятым моральным нормам действий, запрещенных разделом XVII УК ФРГ, влечет уголовную ответственность. Понятие «общепринятых моральных норм» в немецком уголовном законодательстве и уголовно-правовой доктрине не определяется. Оно относится к числу оценочных категорий, используемых в гражданско-правовых отношениях¹. В уголовном судопроизводстве его содержание уточняется в каждом конкретном случае.

В несколько расширенном варианте представлена норма о согласии потерпевшего как обстоятельстве, исключающем преступность деяния в § 90 УК Австрии. В нем говорится:

«(1) Телесное повреждение или угроза телесной целостности не являются противоправными, если потерпевший соглашается на это, и повреждение или угроза как таковые не противоречат общепринятым моральным нормам.

(2) Стерилизация, проведенная врачом с согласия лица, не является противоправной, если лицо либо уже достигло двадцатипятилетнего возраста или хирургическое вмешательство по другим основаниям не противоречит общепринятым моральным нормам.

(3) Не может быть достигнуто согласие в членовредительстве или ином повреждении половых органов, которое способно привести к длительному снижению половой чувствительности».

По сути, содержание § 90 УК Австрии не отличается от уголовно-правового положения, сформулированного в § 228 УК ФРГ. Он также располагается в Особенной части уголовного закона, а именно в разделе I «Преступные деяния против жизни и здоровья». Причиняемое с согласия потерпевшего телесное повреждение или угроза его причинения по смыслу § 90 УК Австрии не должно противоречить общепринятым моральным нормам, значение которых в законе не раскрывается. Законодатель счел необходимым лишь уточнить условия правомерности стерилизации, проводимой врачом с согласия пациента (ч. 2

¹ См.: Жалинский А.Э. Современное немецкое уголовное право. М.: Изд-во Проспект, 2006. С. 382.

и 3 § 90 УК Австрии). Таковыми являются: а) лицо, выражающее согласие на стерилизацию, то есть медицинское вмешательство с целью лишения способности к воспроизводству потомства или метода контрацепции, должно достичь возраста двадцати пяти лет; б) подобное хирургическое вмешательство по другим основаниям не должно противоречить общепринятым моральным нормам; в) лицо не вправе дать согласие на членовредительство или иное повреждение половых органов, которое способно привести к длительному снижению половой чувствительности. Только при наличии перечисленных условий согласие на медицинскую стерилизацию становится основанием для устранения противоправности деяния врача.

В УК Республики Сан-Марино норма о согласии лица, располагающего на это правом, включена в институт оправдательных обстоятельств (глава IV). В соответствии с ст. 39 УК Республики Сан-Марино «ненаказуемо всякое лицо, которое причиняет ущерб либо угрожает благополучию с законно выраженного согласия лица, которое вправе давать такое согласие. Такое согласие не имеет законной силы, если оно получено насильственным путем, либо оно было дано в силу очевидного заблуждения, получено с помощью обмана либо выражено лицом, не достигшим восемнадцатилетнего возраста, либо лицом, неспособным выразить осознание им значения совершаемого деяния и волеизъявление». Условиями, оправдывающими причинение ущерба охраняемым уголовным законом благам либо создание угрозы его причинения с согласия лица, располагающего на это правом, выступают: а) на совершение соответствующего деяния должно быть получено законно выраженное согласие потерпевшего; б) согласие на совершение соответствующего деяния может дать человек, полномочный распоряжаться своими правами. Правом на распоряжение собственными интересами обладает лицо, достигшее восемнадцатилетнего возраста, способное осознавать значение совершаемого деяния и руководить поведением; в) волеизъявление должно быть выражено добровольно. Не имеет юридической силы согласие, полученное насильственным путем, с помощью обмана либо в со-

стоянии очевидного заблуждения потерпевшего; г) согласие должно быть предварительным, то есть его необходимо получить до момента совершения деяния.

Статья 34 йод гимел Закона об уголовном праве Израиля, регламентируя институт оправдательных деяний, провозглашает: «Лицо не будет подлежать уголовной ответственности за деяние, совершенное им при одном из следующих обстоятельств: ... (3) при совершении им деяния, на которое требуется согласие по закону, когда такое деяние в немедленном порядке было необходимо для спасения человеческой жизни, сохранения физической неприкосновенности лица, а равно для предотвращения тяжкого вреда его здоровью, если при обстоятельствах дела у него не было возможности получить такое согласие; (4) оно совершило его в отношении лица, давшего согласие в соответствии с законом, во время врачебной деятельности либо процедуры, предназначенных на благо такого лица либо какого-либо иного лица». Нетрудно убедиться в том, что процитированные уголовно-правовые нормы регламентируют два вида отношений: а) в первом случае правоисполнитель действует в интересах потерпевшего, но без его добровольного информированного волеизъявления. Такое согласие в конкретной ситуации человек не может выразить по объективным причинам, а промедление операцией угрожает его жизни, здоровью, физической неприкосновенности (ч. 3 ст. 34 йод гимел); б) во второй ситуации медицинский работник, выполняя профессиональные обязанности, действует в интересах пациента на основании полученного от него в соответствии с законом волеизъявления (ч. 4 ст. 34 йод гимел). Во всех случаях поведение врача порождено общественно полезными побуждениями, поэтому уголовным законом оно расценивается как оправданное.

Таким образом, законодательное закрепление в уголовных кодексах европейских государств согласия потерпевшего как обстоятельства, исключаящего преступность деяния, с одной стороны, стимулирует медицинских работников действовать инициативно в интересах пациента, а, с другой стороны, оправдывает их деятельность, направленную на сохранение жизни и здоровья пациентов. Своим позитивным содержанием и ярко выраженной социально по-

лезной направленностью данный институт уголовного права нацелен на обеспечение интересов личности. При этом возможное причинение вреда потерпевшему с его согласия строго регламентируется. Игнорирование требований уголовного закона создает юридическое основание для перевода соответствующего правоисполнителя из группы правопослушных граждан в разряд преступников.

Анализ законодательства стран романо-германской системы права позволяет сформулировать ряд теоретических выводов, которые могут быть использованы для оптимизации уголовно-правового обеспечения прав и свобод пациента в России:

1) правовые системы, составляющие романо-германскую правовую семью, многочисленны, и каждая из них имеет специфические по сравнению с другими черты. На уровне конституционных норм во многих государствах Континентальной Европы для гарантирования права человека на здоровье в социально-экономическом смысле используется чаще всего формулировка «право на охрану здоровья». Но в юридической литературе отстаивается идея, согласно которой «право на охрану здоровья», точно так же, как и «право на медицинскую помощь», является составной частью «права на здоровье». Поэтому считается разумным закрепить в национальных нормативных актах право человека на здоровье. Данное предложение отчасти приемлемо и для российской правовой системы. Конституция РФ в ч. 1 ст. 41 гарантирует каждому социально-экономическое право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Естественное право человека на здоровье в отечественном законодательстве не закреплено. Полагаем, что любому физическому лицу, наряду с правом на жизнь, свободу и личную неприкосновенность, должно быть предоставлено право на здоровье. После такое право на государственном уровне необходимо обеспечивать охраной и оказанием медицинской помощи в случае утраты здоровья. Для этого законодателю необходимо уточнить круг фактических интересов, составляющих содержание категории здоровье. На правотворческом уровне естественная сущность здоровья приобретает объективные признаки. Подробная правовая

регламентация признаков здоровья позволит оперировать рассматриваемой категорией в едином смысловом значении на уровнях позитивного и охранительного отраслей права. Отсутствие обозначенных правовых границ создает опасность вольной трактовки сути здоровья;

2) для объективного восприятия категории здоровье следует различать его естественное и социальное понимание. Применительно к человеческой личности здоровье в своем фактическом выражении имеет строго определенное значение. Говоря о фактических интересах человека, составляющих содержание категории здоровья, следует ориентироваться исключительно на биологическую сторону личности, тогда как социальный компонент человека предполагает возникновение определенных отношений, требующих нормативной регламентации. Для обеспечения биологических потребностей на социальном уровне человеку необходимо вступать в отношения с другими людьми, получающими правовое оформление. Понимание здоровья в естественном и социальном смыслах объединяет общее свойство, отражающее надлежащее психическое и соматическое состояние человека. Однако характеристика уровня психического и физического состояния, определяющего природу здоровья человека, в естественном и социальном значениях не совпадает. Особенностью его восприятия в естественном понимании выступает личная оценка своего психосоматического состояния в качестве удовлетворительного. Поэтому в естественном понимании границы его должного уровня достаточно размыты. В социальном же значении толкование здоровья приобретает вполне объективное свойство. Индивидуальная характеристика психосоматических качеств как удовлетворительных в понимании здоровья сменяется оценкой общесоциальной. Именно таким образом понятие здоровья в социальном значении обретает объективную форму. Определяя здоровье официально, следует ориентироваться на общесоциальное представление о надлежащем психосоматическом состоянии человека. Только на социальном уровне возможно обозначить его объективные границы. Нетрудно предположить, что такие границы устанавливаются соответствующими правовыми нормами и положениями. В контексте всего сказанного по-

нятие здоровья логично сформулировать как психосоматическое состояние человека, надлежащий уровень которого устанавливается правовыми нормами и положениями;

3) исследование структуры расположения в уголовном законодательстве норм, возлагающих на правоисполнителей под угрозой применения наказания обязанность по воздержанию от посягательств на жизнь, здоровье, репродуктивное право, естественные генетические состояние и развитие человека, позволяет констатировать, что соответствующие уголовно-правовые нормы обеспечивают охрану интересов не только человека, но и эмбриона. Например, в Уголовном кодексе Испании систему Особенной части уголовного права (книга II, «Преступления и наказания) открывают преступления против жизни (раздел I, «Убийство и его виды»). Вслед за ними располагаются нормы, обязывающие правоисполнителей воздерживаться от производства аборта (раздел II, «Аборт»), посягательства на здоровье человека (раздел III, «Телесные повреждения»), причинения физического или психического вреда здоровью плода (раздел IV, «Повреждения плода»), совершения генетических манипуляций (раздел V, «Генетические манипуляции»). Уголовно-правовые нормы, размещенные в разделах II и IV УК Испании, предупреждают достигших возраста уголовной ответственности вменяемых лиц о недопустимости посягательства на жизнь и здоровье эмбриона человека. УК Франции в разделе I книги пятой для обеспечения защиты человеческого эмбриона выделил специальный отдел III «О защите человеческого эмбриона». Этим законодатель демонстрирует свое позитивное отношение к проблемам уголовно-правовой охраны «интересов человеческого эмбриона».

4) заслуживают одобрения стремления законодателей романо-германской правовой семьи противодействовать вмешательству без медицинской цели в геном человека, созданию идентичных человеческих существ путем клонирования или других действий, направленных на селекцию расы, производству искусственного размножения в женском организме без согласия женщины. Есть основание полагать, что такого рода общественно опасные деяния нуждаются в

уголовно-правовой оценке, в том числе на территории России. В связи с этим, отечественным законодателям в процессе правотворческой деятельности рекомендуется учесть опыт зарубежных коллег и сформулировать соответствующие нормы в уголовном законодательстве Российской Федерации;

5) уголовно-правовая охрана прав и свобод пациента основательно представлена во Франции. Она основывается на положениях Кодекса законов о здравоохранении 2000 г. и соответствующих уголовно-правовых нормах, составляющих систему преступных деяний в области здравоохранения. Наделяя соответствующих правоисполнителей комплексом прав и обязанностей, регулятивные нормы здравоохранительного законодательства ориентируют их к позитивному для общества поведению. В тех правовых границах, в которых регулятивные нормы объективно не смогут обеспечить правомерное поведение субъекта, на него под угрозой применения наказания возлагается уголовно-правовая обязанность по воздержанию от совершения преступления. Уголовное право таким образом берет под свою охрану блага, основные аспекты которых упорядочены позитивным законодательством, а правовая урегулированность соответствующих интересов физических и юридических лиц выступает инструментом механизма противодействия преступлениям в сфере здравоохранения;

6) добровольное информированное согласие пациента на медицинское вмешательство, являясь неременным условием профессиональной деятельности медицинского работника, предопределяет границы его правомерного поведения в конкретной ситуации. Юридическая доктрина, законодательство и правоприменительная практика отдельных государств романо-германской системы права признают проведенное без согласия больного лечение преступным актом, даже если оно осуществлялось *lege artis* и завершилось благоприятным для пациента результатом (например, Австрия, Польша, ФРГ);

7) эффективно обеспечению прав, свобод и не противоречащих закону интересов пациента в уголовных законах государств, составляющих романо-германскую правовую семью, во многом способствуют уголовно-правовые нормы, регламентирующие институт согласия потерпевшего как обстоятель-

ства, исключаящего преступность деяния. В частности, причинение вреда здоровью человека с учетом его волеизъявления не образует состава преступления по уголовным законодательствам ФРГ, Австрии, Израиля, Республики Сан-Марино. Законодательное закрепление в уголовных кодексах европейских государств согласия потерпевшего как обстоятельства, исключаящего преступность деяния, стимулирует медицинских работников действовать инициативно в интересах пациента, одновременно оправдывая их деятельность, направленную на сохранение жизни и здоровья пациентов. Своим позитивным содержанием и ярко выраженной социально полезной направленностью данный институт уголовного права нацелен на обеспечение интересов личности. При этом возможное причинение вреда потерпевшему с его согласия строго регламентируется. Игнорирование требований уголовного закона создает юридическое основание для перевода соответствующего правоисполнителя из группы правопопслушных граждан в разряд преступников.

§ 3. Охрана прав и свобод пациента в англосаксонской системе уголовного права

Проблемы юридического обеспечения прав, свобод и не противоречащих закону интересов пациента привлекают внимание ученых разных государств, занимающихся научными изысканиями в отраслях конституционного, гражданского, уголовного, административного, медицинского (здравоохранительного) законодательства. Не является исключением в этом смысле юридическая доктрина стран англо-американской правовой семьи. В монографических, учебных и периодических изданиях активному обсуждению подвергаются темы, относящиеся к правовой регламентации биомедицинских экспериментов, трансплантации органов, трансфузии, искусственного оплодотворения, клонирования человека, оказания психиатрической помощи. Подробно в литературе освещаются вопросы, касающиеся юридической оценки врачебных ошибок, ответственности медицинских работников за ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей, выражения информированного волеизъявления пациента на медико-биологическое вмешательство в его интересы, защиты прав эмбрионов и многие другие¹. Нередко результаты отдельных доктринальных исследований переводятся на языки других народов и оказывают существенное влияние на формирование концепции уголовно-правовой охраны прав и свобод пациента в странах, в которых она представлена еще невыразительно.

Англосаксонская правовая семья является одной из самых распространенных и влиятельных правовых систем современного мира. По основным параметрам, включая географические, культурные, исторические и иные факторы, по степени влияния на другие правовые системы, она может сравниться с си-

¹ См.: Ригельман Р. Как избежать врачебных ошибок. Книга практикующих врачей / Пер. с англ. Ю.Л. Амченкова. М., 1994; Вайсман Б. Психиатрия – предательство, не знающее границ. М., 2002; Lipp M.R. Respectful treatment: a practical handbook of patient care (2nd ed.). New York: Elsevier, 1986; Jones H.W., Edwards R.G., Seidel G.E. On attempts at cloning in the human // *Fertil. a. Steril.* – 1994. – Vol. 61. – № 3. – P.423-426; Magnusson R. S. Confidentiality and consent in medical research: some recurrent, unresolved legal issues faced by IECs // *Sydney law rev.* – 1995. – Vol. 17, № 4. – P.548-572; Baker T. The medical malpractice myth. The University of Chicago Press. – Chicago and London. – 2005.

стемой романо-германского права¹. Под воздействием норм, институтов, отраслей и доктрин общего права в настоящее время находится почти одна третья часть населения земного шара². Общее право в течение длительного периода времени действует на территориях Великобритании, США, Канады, Австралии, Новой Зеландии, Индии и других государств. Причем по мере развития мирового сообщества и расширения между различными странами экономических, политических и иных связей сфера влияния англосаксонской системы права в последние столетия только росла. Разумеется, этому в немалой степени способствовали мировая экспансия Британской империи, на территории которой первоначально возникло и развивалось общее право и сопровождавшаяся одновременно с ней правовая экспансия³.

Будучи неотъемлемой частью мировой цивилизации, система законодательства стран англосаксонской правовой семьи по своей природе имеет ярко выраженную этическую окраску. В процессе упорядочивания профессиональной деятельности медицинского персонала в государствах рассматриваемой группы существенное значение всегда придавалось нормам профессиональной этики, формулирующим нравственные требования, предъявляемые к врачам во взаимоотношениях с больными. Высокие моральные идеалы профессии налагают на каждого медицинского работника ответственность, формирующую стереотипы квалифицированного обращения с пациентами.

Стандарты профессионального поведения врачей получают дальнейшее развитие в деятельности международных и национальных медицинских ассоциаций. Обобщая существующие нравственные правила в виде кодифицированных актов, различного уровня медицинские ассоциации создают социальную основу регламентации медицинской деятельности. Так, стандарты этического поведения американских врачей систематизированы в документе Американской медицинской ассоциации под наименованием «Принципы медицинской

¹ См.: Cruz P. de A Modern Approach to Comparative Law. Kluwer, 1993. P. 89; Марченко М.Н. Курс сравнительного правоведения. М.: ООО «Городец-издат». 2002. С. 614-615.

² Glendon M., Gordon M., Osakwe Ch. Comparative Legal Traditions in Nutshell. St. Paul. Minn., 1982. P.159.

³ См.: Марченко М.Н. Указ. раб. С. 615.

этики», принятом в 1964 г. в Чикаго¹. Нравственные требования, сформулированные в упомянутых принципах медицинской этики, базируются на положениях двух документов Всемирной медицинской ассоциации: Женевской декларации 1948 г.² и Международного кодекса медицинской этики 1949 г.³ Важность перечисленных этических актов в регулировании профессионального поведения медицинских работников не вызывает сомнений. Они представляют собой попытку аккумулировать исторически сложившиеся в сфере медицинского обслуживания населения нравственные требования, предъявляемые к профессиональной деятельности медицинского персонала. Запечатлевая нравственный прогресс, достигнутый в сфере оказания услуг медицинского характера, соответствующие требования морали устанавливают публичные границы профессионального поведения врачей. На их основе появляется возможность дать оценку качеству оказываемой пациентам профилактической и лечебной помощи.

В подтверждение сказанному можно привести некоторые положения из принципов медицинской этики, выработанных Американской медицинской ассоциацией в 1964 г. К примеру, согласно содержанию разделов II и III упомянутых принципов медицинской этики, врач обязан стремиться совершенствовать медицинские знания и опыт, использовать в своей практике научно обоснованные методы лечения. Следующий данным этическим требованиям медицинский работник демонстрирует понимание зависимости качества оказываемых им профессиональных услуг от достигнутого научно-технического прогресса. Игнорирование положений разделов II и III принципов медицинской этики, утвержденных Американской медицинской ассоциацией, создает опасность неблагоприятного исхода оказываемой пациентам помощи. В связи с этим стан-

¹ См.: Принципы медицинской этики (Американская медицинская ассоциация) // Шамов И.А. Биоэтика: Учебное пособие. М., 2001. С. 236-237.

² См.: Женевская декларация Всемирной медицинской ассоциации / Принята 2-ой Генеральной Ассамблеей Всемирной медицинской ассоциации. Женева, 1948 // Сборник официальных документов Ассоциации врачей России: Врачебные ассоциации, медицинская этика и общемедицинские проблемы / под ред. В.Н. Уранова. М., 1995. С. 22.

³ См.: Международный кодекс медицинской этики / Принят 3-ей Генеральной Ассамблеей Всемирной медицинской ассоциации. Лондон, 1949 // Сборник официальных документов Ассоциации врачей России: Врачебные ассоциации, медицинская этика и общемедицинские проблемы / под ред. В.Н. Уранова. М., 1995. С. 21.

дарты медицинской этики нередко становятся предметом внимания правоприменительных органов в ходе рассмотрения гражданских либо уголовных дел, инициированных по фактам небрежного лечения больных. Руководствуясь ими, суды зачастую уточняют вопрос о том, действовал медицинский работник в конкретной ситуации в соответствии с требованиями профессиональной предусмотрительности либо отступил от них.

Реализация требований нравственности в рассматриваемом компоненте социального обслуживания населения не ограничивается формированием этической основы деятельности медицинских работников. Нравственная урегулированность сферы оказания услуг медицинского характера нуждается в адекватном восприятии на уровне пациента. Позитивный потенциал соответствующих этических норм должен эффективно воздействовать на непосредственное поведение больного во взаимоотношениях с врачом. Владение правилами поведения, вытекающими из неписанных законов, позволяет пациенту быть деятельным участником в достижении ожидаемого благоприятного результата лечебной практики. Ориентированность в положениях медицинской этики позволяет чувствовать себя комфортно, избегать конфликтных ситуаций во взаимоотношениях с медицинским персоналом, контролировать качество оказываемой помощи и уровень обеспеченности прав и свобод. Значительный объем нравственных норм возлагает на больного обязанность действовать должным образом. Однако сегодня нормы медицинской этики пациентами нередко игнорируются, что приводит к дисбалансу во взаимоотношениях с врачами. Преимущественно это вызвано широко сложившимися в обществе отрицательными стереотипами в оценке деятельности медицинского персонала. В качестве иллюстрации сказанного можно сослаться на следующие факты, приведенные одним из известных американских докторов в интервью российскому журналисту. Согласно им в настоящее время в США наиболее распространенная форма выражения недовольства и разрешение конфликтов в сфере здравоохранения представлена гражданским судом. Многие решения по таким делам гражданский суд выносит в пользу врачей, мотивируя свою позицию необоснованно-

стью и надуманностью предъявляемых претензий¹. Аналогичных ситуаций вполне можно было избежать, если бы граждане добросовестно повышали свою компетентность в нормах и положениях медицинской этики.

Соответствующие кодексы медицинской этики служат социальным ориентиром при разработке и принятии юридических документов в сфере здравоохранения. Правовое регулирование отношений в здравоохранительной системе в странах англосаксонской правовой семьи осуществляется нормами международного права, федеральными конституционными актами и конституциями штатов², сводом законов о здоровье и безопасности, о страховании, законами о лицензировании больниц, об анатомическом даре³, о трансплантации органов и тканей человека⁴, о репродуктивном клонировании человека, о человеческом оплодотворении и эмбриологии⁵, о психическом здоровье⁶, а также многочисленными подзаконными документами ведомств⁷. Предметом воздействия названных и других юридических документов в области здравоохранения выступают сферы социальной действительности, связанные с обеспечением безопасности здоровья населения, оказанием медицинской и психиатрической помощи, медицинским страхованием, трансплантацией органов и тканей человека, применением искусственных методов репродукции, проведением генотерапевтических исследований на людях, предупреждением распространения заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека и др. Во многих нормативных актах затрагиваются значимые для охраны жизни, здоровья, сво-

¹ Батенева Т. Впереди планеты всей... Откровения американского доктора Джи, который когда-то жил и работал в России // Известия. 1998. 24 сентября.

² См.: Тобес Б. Право на здоровье: Теория и практика. М., 2001. С. 200.

³ См.: Единый Акт об анатомическом даре от 7 августа 1987 г., одобренный Ассоциацией юристов США // Legislative Responses to Organ Transplantation. Dordrecht: Martinus Nijhoff Publishers. 1994. P. 389-412.

⁴ См.: Закон Великобритании от 27 июля 1989 г. «О трансплантации органов человека» // Legislative Responses to Organ Transplantation. Dordrecht: Martinus Nijhoff Publishers. 1994. P. 375-377; Закон Австралии 1982 г. «О трансплантации тканей человека» // Legislative Responses to Organ Transplantation. Dordrecht: Martinus Nijhoff Publishers. 1994. P. 102-115.

⁵ См.: Закон Великобритании 1990 г. «О человеческом оплодотворении и эмбриологии» // Wood P.G. To what extent can the law control human cloning? // Medicine, science f. the law. – L., 1999. – Vol. 39, № 1. – P. 5-10.

⁶ См.: Закон Великобритании 1959 г. «О психическом здоровье»; Закон США 1964 г. «О госпитализации душевнобольных» // Тобес Б. Право на здоровье: Теория и практика. М., 2001. С. 202.

⁷ См.: Руководство для исследований, включающих рекомбинантные молекулы ДНК. Уведомление Национальных Институтов Здоровья от 24 июня 1994 г. (США) // Этико-правовые аспекты проекта «Геном человека» (международные документы и аналитические материалы). М., 1998. С. 121; Руководство 1985 г. для врачей Великобритании по трансплантации органов от живых доноров // Legislative Responses to Organ Transplantation. Dordrecht: Martinus Nijhoff Publishers. 1994. P. 380-382.

боды, чести и достоинства личности аспекты медико-биологической деятельности.

Помимо общих юридических документов, регламентирующих отношения в сфере здравоохранения, в странах англо-американской системы права функционируют специальные акты о правах пациента. В них получили закрепление права больных, отличающиеся от общегражданских прав личности. Например, в 1973 г. Американская ассоциация больниц издала Билль о правах пациента, на базе которого конкретные больницы утвердили внутренние правила. В ряде штатов Биллю о правах пациента придана общеобязательная сила, в силу чего его положения распространяются на все лечебные учреждения, расположенные на территории субъекта федерации. В США за пациентами признаются следующие права: на информированное участие во всех решениях по охране своего здоровья; не подвергаться никаким процедурам иначе как с компетентного, добровольного, информированного согласия; на объяснение в доступной для непрофессионала терминах всех предполагаемых процедур и связанных с ними рисков; на полную, ясную, точную оценку и прогноз своего состояния без применения мер обследования и лечения до получения согласия пациента; не подвергаться никаким обследованиям и процедурам, кроме непосредственно направленных на благо пациента; на конфиденциальность; право пациента, находящегося в угрожающем состоянии, на незамедлительное оказание медицинской помощи; отвергать любое конкретное лекарство, обследование, процедуру, лечение; покидать лечебное учреждение независимо от своего физического и финансового состояния; на недискриминацию по расовому, национально-религиозному признакам, на основании умственных или физических недостатков¹.

Высокая степень правового регулирования на уровне позитивного законодательства значительной части социальных отношений, складывающихся по поводу оказания услуг медико-биологического характера и охраны здоровья отдельного человека, позволяет субъектам соответствующих правоотношений

¹ См.: Афанасьева Е.Г. Права пациента и некоторые проблемы медицинской этики в США. М., 1993. С. 5.

результативно обеспечить собственные интересы в рамках предоставленных им субъективных прав и возложенных юридических обязанностей. Однако регулятивные нормы здравоохранительного законодательства способны эффективно решить стоящие перед ними задачи лишь тогда, когда существует механизм их принудительного обеспечения. Реализация правил поведения, содержащихся в нормах позитивного законодательства, в значительной мере стимулируется охранительными нормами, сосредоточенными в праве административном и уголовном. Именно уголовное право берет под свою охрану отдельные составляющие предмета регулирования отрасли здравоохранительного законодательства. Под угрозой применения карательных санкций оно обязывает соответствующих правоисполнителей воздерживаться от совершения преступлений против прав и свобод пациента.

Уголовно-правовая охрана прав, свобод и не противоречащих закону интересов пациента и привлечение к ответственности медицинского персонала за их нарушение представляет собой одну из самых актуальных проблем, которую медицинская практика поставила перед англосаксонской системой права. В последние десятилетия в государствах, составляющих англо-американскую правовую семью, наметилась тенденция к повышению числа конфликтов, возникающих между больными и медицинским персоналом в связи с ненадлежащим исполнением последними своих профессиональных обязанностей. Так, по результатам исследования качества оказываемых больным медицинских услуг в Австралии, проведенного ученым А. Корбеттом, 16,6 % пациентов, находившихся в больницах, стали жертвами неудачного лечения, повлекшего смерть, инвалидность, увеличение срока госпитализации¹. Причиной неблагоприятного исхода медицинской практики чаще всего становилось небрежное профессиональное поведение врачей, которые выписывали лишние лекарства, назначали ошибочное лечение, с опозданием производили анализы.

¹ См.: Corbett A. A reformulation of the right to recover compensation for medically related injuries in the tort of negligence // Sydney law rev. – 1995. – Vol. 19, № 2. – P. 141-178.

По сведениям канадского исследователя К. Капена, один из каждых 27 докторов подвергается риску быть привлеченным к юридической ответственности за допущенные погрешности в профессиональной деятельности¹.

Увеличение количества совершаемых медицинскими работниками профессиональных ошибок отмечается и в США. Так, в отчете Института медицины Национальной академии наук (NAS) от 29 ноября 1999 г. опубликованы цифры, в соответствии с которыми в США врачебные ошибки становятся причиной смерти от 44 000 до 98 000 больных ежегодно². Причем большинство профессиональных ошибок медицинские работники допускают не по неведению, а по неумению применить знания. Нередко ошибки совершают опытные, хорошо обученные медики, которые уклоняются от тщательного сбора информации, подготовки обстоятельной истории болезни либо безоглядно увлекаются новыми технологиями³. По признанию известного американского врача Б. Лоуна, сами врачи убеждены в том, что «никогда качество медицинской помощи не было столь высоким, а стандарты – столь точно определены. Квалификация ведущих врачей – исторически непревзойденная, интенсивность и объем помощи – беспрецедентны. Ну, просто все делается как надо! Все неудачи в американских госпиталях анализируют. Здоровье лишь 1 % пациентов ухудшается вследствие ошибок медиков, но при 30 миллионах госпитализаций в год это дает 300 тысяч случаев некачественной помощи – примерно 800 в день... И все же люди не так жаждут судиться, как пресса старается всех убедить. Согласно исследованию, только 7,53 % пациентов, которым причинен вред медиками, обращались в суд. В США случаев врачебного небрежения в 8 раз больше, чем требований компенсации за причиненный ущерб. Да и получают компенсацию пациенты – в 1 из 14 поданных исков. Шанс, что доктора «засудят» за небрежение и некомпетентность, - 1 из 50»⁴.

¹ См.: Capen K. // *Canad. med. Assoc. J.* 1996. Vol.154. № 9. P. 1385–1387.

² См.: Ерофеев С.В. Медико-правовые аспекты оценки качества медицинской помощи: сравнение отечественной и зарубежной практики // *Медицинское право.* 2006. № 1. С. 39-40.

³ См.: Ригельман Р. Как избежать врачебных ошибок. Книга практикующих врачей / Пер. с англ. Ю.Л. Амченкова. М., 1994. С. 7-9.

⁴ Лоун В. Утерянное искусство врачевания. М., 1998 // Цит. по: Яровинский М.Я. Лекции по курсу «Медицинская этика» (биоэтика). Учеб. пособие. М., 2000. С. 74-75.

Причину роста уголовного преследования врачей за неосторожное лишение жизни либо причинение вреда здоровью пациента американские криминалисты видят не только в ненадлежащем исполнении медицинскими работниками своих профессиональных обязанностей, но и в повышении числа недобросовестных врачей, занимающихся лечебной деятельностью без лицензии либо с нарушением условий лицензирования.

Не лучше обстоят дела по обеспечению прав и свобод пациента в Великобритании. Так, по информации негосударственной организации «Движение в защиту жертв медицинских ошибок» (Action for Victims of Medical Accidents - AVMA), в Соединенном Королевстве не ведется официальная статистика случаев неправомерного причинения вреда здоровью либо жизни пациентов при оказании медицинской помощи. Следовательно, никто не представляет реального масштаба заявленной проблемы. По утверждениям членов упомянутой правозащитной организации, приблизительные цифры о фактах ненадлежащего оказания услуг медико-биологического характера можно получить, лишь экстраполируя на Великобританию данные, полученные в США и Австралии. Так, в 1999 году в правозащитную организацию «Движение в защиту жертв медицинских ошибок» от пациентов поступило 2869 жалоб, а ежемесячно поступает около 400 телефонных звонков. За последние 10 лет ежегодное количество обращений практически удвоилось (ежегодный рост количества жалоб на 8%)¹.

По сведениям других источников, в Великобритании ежегодно регистрируется 90 тыс. неблагоприятных клинических последствий, из которых в 13500 случаях наступает смерть больного. Однако, иски подают около 7000 человек, и лишь 2000 потерпевшим возмещается причиненный ущерб². Количество исков против врачей общей практики по поводу их небрежности возросло в 13 раз за период между 1989 и 1998 г.г. Так, если в 1989 г. было 38 исков против врачей общей практики, то к 1998 г. их количество возросло до 500. Больше всего уве-

¹ См.: Лопатенков Г.Я. Человек и здравоохранение: правила игры. Пособие для пациентов и их родственников. СПб., 2002. С. 236.

² См.: Towse, A. & Danzon, P. Medical negligence and the NHS: an economic analysis. Health Economics. 1999. № 8. P. 93–101.

личилась доля исков, которые в итоге были не удовлетворены или отклонены¹. Тем не менее, по утверждениям других авторов, частота приводимых в литературе случаев врачебной небрежности сильно преувеличена. Хотя темпы роста увеличиваются, они никогда не дойдут до неконтролируемого взрыва, о котором иногда пишут².

Таким образом, приведенные цифры убеждают в том, что в государствах англосаксонской правовой семьи количество уголовных и гражданских дел, возбуждаемых против медицинских работников и лечебных учреждений, сохраняется на достаточно высоком уровне. Не уменьшаются и суммы исков, требуемых от учреждений здравоохранения в качестве компенсации за нанесенный пациентам физический, материальный и моральный ущерб. В частности, в США пациенту, которому хирурги вместо безнадежно больной ноги ампутировали здоровую ногу, в итоге долгих судебных разбирательств была выплачена денежная компенсация в размере 1,2 миллиона долларов³.

Не менее значимой проблемой для правоисполнителей и правоприменителей стран англосаксонской системы права остается юридическая оценка допускаемых в медицинской практике профессиональных ошибок. Ее актуальность заключается в том, что на уровне нормотворчества до настоящего времени не определено содержание понятия «врачебной (медицинской) ошибки». На первый взгляд может сложиться впечатление, что законодатели государств англосаксонской правовой семьи считают вопрос о толковании упомянутой категории неплохо решенным в доктрине. По устоявшейся традиции общего права, однозначно понимаемые термины не требуют юридического оформления. Тем не менее, анализ специальной литературы обнаружил, что в теории юристы и медики еще не смогли выработать общей позиции относительно дефиниции «врачебной (медицинской) ошибки». Наполняя данную категорию собственным субъективным содержанием, правоведы и представители медицинской профессии расходятся в юридических последствиях ошибки, приведшей к не-

¹ См.: Dyer, C. GPs face escalating litigation. *BMJ*. 1999. Vol.318. P. 830.

² См.: Fenn, P., Diacon, S., Gray, A., et al. Current cost of medical negligence in NHS hospitals: analysis of claims database. *BMJ*. 2005. Vol.320. P.1567–1571.

³ См.: Яровинский М.Я. Лекции по курсу «Медицинская этика» (биоэтика). Учеб. пособие. М., 2000. С. 76.

благоприятным для пациента последствиям. Если, по мнению юристов, за профессиональные ошибки, повлекшие причинение вреда здоровью либо смерть больного, эскулапы должны нести юридическую ответственность, в том числе уголовную, то большинство медицинских работников противятся такому утверждению. Испытывая страх перед судебным разбирательством, врачи, как правило, ссылаются на выражение, ставшее ныне крылатым: «Errare humanum est» (человеку свойственно ошибаться). «Если вы никогда не совершали ошибок, повлекших за собой осложнения или смерть больного, значит, вы занимаетесь медициной недавно», - пишет доктор М.Р. Липп, обращаясь к коллегам¹. Отстаивая за врачами «право на профессиональную ошибку», он предлагает студентам и коллегам по медицинской практике уживаться с неизбежностью погрешностей в работе здравоохранительной системы. В подтверждение сказанному можно привести еще одну цитату из его научной работы: «Система рано или поздно даст сбой. Результаты анализов затеряются. Намеченную катетеризацию сердца придется откладывать до бесконечности... Скажи себе: никакая клиника не лишена недостатков, наша – не исключение. Не считай это катастрофой, не думай, что работаешь в паршивом месте, где всегда что-нибудь не так. Просто делай свое дело как можно лучше... Заручись поддержкой больного: попроси его напоминать о себе, если врачи будут слишком поглощены другой работой. Пусть хоть какая-то часть системы работает без сбоев»².

Все неудачи, встречающиеся в профессиональной медицинской практике, американский исследователь Ричард Ригельман называет нежелательными результатами. При этом автор нежелательные результаты классифицирует на плохие исходы и врачебные ошибки. К плохим исходам он рекомендует отнести неблагоприятные итоги врачебной деятельности, которые при современном уровне медицинских знаний, вне зависимости от действий конкретного доктора, наступают неизбежно либо являются побочным результатом лечения. Причиной плохого исхода могут быть, например, не совместимые с жизнью врож-

¹ Lipp M.R. Respectful treatment: a practical handbook of patient care (2nd ed.). New York: Elsevier, 1986.

² Lipp M.R. Respectful treatment: a practical handbook of patient care (2nd ed.). New York: Elsevier, 1986. Цит. по: Ригельман Р. Как избежать врачебных ошибок. Книга практикующих врачей / Пер. с англ. Ю.Л. Амченкова. М., 1994. С. 177.

денные аномалии, неправильный диагноз, основанный на результатах общепринятых, но далеких от совершенства лабораторных анализов и др. По утверждению практикующего профессора, за плохой исход врач не подлежит уголовной ответственности. Обязанность претерпевать правовые последствия совершенных действий не возникает вследствие того, что используемые в медицинской деятельности диагностические тесты часто ненадежны. Плохой исход также не исключается, когда, пользуясь рекомендациями экспертов, медицинский работник выбирает тот или иной лечебный метод, ни один из которых не может быть идеальным. Сегодняшняя медицина еще не способна гарантировать положительный стопроцентный результат. Она обеспечивает только высокую или низкую вероятность ожидаемого пациентами и его близкими исхода врачебной деятельности¹.

Встречающиеся в медицинской практике отрицательные результаты врачебной деятельности, названные Р. Ригельманом «плохими исходами», в силу объективных факторов остаются еще неминуемыми явлениями. Их причины связаны, главным образом, с несовершенством медицинской науки. В природе еще существуют непознанные человеком причинно-следственные связи, когда врач на основании достижений современной медицинской доктрины не может предвидеть и предотвратить наступление негативных для больного последствий. За объективно случайный вредный результат, наступивший по независящим от воли медицинского работника обстоятельствам, соответствующий правоисполнитель не может быть привлечен к уголовной ответственности. Представленное суждение согласуется с позицией правоприменителей стран общего права. Так, согласно сложившейся судебной практике в Великобритании погрешность врача, допущенная при постановке диагноза, не образует преступления, если при этом «...был соблюден соответствующий стандарт по уходу за пациентом, а будет считаться одной из неизбежных опасностей, сопут-

¹ См.: Ригельман Р. Как избежать врачебных ошибок. Книга практикующих врачей / Пер. с англ. Ю.Л. Амченкова. М., 1994. С. 12, 186.

ствующих медицинской практике...»¹. В контексте изложенного отметим, что аналогичное положение представлено в российском уголовном законе, которое оценивает такого рода случаи как невиновное причинение вреда (ст. 28 УК РФ).

От плохого исхода Р. Ригельман предлагает отличать врачебные ошибки. Несмотря на то, что в настоящее время ошибки составляют неотъемлемую часть профессиональной деятельности медицинских работников, за их допущение врачи должны нести ответственность, предусмотренную действующим законодательством. По признанию автора, основываясь на достижениях современной медицинской науки и практики, реально свести к минимуму количество врачебных ошибок и даже избежать их.

Ученый различает два основных типа ошибок, встречающихся в медицинской практике: ошибки по неведению и ошибки по недомыслию (ложные умозаключения). Ошибки по неведению подразумевают, что медицинский работник не располагал запасом теоретических сведений и практических навыков, достаточным для принятия правильного решения при постановке диагноза или лечении. Подобные ошибки, как правило, обусловлены трудностями, связанными с достижением врачом высокого профессионального уровня, его сохранением либо осознанием границ своей компетентности². В правоприменительной практике английских и американских судов не раз обращалось внимание на то, что обычная человеческая подверженность совершению погрешностей исключает ответственность до тех пор, пока поведение соответствующего правоисполнителя не выходит за рамки тех границ, которые установлены для опытного или компетентного врача. В частности, согласно судебному решению, вынесенному по делу Гардинера против Маунфилда, на медицинского работника возлагается правовая обязанность подвергнуться ответственности, поскольку допущенная им при постановке диагноза ошибка стала следствием

¹ Vamet Group Hospital Management Committee // Таймс. 1959. 19 ноября. В деле Krivonv судья сказал: «К сожалению, имел место неправильный диагноз, это была одна из тех неудач, которые жизнь приберегает для людей».

² См.: Ригельман Р. Как избежать врачебных ошибок. Книга практикующих врачей / Пер. с англ. Ю.Л. Амченкова. М., 1994. С. 185-187.

пренебрежения лабораторными тестами (научными технологиями), которые компетентный врач счел бы нужным использовать в конкретном случае¹.

Ошибки по недомыслию (ложные умозаключения) являются следствием неправильного применения на практике теоретических знаний. Во врачебной деятельности они распространены гораздо шире, чем ошибки по неведению. Чаще всего такого рода погрешности допускаются в процессе диагностики, лечения и установления взаимоотношений между медицинским работником и больным (деонтологические ошибки). Причины ложных умозаключений многочисленны. Это может быть: наличие у пациента сразу нескольких болезней, в том числе с бессимптомным течением; неспособность врача вовремя пересмотреть неверный диагноз; предоставление больному недостаточной информации и ограничение его свободы в принятии решений; игнорирование информации, сообщаемой пациентом или его близкими лицами²; неправильная оценка вероятности побочных эффектов лечения из-за невнимания к механизму действия препаратов; существование непредсказуемого риска, особенно при назначении новых препаратов или расширении показаний к применению известных средств; неправильная оценка вероятности того или иного исхода лечения; неправильная оценка готовности пациента выполнить врачебные рекомендации; неумение вовремя изменить схему лечения; ограниченность врачебного опыта; неумение поделиться с больными сомнениями и др.³ Установление истинных причин, спровоцировавших наступление нежелательных для пациента последствий, имеет немаловажное значение, поскольку позволяет предупредить повторение неудачи.

Подытоживая суждения практикующего ученого Р. Ригельмана, можно сформулировать ключевой вывод. Его суть заключается в том, что в ошибках, допущенных во время исполнения профессиональных функций, наличествует

¹ См.: <http://www.medbookaide.ru>

² По делу Лэнгли против Кэмпбелла пациент вернулся из Восточной Африки незадолго до появления у него первых симптомов малярии. Врач-терапевт не смог поставить диагноз, потому его действия были оценены как проявление небрежности. При этом судья принял во внимание слова родственника пациента о том, что предположение о возможности подобного диагноза было высказано врачу семьей пациента // Таймс. 1975. 6 ноября.

³ См.: Ригельман Р. Как избежать врачебных ошибок. Книга практикующих врачей / Пер. с англ. Ю.Л. Амченкова. М., 1994. С. 198-203.

вина медицинского работника. Негативные для здоровья или жизни пациента последствия причиняются по неосторожности, которая является достаточным основанием для привлечения врача к уголовной ответственности за совершение ошибки. Неосторожное поведение характеризуется нарушением обязанности проявлять разумную предусмотрительность, уклонением от стандарта поведения компетентного врача. Отличие неосторожных действий (бездействия) от случая (плохого исхода) состоит в способности медицинского работника в конкретной ситуации избежать причинения вреда, приняв для этого соответствующие меры заботливости.

Американская юридическая доктрина и законодательство различают неосторожность осознанную (*recklessness*) и неосознанную (*negligence*)¹. При осознанной неосторожности (*recklessness*) «лицо действует опрометчиво в отношении материального элемента посягательства в случаях, когда оно сознательно пренебрегает существенным и неоправданным риском того, что означенный материальный элемент существует или возникает в результате его поведения. Этот риск должен быть такого характера и такой степени, что, с учетом характера и цели поведения деятеля, а также обстоятельств, которые ему известны, проявленное им пренебрежение включает в себя грубое отклонение от стандарта поведения, которого на месте деятеля придерживалось бы законопослушное лицо» (ст. 2.02. (2) (с) Примерного уголовного кодекса США). Из содержания процитированного уголовно-правового положения следует, что лицо, действующее неосторожно (*recklessness*), проявляет пренебрежительное отношение к личным и публичным интересам, охраняемым уголовным законом. Оно грубо отклоняется от стандарта поведения, установленного для законопослушных граждан. Сознательно выбирая вариант поведения, субъект, действующий опрометчиво, игнорирует существенный и неоправданный риск причинения вреда интересам других лиц либо общественным интересам. Оправданность

¹ См.: Флетчер Дж., Наумов А. Основные концепции современного уголовного права. М., 1998; Примерный уголовный кодекс США / Пер. с англ. А.С. Никифорова. Под ред. Б.С. Никифорова. М., 1969; Уголовный кодекс штата Нью-Йорк // Уголовное законодательство зарубежных стран (Англии, США, Франции, Германии). Сборник законодательных материалов / под ред. И.Д. Козочкина. М., 1998. С. 97-186; Уголовный кодекс штата Техас / Науч. ред. И.Д. Козочкин. Пер. с англ. Д.Г. Осипова, И.Д. Козочкина. СПб., 2006.

риска зависит от соотношения между ожидаемым вредом и пользой, которую он приносит. Если ожидаемый социально полезный результат перевешивает возможные опасные последствия, то риск признается обоснованным. В этом смысле осознанная неосторожность является разновидностью необоснованного риска¹.

Не составляет труда сделать заключение о том, что используемая в американском законодательстве категория *recklessness* во многом соответствует понятию «легкомыслие», закрепленному в ч. 2 ст. 26 УК РФ. Их сопоставление обнаруживает значительные резервы для обоюдной оптимизации законодательных подходов к уголовно-правовой оценке неосторожного поведения человека. В рамках настоящего исследования представляет интерес позитивный опыт зарубежного законодателя по юридической регламентации неосторожной формы вины в виде легкомыслия (*recklessness*). Отечественному законодателю полезно обратить внимание на возможность более четкого правового разграничения деяния, совершенного по легкомыслию, от неправомерного поведения. По смыслу действующего российского уголовного законодательства интеллектуальный момент преступного легкомыслия ограничивается необходимостью установления предвидения возможности наступления общественно опасных последствий. При этом непосредственно в тексте уголовного закона категория общественной опасности не разъясняется, что порождает значительные трудности в процессе ее интерпретации, в том числе в правоприменительной практике. Только глубокое доктринальное толкование уголовно-правового положения, сформулированного в ч. 2 ст. 26 УК РФ, позволяет выявить суть предвидения возможности наступления общественно опасных последствий. «Это означает предвидение отвлеченной от конкретной ситуации возможности наступления общественно опасных последствий, предвидение их в типичных случаях; то, что деяния, подобные тому, которое совершает само виновное лицо, могут вызвать негативные изменения в объективном мире»². Позиция американского за-

¹ См.: Флетчер Дж., Наумов А. Основные концепции современного уголовного права. М., 1998. С. 288-289.

² Уголовное право России: курс лекций: в 6 т. / под ред. Б.Т. Разгильдиева. – Саратов, 2008. Т. 2. С. 347.

конодателя на этот счет более удачна. Разъясняя интеллектуальный момент осознанной неосторожности, Примерный уголовный кодекс США вполне оправданно делает основной акцент на стандарт поведения, которого на месте деятеля придерживалось бы законопослушное лицо. Подобное законодательное решение исключает неоднозначное субъективное восприятие категории легкомыслия на правоисполнительном и правоприменительном уровнях, в том числе применительно к уголовно-правовой оценке ненадлежащего исполнения медицинским работником профессиональных обязанностей.

Содержание неосознанной неосторожности (*negligence*) Примерный уголовный кодекс США раскрывает в ст. 2.02. (2) (d): «Лицо действует небрежно в отношении материального элемента посягательства в случаях, когда оно должно сознавать существенный и неоправданный риск того, что означенный материальный элемент существует или возникает в результате его поведения. Этот риск должен быть такого характера и такой степени, что с учетом характера и цели поведения деятеля, а также обстоятельств, которые ему известны, неосознание его деятелем включает в себя грубое отклонение от стандарта осторожности, которого на месте деятеля придерживалось бы разумное лицо». Интеллектуальный элемент небрежности, в отличие от осознанной неосторожности, характеризуется отсутствием у правоисполнителя сознания и предвидения возможного преступного результата своей деятельности. Не осознавая характера криминального поведения, в процессе достижения определенной цели лицо отходит от принятого в обществе стандарта разумных действий (бездействия). Однако оно обязано осознавать существенный и неоправданный риск наступления неблагоприятных последствий для личности, общества либо государства, являющихся следствием его поступков. Обязанность вычленять из поведения правоисполнителя необоснованный риск продиктована объективно сложившимися правилами общежития, основывающимися на достаточно гибких критериях среднего разумного человека. Неосознанное неосторожное действие (бездействие) преследуется законом не потому, что «совершено на самом деле, а на ос-

новании степени отклонения от некоего мифического стандарта поведения, которого бы придерживался на месте деятеля здравомыслящий человек»¹.

Определяя в поведении конкретного медицинского работника признаки небрежности, правоприменители основываются на тех же критериях, которых они придерживаются при рассмотрении любых других категорий уголовных дел. Основополагающий вопрос, подлежащий решению в судебном порядке, предполагает установление надлежащего уровня исполнения врачом профессиональных обязанностей. В качестве меры оценки должного поведения берется некий абстрактный специалист, обладающий средними профессиональными навыками, позволяющими проявить необходимую предусмотрительность и разумно избрать подобающую форму поведения в определенной обстановке. Подтверждением тому является целый ряд судебных решений, вынесенных в традициях общего права. Так, рассматривая в 1838 г. дело о врачебной ошибке, британский судья Тиндалл создал следующий прецедент: «Каждое лицо, приобретающее профессию, берет на себя бремя осуществления данной профессии с определенной степенью умения и прилежности. Но при этом такое бремя не подразумевает того, что данное лицо, например адвокат, берет на себя обязательство выиграть дело своего клиента. Так и профессионализм хирурга не подразумевает того, что при любых обстоятельствах он выполнит лечение на самом высоком профессиональном уровне, абсолютно исключая негативные последствия...». Прочитанный прецедент в последующем был применен в другом деле *R v. Bateman* (1925 г.), где суд разъяснил: «Если лицо представляет себя обладающим специальными знаниями и навыками перед своим пациентом, то данное лицо обязуется перед этим пациентом проявить должный профессионализм при осуществлении лечения... но присяжные не должны понимать это как обязанность проявить самый высокий профессиональный уровень, равно как указание на отсутствие ответственности за низкий профессионализм...»². В 1957 г. по аналогичному делу судья Макнейр подтвердил решения своих кол-

¹ Флетчер Дж., Наумов А. Основные концепции современного уголовного права. М., 1998. С. 304.

² См.: <http://www.medbookaide.ru>

лег, указав: «...профессиональные навыки врача могут быть определены с помощью специального теста ...человек не обязан обладать высочайшим уровнем мастерства с риском того, что его сочтут небрежным... Действующее право гласит, что вполне достаточно, если он применяет уровень мастерства, обычный для рядового специалиста, практикующего в данной области...»¹.

Согласно прецеденту по делу *Hunter v. Hanley* (1955 г.), нарушение медицинским работником обязанности проявлять разумную заботливость усматривается в отклонении от обычной практики, о котором должны свидетельствовать три обстоятельства: а) существование типичной практики, б) отклонение от нее, в) средний разумный профессионал не отошел бы от выработавшейся практики, если бы действовал с разумной заботливостью. Несколько в ином содержании это правило сформулировано в другом известном английском прецеденте по делу *Volam v. Friern* (1957 г.). Деяния медицинского работника не содержат неосторожной формы вины в виде небрежности, если он исполняет профессиональные обязанности в соответствии с практикой, признанной надлежащей советом медиков-профессионалов соответствующей специальности².

Таким образом, представление о враче, наделенном средней мерой разумности, служит основанием для разграничения деяния, преследуемого уголовным законодательством, от непроступного поведения. Решение вопроса об ответственности медицинского работника, действия (бездействие) которого повлекли неблагоприятные для пациента последствия, ставится в зависимость от того, можно ли было ожидать от среднестатистического коллеги в конкретной обстановке проявления необходимой предусмотрительности и внимательности, позволяющих предотвратить наступление нежелательного результата. В случае получения утвердительного ответа на поставленный вопрос на соответствующего субъекта налагается обязанность понести уголовную ответственность за

¹ Глашев А.А. Медицинское право. М., 2004. С. 47-48.

² См.: McManus F., Russel E. *Delict*. – Chichester etc.: Wiley, 1998. – XLIII, 636 p. Ind.: p. 617-636.

ненадлежащее исполнение профессиональных функций, повлекшее причинение смерти пациента.

В соответствии с устоявшимся в американской юридической доктрине учением, небрежное поведение человека образует достаточное основание для возложения на него уголовно-правовой обязанности подвергаться ответственности за причинение вреда только в случаях, специально описанных уголовным законом. Если такого указания в законе нет, то минимально требуемой формой вины является осознанная неосторожность (*recklessness*)¹. В качестве единственной разновидности неосознанного неосторожного деяния, подпадающего под запреты уголовно-правовых норм, в Примерном уголовном кодексе США назван состав причинения смерти по небрежности (ст. 210.4). Неосторожное причинение вреда здоровью потерпевшего любой степени тяжести, в том числе вследствие ненадлежащего исполнения медицинским работником профессиональных обязанностей, исходя из содержания данного документа, не образует состава преступления. Следовательно, здоровье человека в подобных ситуациях выступает предметом защиты гражданского законодательства. В качестве показательного примера можно сослаться на правовые положения, изложенные в § 3333.2 Гражданского кодекса штата Калифорния, регламентирующие основания возмещения нематериального ущерба, причиненного пациентам небрежным поведением работников здравоохранения: «По деликтным искам против работников учреждений здравоохранения, основанным на факте небрежения профессиональными обязанностями, пострадавший истец имеет право на возмещение нематериального ущерба, выражающееся в денежной компенсации за причиненные боль, страдания, травмы, обезображивание и иной вред нематериального характера. По искам о возмещении нематериального вреда присуждаемое возмещение не может превышать двухсот пятидесяти тысяч долларов»².

Несколько иной позиции по рассматриваемому вопросу придерживаются законодатели штата Техас. Понимая, что естественные права человека на жизнь

¹ См.: Флетчер Дж., Наумов А. Основные концепции современного уголовного права. М., 1998. С. 290.

² Гражданский кодекс штата Калифорния (1872 г.) // Соединенные Штаты Америки: Конституция и законодательные акты: Пер. с англ./Сост. В.И. Лафитский; Под ред. и со вступ. ст. О.А. Жидкова. М., 1993. С. 576.

и здоровье должны обеспечиваться охраной именно уголовно-правовыми средствами, они расширили сферу уголовной ответственности деятелей за неосторожное причинение вреда личным благам. В частности, в УК штата Техас сформулированы нормы, удерживающие правоисполнителей от причинения смерти по небрежности (ст. 19.05), причинения по неосторожности телесного вреда другому лицу (ст. 22.01), причинения по неосторожности вреда здоровью ребенка, пожилого человека или инвалида (ст. 22.04). Предметом воздействия перечисленных уголовно-правовых норм помимо общих субъектов являются также медицинские работники, обязанные воздерживаться от причинения вреда жизни и здоровью пациента в процессе исполнения профессиональных функций. Следовательно, медицинский работник, допустивший ошибку в процессе оказания профилактической либо лечебной помощи больному, следствием которой стало причинение смерти или вреда здоровью пациента, в зависимости от тяжести наступивших последствий подлежит ответственности по ст. 19.05 или ст. 22.01 УК штата Техас.

В уголовно-правовой науке и медицинской литературе отдельные ученые неосознанную неосторожность (*negligence*) признают сомнительным основанием уголовной ответственности. Так, по мнению Ю. Холла, «небрежное поведение, являющееся результатом неосознанной неосторожности, должно быть исключено из круга уголовно наказуемых деяний; неосознанная неосторожность не может рассматриваться как форма вины, имеющая уголовно-правовое значение, она может обосновывать только гражданскую или моральную ответственность»¹. Заявленная идея интересна в рамках проводимого исследования, поскольку аналогичные суждения позиционируются отечественными представителями уголовно-правовой доктрины. В подтверждение изложенного можно сослаться на высказанный Б.Т. Разгильдиевым тезис о том, что «критерием признания неосторожного деяния преступлением выступает только объективный фактор, его вредность. Что касается фактора субъективного, злонамеренности

¹ Hall Y. *General Principles of Criminal Law*. Indianapolis, 1947. P. 246; Idem. *Negligent Behavior Should be Excluded from Penal Liability* // *Columbia law Rev.* 1963. Vol. 63. № 4. P. 632 / Цит. по: Нерсесян В.А. *Ответственность за неосторожные преступления*. СПб., 2002. С. 105.

причиненного вреда и как следствие этого угрозы причинением вреда неопределенному кругу объектов, охраняемых уголовным законом, то в деяниях неосторожных он, как представляется, отсутствует... В связи с этим было бы обоснованным не относить деяния, совершенные по неосторожности, к общественно опасным преступлениям, а рассматривать их отдельно в качестве преступлений общественно вредных»¹.

Проявленный интерес к проблеме ответственности за неосознанное неосторожное поведение учеными, представляющими основанные на различных правовых семьях научные школы, подчеркивает ее актуальность. Законодателям в действительности следует обратить внимание на то, что среднестатистический правоисполнитель не в состоянии предвидеть и предотвратить все возможные последствия нарушения установленных правил поведения. Наличие многочисленных и нередко не закрепленных на правотворческом уровне норм поведения значительно затрудняет субъективное восприятие границ надлежащего поведения в определенной ситуации. Однако заявленная наукой идея о причинах возможной декриминализации норм, предусматривающих уголовное наказание за неосознанные вредоносные деяния, не свободна от уязвимого момента. Речь идет об уголовно-правовой оценке неосторожного поведения субъектов, нарушающих особые требования, в частности, медицинских работников. Обладающие специальными признаками лица, больше известные теории уголовного права в качестве специальных субъектов преступления, способны достаточно четко представлять круг обязанностей и результаты поведения в рамках сложившейся профессиональной ситуации. В этом контексте вряд ли будет оправданно распространять предложение об исключении уголовной ответственности за неосознанную неосторожность на вредоносную деятельность лиц, возведенных в ранг специальных субъектов.

Примечательно то обстоятельство, что в законодательных актах государств англосаксонской правовой семьи, по сравнению со странами континентальной Европы и Содружества Независимых Государств, уголовно-правовому

¹ Уголовное право России: курс лекций: в 6 т. / под ред. Б.Т. Разгильдиева. Саратов, 2008. Т. 2. С. 64-65.

обеспечению прав и свобод пациента уделяется значительно меньше внимания. Это главным образом связано с тем, что в государствах общего права в процессе упорядочивания отношений, возникающих по поводу охраны здоровья людей и защиты не противоречащих закону интересов пациента, делается упор на потенциал регулятивного законодательства. В созданном механизме противодействия вредоносным деяниям в сфере здравоохранения подробная правовая урегулированность социально значимых отношений позитивным законодательством позволяет его участникам правомерно удовлетворять собственные интересы в рамках существующих правоотношений, а не посредством правонарушений. Наличие успешно функционирующего правового механизма противодействия правонарушениям в области здравоохранения способствует эффективному обеспечению прав и свобод пациента, оставляя в резерве услуги законодательства уголовного. При этом законодатели исходят из того, что уголовно-правовой запрет является мерой производной, к которой следует прибегать только в крайнем случае при объективной невозможности урегулировать социально значимые отношения иными способами. Во многом по причине изложенного криминализованные в странах романо-германской правовой семьи, СНГ и Балтии опасные для личности пациента действия (бездействия) в государствах англосаксонской системы права не отнесены к разряду преступных деяний.

Наряду с этим уголовное законодательство отдельных государств общего права включают нормы, которые не имеют аналогов в Европе и Азии. Речь идет, в частности, об уголовно-правовой норме, под угрозой применения наказания запрещающей курение табачных изделий в определенных местах. Так, согласно ст. 48.01 УК штата Техас «лицо совершает посягательство, если оно имеет при себе зажженный табачный продукт или курит табак в помещении общественной начальной или средней школы, в лифте, закрытом театре или кино-театре, библиотеке, музее, больнице, рейсовом автобусе, междугороднем автобусе, в определении, данном статьей 541.201 Транспортного кодекса, самолете или поезде, являющимися местом общественного пользования. Защитой против пре-

следования в соответствии с настоящей статьей, является то, что в транспортном средстве или месте общественного пользования, в котором совершается такое посягательство, отсутствует на видном месте достаточных размеров уведомление о том, что курение в таком транспортном средстве или месте общественного пользования запрещено законом данного штата, и что такое посягательство наказывается штрафом, в размере до 500 долл.». Важно заметить, что процитированная норма согласуется с документами Всемирной медицинской ассоциации, призывающими на внутригосударственном уровне установить запреты или ограничения на курение¹. Правоисполнитель, нарушивший данный уголовно-правовой запрет, создает угрозу причинения вреда здоровью населения. Существует множество неопровержимых подтверждений тому, что употребление табачных изделий чревато неблагоприятными для здоровья людей последствиями. К тому же раздражающие и вредные компоненты табачного дыма представляют опасность для тех, кто не курит, но находится рядом с курящими лицами. Именно поэтому здоровье населения обозначено в качестве видového объекта уголовно-правовой охраны рассматриваемой нормы. Состав преступления, сформулированный в ст. 48.01 УК штата Техас, располагается в главе 48 «Поведение, затрагивающее здоровье населения», являющейся составной частью системы «посягательств против здоровья населения, общественной безопасности и нравственности» (Раздел 10).

В этой же статье уголовный закон возлагает на правоисполнителей обязанность оборудовать транспортные средства или места общественного пользования приспособлениями для тушения курительных изделий, регламентирует зону, отведенную для курения табака в рейсовом автобусе, самолете или поезде, совершающими передвижение в пределах штата. Согласно предписаниям закона, не образует состава преступления курение табака в двух случаях: а) в пределах отведенной для него зоны; б) деятель совершает такие действия, будучи участником разрешенного театрального представления.

¹ См.: Заявление о вреде табачных изделий (1988, № 10.30); Заявление о производстве, импорте, экспорте, продаже и рекламе табачных изделий (1990, № 10.31); Резолюция о запрещении курения на международных авиалиниях (1991, № 20.2/91) // Сборник официальных документов Ассоциации врачей России: Врачебные ассоциации, медицинская этика и общемедицинские проблемы / под ред. В.Н. Уранова. М., 1995.

Посягательства данного вида являются мисдиминором класса С. Уголовно-правовое последствие осуждения за мисдиминор класса С не включает лишения или поражения каких-либо законных прав осужденного (ст. 12.03 УК штата Техас). Индивидуум, признанный виновным в совершении мисдиминора класса С, карается наказанием в виде штрафа в размере, не превышающем 500 долл. (ст. 12.23 УК штата Техас).

В следующей статье 48.015 УК штата Техас регламентируются «запрещения, касающиеся определенного вида сигарет». В соответствии с ней, «лицо не вправе приобретать, хранить, иметь в собственности, владеть или перевозить для продажи или распространения в данном штате, ввозить самостоятельно или иначе на территорию данного штата для целей продажи или распространения в данном штате: 1) сигареты, не соответствующие всем применимым требованиям федерального закона и подзаконных актов; 2) сигареты (пачки сигарет), на которые невозможно поставить акцизную марку в соответствии со статьей 154.0415 Налогового кодекса, иные, чем законно импортированные или ввезенные в штат Техас для личного употребления, и законно продаваемые или предназначенные для продажи в качестве беспошлинных товаров предприятиями по продаже беспошлинных товаров в соответствии с положениями статьи 1555 (b) раздела 19 Свода законов США». Правоисполнитель, нарушивший данный уголовно-правовой запрет, признается виновным в совершении мисдиминора класса А и карается: 1) штрафом в размере, не превышающем 4000 долл.; 2) заключением в тюрьму на срок, не превышающий одного года; 3) штрафом в размере, не превышающем 4000 долл. и заключением в тюрьму на срок, не превышающий одного года (ст. 12.21 УК штата Техас).

Таким образом, формулируя уголовно-правовые нормы, предусматривающие наказание за курение табака и совершение запрещенных действий с определенными видами сигарет, государство публично демонстрирует свою заинтересованность в обеспечении здоровья населения и воплощает ее в правовой политике. Для современного российского общества возможность установления уголовно-правового запрета на курение представляет интерес только в теоретиче-

ском аспекте, поскольку государство еще не добилось эффективной реализации позитивного законодательства в рассматриваемой сфере. Было бы неверным брать под охрану уголовного закона область социальной действительности, пределы урегулированности которой в настоящее время не достигнуты.

Не меньший интерес для отечественной юридической доктрины представляет совокупность норм, изложенных в ст. 274, 275, 276 УК Индии¹, криминализирующих социально опасные деяния в сфере оборота лекарственных средств и медицинских препаратов. Так, в соответствии со ст. 274 УК Индии, «всякий, кто фальсифицирует лекарство или медицинский препарат таким образом, что уменьшается эффективность или изменяется действие такого лекарства или медицинского препарата или они становятся вредными для здоровья, имея намерение, чтобы они были проданы или использованы для медицинских целей, или заведомо зная, что они могут быть проданы или использованы для медицинских целей так, как если бы они не были фальсифицированы», подвергается уголовному наказанию в виде лишения свободы на срок до шести месяцев или штрафа. Под угрозой применения такого же наказания в ст. 275 и 276 УК Индии установлены уголовно-правовые запреты на продажу фальсифицированных лекарств, медицинских препаратов и продажу одного лекарства под видом другого лекарства.

Для нынешней российской действительности возможность криминализации общественно опасных деяний в сфере обращения лекарственных средств остается перспективным направлением деятельности законодателя. Пытаясь обеспечить высокий уровень защиты интересов потребителей лекарственных препаратов, в юридической доктрине высказано предложение по установлению уголовной и административной ответственности за подделку лекарств². Актуальным остается регулирование отношений, возникающих в связи с разработкой, производством, изготовлением, доклиническими и клиническими исследованиями лекарственных средств, контролем их качества, торговлей лекарствен-

¹ См.: Уголовный кодекс Индии (Закон от 10 мая 1860 г.) / под ред. Б.С. Никифорова. Перевод с англ. А.С. Михлина. М., 1958.

² См.: Максимов С.В. Фальсификация лекарственных средств в России: опыт экспертного мониторинга // Государство и право. 2006. № 12. С. 57.

ными средствами и медицинскими препаратами. Несмотря на то, что такого рода отношения в настоящее время упорядочены Федеральным законом от 12 апреля 2010 г. «Об обращении лекарственных средств», в литературе исследователи обращают внимание на существенные недостатки, допущенные представительным органом государственной власти в процессе нормотворческой деятельности¹.

Российскими нормотворцами может быть положительно воспринят опыт зарубежных коллег в части формулирования уголовно-правовых запретов в трансплантологии. Так, в соответствии с ст. 48.02 УК штата Техас «лицо совершает посягательство, если оно осознанно или намеренно предлагает купить, продать, приобретает, получает, продает или иным образом передает человеческий орган за вознаграждение». Такого рода посягательства образуют мисдиминор класса А и наказываются штрафом в размере, не превышающем 4000 долларов, либо заключением в тюрьму на срок, не превышающий одного года, либо штрафом в размере, не превышающем 4000 долларов, и заключением в тюрьму на срок, не превышающий одного года. По смыслу процитированной уголовно-правовой нормы, законодатель стремился криминализировать любые коммерческие сделки с органами и тканями человека, в том числе исключить вероятность вознаграждения донора со стороны реципиента или иных лиц за предоставленный трансплантационный материал. При этом он руководствовался положениями документов Всемирной медицинской ассоциации, осуждающими куплю-продажу человеческих органов и призывающими правительства всех стран принять эффективные меры для предотвращения использования органов и тканей человека в коммерческих целях². Запрещают приобретение или передачу человеческих органов и тканей в корыстных целях Федеральный закон США от

¹ См.: Милушин М.И. Формирование комплексных образований в системе законодательства Российской Федерации: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. М., 2003. С. 15; Рязанцева И.Б. Совершенствование законодательства об обороте лекарственных средств // Организованная преступность, терроризм, коррупция в их проявлениях и борьба с ними / под ред. А.И. Долговой. М., 2005. С. 191-194.

² См.: Декларация о трансплантации человеческих органов (1987, № 17.Q); Заявление о торговле живыми органами (1985, № 17.M); Резолюция по вопросам поведения врачей при осуществлении трансплантации человеческих органов (1994) // Сборник официальных документов Ассоциации врачей России: Врачебные ассоциации, медицинская этика и общемедицинские проблемы / под ред. В.Н. Уранова. М., 1995.

19 октября 1984 г. «О трансплантации органов»¹, Единый Акт об анатомическом даре от 7 августа 1987 г., одобренный Ассоциацией юристов США².

Одновременно уголовное законодательство штата Техас допускает возможность компенсации расходов, понесенных медицинским учреждением или донором в связи с осуществлением хирургической операции по пересадке человеческих органов и (или) тканей. Анализируемая уголовно-правовая норма не применяется, если вознаграждением является: 1) гонорар, уплачиваемый терапевту или иному медицинскому работнику за обычно оказываемые медицинские услуги или уплачиваемый за госпитальные и иные больничные услуги; 2) вознаграждением сумм юридических или медицинских расходов, понесенных в пользу конечного получателя органа; 3) вознаграждение сумм расходов проезда, проживания и неполученной заработной платы, понесенных донором человеческого органа в связи с дачей органа.

Исследуя сущность нормы, возлагающей на достигших возраста уголовной ответственности правоисполнителей обязанность по воздержанию от совершения купли-продажи органов и тканей человека, следует обратить внимание еще на одно обстоятельство. В целях однозначного понимания в правоприменительной деятельности судов содержания категории «человеческий орган», техасские законодатели сочли необходимым сформулировать его дефиницию в уголовном законе. Под человеческим органом понимается почка, печень, сердце, легкое, поджелудочная железа, глаз, кость, кожа, эмбриональная ткань человека или любой иной орган или ткань человека, исключая волосы, кровь и ее компоненты (включая плазму крови), производные или реагенты крови (п. «а» ст. 48.02 УК штата Техас). Несложно заметить, что в приведенном уголовно-правовом положении законодатели не стали разграничивать категории «орган» и «ткань». Между тем, по своей смысловой значимости названные категории отличаются друг от друга. Если под органом понимается нерегенеративная часть организма, выполняющая определенную функцию, то ткань – это регене-

¹ См.: The National Organ Transplant Act // U.S. Code Congressional and Administrative News. 1984. № 10. P. 2339-2348.

² См.: Legislative Responses to Organ Transplantation. Dordrecht: Martinus Nijhoff Publishers. 1994. P. 389-412.

ративная часть организма, представляющая собой общность сходных по структуре, функциям и происхождению клеток и межклеточного вещества¹.

С позиции оптимизации уголовно-правового обеспечения прав и свобод пациента в сфере трансплантологии практический интерес представляет Закон Великобритании от 27 июля 1989 г. «О трансплантации органов человека»². Упорядочивая отношения, возникающие в связи с изъятием от донора и пересадкой реципиенту человеческих органов, данный юридический документ одновременно включает в себя нормы и положения охранительного характера. Последние под угрозой применения уголовного наказания предупреждают деяния, нарушающие условия изъятия и использования органов и тканей человека. Занимательным в этом смысле является уголовно-правовая норма, устанавливающая ответственность за изъятие и пересадку органа, полученного от живого лица, генетически не идентичного реципиенту. Вид и размер возможного наказания для медицинских работников за совершение такого рода деяния не превышает трех месяцев лишения свободы (ст. 2 Закона Великобритании от 27 июля 1989 г. «О трансплантации органов человека»). По замыслу английских законодателей, соблюдение требования генетической идентичности, то есть близкородственной связи между живым донором и реципиентом, должно исключать коммерческие отношения в сфере трансплантологии и гарантировать безвозмездность прижизненного донорства³.

Содержание процитированных и кратко охарактеризованных уголовно-правовых норм, под угрозой привлечения к уголовной ответственности запрещающих возмездные сделки в отношении человеческих органов и тканей, а также изъятие, пересадку органа, полученного от живого лица, генетически не идентичного реципиенту, способны стать моделью построения аналогов в российской правовой системе. Необходимое теоретическое обоснование в пользу

¹ См.: Богоград В.Б., Нехлюдова А.С. Краткий словарь биологических терминов. М., 1963. С. 144, 205.

² См.: Legislative Responses to Organ Transplantation. Dordrecht: Martinus Nijhoff Publishers. 1994. P. 375-377.

³ См.: Тихонова С.С. Пожизненное и посмертное донорства в Российской Федерации: вопросы уголовно-правового регулирования. СПб., 2002. С. 120.

криминализации подобных общественно опасных деяний в отечественной уголовно-правовой доктрине представлено¹.

В медицинской и юридической практике стран англосаксонской правовой семьи в системе прав больного главенствующее место отводится праву на осознанное информированное добровольное согласие на лечение, вытекающее из конституционных гарантий свободы личности. Иные права пациента, как правило, основываются на концепции информированного согласия. Ее суть заключается в том, что необходимым предварительным условием любого медицинского вмешательства в человеческий организм является наличие свободно выраженного осознанного волеизъявления гражданина, полученного после предоставления ему врачом исчерпывающей информации о гарантированных законодательством правах и свободах. Профилактические, лечебные, хирургические и другие медицинские действия, выполненные в отношении больного с нарушением принципа информированного согласия, в рассматриваемых национальных правовых системах оцениваются как деяния противозаконные. Так, в решении по делу *Moor v. Regents of University of California*, вынесенном в США в 1990 г., суд постановил, что использование врачом тканей пациента, отделенных от его тела в ходе диагностики или лечения, без ведома пациента или против его воли, является нарушением права на информированное согласие².

В правоприменительной практике впервые доктрина информированного согласия пациента на участие во врачебных операциях нашла отражение в решении судьи *Cardozo*, вынесенном в 1914 г. по делу *Schloendorff v. Society of New York Hospital*: «Каждый взрослый дееспособный человек, находящийся в здравом уме, имеет право самостоятельно определять, что должно быть сделано с его собственным телом; хирург же, оперирующий без согласия пациента, со-

¹ См.: Тихонова С.С. Пожизненное и посмертное донорства в Российской Федерации: Вопросы уголовно-правового регулирования. СПб., 2002. С. 128-129; Блинов А.Г. Уголовно-правовая политика в сфере охраны прав пациента и ее оптимизация // Закон, человек, справедливость: философско-правовые проблемы: Всероссийская научно-практическая конференция (19-21 мая 2003 г.) / под ред. А.И. Демидова, А.В. Малько. Саратов, 2004. С. 43.

² См.: Magnusson R.S. Confidentiality and consent in medical research: some recurrent, unresolved legal issues faced by IECs // *Sydney law rev.* 1995. Vol. 17. № 4. P. 548-572; Афанасьева Е.Г. Мэгноссон Р.С. Соблюдение конфиденциальности и права пациента на информированное согласие при проведении медицинского исследования в Австралии // // Реф. жур. Сер. 4. Государство и право. 1998. № 2. С. 146-147.

вершает преступление»¹. В более поздних прецедентах правоприменители сочли необходимым конкретизировать процитированное судебное решение. Для этого они сформулировали правовое положение, согласно которому волеизъявление пациента на осуществление лечебных мероприятий должно быть информированным и осознанным. Так, в 1957 г. Калифорнийский апелляционный суд разъяснил: «врач нарушает свой долг перед пациентом и подлежит ответственности, если он утаивает какие-либо факты, необходимые для формирования осознанного согласия на медицинское вмешательство»². Объем и содержание передаваемых больному сведений, достаточных для выражения волеизъявления на операции медико-биологического характера, в законодательстве не представлены. С учетом медицинской практики они выработаны на уровне доктрины. Для принятия взвешенного решения пациента необходимо снабдить объективными сведениями о состоянии его здоровья, прогнозе развития болезни, цели предлагаемого медицинского вмешательства, риске лечебно-диагностического процесса, вероятности получения благоприятного результата врачебных действий, возможных разумных альтернативных методах лечения, последствиях отказа от предлагаемых медико-биологических услуг, квалификации медицинского персонала и др. Вся информация предоставляется в доступной форме и надлежащем объеме, достаточном для принятия взвешенного решения средним разумным пациентом. Ненадлежащее информирование больного перед выражением согласия на медицинскую операцию влечет юридическую ответственность. Показательным в этом смысле является дело *Sidaway v. Governors of Bethlem Royal Hospital*, рассмотренное Палатой лордов Великобритании в 1985 г. Согласно факту в результате послеоперационного осложнения, риск которого составлял 1%, больная была парализована. Назначенная по делу судебно-медицинская экспертиза дала заключение, оправдывающее медицинского работника. Тем не менее, один из лордов воспользовался правом

¹ Васильева Е.В. Институт добровольного информированного согласия пациента на медицинское вмешательство в российском и американском праве // Журнал российского права. 2004. № 9. С. 137; Ерофеев С.В., Ерофеева И.С. Принцип информированного согласия пациента: обзор зарубежной медицинской и юридической практики // Медицинское право. 2006. № 3. С. 42.

² См.: Ерофеев С.В., Ерофеева И.С. Принцип информированного согласия пациента: обзор зарубежной медицинской и юридической практики // Медицинское право. 2006. № 3. С. 42.

отклонить заключение эксперта, поскольку посчитал, что «осведомленность пациента о некоторых рисках столь важна для дачи информированного согласия на лечение, что ни один разумный профессионал не может уклониться от предупреждения о них»¹. По причине отсутствия в правовой системе Соединенного Королевства нормы, возлагающей на медицинских работников уголовно-правовой обязанности информировать пациента о возможных рисках медицинского вмешательства, врач привлечен к ответственности в рамках гражданского законодательства.

В контексте исследуемой проблемы интерес представляет другой пример из судебной практики по делу *Perna v. Pirozzi*, рассмотренный в 1983 г. в штате Нью-Джерси (США). Исходя из фактических обстоятельств дела, информированное согласие больного на выполнение хирургического вмешательства было получено одним врачом, а сами действия осуществлены другим, что послужило поводом для предъявления двух исков. К первому врачу – ввиду предоставления ограниченных сведений о предстоящей хирургической операции (он скрыл информацию о том, что ее будет проводить другой специалист), а ко второму доктору, фактически осуществившему медицинское вмешательство, - за выполнение соответствующих действий без согласия пациента².

Таким образом, принцип информированного добровольного согласия больного на врачебные действия лечебно-профилактического характера представляет своеобразную форму правовой защищенности пациента, способствующую восстановлению фактически существующего неравенства в системе отношений между медицинским работником и пациентом. Свободно выражая волеизъявление на выполнение медицинских операций, больной реализует право на обладание информацией, имеющей непосредственное отношение к его интересам. Однако оно не может служить основанием для освобождения медицинского работника от уголовной ответственности за ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей. Согласие больного приобретает черты обстоя-

¹ Афанасьева Е.Г. МакМэнас Ф., Рассел Э. Деликт // Реф. жур. Сер. 4. Государство и право. 2000. № 2. С. 138.

² См.: Васильева Е.В. Институт добровольного информированного согласия пациента на медицинское вмешательство в российском и американском праве // Журнал российского права. 2004. № 9. С. 137.

ательства, исключаящего преступность деяния, лишь при соблюдении правоисполнителями строго регламентированных в уголовном законе условий правомерности выполнения соответствующих действий. Подобного рода уголовно-правовые нормы и положения представлены в законодательных актах стран англосаксонской правовой семьи.

Согласию потерпевшего как обстоятельству, исключаящему преступность деяния, значительное внимание уделяется в Уголовном кодексе Индии (ст. 87-92). Так, в соответствии со ст. 87 УК Индии «действие, которым лицо, его совершившее, не имело намерения причинить смерть или тяжкий телесный вред и в отношении которого оно не знало, что оно может причинить смерть или тяжкий телесный вред, не является преступлением потому лишь, что это лицо причинило вред или намеревалось причинить им вред лицу старше 18 лет, давшему на причинение этого вреда прямо выраженное или подразумеваемое согласие; или потому лишь, что оно заведомо для лица, его совершившего, могло причинить вред такому лицу, согласившемуся на риск причинения ему такого вреда»¹. Как следует из содержания процитированной уголовно-правовой нормы, индийский законодатель, признавая за согласием потерпевшего значение обстоятельства, исключаящего преступность деяния, устанавливает пределы свободного распоряжения личными благами. В сферу свободного распоряжения не включена жизнь человека. Ограничения отчасти касаются и здоровья личности, когда последствием деяния, выполненного с волеизъявления потерпевшего, выступает тяжкий телесный вред. «Решая вопрос таким образом, составители Кодекса исходили из того, что дальнейшее ограничение области свободного распоряжения личными благами несовместимо с интересами общества, требующими, например, предоставления врачу права в целях научного эксперимента ставить под угрозу причинения вреда не только себя, но и других, если они согласны подвергаться риску»². При этом потенциальный потерпевший вследствие достигнутого психофизиологического развития и степени

¹ См.: Уголовный кодекс Индии (Закон от 10 мая 1860 г.) / под ред. Б.С. Никифорова. Перевод с англ. А.С. Михлина. М., 1958. С. 61.

² Никифоров Б.С. Уголовное законодательство Республики Индии. М., 1958. С. 31; Notes appended to the Draft Penal Code. 1836, Note B. P. 106-108.

социализации должен обладать способностью осознавать фактический характер совершаемых действий и руководить ими. По директиве законодателя физическое лицо компетентно адекватно оценивать сложившуюся ситуацию, когда оно старше восемнадцати лет. Согласие на лечение детей, не достигших восемнадцатилетнего возраста, как правило, дают родители или иные законные представители несовершеннолетнего ребенка.

Условия правомерности согласия пациента на производство медико-биологического вмешательства как обстоятельства, исключающего преступность деяния, дальнейшую регламентацию получили в ст. 88 УК Индии. Согласно ей «действие, которым лицо, его совершившее, не намеревалось причинить смерть, не является преступлением потому лишь, что это лицо причинило вред, или намеревалось причинить им вред, или знало, что оно может причинить вред лицу, для пользы которого оно добросовестно совершено и которое дало прямо выраженное или подразумеваемое согласие на причинение ему, или на риск причинения ему, такого вреда». В качестве иллюстрации обстоятельств, упорядоченных в данной статье, законодатель приводит следующий пример: «А., хирург, зная, что определенная операция может причинить смерть страдающему мучительной болезнью Z, но, не намереваясь причинить смерть, добросовестно, имея в виду пользу Z, делает ему эту операцию с согласия Z. А не совершил преступления»¹.

В отличие от предыдущей уголовно-правовой нормы, в соответствии с положениями ст. 88 УК Индии, с осознанно выраженного волеизъявления потерпевшего допускается вероятность причинения любого вреда личным интересам, если соответствующий правоисполнитель действует во благо пострадавшего человека. Наносимый вред при этом не является самоцелью, а выступает средством достижения благоприятного для пациента результата.

Согласие лица не может служить основанием для исключения преступности деяния, если оно дано: а) из страха причинения потерпевшему вреда или

¹ Уголовный кодекс Индии (Закон от 10 мая 1860 г.) / под ред. Б.С. Никифорова. Перевод с англ. А.С. Михлина. М., 1958. С. 62.

ввиду заблуждения в отношении какого-либо факта, когда деятель знает или имеет основание полагать, что волеизъявление получено под влиянием страха или заблуждения; б) лицом, которое по причине душевной болезни или опьянения было неспособно понимать характер и последствия того, что оно дало согласие; в) лицом, не достигшим 12-летнего возраста, за исключением случаев, когда обратное следует из контекста (ст. 90 УК Индии).

Институт согласия потерпевшего как обстоятельство, служащее основанием для защиты против уголовного преследования, основательно представлен в Примерном уголовном кодексе США и уголовных законах некоторых штатов¹. В соответствии с положениями, регламентированными в ст. 2.11 Примерного уголовного кодекса США, согласие потерпевшего на поведение, вменяемое в вину как посягательство, или на его результат, является основанием для защиты, если такое согласие исключает какой-либо из элементов этого посягательства или предотвращает причинение вреда или зла, предупреждение которого имеет в виду закон, определяющий это посягательство. Согласие не имеет силы, если дано лицом: не имеющим по закону права разрешать поведение, вменяемое в вину как посягательство; в силу малолетства, психической болезни либо неполноценности или опьянения явно либо заведомо для деятеля не способным осознавать характер или вредность поведения, вменяемого в вину как посягательство; непредусмотрительное согласие которого предупреждает закон, определяющий посягательство. Волеизъявление потерпевшего не исключает преступности деяния тогда, когда оно получено под воздействием силы, физического насилия или обмана, предупреждение которых является задачей закона, определяющего посягательство.

Основываясь на представленных положениях Примерного уголовного кодекса США, законодатели штата Техас развили институт согласия потерпевшего, распространив его на врачебную и иную профессиональную деятельность. Так, в соответствии с ст. 22.06 УК штата Техас надлежащее согласие потер-

¹ См.: Уголовный кодекс Пенсильвании (§ 311). Свод законов Пенсильвании – титул 18 // Соединенные Штаты Америки: Конституция и законодательные акты: Пер. с англ./Сост. В.И. Лафитский; Под ред. и со вступ. ст. О.А. Жидкова. М., 1993. С. 656-657; Уголовный кодекс штата Техас (ст. 22.06) / Науч. ред. И.Д. Козочкин. Пер. с англ. Д.Г. Осипова, И.Д. Козочкина. СПб., 2006. С. 203.

певшего или разумное предположение деятеля, что пострадавший выразил волю на поведение деятеля, является защитой против преследования за нападение, если: 1) такое поведение не угрожало причинением или не причинило тяжкого телесного вреда; 2) потерпевший осознавал, что такое поведение является опасным следствием: а) рода его занятий; б) признанного метода медицинского лечения; в) научного эксперимента, проводимого признанными методами.

Перечисленные варианты причинения вреда здоровью с согласия потерпевшего вполне естественно оцениваются законодателем в качестве допустимого побочного результата профессиональной деятельности, отражающейся на психосоматическом состоянии человека. Современная медицинская практика не исключает возможность наступления неблагоприятного для пациента исхода в нетипичных случаях протекания заболевания. Учитывая естественный характер риска во врачебной деятельности, такого рода опасные для здоровья личности последствия не отрицаются обществом. Предположительно по этой причине законодатели многих государств отказываются от оформления на право творческом уровне согласия пациента на поставление в опасность здоровья в качестве обстоятельства, исключающего преступность в поведении медицинского работника. Одновременно появляются сомнения в оправданности закрепления рассматриваемого института в уголовных законах Индии, США и других государств. Однако с правовой точки зрения позиция стран, регламентировавших согласие потерпевшего на причинение вреда, следует признать более убедительной. Надлежаще оформленное согласие больного на возможный неблагоприятный исход оказываемой помощи позволяет избежать юридических казусов, возникающих при оценке последствий врачебных манипуляций. Реализация уголовно-правового института согласия потерпевшего как обстоятельства, служащего основанием для защиты против преследования, служит официальным основанием для исключения преступности деяния врача. Закрепление согласия пациента в уголовном законодательстве в качестве исключающего преступность обстоятельства стимулирует медицинского работника к поиску

новых оптимальных методов повышения результативности профессиональной деятельности.

По результатам исследования сформированного в англосаксонской системе права механизма уголовно-правового обеспечения интересов пациента нам удалось получить выводы, которые обнаруживают резервы совершенствования регулятивного и охранительного законодательства, практики его исполнения и применения в Российской Федерации:

1) в процессе упорядочивания деятельности медицинских работников в государствах англосаксонской правовой семьи важная роль отводится нормам профессиональной этики, формулирующим нравственные требования к врачам во взаимоотношениях с пациентами. Стандарты этического поведения медицинского персонала, выработанные международными и внутригосударственными медицинскими ассоциациями, определяют публичные границы профессиональной деятельности. На правоприменительном уровне заданные стандарты способствуют объективной оценке качества предоставляемых пациентам услуг медико-биологического характера. Позитивный потенциал требований нравственности оказывает эффективное воздействие на поведение пациентов. Ориентированность в положениях медицинской этики позволяет больным чувствовать себя комфортно, избегать конфликтных ситуаций во взаимоотношениях с медицинским персоналом, контролировать качество оказываемой помощи и уровень обеспеченности прав и свобод. Соответствующие кодексы медицинской этики служат социальным ориентиром при разработке и принятии юридических документов в сфере здравоохранения;

2) правовое регулирование отношений в здравоохранительной системе в странах рассматриваемой группы осуществляется нормами международного права, федеральными конституционными актами и конституциями штатов, сводом законов о здоровье, специальными нормативными актами о правах пациента, многочисленными подзаконными документами. Высокая степень регламентации на уровне позитивного законодательства значительной части социальных отношений, складывающихся по поводу охраны здоровья человека и оказания

услуг медико-биологического характера, позволяет субъектам соответствующих правоотношений результативно удовлетворять собственные интересы в рамках предоставленных субъективных прав и возложенных юридических обязанностей. Наличие успешно функционирующего правового механизма противодействия правонарушениям в области здравоохранения способствует эффективному обеспечению прав и свобод пациента;

3) в условиях объективной невозможности упорядочить социальные связи в области здравоохранения посредством регулятивных отраслей законодательства возникает потребность обращения к мерам уголовно-правового характера, стимулирующим медицинских работников к надлежащему исполнению профессиональных обязанностей. Субсидиарный характер уголовно-правовых запретов обусловлен самодостаточностью позитивного правового воздействия на общественные отношения. Во многом по данной причине криминализованные в странах романо-германской правовой семьи, СНГ и Балтии опасные для пациента действия (бездействие) в государствах англосаксонской системы права не отнесены к разряду преступных деяний. Одновременно уголовное законодательство государств общего права включает нормы, не имеющие аналогов в Европе и Азии. Речь идет, в частности, о нормах, устанавливающих уголовно-правовые запреты на курение табачных изделий в определенных местах (ст. 48.01 УК штата Техас), совершение запрещенных действий с отдельными видами сигарет (ст. 48.015 УК штата Техас), совершение социально опасных деяний в сфере оборота лекарственных средств и медицинских препаратов (ст. 274-276 УК Индии), изъятие, пересадку органа, полученного от живого лица, генетически не идентичного реципиенту (ст. 2 Закона Великобритании от 27 июля 1989 г. «О трансплантации органов человека»);

4) в писаном праве англосаксонских стран без оценки оставлены часто встречающиеся во врачебной практике случаи профессиональных ошибок. При сложившихся обстоятельствах правоприменительная практика вынуждена опираться на результаты изысканий юридической и медицинской доктрин. Судебная практика выработала прецеденты, в соответствии с которыми в ошибках,

допущенных медицинскими работниками по неведению и недомыслию, наличествует вина правоисполнителя. Негативные для здоровья или жизни пациента последствия причиняются по неосторожности, которая является достаточным основанием для привлечения врача к уголовной ответственности за допущенную профессиональную погрешность. Неосторожное поведение деятеля характеризуется нарушением обязанности проявлять разумную предусмотрительность, уклонением от стандарта поведения компетентного медика. Отличие неосторожного действия (бездействия) от случая состоит в способности медицинского работника в конкретной ситуации избежать причинения вреда, приняв для этого соответствующие меры заботливости;

5) с юридической точки зрения позиция стран, регламентировавших согласие потерпевшего на причинение вреда, следует считать оправданной. Несмотря на то, что риск во врачебной практике является вполне естественным и не отрицается обществом, надлежаще оформленное согласие больного на возможный неблагоприятный исход оказываемой помощи позволяет избежать юридических казусов, возникающих при оценке последствий врачебных манипуляций. Реализация уголовно-правового института согласия потерпевшего как обстоятельства, служащего основанием для защиты против преследования, служит официальным основанием для исключения преступности в поведении медицинского работника. Закрепление согласия пациента в уголовном законодательстве в качестве исключаящего преступность обстоятельства стимулирует представителей медицинской специальности к поиску новых оптимальных методов повышения результативности профессиональной деятельности.

§ 4. Уголовно-правовая охрана прав и свобод пациента в системе мусульманского права

Идея надлежащего обеспечения прав и свобод пациента в равной степени актуальна и обретает юридическую форму в правовых системах большинства стран мира. Во многих суверенных государствах ее реализация характеризуется общностью в принципах и основополагающих правовых институтах. В то же время можно обнаружить выраженную специфику в известных мировому обществу механизмах социально-правового регулирования и охраны интересов личности. Собственные подходы к формированию и функционированию компонентов обозначенного механизма предлагают страны, дающие различную ценностную оценку правам и свободам человека. Во многом это зависит от отводимой роли религии в общности людей. В светских государствах церковь, преимущественно ориентированная на воспитание в человеке духовных качеств, не претендует на приоритетную роль в упорядочении межличностных и социальных отношений. Функции регулирования и охраны общественных связей в таких странах являются прерогативой законодательства. Иная роль отводится религии в мусульманских государствах, где влияние ислама сказывается на организации деятельности публичной власти, провозглашении социально-экономических приоритетов, определении содержания юридических норм и положений, нравственных ценностей и других сторон жизнедеятельности общества. Сфера его действия имеет едва ли не определяющее значение для мировоззрения самых широких слоев мусульманского населения¹. В странах, проповедующих учения ислама, правовой охране подлежат обусловленные и урегулированные религиозными нормами отношения. Результат прямого влияния

¹ Сюкияйнен Л.Р. Мусульманское право. Вопросы теории и практики. М., 1986. С. 3.

ислама на охранительное законодательство отчетливо отражается на формировании норм уголовного права, провозглашающих обязанность исключать из поведения соответствующих правоисполнителей посягательства на религиозные установления. В данном контексте объектами уголовно-правовой охраны становятся упорядоченные нормами шариата отношения между мусульманами. Шариат устанавливает идеологические и правовые границы действия уголовного законодательства, в рамках которых оно охраняет не противоречащие религиозным нормам интересы мусульманства. Показанное расхождение в механизме социально-правового обеспечения соответствующих объектов обнаруживается и в уголовно-правовом удовлетворении интересов лиц, нуждающихся в услугах медико-биологического характера. Проникнутые религиозным духом нравственные и юридические нормы, ориентированные на реализацию прав и свобод пациента, выделяются из массы аналогичных установлений, широко распространенных в светских государствах, в связи с чем у исследователей вызывают научно-практический интерес.

Ознакомление с содержанием уголовных законов отдельных стран, являющихся составной частью мусульманской правовой семьи, свидетельствует о том, что преимущественная часть не противоречащих религиозным предписаниям интересов больных лиц обеспечивается нормами общего характера. Уголовная ответственность медицинских работников, наносящих вред жизни или здоровью пациента, наступает по статьям, которые под угрозой применения наказания возлагают на всех правоисполнителей обязанность по воздержанию от умышленного или неосторожного причинения смерти или телесных повреждений другому человеку. Так, согласно ст. 616 Закона об исламских уголовных наказаниях Исламской Республики Иран¹, врач может быть наказан тюремным заключением на срок от одного года до трех лет с уплатой виры по требованию родственников потерпевшего, если причинит смерть вследствие небрежности, несоблюдения установленных правил безопасности или отсут-

¹ См.: Закон об исламских уголовных наказаниях Исламской Республики Иран / Науч. редактирование А.И. Ахани. Предисловие Ю.Н. Волкова. Перевод с персидского М.С. Пелевина. СПб., 2008.

ствия профессиональных знаний при осуществлении каких-либо действий, если данное деяние не является случайным. По этой же статье уголовного закона привлекаются к ответственности все иные правоисполнители, в том числе не обладающие признаками специального субъекта, нарушившие сформулированные в ее содержании уголовно-правовые обязанности по воздержанию от совершения соответствующих социально вредных деяний для личности.

По Уголовному кодексу Судана¹ медицинские и фармацевтические работники, наравне с другими правоисполнителями, привлекаются к ответственности за отказ от оказания необходимой помощи (ст. 75), неисполнение того, что положено по закону, по отношению к недееспособному лицу (ст. 76), фальсификацию лекарств и торговлю фальсифицированными лекарствами (ст. 84), причинение смерти по ошибке, то есть «если преступник совершил его по невнимательности, или из-за того, что он не предпринял необходимых мер предосторожности, или по причине совершения им того или иного незаконного действия» (ст. 132), нанесение ранения по ошибке (ст. 141), проведение операции аборта (ст. 135) и др.

Таким образом, законодатели исламских государств не стремились к выделению прав и свобод пациента в качестве самостоятельного объекта уголовно-правовой охраны. А немногочисленные уголовно-правовые нормы и положения, призванные обеспечивать сохранность интересов больных лиц и предупреждать вредоносные деяния медицинских работников, не связаны единой концепцией. В частности, в Законе об исламских уголовных наказаниях Исламской Республики Иран нормы, возлагающие на врачей, акушеров, фармацевтов уголовно-правовую обязанность по воздержанию от незаконного разглашения тайны частной жизни пациента (ст.648), производства аборта (ст. 623, 624), причинения повреждения эмбриону (ст. 487-493), располагаются в разных разделах. Следовательно, у них отличаются объединенные видовым признаком объекты уголовно-правовой охраны.

¹ См.: Уголовный кодекс Судана. Хартум, 1991 (на арабском языке).

Вместе с тем, в правовой системе отдельных мусульманских стран содержатся положения, которые способны существенно развивать теорию уголовно-правовой охраны человеческого эмбриона, стимулировать совершенствование законодательства в данной сфере. Речь идет, в частности, об уголовно-правовых нормах, обеспечивающих сохранность эмбриона человека, которые нашли отражение в Законе об исламских уголовных наказаниях Исламской Республики Иран (ст. 487-493) и Уголовном кодексе Судана (ст. 137). Опыт стран мусульманской правовой семьи в части уголовно-правовой охраны эмбрионального развития человека можно считать позитивным исходя из достигнутых ими результатов. Ориентиром заботливого отношения к человеческому плоду и разработке концепции по реализации его сохранности служат наставления Корана. В подтверждение сказанному можно сослаться на следующие положения Священного Корана, запрещающие женщинам прерывать беременность и приравнивающие такого рода деяния к убийству: «... Детей своих из страха обеднеть не убивайте, прокормим Мы и вас, и их; постыдных дел ни явно, ни сокрыто не касайтесь; и не лишайте жизни душу, которую Аллах запретной (для убийства сотворил), ...» (6: 151); «Когда свернется (и погаснет) солнце, ... Когда верблюдицы, несущие во чреве последний месяц, ... Когда распределятся души (по заслугам), ... Когда зарытую живьем младенца-девочку воспросят, ... За грех какой она была убита; ... Когда раскрыты будут свитки (записей добра и зла), ... (Тогда) познает каждая душа, что было ею уготовано вперед...» (81: 1, 4, 7-10, 14)¹.

Приведенное вероучение Корана, обращенное к массовому сознанию исламского мира, обуславливает содержание нравственных и юридических норм, стимулирующих в поведении мусульман отношение к человеческой жизни как священной ценности. Так, основанный на нормах шариата Исламский кодекс медицинской этики провозглашает: «Священность человеческой жизни все-сильна на всех ее стадиях, начиная от эмбриона и плода. Жизнь неродившегося ребенка должна быть спасена, кроме случаев абсолютной медицинской необхо-

¹ Коран // Перевод смыслов и комментарии В. Пороховой. М., 1993. С. 198, 493-494.

димости, признаваемых Законом ислама. Современные тенденции разрешения аборта исламом не признаются. Ислам предоставляет плоду некоторые права, например, право наследования: если беременная женщина приговорена к смерти, приговор приводится в исполнение лишь после того, как она родит и выходит своего ребенка»¹.

Провозглашенная духовная идея испытывает для своей беспрепятственной реализации потребность в правовой охране, удовлетворить которую призвано законодательство уголовное. Обеспечивая сохранность ценности эмбриона человека, Уголовный кодекс Судана в ст. 137 «Действия, повлекшие за собой смерть плода» закрепляет: «Любое лицо, которое совершает действия, приводящие к смерти плода в утробе матери, или к тому, что он рождается мертвым, или к тому, что он умирает вскоре после своего рождения, при том, что эти действия не являются необходимым для спасения жизни матери или для защиты ее от причинений ей существенного вреда, подвергается наказанию в виде тюремного заключения на срок не свыше двух лет или штрафом или обоим вышеперечисленным наказаниям одновременно, не освобождаясь при этом от обязанности выплаты установленного возмещения». Подвергается наказанию в виде тюремного заключения на срок не свыше трех лет или штрафу или обоим вышеперечисленным наказаниям одновременно, не освобождаясь при этом от обязанности выплаты установленного возмещения любое лицо, совершившее преступление, квалифицируемое как проведение операции аборта. Виновным в совершении преступления, квалифицируемого как проведение операции аборта, считается любое лицо, умышленно совершившее действия, в результате которых произошло абортирование плода любой женщины (ст. 135).

Закон об исламских уголовных наказаниях Исламской Республики Иран в главе 12 «Вира за причинение повреждения эмбриону» объединяет совокупность норм и положений, возлагающих на правоисполнителей уголовно-правовую обязанность по воздержанию от совершения деяний, наносящих вред человеческому существу в утробе матери. Следует обратить внимание на то,

¹ Введение в биоэтику. Учебное пособие. М., 1998. С. 218.

что вредоносные посягательства на эмбрион иранские законодатели рассматривают в системе с преступлениями против жизни и здоровья человека. В начале располагаются нормы, предусматривающие возмездие либо виру за причинение смерти и нанесение телесных повреждений, а потом – виру за повреждение эмбриона. В соответствии с уголовным законом возмездие представляет собой наказание, назначаемое виновному лицу за преступление против жизни и здоровья и равноценное вреду, причиненному этим преступлением (ст. 14 Закона об исламских уголовных наказаниях Исламской Республики Иран). А вира характеризуется как материальное возмещение вреда, причиненного преступлением против жизни и здоровья. Возмещение предоставляется потерпевшему либо его законному представителю, либо лицу, обладающему правом на возмездие. Размер виры определяется судьей в соответствии с исламским религиозным законом (ст. 15, 294). Вира уплачивается в случае: а) случайного причинения смерти или телесных повреждений, когда виновное лицо не имело намерения совершить преступление и причинить вред потерпевшему; б) квазиумышленного причинения смерти или телесных повреждений, когда виновное лицо не имело намерения совершить преступление в отношении потерпевшего, и его действия по характеру не представляли угрозу жизни здоровью; в) совершения умышленного преступления против жизни или здоровья, которое не подлежит наказанию в виде возмездия (ст. 295). В рамках рассматриваемой проблемы обращает на себя внимание то обстоятельство, что с позиции исламского права эмбрион представляет такую же ценность, как и здоровье человека. Традиционно в юридической доктрине ценность охраняемых уголовным правом объектов определяется пределами наказаний, предусмотренных в санкциях соответствующих норм. Объем наказания за преступное посягательство на человеческий плод соответствует санкциям, установленным за причинение вреда здоровью личности.

Открывает группу преступлений против эмбриона норма, формулирующая уголовно-правовой запрет на причинение какого-либо повреждения человеческому плоду, находящемуся в утробе матери, с момента его зачатия и до

появления на свет. В соответствии со ст. 487 Закона об исламских уголовных наказаниях Исламской Республики Иран в случае причинения повреждения эмбриону виновный обязан уплатить виру в следующем размере:

- 1) за повреждение спермы, находящейся в матке, - двадцать динаров;
- 2) за повреждение зиготы - сорок динаров;
- 3) за повреждение эмбриона на стадии формирования мягких тканей – шестьдесят динаров;
- 4) за повреждение эмбриона на стадии формирования костных тканей – восемьдесят динаров;
- 5) за повреждение эмбриона на заключительной стадии формирования мягких и костных тканей до момента появления живого духа – сто динаров¹;
- 6) за повреждение эмбриона после появления в нем живого духа - полная вира, если плод имеет мужские половые признаки, или половина полной виры, если плод имеет женские половые признаки, или три четвертых части полной виры, если половые признаки не могут быть точно определены.

Стадия развития плода в утробе матери учитывается законодателем также при определении объема уголовной ответственности за нанесенный эмбриону вред в случаях прерывания беременности. Наказание за подобное деяние назначается женщине, осуществившей аборт. Если в момент хирургической операции в ее матке находилось несколько эмбрионов, за повреждение каждого уплачивается отдельная вира (ст. 489, 490). Ответственность врачей, акушеров, фармацевтов за приготовление средств к прерыванию беременности или производство аборта установлена самостоятельной статьей Закона об исламских уголовных наказаниях Исламской Республики Иран (ст. 624). Ее санкция предусматривает наказание в виде тюремного заключения на срок от двух до пяти лет. При этом на осужденного медицинского или фармацевтического работника налагается дополнительная обязанность по уплате виры за причинение вреда человеческому плоду.

¹ Согласно примечанию законодателя, размер виры на всех вышеуказанных стадиях формирования плода не зависит от пола будущего ребенка.

В том случае, когда в результате искусственного прерывания беременности родится жизнеспособный ребенок, но потом он умрет, то наказанием за подобное деяние будет плата за кровь в полном объеме. Если же абортированный плод появится на свет уже мёртвым, то виновное лицо обязано выплатить компенсацию в меньших размерах.

В настоящее время в Исламской Республике Иран на уровне нормативных документов разрешено прерывание беременности женщинам в двух случаях: 1) если дальнейшее вынашивание беременности угрожает жизни матери будущего ребенка; 2) если плод имеет мальформации (признаки уродства)¹. Уголовное законодательство Судана закрепляет положения, в соответствии с которыми аборт не влечет ответственности в трех случаях: а) если проведение операции аборта было осуществлено для спасения жизни матери; б) если беременность наступила в результате совершения изнасилования, и срок беременности составлял менее девяноста дней и если женщина сама пожелала сделать аборт в подобных обстоятельствах; в) если установлено, что зародыш, находящийся в чреве матери, являлся мертвым (ч. 1 ст. 135).

Формирующаяся жизнь человека выступает в качестве основного непосредственного объекта уголовно-правовой охраны в составе преступления, представленном в ст. 488 Закона об исламских уголовных наказаниях Исламской Республики Иран. В ней говорится: «Если причинение смерти беременной женщине повлекло за собой повреждение плода или его выкидыш, дополнительно к вине за убийство беременной женщины уплачивается вира за повреждение эмбриона в размере, соответствующем стадии его развития». Рассмотрение человеческого плода в качестве самостоятельного объекта охраны, обособленного от здоровья беременной женщины, лишний раз свидетельствует о его значимости для исламского мира.

Таким образом, сочетая особо трепетное отношение ислама к появлению на свет человека с достижениями современной медицины, иранские законода-

¹ Zuhur S. Gender, sexuality and the criminal laws in the Middle East and North Africa: a comparative study. WWHR. 2005. 76 p.

тели стремились предельно дифференцировать уголовную ответственность за повреждение плода в зависимости от стадии эмбрионального развития и пола ожидаемого младенца. Примечательно, что уголовное законодательство охраняет не только жизнеспособность человеческого плода в утробе матери, но и предупреждает под угрозой применения наказания деяния, создающие угрозу причинения вреда его органам. Размер виры за повреждение органов эмбриона определяется пропорционально размеру виры за повреждение самого эмбриона с учетом стадии его развития (ст. 491 Закона об исламских уголовных наказаниях Исламской Республики Иран).

Содержание процитированных норм наглядно иллюстрирует ярко выраженную идеологическую роль религии в формировании уголовно-правовых запретов. Полученный вывод основывается на том, что примерно в представленной последовательности говорится о стадиях развития зародыша в чреве матери в переведенном на русский язык труде одного из самых почитаемых имамов – ан-Навави, в котором изложены сорок хадисов, охватывающих важнейшие аспекты мусульманской религии¹. Хадисы представляют собой предания о поступках пророка, записанные через много лет после его смерти. Они составили сунну, являющуюся вторым по значению после Корана источником мусульманского права. Так, в хадисе 4 «Стадии творения человека и завершение этого творения» говорится: «...Поистине, каждый из вас формируется во чреве своей матери в течение сорока дней в виде капли семени, затем он столько же пребывает (там) в виде сгустка крови и ещё столько же – в виде кусочка плоти, а затем к нему направляется ангел, который вдует в него дух. И он получает веление записать четыре вещи: удел (человека), срок его (жизни), его дела, а также то, счастливым он будет или злосчастным...».

Подводя промежуточный итог исследования специфики уголовно-правового обеспечения сохранности эмбриона человека в мусульманской системе права, нужно констатировать, что уголовное законодательство мусульманских государств, вслед за религиозными и нравственными предписаниями

¹ См.: 40 хадисов имама ан-Навави. Казань, 2006.

ислама, провозглашает святость человеческой жизни с момента зарождения. Для российского уголовного права, не рассматривающего эмбрион в качестве самостоятельного объекта охраны, обособленного от здоровья беременной женщины, нормотворческий опыт стран мусульманской правовой семьи по противодействию общественно опасным деяниям, причиняющим вред человеческой жизни на стадии эмбрионального развития, может вызвать заслуженный интерес и послужить основой оптимизации регулятивного и охранительного законодательства в данной сфере.

Важно обратить внимание также на то, что мусульманское право предоставляет медицинским работникам широкие возможности для инициативной деятельности. По согласованию с пациентом в целях достижения социально позитивного результата врач вправе отступать от существующих стандартов лечебной практики. Главное, чтобы такого рода профессиональная деятельность не противоречила догмам исламской религии. В противном случае на врача возлагается уголовно-правовая обязанность понести наказание в соответствии с действующим законодательством. Например, Уголовный кодекс Судана к разряду убийств относит причинение смерти потерпевшему с его согласия (эвтаназия). Лицо, виновное в совершении убийства, подвергается наказанию в виде тюремного заключения на срок не свыше семи лет, не освобождаясь при этом от обязанности выплаты установленного возмещения (ст. 131).

Противоречит религиозной догматике ислама и находит должную уголовно-правовую оценку в законодательстве вредоносное деяние медицинского работника, выражающееся в причинении вреда жизни и здоровью пациента, в том числе с волеизъявления последнего. Так, в соответствии со ст. 319 Закона об исламских уголовных наказаниях Исламской Республики Иран «врач независимо от степени квалификации и профессионализма несет ответственность за причинение вреда жизни или здоровью пациента, а также за причинение материального ущерба пациенту в результате лечения, осуществляемого им лично или под его руководством с разрешения самого пациента или законного представителя пациента».

По логике представленных и кратко охарактеризованных тезисов, непосредственная обусловленность социальных отношений религиозными требованиями исключает вероятность признания полезным результата деятельности, вступающего в противоречие с духом исламской правовой идеологии. Жесткие условия оказания услуг медицинского характера, продиктованные религиозными предписаниями, значительно ограничивают круг интересов, причинение вреда которым допускается с согласия пациента. Мусульманское уголовное законодательство устанавливает запрет на нанесение вреда жизни и здоровью человека независимо от его волеизъявления. Запрещается привлекать в качестве объектов биомедицинских исследований лиц, признанных недееспособными, если даже их опекуны выразили согласие на участие в эксперименте.

Соответствующие религиозным нормам и профессиональным правилам врачебные действия, выполненные с волеизъявления пациента, уголовное законодательство исламских государств относят к числу обстоятельств, исключающих преступность деяния. В частности, согласно ст. 59 Закона об исламских уголовных наказаниях Исламской Республики Иран «не считаются преступлением любые медицинские действия, дозволенные исламским религиозным законом, при условии, если они совершаются с согласия лица или его законных представителей и опекунов, а также с соблюдением соответствующих профессиональных правил и установленных государством норм. В экстренных случаях согласие перечисленных выше лиц не требуется». Сформулированное уголовно-правовое положение демонстрирует выраженное осознание исламским законодателем возможности достижения предельно эффективного результата в профессиональной медицинской деятельности только путем стимулирования новаторской инициативы врача. Готовый к инновационной деятельности медицинский работник обязан действовать исключительно в интересах и с согласия пациента, основываясь на установленных государством профессиональных правилах. Однако применение на практике новых методов диагностики и лечения пациента в мусульманских странах рассматривается не только как сугубо медицинская, но и как религиозно-нравственная проблема.

Учитывая специфику санкций норм мусульманского уголовного права, предусматривающих в качестве наказания за нанесенный преступлением вред наряду с тюремным заключением также имущественную ответственность, законодатель освобождает медицинского работника от обязанности возмещения причиненного с волеизъявления потерпевшего материального ущерба. Соответствующее положение закреплено в ст. 60 Закона об исламских уголовных наказаниях Исламской Республики Иран, согласно которой «врач не несет обязательств по возмещению вреда жизни и здоровью, если до начала лечения или хирургической операции он был освобожден от этих обязательств с согласия пациента или его законного представителя, либо не имел возможности получить такое согласие в случае экстренных обстоятельств». В этом смысле мусульманское уголовное право включает в свое содержание элементы частного правового характера. Их суть заключается в достижении соглашения между врачом и пациентом о возможных побочных результатах профессиональной медицинской практики, отклоняющейся от существующих стандартов в процессе достижения общественно полезного результата.

Однозначная позиция относительно уголовно-правовой оценки согласия потерпевшего на причинение ему вреда выработана законодателями Афганистана и Судана. В уголовном праве Афганистана добровольное согласие больного на операцию включено в число обстоятельств, исключающих преступность деяния¹.

Аналогичный правовой подход прослеживается в Уголовном кодексе Судана, который не усматривает признаки преступления в поведении медицинского работника, повлекшего за собой причинение вреда здоровью другого лица, если оно было совершено с явного или молчаливого согласия потерпевшего (ст. 17). Положения данной статьи уголовного закона не распространяются на действия, вероятным исходом которых выступают смерть или тяжкие телесные повреждения. Утрачивает юридическое значение согласие больного: а) выраженное под давлением со стороны иных лиц или же в результате неправильного

¹ См.: Наумов А.В. Российское уголовное право. Общая часть. Курс лекций. М., 1996. С. 525.

понимания происходящего. При этом врач, исполняющий профессиональные функции, должен знать о том, что согласие получено в результате принуждения или же вследствие ошибки; б) предоставленное в несовершеннолетнем возрасте; в) не способного постичь сути того, на что он соглашается, в результате своей умственной неполноценности или душевной болезни (ст. 3).

Таким образом, проведенное исследование позволяет выявить специфику в уголовно-правовом обеспечении прав и свобод пациента в государствах мусульманской правовой семьи, суть которой можно отразить в следующих основных положениях:

1) тесная связь уголовного права стран мусульманской правовой семьи с исламом как религиозной системой обнаруживает особенности в механизме уголовно-правового обеспечения прав и свобод пациента. Мусульманское уголовное право берет под охрану упорядоченные религиозными догмами отношения. Исламская правовая идеология позволяет обеспечивать уголовно-правовой охраной отношения, социальная значимость которых признана религиозной моралью без дополнительного юридического подтверждения на уровне позитивного законодательства;

2) в правовой системе мусульманских государств отсутствует системный подход к уголовно-правовому обеспечению прав и свобод пациента. У исламского законодателя не прослеживается стремление к выделению прав и свобод пациента в качестве самостоятельного объекта уголовно-правовой охраны. Преимущественная часть не противоречащих религиозным предписаниям интересов больных лиц обеспечивается нормами общего характера. Немногочисленные уголовно-правовые нормы и положения, призванные охранять интересы пациента и предупреждать вредоносные деяния медицинских работников, не связаны единой концепцией;

3) в соответствии с обозначившейся уголовно-правовой позицией законодательства мусульманских стран, вслед за религиозными и нравственными предписаниями ислама, провозглашают святость человеческой жизни с момента зарождения. Рассмотрение эмбриона в качестве самостоятельного объекта

охраны, обособленного от здоровья беременной женщины, лишней раз свидетельствует о религиозно обусловленном подходе к уголовно-правовому обеспечению естественных прав и свобод личности;

4) сочетая особо трепетное отношение ислама к появлению на свет человека с достижениями современной медицины, законодатели мусульманских стран стремились предельно дифференцировать уголовную ответственность правоисполнителей за повреждение плода в зависимости от стадии эмбрионального развития и пола будущего ребенка;

5) положительно воспринимая достигнутые перспективными зарубежными научными школами учения об институте согласия потерпевшего, мусульманское уголовное право демонстрирует определенную специфику в правовой оценке причинения вреда интересам пациента с его волеизъявления. Уголовное законодательство исламских государств относит к числу обстоятельств, исключающих преступность деяния, соответствующие религиозным нормам и профессиональным правилам действия медицинских работников, исполненные с согласия пациента. Призванное обеспечивать уголовно-правовое удержание врачей от противоречащих исламскому религиозному закону действий, представленное положение одновременно стимулирует врачей к поиску новых эффективных методов и средств диагностики и лечения больных.

Раздел III. Уголовно-правовой механизм охраны прав и свобод пациента от преступных посягательств и их предупреждения

Глава 1. Понятие уголовно-правового механизма охраны прав и свобод пациента и характеристика элементов, его образующих

§ 1. Понятие уголовно-правового механизма охраны прав и свобод пациента

С момента провозглашения в Конституции РФ права каждого человека на охрану здоровья и медицинскую помощь проблема юридического оформления отношений в системе здравоохранения находится в орбите активного обсуждения представителей законодательной и исполнительной ветвей власти, юридической и медицинской доктрины, практической медицины и общественных организаций по защите прав пациента. Столь пристальное внимание к потребностям правовой регламентации сферы медицинского и фармацевтического обслуживания населения объясняется заметным ростом количества конфликтных случаев между врачами и больными, получивших широкий общественный резонанс благодаря публикациям в средствах массовой информации. Пытаясь нейтрализовать возрастающее напряжение между исполнителями и потребителями медицинских услуг, государство встало на путь динамичного принятия нормативных актов, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья людей. Оперативное реагирование законодателя на имеющиеся противоречия в социальных отношениях следует оценивать положительно. Увеличение численности юридических документов здравоохранительного характера способствовало совершенствованию структурных компонентов правового статуса пациента и медицинского работника, уточнению критериев качества скорой, специализированной, в том числе высокотехнологичной врачебной помощи. Вместе с тем, наблюдаемая активная нормотворческая практика в здравоохранительной сфере, нередко сопровождающаяся фрагментарными нововведениями, характеризуется выраженными недостатками. Кон-

центрируясь на содержании отдельных институтов здравоохранительного законодательства, нормотворцы безосновательно не уделяют должного внимания объективно существующим потребностям в разработке целостного механизма обеспечения прав, свобод и не противоречащих закону интересов лиц, обращающихся в федеральные, муниципальные либо частные лечебно-профилактические учреждения за услугой медико-биологического характера. Не связанные единой юридической логикой нормы и положения порой порождают неодолимые препятствия в борьбе с профессиональной преступностью медицинских работников. «Существующая практика поспешного принятия немалого количества законов без наличия механизма реализации прав требует в дальнейшем внесения в них изменений и дополнений, либо детального толкования, принятия постановлений Правительства РФ, других подзаконных нормативно-правовых актов. Если законодательную базу, провозглашающую широкие гражданские права и их защиту, можно создать сравнительно быстро, обращаясь к накопленному отечественному, зарубежному и международному правовому материалу, то элементы механизма осуществления гражданских прав и исполнения обязанностей могут быть сформированы лишь за довольно продолжительный срок кропотливой работы: научной, правотворческой, просветительской, правоприменительной, организационной»¹.

Рассмотрение сущности и структурных компонентов уголовно-правового механизма охраны прав и свобод пациента с точки зрения методологии изучения соответствующих категорий логично начинать с формулирования дефиниции уголовно-правового механизма и анализа его неотъемлемых признаков. Обращение к теории уголовно-правового механизма продиктовано необходимостью выстраивания взаимосвязанных и взаимообусловленных составляющих охраны прав и свобод пациента в логически завершенную конструкцию. Обоснование дефиниции уголовно-правового механизма, его структурных компонентов, функциональных связей и пределов действия позволит отразить накоп-

¹ Вавилин Е.В. Механизм осуществления гражданских прав и исполнения обязанностей: автореф. дис. ... д-ра юрид. наук. М., 2009. С. 3.

ленные фундаментальные знания в теоретической модели по реализации уголовно-правового механизма охраны прав и свобод пациента от преступных посягательств и их предупреждению. Фактические условия для разработки такой конструкции в настоящий момент созданы усилиями нормотворческой и правоприменительной практики, представителей научной общественности. Так, отечественная правовая система в последние годы существенно расширилась за счет принятия многочисленных нормативных документов, регламентирующих сферу охраны здоровья граждан и оказания врачебной помощи. Учеными и практическими работниками даны комментарии по применению юридических норм и положений, сориентированных на упорядочивание отдельных направлений медицинской, фармацевтической, психиатрической, генно-инженерной деятельности. Современная юридическая доктрина обогатилась результатами исследований, практическое внедрение которых оказало позитивное воздействие на качество оказываемой населению медико-социальной помощи. Накопленные знания, умения и навыки позволили представителям правоохранительных органов и суда унифицировать практику квалификации правонарушений в системе здравоохранения.

Основу исследуемого понятия составляет термин «механизм», лексическое значение которого раскрывается в специализированных справочных изданиях, широко оперируют им в общей теории права и отраслевых юридических науках. Большой толковый словарь русского языка значение слова «механизм» разъясняет в четырех смысловых оттенках: 1) совокупность подвижно соединенных частей, совершающих под действием приложенных сил заданные движения; устройство машины, прибора, аппарата и т.п.; 2) внутреннее устройство, система чего-либо; 3) методика (свойственно устной, разговорной речи); 4) совокупность состояний и процессов, из которых складывается какое-либо физическое, химическое, физиологическое, психологическое и тому подобное явление¹. Его синонимами являются слова «машина», «устройство»².

¹ См.: Большой толковый словарь русского языка. СПб., 1998. С. 539.

² См.: Александрова З.Е. Словарь синонимов русского языка / под ред. Л.А. Чешко. Изд. 4-е, репродуцированное. М., 1975. С. 224.

Составители Русского толкового словаря под механизмом понимают: 1) устройство, приспособление, состоящее из подвижно соединенных частей, совершающих под действием приложенных сил заданное движение; 2) внутреннее устройство, систему; 3) совокупность процессов, на которых основывается какое-нибудь явление¹. Словарь иностранных слов и выражений смысловую нагрузку интересующего нас понятия описывает как: 1) устройство для передачи и преобразования движения, представляющее собой систему тел; 2) внутреннее устройство, система чего-либо; 3) совокупность состояний и процессов, из которых складывается какое-либо явление².

Суть представленных разъяснений свидетельствует о том, что филологическая наука придерживается единой позиции при трактовке семантического содержания слова «механизм». В общеупотребительном значении он охватывает совокупность взаимообусловленных компонентов, необходимых и достаточных для упорядочивания широкого круга явлений и процессов. Приведенное универсальное толкование взято за основу многими представителями гуманитарных наук, использующими категорию «механизм» для обоснования теоретических конструкций, функциональное назначение которых ориентировано на достижение прогрессивных результатов в различных сферах жизнедеятельности людей. Яркую выраженную заинтересованность в применении указанной категории проявляют науки правового цикла. В юриспруденции оперируют выражениями «механизм правового регулирования»³, «механизм правового воздействия»⁴, «механизм правовой охраны»⁵, «механизм реализации права»⁶,

¹ См.: Лопатин В.В., Лопатина Л.Е. Русский словарь. – 5-е изд., стереотип. М., 1998. С. 292-293.

² См.: Словарь иностранных слов и выражений / авт. – сост. Е.С. Зенович. М., 1998. С. 293.

³ См.: Алексеев С.С. Механизм правового регулирования в социалистическом государстве. М., 1966; Грошев А.В. Функция правосознания в механизме уголовно-правового регулирования: автореф. дис. ... д-ра юрид. наук. Екатеринбург, 1997; Кропачев Н.М. Механизм уголовно-правового регулирования: дис. ... д-ра юрид. наук в форме научного доклада. СПб., 2000.

⁴ См.: Коган В.М. Социальный механизм уголовно-правового воздействия. М., 1983; Дуюнов В.К. Механизм уголовно-правового воздействия: Теоретические основы и практика реализации: автореф. дис. ... д-ра юрид. наук. М., 2001; Чучаев А.И., Фирсов А.П. Уголовно-правовое воздействие: понятие, объект, механизм, классификация. М., 2010.

⁵ См.: Фефелов П.А. Механизм уголовно-правовой охраны. Основные методологические проблемы. М., 1992; Ступников А.Г. Государственно-правовой механизм охраны права интеллектуальной собственности (вопросы теории): автореф. дис. ... канд. юрид. наук. М., 2001.

⁶ См.: Завадская Л.Н. Механизм реализации права. М., 1992; Сулейманов Т.А., Павлухин А.Н., Эриашвили Н.Д. Механизм и формы реализации норм уголовного права. М., 2007.

«механизм обеспечения прав и свобод человека»¹, «механизм ограничения прав и свобод человека и гражданина»², «механизм формирования правомерного поведения»³, «механизм осуществления гражданских прав и исполнения обязанностей»⁴ и т.д. Широкое использование термина «механизм» в наименовании и структурных составляющих монографических трудов свидетельствует о том, что методологический потенциал рассматриваемой категории способен обеспечить благоприятные условия для решения задач, стоящих перед отраслями юридических наук. «Важно лишь, чтобы престижность соответствующего понятийного аппарата в терминологии не привела к неоправданному их использованию, а отсюда обесценению этой проблемы, утрате ею необходимой определенности: к такой ее постановке, при которой всякая последовательная связь между правовыми явлениями служила бы основанием для конструирования понятия механизма, к тому же подчас связанного со стремлением представить его чуть ли не единственно оправданным в научном отношении»⁵. Во всех случаях функциональное назначение категории «механизм» состоит в системном структурировании внутренней составляющей правовой действительности.

Включаясь в сферу правоправедения, понятие механизма обогащается качественно новыми признаками, определяющими его юридическую природу и служебную роль, придающими положительную динамику социальным явлениям и процессам. В приобретенном статусе изучаемый феномен хорошо известен под именем «правовой механизм», объем конструктивных свойств которого обусловлен существующими в доктрине подходами к постановке и решению конкретной проблемы. Использование его методологического потенциала в плоскости функционирования юридических норм позволяет результативно упорядочивать и развивать общественные отношения, позитивно воздейство-

¹ См.: Мордовец А.С. Социально-юридический механизм обеспечения прав человека и гражданина. Саратов, 1996; Авдеев Д.А. Правовой механизм обеспечения прав и свобод человека и гражданина в субъектах Российской Федерации: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. Тюмень, 2004.

² См.: Ашихмина А.В. Конституционно-правовой механизм ограничения прав и свобод человека и гражданина: дис. ... канд. юрид. наук. Волгоград, 2009.

³ См.: Нурпеисов Е.К. Механизм формирования правомерного поведения личности: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. М., 1980.

⁴ См.: Вавилин Е.В. Механизм осуществления гражданских прав и исполнения обязанностей: автореф. дис. ... д-ра юрид. наук. М., 2009.

⁵ Алексеев С.С. Общая теория права. В двух томах. Т. II. М., 1982. С. 11.

вать на поведение людей, обеспечить охраной объекты правового регулирования, гарантировать реализацию субъективных прав и свобод личности и т.д.

Основные аспекты явления, называемого правовым механизмом, стали предметом изучения теории государства и права. В числе первых понятие правового механизма наполнил соответствующим содержанием К.В. Шундиков. По мнению ученого, правовой механизм – это «необходимый и достаточный для достижения конкретной юридической цели системный комплекс юридических средств, последовательно организованных и действующих поэтапно по определенной нормативно заданной схеме (процедуре)»¹. Несколько позднее автор внес коррективы в процитированную дефиницию, которые не оказали влияния на ее сущностные составляющие: «правовой механизм есть объективированный на нормативном уровне, системно организованный комплекс юридических средств, необходимый и достаточный для достижения конкретной цели (совокупности целей)»².

В сформулированных К.В. Шундиковым определениях обращают внимание на себя признаки, характерные правовому механизму. Первый из них закрепляет, что правовой механизм представляет собой объективированный на нормативном уровне стабильный по составу комплекс юридических средств. По назначению указанное свойство призвано отражать материальную природу и внутреннюю структуру рассматриваемого феномена. Понятие «юридические средства» автор употребляет в широком смысле, охватывая им правовые регуляторы, «отличающиеся спецификой природы и структуры, а также конкретными задачами и функциями. Это нормы права, правовые принципы и презумпции, субъективные права и юридические обязанности, запреты и санкции, льготы и поощрения, юридические факты, правовые отношения, правовые институты, процедуры, режимы и механизмы, договоры и правоприменительные акты, разнообразные правореализационные действия и операции и пр.»³.

¹ Шундиков К.В. Механизм правового регулирования: учебное пособие / под ред. А.В. Малько. Саратов, 2001. С. 42.

² Шундиков К.В. Правовые механизмы: основы теории // Государство и право. 2006. № 12. С. 15.

³ Шундиков К.В. Механизм правового регулирования: учебное пособие / под ред. А.В. Малько. Саратов, 2001. С. 36.

Второй признак в процитированных ранее дефинициях уточняет, что правовой механизм образует не произвольная совокупность, а системно организованный комплекс юридических средств, функционирующих сообща. «Правовой механизм не смог бы выполнить свое функциональное назначение, – обобщает К.В. Шундигов, – если бы явился лишь произвольной совокупностью различных юридических феноменов, не был бы органической системой, устойчивым комплексом взаимосвязанных правовых инструментов, призванных «работать» как единое целое»¹.

Третий признак разъясняет, что правовой механизм сконструирован для реализации конкретной цели или совокупности целей. Цели правового механизма, в представлении ученого, охватывают функциональные и предметные ориентиры. Функциональная цель правового механизма достигается посредством практического использования нормативных инструментов субъектами правоотношений. Предметная цель отражает «конечные результаты, которые должны наступить при использовании юридических средств на практике, конкретные последствия правового регулирования, выраженные в определенных изменениях в системе социальных отношений, которых не существовало до использования правового инструментария»².

Краткий анализ представленной совокупности признаков позволяет констатировать, что на уровне правопонимания они вносят должную ясность в определение правового механизма. Такая совокупность в количественном отношении минимальна, но достаточна для восприятия его сущности, функциональной направленности, конечного результата действия. Универсальный характер предложенной дефиниции правового механизма позволяет распространить ее значение на отдельные отрасли российской правовой системы, принимая во внимание при этом специфику решаемых конкретной отраслью законодательства задач. Мы солидарны с позицией О.Э. Лейста о том, что «понятия, которыми оперирует теория государства и права, по степени обобщенности

¹ Шундигов К.В. Правовые механизмы: основы теории // Государство и право. 2006. № 12. С. 17.

² Шундигов К.В. Указ. соч. С. 16.

должны иметь значение для всех отраслевых наук»¹. Не является исключением из вышесказанного отрасль уголовного права, объективно испытывающая потребность в системном обосновании всего процесса противодействия преступности².

Вместе с тем, в представленном ученому сообществу для осмысления определения правового механизма обнаруживаются некоторые погрешности, которые существенно не снижают его качественных характеристик. Как отмечалось ранее, к числу неотъемлемых признаков правового механизма автор относит нормативные и правореализационные юридические средства. Под юридическими средствами он предлагает понимать «взятую в единстве совокупность правовых установлений (инструментов) и форм правореализационной практики, с помощью которых удовлетворяются интересы субъектов права и обеспечивается достижение социально полезных целей»³. Такое толкование значения выражения «юридические средства», по сути, согласуется с выработанным в теории государства и права учением о правовых средствах⁴. Но можно ли признать удачным использование термина, сочетающего в себе множество обобщенных способов реализации потребностей участников правоотношений, в качестве признака правового механизма? На наш взгляд, ответ на поставленный вопрос очевиден, и он будет отрицательным. При формулировании содержания столь значимой правовой конструкции его составитель должен употреблять категории, которые имеют предельно конкретное, общепринятое лексическое значение, понятное для правоисполнителей и правоприменителей. Термин «юридические средства» не отвечает предъявляемым требованиям. Ни в общей теории права, ни в отраслевых науках к настоящему моменту ученым не удалось достичь единства во взглядах по вопросу о сущности данного фено-

¹ Лейст О.Э. Санкции и ответственность по советскому праву. М., 1981. С. 127.

² См.: Рарог А.И. Принцип системности права и развитие уголовного законодательства // Уголовное право: стратегия развития в XXI веке: материалы 3-й Международной научно-практической конференции. М., 2006. С. 3-4; Безверхов А.Г. Системный подход в науке уголовного права // Системность в уголовном праве. Материалы II Российского Конгресса уголовного права, состоявшегося 31 мая – 1 июня 2007 г. М., 2007. С. 50-54.

³ Шундииков К.В. Механизм правового регулирования: учебное пособие / под ред. А.В. Малько. Саратов, 2001. С. 32.

⁴ См.: Матузов Н.И., Малько А.В. Теория государства и права: учебник. М., 2005. С. 507; Малько А.В. Правовые средства: вопросы теории и практики // Журнал российского права. 1998. № 8. С. 66-77.

мена, которая нашла бы выражение в признаваемой большинством специалистов дефиниции. Исходя из логики суждений К.В. Шундикова, в структуре правового механизма роль самостоятельного элемента отводится нормам права, правовым принципам, субъективным правам, юридическим обязанностям, запретам, санкциям, льготам, поощрениям, юридическим фактам, правовым отношениям, правовым институтам, процедурам, режимам и механизмам, правоприменительным актам, разнообразным правореализационным действиям и т.д. В перечисленном многообразии различных по природе, функциям и задачам юридических инструментов и форм правореализационной практики отдельные составляющие явно не вписываются в схему правового механизма. Конечно, представления о всякой структуре условны, но и условность должна иметь свои границы. Признание субъективного права, юридической обязанности, юридического факта, санкции правовой нормы, правового института, режима, механизма внутренним элементом правового механизма означает выход за допустимые рамки условности. Так, вряд ли кому-нибудь удастся отыскать весомые аргументы, подтверждающие тезис о том, что составной частью правового механизма выступает сам правовой механизм.

Наиболее очевидные противоречия обнаруживаются путем сопоставления авторского понимания правового механизма и отдельных разновидностей юридических средств. Проводя теоретическую границу между правовым механизмом, правовым институтом, правовым режимом и другими правовыми категориями, исследователь формулирует ряд промежуточных выводов, затрудняющих восприятие анализируемой юридической конструкции. Согласно им, правовые механизмы включаются в структуру правовых институтов в качестве их регулятивных компонентов. В свою очередь правовой режим, по сравнению с правовым механизмом, обосновывается как явление, имеющее более масштабный объект воздействия¹. Сопоставление полученных выводов с ранее приведенными суждениями свидетельствует, что названные правовые феномены не могут служить частью правового механизма. В противном случае будут нару-

¹ См.: Шундиков К.В. Правовые механизмы: основы теории // Государство и право. 2006. № 12. С. 19-20.

шены правила формальной логики о соотношении части и целого. По этой же причине в качестве однопорядковых категорий нельзя рассматривать норму права и санкцию. Санкция выступает структурным компонентом правовой нормы, предназначение которой состоит в прямом воздействии на адресата посредством изменения юридического статуса в худшую или лучшую для него сторону¹.

Поставив в ряд равнозначных признаков правового механизма правоотношения, субъективные права, юридические обязанности, юридические факты, акты реализации субъективных прав и обязанностей, ученый искажает смысл теорий об условиях возникновения, прекращения, изменения правоотношений и их содержании. На уровне доктрины субъективные права, юридические обязанности, юридические факты, акты реализации субъективных прав и обязанностей не принято рассматривать вне правоотношений². Однако это не самое главное заблуждение автора о сущности правового механизма. В специальных исследованиях правоотношение рассматривается как особый вид связи права с регулируемыми им общественными отношениями. По мнению Р.О. Халфиной, «в ней диалектически сочетается абстрактность нормы с конкретностью данного жизненного отношения»³. Правоотношение, выступая объективным проявлением юридической нормы в социальной сфере, не характеризует внутреннюю сущность правового механизма. Созданием правовых механизмов государство формирует условия для удовлетворения необходимых потребностей граждан в перспективе. Процесс их реализации в рамках конкретного правоотношения можно считать лишь отражением правового механизма в реальной действительности. Поэтому ни правоотношение, ни тесно связанные с ним субъективные права, юридические обязанности, юридические факты, акты реализации субъективных прав и обязанностей не могут быть наделены свойствами признака правового механизма. По логике изложенных суждений в качестве базо-

¹ См.: Разгильдиев Б.Т. Уголовный закон: понятие, форма реализации, уголовно-правовая характеристика некоторых его элементов // Вестник Южно-Уральского государственного университета. 2003. № 12. Серия «Право». Выпуск 4. С. 23-24.

² См.: Кулапов В.В. Проблемы теории государства и права: учебное пособие. Саратов, 2009. С. 345.

³ Халфина Р.О. Общее учение о правоотношении. М., 1974. С. 6.

вого элемента правового механизма целесообразно признать взаимообусловленную совокупность норм права. Регламентируя юридический статус участников правоотношений, они конструируют модель правомерного поведения физических и юридических лиц. Их совокупность должна быть достаточной для решения социально значимых задач, стоящих перед соответствующей отраслью законодательства.

Исходя из отраслевой принадлежности и функционального назначения, модель правового механизма в юриспруденции используется для упорядочения социально значимых отношений и обеспечения их стабильного развития, создания гарантий осуществления прав и свобод гражданина, оказания позитивного воздействия на поведение правоисполнителей, охраны частных и публичных интересов от преступных посягательств. Универсальный характер инструментария правового механизма привлекает внимание широкого круга научных и практических деятелей, направляющих свои профессиональные усилия на повышение качества жизнедеятельности людей в различных сферах. Содержание сформулированных перед настоящей работой цели и задач диктует необходимость в выработке понятия уголовно-правового механизма и определения его служебной роли. Актуальность обращения к указанной проблеме обусловлена тем, что имеющиеся в общей теории права концепции правового механизма не учитывают отраслевой специфики уголовного законодательства, его социального предназначения.

В доктрине уголовного права категорией «уголовно-правовой механизм» пользуются достаточно часто. Включая ее в наименования и структурные части монографических и учебных изданий, авторы стараются обобщить накопленный опыт противодействия отдельным видам преступности и придать ему системный вид. Специалистам удалось заложить методологический фундамент в основание термина уголовно-правовой механизм. Однако юридическая наука до настоящего момента не получила согласованного результата относительно содержания и компонентов, образующих рассматриваемый феномен. Современное понимание уголовно-правового механизма отражает два ключевых под-

хода к определению социального назначения уголовного права. В рамках первого из них уголовное право наделяется регулятивной функцией. Его представители придают предписаниям уголовного закона свойство полновесных юридических норм, регулирующих позитивные отношения, в том числе возникающие в сфере охраны здоровья человека и оказания медицинской помощи¹. Вторая концепция отрицает регулятивный потенциал уголовно-правовых норм и положений. Им отводится задача охраны общественных отношений, упорядоченных нормами других отраслей права и законодательства (конституционного, международного, гражданского, трудового, финансового, экологического, здравоохранительного, транспортного и др.)². Рассогласованность научных позиций относительно базовой уголовно-правовой категории не способствует формированию однозначного представления о социальной природе, направлении и границах действия уголовного права. Показанная ситуация побуждает к поиску дополнительных аргументов в пользу одной из представленных точек зрения, позволяющих использовать при обосновании дефиниции уголовно-правового механизма охраны прав и свобод пациента перспективные результаты научно-исследовательской деятельности.

Активно отстаивает теорию регулирования уголовным правом общественных отношений Н.М. Кропачев. Уголовно-правовое регулирование он рассматривает как частный случай общесоциального регулирования, а механизм уголовно-правового регулирования признает составной частью общего механизма правового регулирования. Ученый последовательно настаивает на том, что предмет уголовно-правового регулирования представляет собой «аспект, сторону общественных отношений, складывающихся в самых различных областях общественной жизни, в рамках которых осуществляется поведение,

¹ См.: Прохоров В.С., Кропачев Н.М., Тарбагаев А.Н. Механизм уголовно-правового регулирования: норма, правоотношение, ответственность. Красноярск, 1989. С. 40; Лопашенко Н.А. Основы уголовно-правового воздействия: уголовное право, уголовный закон, уголовно-правовая политика. СПб., 2004. С. 15-43; Павлова Н.В. Уголовно-правовое регулирование медицинской деятельности: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. М., 2006. С. 12-13; Петрова Г.О. Уголовно-правовое регулирование как вид социального регулирования // Черные дыры в Российском законодательстве. 2011. № 4. С. 75-80.

² См.: Брайнин Я.М. Уголовный закон и его применение. М., 1967. С. 21-23; Разгильдиев Б.Т. Задачи уголовного права Российской Федерации и их реализация. Саратов, 1993. С. 12-29; Незнамова З.А. Коллизии в уголовном праве. Екатеринбург, 1994. С. 185-192; Шишко И.В. Экономические правонарушения: вопросы юридической оценки и ответственности. СПб., 2004. С. 116-131; Козлов А.П. Понятие преступления. СПб., 2004. С. 742.

соответствующее требованиям уголовно-правовых норм»¹. По логике автора, социальные связи не могут быть эффективно упорядочены одной отраслью права. Общественное отношение, уровни и формы поведения, образующие его содержание, столь многогранны, что для нормального существования и развития оно нуждается в услугах различных отраслевых юридических режимов. Смысл представленных суждений позволил ему сделать вывод о том, что невозможно выделить группу общественных отношений, составляющих предмет регулирования какой-то одной отрасли права. Предметом правового регулирования для всех отраслей права и законодательства становится вся совокупность общественных отношений.

В позиции профессора Н.М. Кропачева обнаруживаются некоторые внутренние противоречия, побудившие научных деятелей к продолжению конструктивных дискуссий в рамках учения о предмете уголовного права. Глубокое осмысление насущных проблем, обеспечивающих решение стоящих перед отраслью права задач, осуществимо лишь «в дискуссии, при наличии возражений, только при потенциальной возможности высказывать не только верные, но и сомнительные идеи»². Исследователь, который «в этой дискуссии обнаружит рациональное зерно, непременно достигнет результативности в области ... уголовного права»³.

Полемизируя с автором и приверженцами концепции механизма уголовно-правового регулирования, Н.В. Генрих обнаруживает уязвимые моменты в их суждениях относительно содержания предмета уголовного права. С одной стороны, исследователи «отрицают существование отраслевых предметов правового регулирования, но, с другой стороны, тут же признают в качестве таковых «стороны» общественных отношений. К тому же они не дают определения «стороны», «аспекта» общественного отношения. Получается, что «аспект» — это то же общественное отношение, к регулированию которого применен тот

¹ Кропачев Н.М. Уголовно-правовое регулирование. Механизм и система. СПб., 1999. С. 54; Прохоров В.С., Кропачев Н.М., Тарбагаев А.Н. Механизм уголовно-правового регулирования: норма, правоотношение, ответственность. Красноярск, 1989. С. 34.

² Сахаров А.Д. Размышления о прогрессе, мирном сосуществовании и интеллектуальной свободе // Вопросы философии. 1990. № 2. С. 16.

³ Керимов Д.А. Методология права (предмет, функции, проблемы философии права). М., 2000. С. 5-6.

или иной отраслевой метод (режим). Структурному обособлению этот «аспект» не подлежит, что при последовательных, логичных рассуждениях приводит к мысли о признании предметом уголовно-правового регулирования фактически всех отношений, которые существуют в обществе и в которых последнее заинтересовано»¹.

Умеренную либеральность в оценке взгляда авторов коллективной монографии «Механизм уголовно-правового регулирования» на предмет уголовного права проявляет Б.Т. Разгильдиев. Профессор обращает внимание на то, что результаты творческого поиска ученых включают в себя принципиально новые для юридической доктрины положения. Характеризуя предмет уголовного права, они не выделяют какой-либо его блок (преступление или наказание) либо вид уголовно-правовых отношений, а говорят об уголовном праве в целом. «Это правильно, – пишет Б.Т. Разгильдиев, – поскольку каждая уголовно-правовая норма или уголовно-правовое положение, коль скоро они характеризуют уголовное право, так или иначе воздействуют на человека. Суть этого воздействия, и это важно, заключается в формировании поведения человека, соответствующего требованиям уголовно-правовых норм. Вместе с тем вряд ли можно согласиться с авторами, что в качестве предмета выступают стороны общественных отношений. На самом деле общественные отношения ... претерпевают изменения не непосредственно, а опосредованно через поведение лиц, на сознание и волю которых действует уголовное право. Но не наоборот, как отмечают авторы»².

Разработчики оригинальных доктрин о роли уголовного законодательства в обеспечении правового порядка убеждают в том, что предмет уголовно-правового регулирования не включает всю сложившуюся совокупность общественных отношений. Н.В. Генрих ограничивает направления уголовно-правового влияния на общественную практику базисными отношениями, общепредупредительными отношениями и отношениями, возникающими в связи с

¹ Генрих Н.В. Предмет уголовного права: генезис научной мысли и проблемы современной интерпретации. М., 2010. С. 68.

² Разгильдиев Б.Т. Предмет, метод и функция уголовного права России // Уголовное право России: курс лекций: в 6 т. / под ред. Б.Т. Разгильдиева. Саратов, 2004. – Т. 1. Кн. 1. С. 23-24.

причинением вреда. Каждому самостоятельному направлению она отводит собственный предмет: уголовно-правовой охраны, уголовно-правового воздействия и уголовно-правового регулирования¹. При этом ученый обращает внимание на то, что «отраслевым предметом, в соответствии с которым уголовное право обособляется в общей системе национального права, является лишь предмет уголовно-правового регулирования (то есть отношения, возникающие между виновным лицом и государством)»². Другие отношения, которые в современной юридической литературе нередко включаются в предмет уголовного права, исходя из формулируемых Н.В. Генрих выводов, не подвергаются правовому упорядочиванию. Уголовный закон на них оказывает только информационное и ценностно-ориентирующее воздействие.

По мнению Б.Т. Разгильдиева, возможности уголовно-правового регулирования исчерпываются влиянием на поведение правоисполнителей. Определяя в качестве предмета уголовного права человека в части его удержания от совершения преступлений, автор исключает общественные отношения из сферы уголовно-правового регулирования³. Исходя из содержания ст. 2 УК РФ, перед уголовным правом не ставится задача упорядочивания общественных отношений. Регулятивно-обязывающее свойство системы уголовно-правовых норм и положений ориентировано на обеспечение сохранности общественных отношений, получивших урегулированность на уровне иных отраслей законодательства. В свете сказанного профессор ставит под сомнение тезис о том, что уголовное право одновременно регулирует и охраняет общественные отношения⁴. Позитивные изменения в социальных связях, нередко ассоциируемые учеными с результатом уголовно-правового регулирования, Б.Т. Разгильдиевым оцениваются в качестве следствия опосредованного уголовно-правового воздействия на общественные отношения.

¹ См.: Генрих Н.В. Предмет уголовного права: генезис научной мысли и проблемы современной интерпретации. М., 2010. С. 74.

² Генрих Н.В. Предмет и метод уголовно-правового регулирования: автореф. дис. ... д-ра юрид. наук. Рязань, 2011. С. 28.

³ См.: Разгильдиев Б.Т. Предмет уголовного права // Предмет уголовного права и его роль в формировании уголовного законодательства Российской Федерации: научно-практ. конф., посвящ. памяти проф. А.Н. Красикова (25-26 апреля 2002 г.) / отв. ред. Б.Т. Разгильдиев. Саратов, 2002. С. 22-24.

⁴ См.: Разгильдиев Б.Т. Уголовно-правовое воздействие и его пределы // Правоведение. 2011. № 2. С. 179.

Смысл представленных суждений отнюдь не означает, что современная юридическая доктрина отстраняется от разработки основ правового регулирования в сфере уголовно-правовых отношений. Находясь в процессе активного переосмысления, теория уголовно-правового регулирования получает развитие в трудах исследователей, выходящих за традиционные рамки понимания социального воздействия и реализации уголовного законодательства. Новый теоретический подход к определению места и роли уголовного права в воздействии на социальные отношения предложил Ю.С. Жариков. Уголовно-правовое регулирование им характеризуется как «создание в форме уголовного закона системы норм, определяющей принципы и основания уголовной ответственности, критерии противоправности деяний, находящихся за рамками правовых дозволений, и наказуемости лиц за их совершение, устанавливающей правовые запреты и обеспечивающей справедливое наказание за их нарушение, а также упорядочивающей общественные отношения хотя по внешним признакам и являющиеся противоправными, но по своему характеру не подпадающие под уголовную ответственность в силу своей социальной полезности»¹.

Сформулированная Ю.С. Жариковым дефиниция отличается от устоявшихся в юридической науке взглядов на правовое регулирование. В ней уголовно-правовое регулирование ассоциируется с формированием совокупности нормативно-правовых средств и методов, обеспечивающих условия для нормального существования и развития позитивных отношений, получивших должную упорядоченность на уровне иных отраслей законодательства. Оригинальность авторской мысли проявляется в тезисе, согласно которому «регулятивная функция уголовного права выражена не в регулировании общественных отношений, т.е. создании необходимого для жизнедеятельности общества правового поля, а обращена как бы во внутрь уголовного закона, определяя необходимые положения для реализации охранительной функции»². Исходя из логики исследователя, разработка и принятие участниками нормотворческого

¹ Жариков Ю.С. Уголовно-правовое регулирование и механизм его реализации. М., 2009. С. 32.

² Жариков Ю.С. Уголовно-правовое регулирование и механизм его реализации. М., 2009. С. 77.

процесса структурных составляющих уголовного закона создает объективные условия для решения задач, стоящих перед отраслью. Предложенная обществу идея отождествления уголовно-правового регулирования с концептуальным проектированием уголовного кодекса вызывает теоретический интерес. Но устоявшееся в юридической практике значение категории правового регулирования обнаруживает в научной позиции Ю.С. Жарикова уязвимые моменты. Использование выражения «уголовно-правовое регулирование» для описания процесса создания уголовного закона не согласуется с дефиницией правового регулирования. В общей теории права на уровне аксиомы известно, что правовое регулирование представляет собой «осуществляемое при помощи права и всей совокупности правовых средств юридическое воздействие на общественные отношения»¹. Отождествляя формирование внутренних составляющих уголовного законодательства с уголовно-правовым регулированием, исследователь упускает из внимания, что механизм создания уголовного кодекса основывается на комплексе юридических документов, не включенных в структуру отрасли охранительного права. В настоящее время система действий, последовательно отражающих законотворческий процесс, регламентирована Конституцией РФ, Федеральным законом от 14 июня 1994 г. «О порядке опубликования и вступления в силу федеральных конституционных законов, федеральных законов, актов палат Федерального Собрания»², регламентами палат Федерального Собрания. Изложенные аргументы ставят под сомнение основательность концепции, рассматривающей деятельность компетентных органов по разработке уголовного закона в качестве явления, именуемого уголовно-правовым регулированием.

Надо заметить, что Ю.С. Жариков не последователен в высказываемых суждениях и в дальнейшем расширяет собственный взгляд на сущность правового регулирования. Разъясняя специфику сформулированного определения уголовно-правового регулирования, автор настаивает на том, что правовое ре-

¹ Алексеев С.С. Механизм правового регулирования в социалистическом государстве. М., 1966. С. 5.

² См.: СЗ РФ. 1994. № 8. Ст. 801.

гулирование должно создавать «условия для протекания и развития отношений, уже ставших к моменту возникновения юридического факта правовыми, в допустимых в правовом понимании пределах»¹. Сопоставление смысла представленного тезиса с предлагаемой дефиницией уголовно-правового регулирования позволяет заключить, что в деятельности законодателей по обсуждению и принятию уголовно-правовых норм исследователь усматривает проявление регулирования общественных отношений.

Анализируя частное проявление научной позиции Ю.С. Жарикова, методологически будет правильным признать, что в своем непосредственном выражении практику создания уголовного закона условно можно представить как упорядочивание социальных связей. Получая информацию о формируемом комплексе юридических средств, заинтересованные лица ориентируются на будущей регламент правомерного поведения. Распространяемые сведения о предполагаемых законодательных нововведениях способны мотивировать часть адресатов к воздержанию от совершения поступков, находящихся на стадии криминализации. Вместе с тем такого рода информационное воздействие на сознание и волю правоисполнителей не является регулятивно-обязывающим. Нормотворческая деятельность приводит к юридически значимому результату только после вступления в силу подготовленных, принятых и опубликованных правовых актов. Использование терминологического аппарата Ю.С. Жарикова позволяет сделать заключение, что организация процесса уголовно-правового регулирования предшествует самому процессу уголовно-правового регулирования, отражая самостоятельный этап реализации механизма противодействия преступности. В соответствии с выработанными в юридической практике правилами действия уголовного закона во времени, уголовно-правовая норма начинает реализовываться с момента введения в действие, поскольку с этого момента она возлагает на своих адресатов соответствующий объем обязанностей и прав. Совокупность приведенных доводов опровергает возможность теоретического отождествления деятельности компетентных органов, направлен-

¹ Жариков Ю.С. Уголовно-правовое регулирование и механизм его реализации. М., 2009. С. 32.

ной на разработку, издание, отмену или совершенствование юридических норм, и правового регулирования.

Осмысление ключевых аргументов, иллюстрирующих потребность теории и практики в использовании категории уголовно-правового регулирования, позволило выявить ряд дискуссионных аспектов. Сложившаяся ситуация служит весомым аргументом в пользу дальнейшего исследования социальной роли уголовного законодательства. В связи с этим уместно обратиться к учению, переориентирующему социально-правовое назначение уголовного закона с регулирования общественных отношений на их охрану.

Представление об уголовном праве как сугубо охранительной отрасли законодательства в юридической доктрине сформировалось давно. Еще в начале XIX в. составитель «Руководства к познанию российского законоискусства»¹ З.А. Горюшкин и автор практического пособия «Систематическое руководство к познанию российского законоведения»² П. Соколов в своих работах сформулировали вывод, в соответствии с которым социальное назначение уголовно-правовых постановлений практики-систематики усматривают в охране всех остальных законов от нарушений³.

В последующем обозначенное теоретическое направление получило развитие в изданиях известных отечественных криминалистов. Весьма удачно ее обосновал Н.Д. Сергиевский, научные труды которого пользовались авторитетом и сыграли важную роль в становлении и развитии русской уголовно-правовой доктрины. Профессор Сергиевский, в частности, писал: «Уголовный закон, или правоположение, на основании которого преступник наказывается, существенно разнится от того правоположения, которое он, совершая преступное деяние, нарушает. Мы не можем сказать, что преступник нарушает уголовный закон... Преступник нарушает известные запреты, на которые в уголовном законе заключается лишь как бы ссылка и которые являются для него необхо-

¹ См.: Горюшкин З.А. Руководство к познанию российского законоискусства. М., 1811-1816.

² См.: Систематическое руководство к познанию российского законоведения. Ч. I, собр. трудами Павла Соколова. М., 1819.

³ См.: Фельдштейн Г.С. Главные течения в истории науки уголовного права в России / под ред. и с предисл. В.А. Томсинова. М., 2003. С. 279, 285.

димым предположением... Мы должны различать, с одной стороны, уголовный закон, определяющий за то или другое преступное деяние известное наказание, а с другой – те правовые нормы, или обязательные для всех приказы и запреты, что делать и чего не делать, за нарушение которых виновные подвергаются действию уголовного закона. Эти нормы образуют собою содержание действующих законов разных областей права – государственного, церковного, гражданского»¹.

Статусом охранительной отрасли права наделял уголовное право В.Г. Смирнов. Ученый воспринимал уголовное право как средство охраны общественных отношений, упорядоченных нормами иных отраслей права, нравственности или общественных организаций. По его убеждению, «нормы уголовного законодательства направлены прежде всего не на организацию какого-то определенного вида (типа) общественных отношений, а на обеспечение порядка осуществления самых различных по своему содержанию общественных отношений и тем самым на предупреждение возможности возникновения специфических общественных отношений, требующих уголовно-правового воздействия»². По сути в представленном тезисе автор обращает внимание на охранительную и предупредительную задачи уголовного права, которые по прошествии чуть более трех десятков лет с момента издания монографии В.Г. Смирнова получили официальное закрепление в ст. 2 УК РФ 1996 года.

Уникальность уголовного права в системе отраслей законодательства, по мнению З.А. Незнамовой, проявляется в том, что оно состоит исключительно из охранительных норм и обслуживает все остальные отрасли права. Рассматривая уголовно-правовые нормы во взаимосвязи с нормами других отраслей права и законодательства, она приходит к выводу о том, что «охранительные нормы являются охранительными лишь по отношению к соответствующим регулятивным нормам, которые они призваны охранять. Регулятивные нормы могут выполнять свои функции организации общественных отношений лишь по-

¹ Сергиевский Н.Д. Русское уголовное право: пособие к лекциям. Часть Общая. СПб., 1911. С. 39.

² Смирнов В.Г. Функция советского уголовного права (предмет, задачи и способы уголовно-правового регулирования). Л., 1965. С. 29.

стольку, поскольку существует механизм их принудительного обеспечения, т.е. охранительные нормы. ... Нормы уголовного права вне их связи с отраслями позитивного регулирования (хозяйственным, гражданским, трудовым правом) утрачивают свой охранительный характер и становятся обычными регулятивными нормами»¹. Логика суждений ученого убеждает в том, что любой уголовно-правовой запрет основан на запрете регулятивного характера, содержащегося в нормах позитивного законодательства.

Не наделяет уголовное право свойством регулирования общественных отношений И.В. Шишко. В качестве доказательства отстаиваемой позиции она приводит следующие аргументы: а) функциональная специализация уголовного права заключается в охране позитивных отношений, а не их регулировании; б) одна и та же норма права не может быть одновременно регулятивной и охранительной; в) разнородность позитивных отношений, охраняемых уголовным законом, исключает рассмотрение их в качестве предмета уголовно-правового регулирования и противоречит его специфическому методу – методу наказания правонарушителей². Обращаясь к сторонникам позитивно-регулятивной функции уголовного права, И.В. Шишко отмечает, что объекты уголовно-правовой охраны могут быть упорядочены не только позитивным законодательством, но и правом естественным. Так, уголовно-правовые запреты посягать на жизнь, неприкосновенность частной жизни, достоинство, свободу личности «корреспондируют специфическим правам – правам естественным, т.е. возникающим с момента рождения, неотчуждаемым, выражающим наиболее существенные возможности развития человека, реализующимся непосредственно и независимо от воли людей»³.

Однозначную оценку уголовному праву как охранительной отрасли дает Б.Т. Разгильдиев. Исходя из учения профессора, уголовное право по своей сути не может быть регулятивным. Упорядочиванием социальных связей занимают-

¹ Незнамова З.А. Коллизии в уголовном праве. Екатеринбург, 1994. С. 187.

² См.: Шишко И.В. Взаимосвязь уголовно-правовых и регулятивных норм в сфере экономической деятельности: автореф. дис. ... д-ра юрид. наук. Екатеринбург, 2004. С. 7-8.

³ Шишко И.В. Экономические правонарушения: вопросы юридической оценки и ответственности. СПб., 2004. С. 119.

ся нормы Конституции РФ, гражданского, финансового и других отраслей законодательства. Уголовное право призвано охранять урегулированные другими отраслями права общественные отношения. В отдельных, строго ограниченных случаях, уголовный закон может брать под свою охрану отношения, которые непосредственно не регулируются другими отраслями права, кроме нравственности¹. Служебную роль уголовного закона ученый видит в возложении на граждан целого ряда обязанностей, подкрепленных угрозой применения суровых санкций. Уголовно-правовая норма, как известно, возлагает на правоисполнителей обязанность воздерживаться от совершения преступления, а правоприменители обязаны осуществлять контроль за исполнением первой группы адресатов своих уголовно-правовых обязанностей. «Уголовное право, - продолжает он, - как и все без исключения отрасли права, регулирует поведение человека, но не регулирует ни охраняемые от преступных посягательств объекты, ни преступления, посредством которых осуществляется посягательства на эти объекты»².

Разделяет приведенные выше научные взгляды С.И. Никулин. Принимая во внимание перечисленные в ч. 1 ст. 2 УК РФ задачи уголовного закона, он пишет, что уголовное право по своей сущности является охранительной отраслью. «По сравнению с другими отраслями права, выполняющими роль регулятора общественных отношений, уголовное право, не вмешиваясь в их регулирование, главным образом призвано защитить от причинения вреда соответствующие правоохраняемые интересы»³.

Близкую позицию по рассматриваемому вопросу занимает В.Д. Филимонов. Функциональную направленность уголовного права профессор усматривает в охране от преступных посягательств личности, общества и государства. «Регулятивной функции уголовное право не выполняет. Регулирование общественных отношений – не функция, а способ ее осуществления, который может быть направлен на достижение разных результатов в зависимости от того, ка-

¹ См.: Разгильдиев Б.Т. Задачи уголовного права РФ и их реализация. Саратов, 1993. С. 12-29; Уголовное право России: Курс лекций: в 6 т. / под ред. Б.Т. Разгильдиева. Саратов, 2008. – Т. 2. С. 51.

² Уголовное право России: Курс лекций: в 6 т. / под ред. Б.Т. Разгильдиева. Саратов, 2004. – Т. 1. Кн. 1. С. 86.

³ Российское уголовное право. Общая часть. Учебник / под общ. ред. М.П. Журавлева. М., 2001. С. 6-7.

кие задачи поставлены перед уголовным законодательством. Функцией же уголовного права может считаться только такое его воздействие на общественные отношения, которое обладает совершенно определенной социальной направленностью»¹.

Совокупность представленных аргументов, обосновывающих сугубо охранительную природу уголовного права, выглядит основательной. По существу она отражает современную тенденцию социально-правовой действительности, развивающуюся в направлении создания самостоятельных отраслей законодательства. В процессе нормотворческой деятельности большое внимание уделяется формированию правовых положений, разъясняющих цели и задачи юридических документов, определяющих принципы и методы воздействия на адресатов, устанавливающих границы юрисдикции. Перечисленные базовые компоненты отрасли, внося ясность в функциональную специализацию юридических предписаний, способствуют нормативно-организующему воздействию на социальные связи в целях их упорядочения, охраны и дальнейшего развития на качественно новом уровне. Результативные изменения в обеспечении социально-значимых ценностей обусловлены тем, что вследствие дифференцированного влияния, регулятивные и охранительные нормы формируют поведение правоисполнителей и правоприменителей в соответствии с требованиями задач, стоящих перед соответствующей отраслью законодательства. Регулятивные отрасли ориентированы на удовлетворение частных и публичных интересов путем наделения участников общественных отношений корреспондирующими правами и обязанностями. При этом позитивное законодательство не вмешивается в сферу действия уголовного права, перед которым стоят самостоятельные задачи по охране интересов личности, общества, государства, мира и безопасности человечества от преступных посягательств и их предупреждению. Поставленные перед отраслями знаний задачи позволяют объективно оценить эффективность правового регулирования и охраны, повысить качество межотраслевых связей, осуществить контроль над исполнением конкретных правовых

¹ Филимонов В.Д. Охранительная функция уголовного права. СПб., 2003. С. 55.

задач. Занимая свою нишу в обеспечении социально-значимых интересов, каждая правовая отрасль способствует функциональному развитию общества.

Определившись с функциональным назначением уголовного права, уместно перейти к формулированию дефиниции уголовно-правового механизма. В доктрине уголовного права предпринимались попытки дать понятие уголовно-правового механизма и высветить его структурные компоненты. Заслуживает научного внимания дефиниция, предложенная Е.В. Лысенко. Понятие уголовно-правового механизма она определяет как «динамическую модель уголовно-правовых отношений, обеспечивающую задачи уголовного законодательства РФ посредством воспитания у лиц способности сдерживать себя от совершения преступлений»¹. Исходя из содержания процитированного определения, несложно выделить характерные уголовно-правовому механизму признаки. Первым из них автор констатирует, что уголовно-правовой механизм представляет собой динамическую модель уголовно-правовых отношений. Вторым признаком уточняет, что предлагаемая модель уголовно-правовых отношений призвана обеспечивать задачи уголовного закона. Третий признак, развивая предыдущие, концентрирует внимание на том, что задачи уголовного законодательства обеспечиваются посредством воспитания у граждан способности сдерживать себя от совершения преступлений.

Предъявляемые Е.В. Лысенко требования к конструкции уголовно-правового механизма сами по себе вполне уместны. Однако некоторые из них не отражают существо заявленного правового феномена. Речь идет о положении, которым она вводит в модель уголовно-правового механизма воспитательную функцию. Свойством воспитания у человека способности сдерживаться от совершения преступления исследователь наделяет какую-то часть уголовно-правовых норм и правоохранительные органы. Деятельность последних выражается в правовом контроле над исполнением гражданами своих обязанностей

¹ Лысенко Е.В. Уголовно-правовой механизм обеспечения задач уголовного законодательства России: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. Саратов, 2007. С. 8.

по воздержанию от совершения преступлений и в проведении с ними воспитательных мероприятий¹.

В юридической науке не подвергается сомнению тезис о том, что уголовное право наряду с иными позитивными средствами воздействия на сознание и волю людей формирует мотивы правомерного поведения и чувство ответственности. Воспитательное воздействие права на человека заложено в самой его сути. Однако следует «различать мотивационное влияние права на волю, мысли и чувства людей (когда оно служит своего рода побудителем, стимулятором их поведения) и регулирующее воздействие (когда оно определяет права и обязанности граждан, устанавливает правила поведения, запреты и санкции). Иначе происходит чрезмерное расширение понятия правового регулирования общественных отношений, по существу, включение в него воспитательного воздействия права на мысли и чувства людей»².

В процессе решения задачи охраны соответствующих объектов от преступных посягательств и их предупреждения уголовное право способно формировать у граждан чувство нетерпимости к криминальному поведению. Может создаться впечатление, что с помощью норм и положений уголовного закона решается проблема воспитания правоисполнителей. В действительности социальный результат действия уголовного права предполагает удержание человека от совершения преступления независимо от мотива поведения. Часть граждан воздерживается от совершения общественно опасного деяния в силу понимания очевидного зла. Значительная часть исполняет уголовно-правовую обязанность по воздержанию от совершения преступления под страхом применения наказания. Однако это не означает, что в отношении данной категории правоисполнителей уголовное право реализуется не эффективно. Исполнение уголовно-правовых предписаний не связывается законодателем каким-либо конкретным мотивом. В этом контексте обоснованными являются слова Ю.И. Гревцова о том, что «свое внутреннее мнение (внутреннее отношение) индивид вообще

¹ См.: Лысенко Е.В. Уголовно-правовой механизм обеспечения задач уголовного законодательства России: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. Саратов, 2007. С. 14.

² Радько Т.Н. Теория государства и права: учеб. – 2-е изд. М., 2010. С. 633.

может не выразить или, что бывает чаще, выразить в форме, отличной от его действительной позиции»¹. Изложенное позволяет сделать заключение о нецелесообразности включения воспитательной функции в конструкцию уголовно-правового механизма.

Ставит под сомнение обоснованность включения воспитательного элемента в структуру уголовно-правового механизма Ю.С. Жариков. По его мнению, воспитательная функция, как и задача предупреждения преступлений, выходят за пределы предмета уголовного права. Отстаиваемую научную позицию он подкрепляет результатами проведенного опроса респондентов². Отрицают возможность наделения уголовного права функцией воспитания людей и другие специалисты³.

Принимая во внимание ранее полученные результаты относительно содержательных компонентов правового механизма, попробуем сформулировать дефиницию уголовно-правового механизма и выделить его структурные составляющие. Уголовно-правовой механизм – это совокупность норм и положений, регламентирующих статус субъектов уголовно-правовых отношений, необходимых и достаточных для решения задач уголовного законодательства Российской Федерации.

Предложенное понимание уголовно-правового механизма основывается на следующих основных элементах. Центральное место в нем отводится уголовно-правовым нормам и положениям, образующим материальную основу уголовно-правового механизма. Служебная роль норм и положений уголовного закона заключается в удержании правоисполнителей от совершения общественно опасных деяний, наделенных законодателем статусом преступления. При этом не все из них выполняют одинаковую роль в решении задач уголовного закона. Так, законоположения, формулирующие задачи, принципы уголовного права, дефиниции отдельных категорий, участвуют в реализации механизма уголовно-правовой охраны опосредованно. Они либо дополняют элемен-

¹ См.: Гревцов Ю.И. Проблемы теории правового отношения. Л., 1981. С. 10.

² См.: Жариков Ю.С. Уголовно-правовое регулирование и механизм его реализации. М., 2009. С. 73-74.

³ См.: Мальцев В.В. Принципы уголовного права и их реализация в правоприменительной деятельности. СПб., 2004. С. 293.

ты норм, непосредственно обеспечивающих охрану личности, общества и государства от преступных посягательств, либо определяют идеологию уголовного закона, направления его применения и совершенствования¹.

Второй элемент в анализируемом механизме образует уголовно-правовой статус субъектов уголовно-правовых отношений. Базируясь на разработанном в юриспруденции учении о правовом положении личности, содержание уголовно-правового статуса складывается из прав и обязанностей субъектов, участвующих в правоотношении. В доктрине уголовного права устоялась позиция, которая к числу субъектов уголовно-правового отношения относит: а) физическое лицо, обязанное воздерживаться от совершения преступления под угрозой применения уголовного наказания; б) работников правоохранительных органов и суда, на которых возложена обязанность по осуществлению контроля над исполнением гражданами своих уголовно-правовых обязанностей². С учетом накопленного к настоящему моменту нового знания, Е.М. Луничев предлагает расширить круг субъектов уголовно-правовых отношений за счет включения в него потерпевшего от преступления³.

Третий компонент уголовно-правового механизма составляют задачи уголовного законодательства. Назначение уголовно-правового механизма состоит в решении задач уголовного закона по охране прав и свобод человека и гражданина, собственности, общественного порядка и общественной безопасности, окружающей среды, конституционного строя Российской Федерации от преступных посягательств, обеспечению мира и безопасности человечества, а также предупреждению преступлений.

Основываясь на ключевых составляющих дефиниции уголовно-правового механизма, можно дать понятие уголовно-правового механизма охраны прав и свобод пациента. Под уголовно-правовым механизмом охраны прав и свобод

¹ См.: Разгильдиев Б.Т. Уголовный закон: понятие, форма реализации, уголовно-правовая характеристика некоторых его элементов // Вестник Южно-Уральского государственного университета. 2003. № 12. Серия «Право». Выпуск 4. С. 26.

² См.: Ривлин А.Л. Об уголовно-правовых и уголовно-процессуальных отношениях // Правоведение. 1959. № 2. С. 109-110; Разгильдиев Б.Т. Уголовно-правовые отношения и реализация ими задач уголовного права РФ. Саратов, 1994. С. 98-124.

³ См.: Луничев Е.М. Статус несовершеннолетнего в уголовном праве России: монография / отв. ред. А.И. Чучаев. М., 2012. С. 119-138.

пациента предлагаем понимать совокупность норм и положений, регламентирующих уголовно-правовой статус медицинского работника и правоприменителя, необходимых и достаточных для решения задач уголовного законодательства в части охраны прав и свобод пациента от преступных посягательств и их предупреждения.

Сформулированное определение уголовно-правового механизма охраны прав и свобод пациента складывается из следующих структурных компонентов. Первое из них образует совокупность уголовно-правовых норм и положений. Второй элемент составляет уголовно-правовой статус медицинского работника и правоприменителя. Третий компонент характеризует задачи уголовного законодательства по охране прав и свобод пациента от преступных посягательств и их предупреждению. Подробному освещению выявленных элементов уголовно-правового механизма охраны прав и свобод пациента посвящен следующий параграф настоящей работы.

Сводя круг рассмотренных проблем к общему итогу, представляется возможным сформулировать следующие основные выводы:

- 1) социальная природа уголовного права обусловлена стоящими перед отраслью задачами по охране интересов личности, общества, государства, мира и безопасности человечества от преступных посягательств и их предупреждению. Современные тенденции социально-правовой действительности, развивающиеся в направлении создания самостоятельных отраслей законодательства, исключают потребность вмешательства уголовного права в процесс решения задач, стоящих перед регулятивными отраслями права. Прерогативой уголовного права является обеспечение сохранности отношений, упорядоченных международным и национальным законодательством. Поставленные перед уголовным законом задачи позволяют оценить эффективность механизма правовой охраны, повысить качество межотраслевых связей в области обеспечения прав и свобод человека, осуществлять государственный и общественный контроль над исполнением конкретных правовых задач;

2) уголовно-правовой механизм – это совокупность норм и положений, регламентирующих статусы субъектов уголовно-правовых отношений, необходимые и достаточные для решения задач уголовного законодательства Российской Федерации. Структурные составляющие уголовно-правового механизма образуют: а) уголовно-правовые нормы и положения; б) уголовно-правовой статус субъектов уголовно-правовых отношений; в) задачи уголовного законодательства;

3) понятие уголовно-правового механизма охраны прав и свобод пациента определяется как совокупность норм, регламентирующих уголовно-правовой статус медицинского работника и правоприменителя, необходимых и достаточных для решения задач уголовного законодательства в части охраны прав и свобод пациента от преступных посягательств и их предупреждения. Уголовно-правовые нормы и положения, уголовно-правовой статус медицинского работника и правоприменителя, задачи уголовного законодательства по охране прав и свобод пациента от преступных посягательств и их предупреждению составляют единый, согласованно функционирующий уголовно-правовой механизм охраны прав и свобод пациента;

4) включение правовой конструкции «уголовно-правовой механизм охраны прав и свобод пациента» в понятийный аппарат уголовного права ориентирует законодателя, правоисполнителя и правоприменителя на реализацию его сущностных элементов в соответствии с функциональным назначением. Обладая собственным содержанием, указанная правовая конструкция способствует формированию модели позитивного поведения участников здравоохранительных отношений. В методологическом комплексе уголовно-правового механизма охраны прав и свобод пациента задействован широкий перечень социально-правовых инструментариев, позволяющих исключать из сознания медицинских работников преступную мотивацию.

Определившись с дефиницией уголовно-правового механизма охраны прав и свобод пациента, перейдем к характеристике его структурных компонентов.

§ 2. Характеристика элементов, образующих уголовно-правовой механизм охраны прав и свобод пациента

Уголовно-правовая охрана прав и свобод пациента от преступных посягательств обеспечивается посредством действия механизма, объединяющего совокупность составных элементов. Уголовно-правовые нормы и положения, конструирующие соответствующие составы преступления, уголовно-правовой статус медицинского работника и правоприменителя, а также задачи уголовного закона в части охраны прав и свобод пациента от преступных посягательств и их предупреждения образуют согласованно работающий механизм, сформированный в рамках проводимой государством политики противодействия преступности в сфере здравоохранения. Функционируя непрерывно и во взаимосвязи, представленный блок правовых инструментариев гарантирует человеку условия для реализации интересов, обусловленных состоянием его физического и психического здоровья. При этом каждый из названных компонентов механизма уголовно-правовой охраны прав и свобод пациента характеризуется единой природой, но обладает собственными функциональными возможностями. Объективные показатели результативности действия такого механизма обнаруживаются в криминальной обстановке, складывающейся в области здравоохранения. Проблема предупреждения профессиональных преступлений медицинских работников в обществе приобрела резонансный характер. Отсутствие должного внимания со стороны законодателя и правоохранительных органов к информации о фактах нарушения прав и свобод больного побуждает граждан искать способы выхода из конфликтных ситуаций с медицинским персоналом посредством обращения к средствам массовой информации и правозащитным организациям. Однако затрачиваемые усилия по восстановлению социальной справедливости в здравоохранительных отношениях не всегда приводят к ожидаемому результату. По статистике ежегодно к юридической ответственности привлекается такое количество некомпетентных врачей, которое несопоставимо с масштабом жалоб людей на качество предоставляемых медицинских услуг.

Складывающееся ощущение отстраненности органов государственной власти от проблем медицинского обслуживания населения побуждает обратиться к характеристике элементов механизма уголовно-правовой охраны прав и свобод пациента на уровне теории.

Представители доктрины уголовного права по данному вопросу занимают позиции, оценить однозначно которые не представляется возможным. Вариативность авторских суждений относительно системы и содержания норм о преступлениях в сфере здравоохранения, уголовно-правового статуса медицинского работника и правоприменителя, задачи уголовного закона в части предупреждения общественно опасных деяний некомпетентных врачей не позволяет определиться с моделью развития механизма уголовно-правовой охраны прав и свобод пациента. При таких условиях правоохранительным и правоприменительным органам сложно осуществлять борьбу с преступными деяниями лиц, по долгу службы и профессии призванных лечить здоровье больного человека. Приведенные аргументы свидетельствуют о необходимости углубленного осмысления сущностных компонентов механизма уголовно-правовой охраны прав и свобод пациента в отдельности и взаимосвязи друг с другом. Методологическая и практическая ценность изучения обозначенной проблемы очевидна и проявляется в следующих направлениях. Во-первых, предполагаемые результаты исследования ориентированы на оптимизацию ряда уголовно-правовых понятий и определение их роли в механизме уголовно-правовой охраны прав и свобод пациента. Во-вторых, базируясь на основных положениях работы, легко дать объективную оценку качеству охраны прав и свобод пациента на нормотворческом уровне. В-третьих, планируемые выводы должны стимулировать правоисполнителей к исключению из своего сознания мотива поведения, отклоняющегося от профессионального стандарта. В-четвертых, формулируемые заключения будут полезны при разработке правил квалификации преступлений, совершаемых медицинскими работниками.

Неотъемлемым свойством механизма уголовно-правовой охраны прав и свобод пациента является комплекс взаимосвязанных и взаимообусловленных

норм, возлагающих на медицинского работника обязанность по воздержанию от совершения криминального поступка под угрозой применения наказания либо иных мер уголовно-правового характера. Уголовно-правовая норма выступает средством обеспечения социального контроля над преступностью. Именно она определяет круг участников, на которых распространяется, наделяет их обязанностями и правами, в совокупности образующими правовой статус участника уголовно-правового отношения. Обязывая действовать в строгом соответствии с установленными в нормативном акте требованиями, уголовно-правовые нормы выступают средством предостережения врачей от посягательств на жизнь, здоровье, свободу, достоинство больного человека. В случае отступления от провозглашенных стандартов поведения создается опасность причинения вреда фундаментальным ценностям личности, что служит основанием для приведения в действие механизма уголовно-правового предупреждения. К нарушителю применяется наказание, восстанавливающее социальную справедливость в здравоохранительных отношениях за счет нейтрализации угрозы, исходившей от некомпетентного работника.

В предыдущем разделе настоящей работы нам удалось обосновать предложение, суть которого заключается в конструировании в уголовном законе системы норм, предусматривающих ответственность за посягательство на основы правового статуса пациента. Составной частью рекомендуемой группы составов преступлений должны стать уголовно-правовые запреты на причинение вреда здоровью больного или смерти вследствие ненадлежащего исполнения медицинским работником профессиональных функций; незаконное проведение искусственного прерывания беременности; неоказание помощи больному; незаконную госпитализацию в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях; незаконное осуществление медицинской деятельности или фармацевтической деятельности; незаконное искусственное оплодотворение или имплантация эмбриона; незаконное проведение биомедицинского исследования; нарушение законодательства Российской Федерации о временном запрете на клонирование человека; принуждение к

изъятию органов и (или) тканей человека для трансплантации; незаконное разглашение сведений, составляющих медицинскую тайну. Значительная часть из перечисленных деяний получила оценку в уголовном законе. Данный факт служит основанием для вывода о том, что действия (бездействие), нарушающие основы правового статуса пациента, являются социально вредными и опасными. Вместе с тем, ныне представленная в Особенной части уголовного закона совокупность норм не в состоянии обеспечить сохранность прав и свобод больного человека в максимальном объеме. Многие деяния, ставящие их под угрозу причинения вреда, не подпадают под действие норм-запретов. В сложившейся ситуации с высокой долей определенности нужно констатировать низкую эффективность охраны прав и свобод пациента уголовно-правовыми средствами. Сказанное побуждает представителей юридической доктрины к поиску оптимальной группы уголовно-правовых норм, способной удерживать медицинских работников от совершения преступлений во время исполнения профессиональных функций.

Основания возведения деяний, угрожающих правомерным интересам пациента, в разряд преступных, следует искать в явлениях и процессах, связанных с новаторской деятельностью медицинских работников. Разработка и внедрение в медицинскую практику инновационных технологий диагностирования и лечения заболеваний помимо положительного эффекта влечет побочные последствия, отрицательно сказывающиеся на здоровье и иных благах личности. Появление ранее неизвестных форм социально вредного поведения требует от законодателя адекватной реакции в виде оптимизации правового режима инновационной деятельности и установления разумных ограничений, включая уголовно-правовой запрет. Это предполагает принятие решений по расширению границ правового регулирования отношений в сфере здравоохранения, а в случае необходимости – уголовно-правовой охраны. Наполнение механизма использования достижений научно-технического прогресса правовым содержанием снижает риски общественно опасного поведения на рынке инновационных технологий. Научно-технический прогресс в этом контексте становится факто-

ром, способствующим одновременному развитию врачебной практики и национальной правовой системы.

Начало третьего тысячелетия в мире ознаменовано бурным развитием биологических и медицинских наук. Внедрение в сектор здравоохранения инновационных методов профилактики, диагностики и лечения вселяет в людей надежду на исцеление от ряда тяжелых заболеваний, борьба с которыми традиционно считалась бесперспективной. Вместе с тем на фоне активно развивающихся биомедицинских технологий политические деятели, журналисты, представители духовенства, правозащитники всерьез заговорили о побочных эффектах имплантации в практическую медицину результатов научно-технического прогресса. Двойственную оценку в обществе получают успехи ученых, достигнутые в расшифровке генетического кода человека, клонировании отдельных разновидностей млекопитающих, разработке новых способов регуляции репродуктивных функций человеческого организма, вакцинопрофилактике инфекционных и вирусных заболеваний. Новаторские перемены в практике здравоохранения умножают возможности ортодоксальной медицины в оказании диагностической и терапевтической помощи человеку в борьбе с его недугами. В то же время отдельные научные открытия не согласуются с устоявшимися в обществе взглядами на развитие человеческого благополучия, а потому предпринимаются попытки призвать ученых отказаться от проведения биомедицинских исследований. Так, выражая свое отношение к широко обсуждаемым в обществе проблемам биоэтики, в первую очередь к тем из них, которые связаны с непосредственным воздействием на человека, Русская Православная Церковь подвергла резкой критике идею клонирования человеческих существ¹.

Серьезную озабоченность у представителей духовенства вызывают манипуляции, связанные с донорством половых клеток. Использование донорского материала, по мнению религиозных деятелей, нарушает целостность личности, подрывает основы семейных взаимосвязей. Недопустимыми с православной

¹ См.: Заявление Церковно-общественного Совета по биомедицинской этике при Московском Патриархате «Об этической недопустимости клонирования человека» (20 октября 1999 г.) [Электронный ресурс]. // Официальный сайт Московского Патриархата – URL: <http://www.patriarchia.ru>. (дата обращения: 15.06.2012).

точки зрения являются все разновидности экстракорпорального оплодотворения, предполагающие заготовку, консервацию и намеренное разрушение избыточных эмбрионов.

Одновременно церковь одобряет новаторскую деятельность, направленную на создание новых биологических объектов, способных вызвать диагностический, лечебный или профилактический эффект во врачебной практике. Будучи заинтересованными в продлении жизнедеятельности людей, представители духовенства признают успехи науки в расшифровке генетического кода, которые «создают реальные предпосылки для широкого генетического тестирования с целью выявления информации о природной уникальности каждого человека, а также его предрасположенности к определенным заболеваниям. Создание «генетического паспорта» при разумном использовании полученных сведений помогло бы своевременно корректировать развитие возможных для конкретного человека заболеваний»¹.

Исходящий со стороны экстранаучных сил запрет на осуществление биомедицинских экспериментов по клонированию живых существ многие представители научного сообщества рассматривают как вмешательство в свободу научных изысканий. Ученые убеждены в том, что «существует вполне реальная опасность приостановки исследований, несущих огромные потенциальные блага, исключительно из-за их конфликта с религиозными верованиями некоторых людей. Важно понять, что подобные религиозные возражения уже возникали по поводу вскрытия умерших людей, анестезии, искусственного оплодотворения и всей генетической революции наших дней — и, тем не менее, каждое из этих достижений принесло огромные блага»².

Еще более радикальной выглядит позиция доктора биологических наук, профессора С.Л. Киселева. Для лечения нуждающихся в медицинской помощи людей он предлагает «использовать все возможные, допустимые законом способы. И лечение на основе продуктов клеточных технологий, изготовленных из

¹ Основы социальной концепции Русской Православной Церкви (приняты на Юбилейном Архиерейском Соборе Русской Православной Церкви 13-16 августа 2000 г.) // Официальный сайт Московского Патриархата [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.patriarchia.ru>. (дата обращения: 15.06.2012).

² Декларация в защиту клонирования и неприкосновенности научных исследований // Человек. 1998. № 3. С. 27.

фетальных клеток и тканей, а также эмбриональных стволовых клеток, – один из них. Я не вижу здесь никакой этической проблемы, – продолжает ученый, – потому что во всех случаях эти клетки и ткани ни к чему не пригодны, но зато могут помочь вылечить человека и, может быть, даже продлить ему жизнь. Пока бластоциста не соприкоснулась с человеческим телом, это просто группа клеток, а не человеческий зародыш»¹.

Неоднозначные выводы были получены также по итогам проведенного нами в апреле 2012 г. социологического исследования, перед которым была поставлена цель – выяснить отношение населения к возможностям современной биомедицинской технологии. В соответствии с поставленной целью респондентам предлагалось ответить на некоторые вопросы. В частности, осведомлены ли они об инновационных достижениях современной биомедицинской науки и допускают ли возможность использования разработок биомедицинских технологий для улучшения состояния здоровья и продления жизни? Результаты опроса показали, что 306 (72,9%) респондентов позитивно относятся к инновационным методам диагностики и лечения болезней, получившим апробацию во врачебной практике. В случае надобности они готовы прибегнуть к трансплантации органов и тканей человека, воспользоваться разработками косметологии, вспомогательной репродуктивной технологии, приемлют вмешательство в геном человека в медицинских целях. 29 (6,9%) человек готовы участвовать в контролируемых биомедицинских исследованиях в качестве испытуемого.

Следующая группа респондентов (их оказалось 187 человек, т.е. 44,5%), формулируя личное отношение к обсуждаемым проблемам, отвергают возможность применения новых методов диагностики и лечения болезней применительно к себе и близким лицам. Они высказываются против вмешательства в сущность человека биомедицинских технологий. У 68,1 % респондентов опасение вызвала перспектива клонирования человека. 19 (4,5%) респондентов не

¹ Свое видение на перспективы инновационного развития биомедицинских клеточных технологий в Российской Федерации профессор С.Л. Киселев представил во время работы «круглого стола», организованного Комитетом Государственной Думы по науке и наукоёмким технологиям 26 апреля 2012 г. на тему «О совершенствовании законодательного обеспечения развития клеточных биомедицинских технологий в Российской Федерации».

знакомы с новациями биомедицинской науки и практики, поэтому затрудняются ответить на поставленные перед ними вопросы.

Ключевая причина неоднозначного восприятия общественностью новаторской деятельности ученых обнаруживается в юридической плоскости. Темпы развития биомедицинских технологий в современном мире значительно опережают процесс формирования правовой базы, упорядочивающей внедрение результатов научных исследований в сектор здравоохранения и охраняющей жизнь, здоровье, телесную неприкосновенность личности от криминальных посягательств. Введение экспериментальной медицины в правовое пространство способствует решению ряда социально значимых задач, связанных с обеспечением интересов науки, отдельной личности и национальной безопасности. Оно, во-первых, формирует благоприятные условия, включая соответствующий правовой режим, стимулирующий процесс динамичного развития инновационной медицины и внедрения ее достижений в практику здравоохранения. Во-вторых, минимизирует вредоносное воздействие биомедицинских технологий на права и свободы пациента. В-третьих, надежным правовым барьером огородит территорию государства от вторжения криминальных элементов, желающих превратить Российскую Федерацию в полигон по осуществлению неконтролируемых клинических испытаний и извлечению экономической выгоды¹. Если для решения первой задачи не столько достаточно, сколько целесообразно использовать тот арсенал юридических средств, который составляет сущность диспозитивного метода правового регулирования, то решение двух других обеспечивается посредством применения норм-запретов и установления карательных санкций за их нарушение, включая наиболее строгий вариант, предусмотренный в уголовном законе. В сложившейся ситуации социальную, теоретическую и практическую актуальность приобретают научные изыскания, посвященные определению места и роли уголовного права в механизме реали-

¹ Перспективы России как плацдарм проведения биомедицинских экспериментов оценили крупные иностранные фармацевтические компании-производители. Основная часть экспериментальных разработок, осуществляемых в отечественных базах клинических исследований, проводится зарубежными компаниями-производителями, зарегистрированными в Германии, Швейцарии, Великобритании, Франции, США, Израиле, Японии, Китае и др. Они являются инициаторами проведения 60-70 % от общего числа клинических исследований, осуществляемых в нашей стране.

зации прав и свобод лиц, участвующих в биомедицинских экспериментах в качестве испытуемого.

Отношения, возникающие по поводу организации и проведения биомедицинских исследований на человеке, регулируются международным и национальным законодательством. Осмыслению содержания большинства международно-правовых документов, определяющих юридический статус субъектов медицинских и психологических опытов, в настоящей работе посвящена отдельная глава. В связи с этим отсутствует какая-либо надобность в повторном их анализе. Целесообразно остановиться на рассмотрении норм и положений внутригосударственного законодательства, призванных упорядочивать и охранять установленный порядок осуществления клинических испытаний на людях.

До недавнего времени по причине отсутствия нормативных правовых актов, регламентирующих научно-исследовательскую деятельность, медицинские эксперименты в нашей стране осуществлялись с учетом требований, изложенных во внутриведомственных инструкциях. С началом проведения формационных преобразований и правовых реформ общественность осознала важность законодательного оформления правил проведения научных опытов с участием человека. В соответствии с международными документами Конституция РФ впервые в истории отечественного законодательства закрепила порядок проведения медицинского эксперимента, постулируя принцип обязательного добровольного согласия пациента на участие в нем (ч. 2 ст. 21). В последующем правовая система страны пополнилась юридическими документами, упорядочивающими исследовательскую деятельность, направленную на получение и применение новых знаний в области медицины и фармакологии. К числу таковых относятся: Федеральный закон от 23 августа 1996 г. «О науке и государственной научно-технической политике», Федеральный закон от 19 апреля 2002 г. (в ред. от 19 марта 2010 г.) «О временном запрете на клонирование человека», Федеральный закон от 12 апреля 2010 г. «Об обращении лекарственных средств», Постановление Правительства РФ от 13 сентября 2010 г. № 714 «Об утверждении Типовых правил обязательного страхования жизни и здоровья па-

циента, участвующего в клинических исследованиях лекарственного препарата», Приказ Минздравсоцразвития России от 26 августа 2010 г. № 748н «Об утверждении порядка выдачи разрешений на проведение клинического исследования лекарственного препарата для медицинского применения» и др.

Диапазон действия перечисленных нормативных актов охватывает отношения, возникающие между субъектами научно-исследовательской деятельности и органами государственной власти, учеными-экспериментаторами и пациентами, участниками клинических исследований лекарственного препарата для медицинского применения и потребителями их продукции. Они формируют юридический статус врача-экспериментатора и пациента, выступающего в качестве объекта испытания, регулируют порядок уплаты страховой премии в случае причинения вреда жизни и здоровью испытуемого. В частности, Федеральный закон от 12 апреля 2010 г. «Об обращении лекарственных средств» создает юридическую основу для научных разработок в области доклинического исследования лекарственного средства и клинического исследования лекарственного препарата. Реализуя принцип приоритета интересов пациента при осуществлении научных опытов, закон наделяет пациента, участвующего в эксперименте, совокупностью прав (ст. 43). Так, к участию в клиническом испытании лекарственного препарата для медицинского применения пациенты привлекаются только на добровольной основе. Испытуемый или его законный представитель должен быть информирован в письменной форме: о лекарственном препарате для медицинского применения и сущности клинического исследования этого лекарственного препарата; о безопасности лекарственного препарата для медицинского применения, его ожидаемой эффективности и степени риска для пациента; об условиях участия пациента в клиническом исследовании лекарственного препарата для медицинского применения; о цели или целях и продолжительности клинического исследования лекарственного препарата для медицинского применения; о действиях пациента в случае непредвиденных эффектов влияния лекарственного препарата для медицинского применения на состояние его здоровья; об условиях обязательного страхования жизни, здоро-

вья пациента; о гарантиях конфиденциальности участия пациента в клиническом исследовании лекарственного препарата для медицинского применения. Пациент имеет право отказаться от участия в клиническом исследовании на любой стадии его проведения. Запрещается проведение клинического исследования лекарственного препарата для медицинского применения с участием в качестве испытуемых: детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей; женщин в период беременности, женщин в период грудного вскармливания; военнослужащих, проходящих службу по призыву; сотрудников правоохранительных органов; лиц, отбывающих наказание в местах лишения свободы, а также лиц, находящихся под стражей в следственных изоляторах. Организация, получившая разрешение на проведение клинических исследований лекарственного препарата для медицинского применения, обязана страховать жизнь, здоровье пациента.

Немаловажную роль в стимулировании должного поведения правоисполнителей, участвующих в биомедицинских изысканиях, играет такая форма проявления регулятивно-обязывающих функций права, как наложение запретов или ограничений на совершение нежелательных с точки зрения законодателя деяний и установление юридической ответственности за невыполнение предписываемых требований. Таким набором правовых инструментариев располагает уголовное право. Обладая мощным принудительным потенциалом, уголовно-правовые нормы способны корректировать профессиональную деятельность медицинских работников, устремленную на получение новых знаний. Они определяют границы правомерного поведения врача-экспериментатора и направляют научно-техническую мысль в социально одобряемое русло. Однако при рассмотрении вопроса об уголовно-правовом обеспечении правил осуществления биомедицинских исследований учеными-экспериментаторами нужно учитывать несколько важных моментов. В отличие от других отраслей законодательства, относящихся к числу регулятивных, уголовное право не формулирует самостоятельных нормативов биомедицинского эксперимента. Исходя из социального назначения, оно может лишь возложить на медицинско-

го работника обязанность по воздержанию от совершения общественно опасного деяния и установить ответственность за нарушение утвержденного порядка клинического исследования.

В настоящее время отечественный законодатель не сумел реализовать имеющийся у него резерв по обеспечению прав и свобод участников медицинских экспериментов уголовно-правовыми средствами. В Уголовном кодексе РФ отсутствует норма, устанавливающая ответственность за незаконное проведение биомедицинских или иных опытов на человеке. Предложения по криминализации отдельных общественно опасных деяний, встречающихся в экспериментальной медицине, высказывались в доктрине уголовного права¹. Стремясь реализовать идеи ученых в нормотворческой практике, Государственная Дума Федерального Собрания Российской Федерации 28 мая 2004 г. обсуждала проект Федерального закона N 365581-3 «О внесении дополнений в Уголовный кодекс Российской Федерации, предусматривающих уголовную ответственность за проведение медицинских экспериментов (опытов) на людях без их добровольного согласия»². В качестве обоснования актуальности включения в уголовный закон нормы, формулирующей запрет на проведение медицинских экспериментов без добровольного согласия пациента, автор законопроекта депутат А.В. Чуев приводит резонансные примеры из практики клинических разработок³. Но законопроект коллегами народного депутата не был поддержан и отклонен⁴. Причиной тому стали замечания, изложенные в заключении Правового

¹ См.: Красиков А.Н. Преступления против личности. Саратов, 1999. С. 82; Крылова Н.Е. Уголовное право и биоэтика: проблемы, дискуссии, поиск решений. М., 2006. С. 248; Беспалько В.Г. Уголовно-правовые аспекты обеспечения безопасности в сфере научно-исследовательской и научно-технической деятельности // Право и безопасность. 2007. № 1-2. С. 81-89.

² См.: Проект Федерального закона № 365581-3 «О внесении дополнений в Уголовный кодекс Российской Федерации, предусматривающих уголовную ответственность за проведение медицинских экспериментов (опытов) на людях без их добровольного согласия» [Электронный ресурс]. – Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

³ См.: Пояснительная записка к проекту Федерального закона № 365581-3 «О внесении дополнений в Уголовный кодекс Российской Федерации, предусматривающих уголовную ответственность за проведение медицинских экспериментов (опытов) на людях без их добровольного согласия» [Электронный ресурс]. – Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

⁴ См.: Постановление Государственной Думы Федерального Собрания Российской Федерации от 28 мая 2004 г. N 603-IV ГД «О проекте Федерального закона № 365581-3 «О внесении дополнений в Уголовный кодекс Российской Федерации, предусматривающих уголовную ответственность за проведение медицинских экспериментов (опытов) на людях без их добровольного согласия» // СЗ РФ. 2004. № 23. Ст. 2291.

управления Аппарата ГД ФС РФ от 30 сентября 2003 г. N 2.2-1/7935¹, отрицательный отзыв, поступивший от Правительства РФ², заключение Комитета Государственной Думы по охране здоровья, в котором принятие законопроекта в предложенной редакции считалось нецелесообразным³.

Парадоксальной представляется ситуация, когда запрещенные нормативными актами разного уровня опасные для интересов пациента деяния остаются вне действия уголовного закона. По данным Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития, в территориальных границах Российской Федерации функционируют 1076 учреждений, аккредитованных на право проведения клинических исследований⁴. Только в период с 2008 по 2012 г. им официально выдано 3171 разрешений на все виды клинических разработок. Наиболее популярными областями исследования остаются онкологические заболевания, болезни сердечно-сосудистой системы, эндокринные нарушения, болезни нервной системы, дыхательной системы и бактериальные инфекции. Для участия в экспериментах в качестве объекта испытания вовлечены 275217 человек. Каждое клиническое исследование продолжается примерно от одного месяца до десяти лет. В связи с этим общая численность испытуемых, ежегодно участвующих в научных опытах, значительно увеличивается.

Стабильно высокими остаются статистические показатели нарушений официально установленных стандартов, допускаемых учеными-медиками в экспериментальной деятельности. Так, за период с 2005 по 2010 г. Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития выявлено

¹ См.: Заключение Правового управления Аппарата ГД ФС РФ от 30 сентября 2003 г. N 2.2-1/7935 по проекту федерального закона N 365581-3 «О внесении дополнений в Уголовный кодекс Российской Федерации, предусматривающих уголовную ответственность за проведение медицинских экспериментов (опытов) на людях без их добровольного согласия» [Электронный ресурс]. – Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

² См.: Официальный отзыв Правительства РФ от 25 ноября 2003 г. № 7963п-П12 на проект федерального закона N 365581-3 «О внесении дополнений в Уголовный кодекс Российской Федерации, предусматривающих уголовную ответственность за проведение медицинских экспериментов (опытов) на людях без их добровольного согласия» [Электронный ресурс]. – Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

³ См.: Заключение Комитета Государственной Думы Федерального Собрания Российской Федерации по охране здоровья от 19 февраля 2004 г. на проект федерального закона N 365581-3 «О внесении дополнений в Уголовный кодекс Российской Федерации, предусматривающих уголовную ответственность за проведение медицинских экспериментов (опытов) на людях без их добровольного согласия» [Электронный ресурс]. – Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

⁴ См.: Приказ Росздравнадзора от 26 августа 2010 г. № 8738-Пр/10 «Об утверждении Перечня учреждений здравоохранения, имеющих право проводить клинические исследования лекарственных средств» [Электронный ресурс]. – Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

114 нарушений правил лабораторной и клинической практики¹. По итогам 2011 г. нарушение правил лабораторной практики обнаружено в одном учреждении, а нарушения правил клинической практики отмечены в шестнадцати базах клинического исследования². В 2012 г. Росздравнадзор в плановом и внеплановом режиме проконтролировал деятельность 110 медицинских центров, занимающихся исследованиями лекарственных препаратов. Нарушения правил клинической практики выявлены в результате 16 контрольных мероприятий. В 2013 г. вскрыты 34 нарушений правил клинической практики³.

Для удобства восприятия, приведенные показатели продемонстрируем в таблице⁴.

Таблица 1.

Год	Общее количество выданных в России разрешений на проведение клинических исследований	Количество клинических исследований, инициированных зарубежными компаниями производителями	Количество пациентов, участвовавших в клинических исследованиях	Количество нарушений правил клинической практики, выявленных Росздравнадзором
2009	577	348	48521	18
2010	492	282	45072	15
2011	571	369	53958	17
2012	916	377	67023	16
2013	790	358	57609	34

Обобщение результатов специальных проверок показывает, что преимущественно регистрируются явно выраженные нарушения правил медицинского

¹ См.: Письмо Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития от 3 декабря 2010 г. №04И-1248/10 «О контрольных мероприятиях в сфере клинических исследований» [Электронный ресурс] // Официальный сайт Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения (Росздравнадзор). – URL: <http://www.roszdravnadzor.ru>. (дата обращения: 27.07.2012).

² См.: Письмо Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития (Росздравнадзора) от 30 декабря 2011 г. №04И-1395/11 «О предоставлении информации по проверкам доклинических и клинических исследований в 2011 г.» [Электронный ресурс] // Официальный сайт Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения (Росздравнадзора). – URL: <http://www.roszdravnadzor.ru>. (дата обращения: 25.07.2012).

³ См.: Официальный сайт Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения (Росздравнадзора) [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.roszdravnadzor.ru> (дата обращения: 12.05.2014).

⁴ При составлении таблицы использовалась информация, содержащаяся на официальном сайте Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения (Росздравнадзора) и Ведущей российской контрактной исследовательской организации (Synergy Research Group).

эксперимента. Чаще всего контролирующий орган обращает внимание на несоблюдение требований, предъявляемых к ведению первичной медицинской документации пациентов, использованию медицинского оборудования, позволяющего проводить исследование безопасно для жизни и здоровья испытуемого. Встречаются отклонения от утвержденного регламента проведения клинических исследований, включая соблюдение процедуры получения волеизъявления испытуемого на участие в эксперименте. Выявлены также случаи, когда опыты проводились клиническими базами, не имевшими в распоряжении официального разрешения. Зачастую к исследованиям привлекались пациенты, не выразившие информированного согласия на участие в них.

Таким образом, приведенная статистика и краткие комментарии к ней свидетельствуют, что клинические испытания в нашей стране проводятся часто. В них официально участвуют сотни тысяч пациентов. Контролирующие органы регулярно выявляют факты отступления исследователями от утвержденных нормативов осуществления научных опытов, многие из которых сопряжены с причинением вреда правам и свободам пациента. В учреждениях здравоохранения граждане нередко становятся очевидцами событий, когда врачи приватно испытывают на них новые средства или способы лечения. В большинстве случаев потерпевшие даже не подозревают об экспериментальном характере применяемого в отношении них метода диагностики, лечения или профилактики заболевания¹.

Описанная ситуация в сфере биомедицинских исследований является тем более неблагоприятной, что, даже по самым осторожным оценкам ведущих отечественных криминологов, показатели реального массива правонарушений превышают регистрируемый их уровень в 4-6 раз². При таких условиях официальная статистика о нарушениях правил клинической практики, публикуемая

¹ См.: Егорова В.О. Относительная распространенность деяния как принцип криминализации незаконного проведения опытов над человеком // Противодействие преступности: уголовно-правовые, криминологические и уголовно-исполнительные аспекты. Материалы III Российского Конгресса уголовного права, состоявшегося 29-30 мая 2008 г. – М.: Проспект, 2008. С. 224.

² См.: Алексеев А.И., Овчинский В.С., Побегайло Э.Ф. Российская уголовная политика: преодоление кризиса. М., 2006. С. 18; Лунев В.В. Курс мировой и российской криминологии: учебник. В 2 т. Т. II. Особенная часть. М., 2011. С. 25.

Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития, вызывает серьезные сомнения.

Представленные аргументы свидетельствуют о том, что без вмешательства уголовного закона в правоотношения, складывающиеся по поводу осуществления медицинских и психологических опытов, невозможно исключить побочные последствия новаторской деятельности врачей. Для этого нормотворцам следует внести изменения в систему Особенной части Уголовного кодекса РФ и дополнить ее нормой, формулирующей запрет на осуществление незаконных биомедицинских экспериментов¹. Аналогичные примеры получили достаточно широкое распространение в нормотворческой практике стран ближнего и дальнего зарубежья. Уголовно-правовые нормы, возлагающие на работников учреждений здравоохранения обязанность по воздержанию от осуществления незаконных биомедицинских исследований, имеются в правовой системе Франции (ст. 223-8 УК), Армении (ст. 127 УК), Азербайджана (ст. 138 УК), Казахстана (ст. 114¹ УК), Украины (ст. 142 УК), Эстонии (ст. 124⁵ УК) и т.д. Диспозиции статей уголовного закона, предусматривающих ответственность за нарушение представителями врачебной профессии порядка проведения научных опытов, зарубежным законодателем сформулированы достаточно лаконично. Они признают преступлением сам факт нарушения экспериментатором порядка проведения клинических исследований либо распространяют сферу действия уголовного закона на проведение биомедицинских исследований без согласия пациента (ст. 138 УК Азербайджанской республики, ст. 127 УК Армении, ст. 114¹ УК Республики Казахстан, ст. 223-8 УК Франции, ст. 124⁵

¹ Предложение по включению в уголовный закон нормы, предусматривающей ответственность за незаконное проведение биомедицинского исследования, поддержано большинством участников социологического опроса. В частности, перед респондентами был поставлен вопрос: «Полагаете ли Вы, что за незаконное проведение биомедицинского исследования должна наступать уголовная ответственность?». Ответы распределились следующим образом. Подавляющее большинство граждан считает, что закрепление уголовной ответственности минимизирует вредоносное воздействие экспериментальной практики на права и свободы пациента (84,8%). Другая часть респондентов уголовную ответственность в этом случае находит излишней (6,4%). За нарушение правил проведения биомедицинского эксперимента они предлагают ограничиться установлением ответственности в административном законе. 2,1% участников социологического исследования полагают, что в экспериментальной практике врачи руководствуются нормами профессиональной этики. Поэтому не видят смысла в криминализации таких деяний. 4,8% респондентов убеждены в том, что провозглашение ответственности за незаконное проведение биомедицинского исследования в уголовном законе тормозит развитие науки. 1,9% респондентов затруднились с выбором ответа.

УК Эстонии). Только украинский законодатель вводит дополнительный криминообразующий признак. В соответствии со ст. 142 УК Украины незаконный медико-биологический эксперимент приобретает статус преступления тогда, когда он создает опасность для жизни или здоровья испытуемого.

Используя позитивный опыт нормотворческой практики зарубежных государств, предлагаем проект редакции статьи Уголовного кодекса РФ, которая должна предупреждать правоисполнителей о недопустимости игнорирования официально утвержденных правил проведения биомедицинского эксперимента. Данная статья должна стать структурной составляющей вновь образуемой главы 19¹ УК РФ «Преступления против прав и свобод пациента».

«Статья ... Нарушение правил проведение биомедицинского исследования

1. Нарушение правил проведения биомедицинского исследования, создающее опасность для здоровья или жизни пациента, -

наказывается штрафом в размере до трехсот тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до двух лет, либо лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до пяти лет, либо ограничением свободы на срок до двух лет.

2. То же деяние, повлекшее по неосторожности причинение тяжкого вреда здоровью пациента, -

наказывается лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет, либо ограничением свободы на срок до двух лет, либо лишением свободы на срок до двух лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового.

3. Деяние, предусмотренное частью первой настоящей статьи, повлекшее по неосторожности смерть пациента, -

наказывается ограничением свободы на срок до трех лет, либо принудительными работами на срок до четырех лет с лишением права занимать опреде-

ленные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового либо лишением свободы на срок до четырех лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового»;

Основное предназначение предлагаемой уголовно-правовой нормы заключается в предупреждении опасной обстановки, реально угрожающей здоровью или жизни пациента. Месторасположение рассматриваемого состава преступления в системе Особенной части уголовного закона предопределяет его объект. В качестве такового выступают правоотношения здравоохранительного характера, функционирующие по поводу обеспечения прав и свобод пациента. Объект уголовно-правовой охраны претерпевает ущерб посредством нарушения правил проведения биомедицинского исследования, которые создают конкретную опасность для здоровья или жизни пациента.

В русском языке слово «правило» имеет несколько значений: «1. Положение, в котором отражена закономерность, постоянное соотношение каких-нибудь явлений; 2. Постановление, предписание, устанавливающее порядок чего-нибудь; 3. Образ мыслей, норма поведения, обыкновение, привычка»¹. Суть приведенных пояснений свидетельствует о том, что правило представляет собой определенное требование, предъявляемое к поведению участников общественных отношений, в том числе возникающих по поводу охраны здоровья человека и оказания медицинской помощи. Его соблюдение обеспечивает соответствующий порядок во взаимоотношениях между врачом и пациентом. Ключевое предназначение правил осуществления биомедицинского исследования заключается в организации должного порядка поведения экспериментатора и испытуемого. Он достигается двумя способами: во-первых, правила могут устанавливать последовательность либо периодичность совершаемых действий; во-вторых, посредством провозглашения запрета на совершение каких-либо действий. Таким образом, под нарушением правил проведения биомедицинского исследования следует понимать несоблюдение официально утвер-

¹ Ожегов С.И. Словарь русского языка. 4-е изд. стереотип. М., 1997. С. 480.

жденных юридических предписаний, регулирующих порядок исследовательской деятельности в биомедицинской практике.

Характерной особенностью предлагаемого проекта статьи уголовного закона является бланкетный способ изложения ее диспозиции. Для уяснения содержания признаков, образующих объективную сторону состава преступления, правоприменителю следует обращаться к нормативным актам, упорядочивающим порядок проведения биомедицинских экспериментов. Существование в уголовном законе норм с бланкетными диспозициями научным сообществом оценивается двояко. Положительный момент проявляется в том, что они избавляют законодателя от описания признаков состава преступления, содержание которого раскрыто в других отраслях права. Этим бланкетные диспозиции обеспечивают экономию текста уголовного закона. Отрицательная сторона обнаруживается в размывании текста уголовного закона обилием иных нормативно-правовых актов, существенно затрудняющих практическим работникам применение норм УК РФ¹.

Избранный нами подход к конструированию признаков состава преступления, предусматривающего ответственность за незаконное проведение биомедицинского исследования, вполне оправдан. Использование специфического способа формулирования уголовно-правового предписания исключает проблему, связанную с отображением особенностей нарушения правил биомедицинского эксперимента в тексте уголовного закона. Являясь свидетельством взаимосвязи отрасли уголовного права с отраслью здравоохранительного законодательства, оно обеспечивает стабильность Уголовного кодекса на фоне динамичного развития охраняемых им социальных связей².

Конструирование бланкетной диспозиции свидетельствует о том, что преступление представляет собой пренебрежение конкретной нормой законодательного акта, провозглашающей стандарты поведения врачей во время занятия медицинским или психологическим опытом. В то же время бланкетные

¹ См.: Гаухман Л.Д. Квалификация преступлений: закон, теории, практика. М., 2001. С. 242-243.

² См.: Наумов А.В. Российское уголовное право. Общая часть. Курс лекций. М., 1996. С. 91-92; Пикуров Н.И. Квалификация преступлений с бланкетными признаками состава. М., 2009. С. 27.

диспозиции не сводят уголовно-правовой запрет лишь к санкции, включающей вид и размер наказания за нарушение специальных правил осуществления научного эксперимента. Деяния такого рода объективируются на социальном уровне. Нормативы биомедицинского исследования выступают неотъемлемой составляющей системы социальных связей. Из диспозиции анализируемой нормы видно, что уголовное законодательство относит к числу преступных посягательств не всякое нарушение содержащегося в позитивном законе требования биомедицинского эксперимента. Статус криминального приобретают такие отклонения от порядка осуществления биомедицинского опыта, которые создают конкретную опасность для здоровья или жизни пациента. Отступая от официально одобренного стандарта профессионального поведения, врач одновременно игнорирует авторитет права и создает угрозу причинения вреда уголовно-правовому статусу пациента. В доктрине уголовного права конкретно опасными признаются «действия, с совершением которых созданы условия для наступления смерти или телесных повреждений, причем указанные последствия могут наступить, если бы даже никаких других действий виновный не совершал»¹.

Безопасность жизни и здоровья пациента предопределяет природу взаимодействия регулятивного и охранительного законодательства в сфере оказания медицинской помощи населению. Объективным показателем юридической защищенности психосоматического состояния человека является очевидный факт существования в правовой системе страны связки правовых инструментов, сконструированных для гарантированной реализации законных интересов больного. Оказывая согласованное воздействие на сознание и волю медицинских работников, правовое регулирование и охрана здравоохранительных отношений способствует формированию в обществе атмосферы беспрепятственного удовлетворения прав и свобод пациента. Показанная межотраслевая связь свидетельствует, что здравоохранительное законодательство в строго определенных случаях не в состоянии эффективно реализовать собственные положе-

¹ Горелик И.И. Квалификация преступлений, опасных для жизни и здоровья. Минск, 1973. С. 12.

ния без поддержки уголовного права. Задача юридической науки состоит в выявлении сфер правового регулирования, нормальному существованию и развитию которых угрожают ранее неизвестные проявления общественно опасного поведения медицинских работников. В свете изложенного возникает необходимость в формировании уголовной политики, способной не только профилировать реальную преступность, но и разрабатывать систему мер по нейтрализации вероятных криминогенных очагов еще до того, как они станут частью уголовной статистики.

В условиях активного развития медико-биологических отраслей знания и возможного злоупотребления ее достижениями на практике выраженную актуальность приобрела проблема клонирования человека. В XXI веке клонирование живых существ перестало быть темой из области фантастики. Воспроизведение самостоятельного организма из единичной соматической клетки стало реальным фактом. Технология репродуктивного клонирования широко используется в экспериментальных целях на животных. Получение учеными генетических копий некоторых разновидностей млекопитающих актуализировало вопрос о допустимости клонирования человеческой особи и правовой оценке возможных последствий реализации такой идеи. Результаты научных изысканий, свидетельствующих о рождении копии отдельного человека, пока не известны. Были заявления от представителей различных исследовательских компаний, в которых неоднократно утверждалось о появлении на свет клонированных детей. По причине непредставления доказательств, подтверждающих существование зачатых противозаконным способом детей, подобного рода высказывания коллег научное сообщество воспринимает с большим скептицизмом. Тем не менее, вызывает тревогу информация, поступающая из газет, телевидения и радио, которая свидетельствует о заинтересованности узкой группы людей в воссоздании умерших родственников или известных деятелей политики, науки, искусства и т.д. Клонирование открывает перед ними перспективу на бесконечное продление биологической жизни. Располагая крупными финансовыми возможностями, сторонники научных сенсаций могут органи-

зовать и экономически содействовать деятельности лабораторий по проведению соответствующих экспериментов. Данное обстоятельство вполне может служить фактором, побуждающим ученых к продолжению испытаний вопреки мнению подавляющей части населения земли. В этом случае никто не может гарантировать, что в недалеком будущем научные деятели отрасли медицинской биотехнологии не достигнут цели получения точных генетических копий живых или умерших людей.

Практические разработки в области клонирования человеческих эмбрионов получили развитие благодаря успехам, достигнутым в технологии стволовых клеток. Принимая во внимание тот факт, что клонирование человеческих существ может стать технически осуществимым, международное сообщество и развитые демократические государства приняли ряд нормативных актов, упорядочивающих научные исследования в области генома человека и устанавливающих запрет на клонирование человека. Международно-правовой блок образуют принятая 11 ноября 1997 г. на 29-й сессии Генеральной конференции ЮНЕСКО Всеобщая декларация о геноме человека и правах человека; Конвенция о защите прав и достоинства человека в связи с применением достижений биологии и медицины; Конвенция о правах человека и биомедицине от 4 апреля 1997 г.; Дополнительный протокол к Конвенции Совета Европы о правах человека и биомедицине, касающийся запрещения клонирования человеческих существ от 12 января 1998 г.; Декларация ООН о клонировании человека от 8 марта 2005 г. Учитывая серьезные медицинские, психологические, физические и социальные опасности, которые может представлять клонирование человека, международные документы запрещают научные эксперименты, преследующие цель создания человеческого существа, генетически идентичного другому индивиду. Они адресуют национальным законодателям рекомендации по принятию нормативных актов, исключающих практику клонирования в целях воспроизводства человеческой особи.

Следуя предписаниям международно-правовых документов, Федеральным законом от 20 мая 2002 г. (в ред. от 29 марта 2010 г.) «О временном запре-

те на клонирование человека» Российская Федерация ввела мораторий на клонирование человека. Временный запрет вводится до дня вступления в силу федерального закона, регламентирующего порядок использования технологий клонирования организмов в целях клонирования человека. Возможно, через какое-то время, когда биотехнология выйдет на новый уровень практического применения, ученые и другие заинтересованные лица смогут вернуться к обсуждению целесообразности клонирования человека. Так, доктор биологических наук, профессор Б.В. Конюхов надеется на то, что «в будущем, когда проблема будет полностью решена методически, человечество признает клонирование как метод помощи бесплодным парам, стремящимся иметь родного им ребенка. Хотя говорить, скорее, надо будет не о ребенке как таковом, а об одной из близнецов отца или матери, каким будет клонированный ребенок в биологическом смысле»¹.

В то же время, важно подчеркнуть, что сфера действия упомянутого нормативного документа не распространяется на клонирование организмов в иных целях. В частности, в Российской Федерации нет ограничений на использование биотехнологии клонирования для получения новых способов лечения непобежденных человеком болезней Паркинсона, Альцгеймера, поджелудочной железы, инфаркта миокарда. В процессе обсуждения проекта анализируемого закона в Государственной Думе официальный представитель Правительства РФ В.А. Княжев заверил, что будут продолжены лабораторные исследования в целях создания стволовых клеток². Слова чиновника вселяют уверенность в том, что на основе человеческих стволовых клеток ученым удастся вырастить ткани и органы, жизненно необходимые для трансплантации больным. Уже сегодня специалистам технологически развитых стран удалось разработать методику выращивания сетчатки человеческого глаза из стволовых эмбриональных клеток. Благодаря этому научному открытию, вполне вероятно, искусственно со-

¹ Конюхов Б.В. Долли – случайность или закономерность? // Человек. 1998. № 3. С. 19.

² Стенограмма обсуждения в Государственной Думе Федерального Собрания Российской Федерации проекта федерального закона «О временном запрете на клонирование человека» // Овчинский В.С. Криминология и биотехнологии. М., 2005. С. 166.

зданная сетчатка станет первым практическим клиническим применением эмбриональных стволовых клеток в качестве трансплантата.

После вступления в силу Федерального закона «О временном запрете на клонирование человека» у представителей юридической доктрины вызвало недоумение тот факт, что ужесточение государственной политики в области использования технологий воспроизведения самостоятельного организма не сопровождалось внесением соответствующих поправок в уголовный кодекс¹. По логике законодателя разработкой нормы, предупреждающей об ответственность за клонирование человека, а также ввоз на территорию России и вывоз с ее территории клонированных эмбрионов человека, он предполагал заниматься одновременно. Такой вывод вытекает из содержания ст. 4 рассматриваемого закона. Согласно ей лица, виновные в нарушении положений Федерального закона «О временном запрете на клонирование человека», должны нести ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации. Однако в правовой системе страны отсутствует норма, предусматривающая ответственность за клонирование человека или ввоз на территорию Российской Федерации и вывоз с ее территории клонированных эмбрионов человека. При таких условиях провозглашенный в позитивном законодательстве запрет на репродуктивное клонирование не может исполняться результативно. Согласно выработанному в юридической науке учению о межотраслевых связях, нормы регулятивного содержания для своего нормального функционирования испытывают потребность в содействии норм охранительного характера². Если сформулированные в позитивном законодательстве правила поведения не гарантированы мерами государственного принуждения, то они не могут должным образом реализоваться, поскольку предмет регулирования остается вне сферы юридической охраны. В аспекте сказанного справедливыми являются слова З.А. Незнамовой о том, что «запаздывание в изменении охранительных норм

¹ См.: Капинус О.С., Додонов В.Н. Ответственность за клонирование человека // Закон. 2006. № 1. С. 109.

² См.: Уголовное право России: курс лекций: в 6 т. / под ред. Б.Т. Разгильдиева. Саратов, 2004. – Т. 1. Кн. 1. С. 314 (автор главы 7 – Б.Т. Разгильдиев).

может создавать сложнейшие правовые коллизии, которые фактически парализуют правоприменительный механизм»¹.

Таким образом, Федеральный закон от 20 мая 2002 г. (в ред. от 29 марта 2010 г.) «О временном запрете на клонирование человека» создает лишь видимость правового регулирования отношений в секторе научно-исследовательской практики. Его нормы не связаны с институтом юридической ответственности и не обеспечены надлежащими санкциями за нарушения соответствующих правовых предписаний. Сложившаяся ситуация актуализирует проблему вмешательства законодателя в сферу регламентации средств правового воздействия на негативные явления в биотехнологии. При этом ему рекомендуется обращаться к имеющимся доктринальным исследованиям по данной тематике и позитивному опыту нормотворческой деятельности иностранных государств.

С предложением установить жесткий криминологический контроль над биотехнологиями в целях предупреждения теневого их использования выступает В.С. Овчинский. Ученый убежден в том, что научный прогресс в биотехнологии открывает перед человечеством возможности для реализации любых замыслов. Но при этом всегда найдутся лица, готовые использовать достижения биомедицинской науки в чисто утилитарных целях. Профессор с большой долей вероятности допускает, что «несмотря на любые возможные ограничения и запреты, будут проводиться работы по нелегальному клонированию человека и даже создание человекоподобных химер. Тем более что технологии для этого уже созданы»².

Разделяет позицию В.С. Овчинского относительно установления государственного контроля над разработкой и внедрением в жизнь новых биомедицинских технологий Н.Е. Крылова. По ее мнению, формой такого контроля могут служить меры уголовно-правового характера, призванные предупреждать наиболее опасные деяния, совершаемые в сфере генетики человека. Опираясь

¹ Незнамова З.А. Коллизии в уголовном праве. Екатеринбург, 1994. С. 192.

² Овчинский В.С. Криминология и биотехнологии. М., 2005. С. 60.

на результаты исследования текста уголовного законодательства зарубежных государств, она рекомендует ввести в отечественное уголовное право норму ответственности за терапевтическое и репродуктивное клонирование человека¹. В авторской редакции статья уголовного закона, предусматривающая ответственность за клонирование человека, ввоз или вывоз клонированных эмбрионов человека, включает три части. Ее первая часть криминализирует клонирование человека, то есть создание существа, генетически идентичного другому живому или умершему человеку. Профессор рекомендует относить такого рода преступления к категории средней тяжести. Во второй части предлагается установить ответственность за ввоз на территорию Российской Федерации и вывоз с ее территории клонированных эмбрионов человека. Санкция за перечисленные общественно опасные деяния должна включать виды и размеры наказания, свойственные преступлениям средней тяжести. Квалифицированные виды состава преступления перечислены в части третьей проекта статьи уголовного закона, предложенного Н.Е. Крыловой. Их образуют общественно опасные деяния, предусмотренные частями первой или второй данной статьи, если они совершены: а) в целях использования органов, тканей или клеток клонированного существа; б) из корыстных побуждений; в) группой лиц по предварительному сговору или организованной группой; г) лицом с использованием своего служебного положения. Наказание лицу, нарушившему обязанность по воздержанию от совершения квалифицированного вида клонирования человека, автор предлагает определить как за тяжкое преступление.

Уголовно-правовые запреты на клонирование человеческих существ действуют в правовом поле многих государств, последовательно реализующих идею неприкосновенности личности и уважения ее достоинства. Так, по сведениям авторов книги «Сравнительное уголовное право» составы преступления, предусматривающие ответственность за клонирование человеческого эмбриона, «включены в новые уголовные кодексы Испании 1995 г., Сальвадора 1997 г., Колумбии 2000 г., Эстонии 2001 г., Мексики (федеральный округ) 2002 г.,

¹ См.: Крылова Н.Е. Уголовное право и биоэтика: проблемы, дискуссии, поиск решений. М., 2006. С. 300-301.

Молдовы 2002 г., Румынии 2004 г. В Словении соответствующая поправка в УК внесена в 2002 г., в Словакии – в 2003 г.»¹. Провозглашая преступными деяния, направленные на создание генетически идентичных человеческих существ, законодательные органы упомянутых стран явно стремились обезопасить общество от побочных последствий развития биотехнологии. Весьма показательными в этом отношении являются уголовные законы, действующие в Испании и Румынии. Структура уголовного кодекса названных государств располагает внутренне взаимосвязанной системой норм, возлагающей на правоисполнителей обязанность воздерживаться от манипуляций с генетической составляющей личности. В Уголовном кодексе Испании такого рода нормы размещены в разделе V «Генетические манипуляции». Они предусматривают ответственность за манипулирование человеческими генами, приводящими к изменению генотипа (ст. 159), использование генной инженерии для производства биологического оружия или оружия массового поражения (ст. 160), оплодотворение человеческой яйцеклетки с какой-либо целью, отличной от цели человеческого воспроизводства (ч. 1 ст. 161), создание идентичных человеческих существ путем клонирования или других действий, направленных на селекцию расы (ч. 2 ст. 161), производство искусственного размножения в женском организме без согласия женщины (ст. 162). Наделяя признаками преступления общественно опасные деяния, угрожающие геному человека, испанский законодатель сформировал еще одно звено в правовом механизме обеспечения безопасного создания и использования живых измененных организмов, являющихся результатом биотехнологии. Обнаружив потенциальные криминогенные очаги, он разработал комплекс мер по нейтрализации общественно опасных деяний еще до того, как они пополнят статистику совершенных преступлений.

Перечисленная совокупность норм объединена идеей уголовно-правовой охраны прав и свобод лиц, подвергающихся медицинским вмешательствам на уровне генетики. В них достаточно четко выражен объект уголовно-правовой

¹ Додонов В.Н., Капинус О.С., Щерба С.П. Сравнительное уголовное право. Особенная часть: монография / под общ. и науч. ред. С.П. Щербы. М., 2010. С. 97-98.

охраны, представлены критерии отграничения от смежных деяний, посягающих на человеческий эмбрион, сконструированы санкции, предельно точно отражающие характер и степень общественной опасности преступления. В структуре уголовного закона они располагаются вслед за нормами, объектом охраны которых выступают жизнь, здоровье и плод человека. Этим самым государство акцентирует внимание на приоритетах общечеловеческих ценностей, берущихся под уголовно-правовую охрану.

Вслед за испанским законодателем разумный подход к закреплению ответственности за посягательства на правоотношения, складывающиеся в сфере осуществления манипуляций с человеческими генами, проявили румынские нормотворцы. В системе Особенной части УК Румынии они выделили специальную главу IV «Преступления и нарушения закона генетической манипуляции». Составляющие ее содержание нормы под страхом реализации средств уголовно-правового воздействия предупреждают о недопустимости изменения человеческого генотипа (ст. 193), опасного использования генной инженерии (ст. 194), незаконного создания человеческих эмбрионов и клонирования (ст. 195). Наказания за действия, идущие в разрез с провозглашенными запретами, предусмотрены самые суровые. Максимально репрессивный характер присущ уголовно-правовой норме, устанавливающей ответственность за использование генной инженерии для производства биологического оружия массового поражения. Пренебрежение ее предписаниями карается лишением свободы на срок от 15 до 25 лет (ст. 194 УК Румынии). Чуть менее строгое наказание грозит лицу, виновному в создании человека, генетически идентичного другому живому или мертвому человеку. Действия, преследующие цель клонировать человеческое существо, наказываются лишением свободы на срок от 3 до 10 лет (ст. 195 УК Румынии). Наблюдаемый жесткий государственный подход к противодействию преступлениям в рассматриваемой сфере объясняется ярко выраженным желанием решить задачу их предупреждения.

В ст. 195 УК Румынии законодатель дифференцированно подошел к оценке деятельности по клонированию человеческой особи. В ч. 1 ст. 195 УК

он криминализировал деяния, направленные на создание человеческих эмбрионов в целях, не связанных с рождением ребенка, а в ч. 2 ст. 195 УК установил запрет на творение человеческого существа, генетически идентичного другому живому либо умершему индивиду. Видовым объектом интересующих нас составов преступлений выступают обусловленные объективными факторами и выстроенные с учетом особенностей проведения генетических манипуляций правоотношения, сориентированные на обеспечение достоинства личности, ее целостности и неповторимости. Необходимо отметить, что в диспозиции названных уголовно-правовых норм говорится о двух разновидностях клонирования: терапевтическом и репродуктивном. Различие между терапевтическим и репродуктивным клонированием состоит в цели осуществляемой процедуры. Терапевтическое клонирование связано с получением стволовых клеток, которые ученые предполагают использовать в исследовательских и лечебных целях. В процессе терапевтического клонирования эмбрион человека не имплантируется в полость матки, а используется в качестве объекта научного эксперимента и выращивания отдельных органов и тканей. Конечная цель репродуктивного клонирования заключается в воспроизведении целостного организма, генетически идентичного клону.

Таким образом, румынское уголовное законодательство категорически запрещает клонирование целостного человеческого организма, даже если оно осуществляется в терапевтических либо экспериментальных целях. При этом уголовный закон исходит из существующей нормативной директивы, установленной в международных и национальных юридически обязывающих документах. Так, Конвенция о защите прав и достоинства человека в связи с применением достижений биологии и медицины в ст. 18 устанавливает запрет на создание эмбрионов человека в исследовательских целях. Согласно ст. 11 Всеобщей декларации о геноме человека и правах человека не допускается практика клонирования в целях воспроизводства человеческой особи. Государствам предлагается сотрудничать с целью выявления такой практики и принятия мер по их предупреждению.

На фоне отечественного уголовного права проявленный иностранными законодателями подход к криминализации методов клонирования человека выглядит прогрессивным. В настоящий момент нормы уголовного закона зарубежных стран, предусматривающие ответственность за создание генетических копий живого или умершего человека, обладают превентивным характером. Законодатель формирует на уровне общественной психологии чувство неприятия к преступному поведению, уважения к авторитету уголовного закона. Основная смысловая нагрузка существования запретительных норм уголовного права сводится к оказанию влияния на сознание отдельных правоисполнителей, желающих удовлетворить личные интересы за счет совершения преступления.

В целях повышения результативности работы механизма уголовно-правовой охраны прав и свобод пациента в России и принимая во внимание, что регулятивные отрасли законодательства опосредованно обуславливают уголовное право, предлагаем дополнить систему Особенной части уголовно-закона нормой, предупреждающей о недопустимости клонирования целостного человеческого организма. Проект ее редакции выглядит следующим образом:

«Статья ... Нарушение законодательства Российской Федерации о временном запрете на клонирование человека

1. Использование технологий клонирования организма в целях клонирования человека, -

наказывается штрафом в размере до трехсот тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до двух лет, либо лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок от двух до пяти лет, либо ограничением свободы на срок до трех лет, лишением свободы на тот же срок.

2. Ввоз на территорию Российской Федерации либо вывоз с ее территории клонированных эмбрионов человека, -

наказывается лишением свободы на срок от трех до семи лет со штрафом в размере до одного миллиона рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до пяти лет».

В качестве следующего содержательного элемента уголовно-правового механизма охраны прав и свобод пациента выступает уголовно-правовой статус медицинского работника. Предложенная нами конструкция уголовно-правовой охраны прав и свобод пациента не может функционировать без формирования уголовно-правового статуса медицинского работника, являющегося участником не только здравоохранительных, но и уголовно-правовых отношений. Ныне действующий уголовный закон содержит ряд норм, адресатом воздействия которых выступают лица, занимающиеся врачебной практикой в силу избранной профессии. Речь идет об уголовно-правовых нормах, изложенных в ч. 2 ст. 109, ч. 2 ст. 118, ст. 120, ч. 4 ст. 122, ст. 123, ст. 124, ст. 128, ст. 235 УК РФ. Ни в одной из перечисленных статей законодатель напрямую не оперирует категорией «медицинский работник». Вместе с тем, исходя из характера осуществляемой деятельности, он вполне может быть охвачен такими формулировками, описывающими субъектов уголовной ответственности как «лицо, ненадлежаще исполнившее свои профессиональные обязанности», «лицо, обязанное оказывать помощь в соответствии с законом», «лицо, не имеющее высшего медицинского образования соответствующего профиля», «лицо, не имеющее лицензии на данный вид деятельности».

В юриспруденции уголовно-правовой статус медицинского работника как субъекта, обязанного воздерживаться от общественно опасных посягательств на правомерные интересы пациента, не определен. Традиционно ученые-криминалисты рассматривают поведение нерадивых врачей через призму лица, совершившего служебное или профессиональное преступление, сосредоточивая внимание на его психофизиологических и социально-демографических качествах (возраст, вменяемость, профессиональная подготовка). Так, по мнению С.В. Расторопова, «субъект преступлений против здоровья человека – это физическое вменяемое лицо, достигшее возраста, установленного уголовным законом, виновное в совершении ... преступлений»¹. Субъектов преступлений,

¹ Расторопов С.В. Уголовно-правовая охрана здоровья человека от преступных посягательств. СПб., 2006. С. 313-314.

причинивших по неосторожности вред здоровью пациента в результате неоказания либо ненадлежащего оказания медицинской помощи, автор наделяет дополнительными признаками. Они конкретизируют профессиональный и служебный статус лица, обязанного оказывать врачебную помощь больному по закону или специальному правилу¹.

Принципиально близкое понимание сущности субъекта преступления демонстрирует А.И. Коробеев. Проанализировав обусловленные несовершенством законодательства и практики его применения проблемы привлечения к уголовной ответственности лиц, отказывающихся от оказания помощи больному, он обращает внимание на признаки, свойственные субъекту данного состава преступления. Таковым является физическое вменяемое достигшее шестнадцатилетнего возраста лицо, обязанное оказывать помощь больному в соответствии с нормативными предписаниями, вытекающими из закона или специальных правил².

Особенности субъекта, совершившего умышленное или неосторожное преступление в сфере здравоохранения, анализируют и другие ученые³. Признавая безусловную ценность изданных ранее научных трудов, следует отметить, что целый ряд вопросов, связанных с определением уголовно-правового статуса лица, обязанного воздерживаться от совершения преступления, требует дальнейшего осмысления. Выражение «субъект преступления» в большей степени применимо к человеку, нарушившему провозглашенный в нормах Особенной части УК РФ запрет на совершение общественно опасного деяния. Установление и юридическое закрепление признаков анализируемого элемента состава преступления подтверждает факт пренебрежения конкретным гражданином предписаниями уголовного закона. Сосредоточение внимания на лице, подлежащем уголовной ответственности, невольно формирует представление о

¹ См.: Там же. С. 317.

² Коробеев А.И. Неоказание помощи больному // Криминологический журнал Байкальского государственного университета экономики и права. 2007. № 1-2. С. 39.

³ См.: Язухин А.Н. Медицинский персонал как специальный субъект в преступлениях, связанных с нарушением профессиональных обязанностей: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. Свердловск, 1986; Павлов В.Г. Субъект преступления. – СПб., 2001. С. 197-209; Мыц Я.А. Оставление в опасности в уголовном праве России: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. М., 2007.

том, что функциональное назначение уголовно-правовых норм состоит исключительно в карательном воздействии на правонарушителей. Однако подобное понимание предназначения охранительной отрасли права отчасти не согласуется с приоритетом задач, стоящих перед ней. Служебная роль уголовного права не ограничивается привлечением к ответственности граждан, причинивших вред интересам личности, общества, государства, мира и безопасности человечества. Она также предполагает удержание достигших возраста уголовной ответственности вменяемых физических лиц от совершения деяний, запрещенных уголовным законом под страхом привлечения к ответственности¹.

Регламентация уголовно-правового статуса медицинского работника служит средством перевода предписаний уголовно-правовых норм в плоскость их практического действия. Наделяя участника уголовно-правового отношения определенным набором юридических обязанностей и прав, уголовно-правовая норма проектирует модель социально одобряемого поведения правоисполнителя. Ожидаемая форма правомерного поведения в сознании врача формируется посредством позитивного восприятия адресуемой законодателем информации. Упорядочивать поступки физических лиц, направлять их в должное русло с помощью уголовно-правовых норм удастся потому, что последние «содержат выверенный эталон поведения человека в определенной ситуации, который позволяет установить правомерность тех или иных деяний. Право в так называемом объективном смысле всегда выступает в качестве масштаба, известного шаблона, служащего внешним основанием для оценки поступков людей, средством для регулирования их поведения»².

Пренебрежение обязанностями, вытекающими из уголовно-правового статуса правоисполнителя, обуславливает поведение, отклоняющееся от требований норм уголовного закона. Нарушение воли законодателя влечет для виновного неблагоприятные социально-правовые последствия, вытекающие из сущности наказания и иных мер уголовно-правового характера. Содержащиеся

¹ Уголовное право России: курс лекций: в 6 т. / [под ред. Б.Т. Разгильдиева]; ГОУ ВПО «Саратовская государственная академия права». – Саратов, 2008. Т. 2. С. 115-117.

² Воеводин Л.Д. Юридический статус личности в России: учебное пособие. М., 1997. С. 131.

в уголовном законодательстве средства воздействия на лицо, подлежащее уголовной ответственности, в большей степени ориентированы на предупреждение преступлений.

В юридической литературе понятие уголовно-правового статуса медицинского работника не сформулировано, но раскрывается содержание уголовно-правового статуса личности. Так, Г.О. Петрова под уголовно-правовым статусом личности понимает «такое правовое положение, при котором физическое лицо способно от рождения обладать правом на защиту от преступлений и имеет возможность реализовать это право в любой момент, а также способно нести обязанность ответить за совершенное преступление при наличии вменяемости, возраста, установленного уголовным законом, и других обстоятельств, указанных в уголовном, уголовно-процессуальном и уголовно-исполнительном, и иных законах и подзаконных актах»¹.

Основная идея, заложенная в процитированной дефиниции уголовно-правового статуса физического лица, представляет научный интерес. Она отражает потребности человека в охране его прав, свобод и правомерных интересов ресурсами уголовного закона. Участников уголовно-правовых отношений автор дифференцирует на носителей прав и исполнителей обязанностей. Такое понимание статуса личности в сфере уголовного права позволяет провести четкую границу между выражениями «субъект уголовно-правовых отношений» и «лицо, подлежащее уголовной ответственности». Вместе с тем трудно согласиться с тезисом о том, что в формировании уголовно-правового статуса личности одновременно участвуют несколько смежных отраслей права и законодательства. Уголовное, уголовно-процессуальное, уголовно-исполнительное право, иные законы и подзаконные акты располагают собственным предметом и методом правового воздействия на участников соответствующих отношений и наделяют их индивидуальным отраслевым статусом. «Каждой основной отрасли присущ свой особый метод правового регулирования, специфические черты которого

¹ Петрова О.Г. Уголовно-правовое регулирование и его средства: норма и правоотношение: автореф. дис. ... д-ра. юрид. наук. Н. Новгород, 2003. С. 33.

концентрированно выражены в правовом положении (статусе) субъектов, а также в основаниях формирования правоотношений, способах определения их содержания, в юридических санкциях», - пишет С.С. Алексеев¹.

В иной редакции определение статуса личности в уголовном праве формулирует Е.М. Луничев. По его мнению, уголовно-правовой статус личности включает «совокупность прав и обязанностей, закрепленных в нормах уголовного права и устанавливающих пределы возможного и должного поведения для лиц, являющихся субъектами уголовного права, которые в определенных законом случаях могут выступать участником уголовно-правовых отношений»².

Несложно заметить, что содержание уголовно-правового статуса личности автор рассматривает в непосредственной связи с предметом уголовно-правового воздействия. При этом он учитывает то, что обладателями соответствующего статуса могут быть как субъекты уголовного права, так и субъекты уголовно-правовых отношений. Преимущество данного определения заключается в его способности конкретизировать основание, сущность и обладателей уголовно-правового статуса. Основанием возникновения уголовно-правового статуса личности служит официальное закрепление правил уголовного-правового поведения. Вступление в силу уголовного закона предопределяет границы должного и возможного поведения правоисполнителя. С момента начала действия уголовно-правовых норм на него возлагается обязанность воздерживаться от причинения вреда объектам, взятым под охрану уголовного закона. Круг обязанностей и прав, определяемых уголовно-правовым статусом, отражает социально-демографические, психофизиологические, профессиональные и иные свойства его обладателя.

Зачастую в литературе содержание уголовно-правового статуса ученые-юристы распространяют только на человека, виновного в совершении конкретного преступления, оставляя без внимания обязанности и права законопослушных граждан, добровольно воздерживающихся от совершения общественно

¹ Алексеев С.С. Общая теория права. М., 1981. Т. 1. С. 295.

² Луничев Е.М. Уголовно-правовой статус несовершеннолетнего: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. М., 2012. С. 6.

опасного деяния. В частности, А.И. Чучаев и А.А. Крупцов под уголовно-правовым статусом иностранного гражданина рекомендуют понимать «урегулированное УК РФ положение лица, не обладающего устойчивой политико-правовой связью с Российской Федерацией, в системе уголовно-правовых отношений, возникающих в момент совершения общественно опасного деяния, по которому лицо выступает потерпевшим от преступления либо его субъектом, и состоящее из системного взаимодействия прав (свобод), законных интересов и обязанностей»¹.

Достоинство процитированного определения проявляется в том, что структурные элементы уголовно-правового статуса авторы распространяют на потерпевшего от преступления. Рассмотрение фигуры потерпевшего в качестве субъекта, значимого для уголовного права, заслуживает поддержки и обуславливает необходимость исследования его уголовно-правового статуса. Констатируя ценность вклада указанных авторов в развитие теории уголовно-правового статуса личности, важно заметить, что представленная ими дефиниция не лишена и уязвимой составляющей. А.И. Чучаев и А.А. Крупцов не считают нужным разграничивать понятия «субъект уголовного права» и «субъект уголовно-правового отношения». Круг субъектов уголовных правоотношений они ограничивают лицами, совершившими запрещенные уголовным законом общественно опасные деяния. Исходя из ранее изложенных суждений, такая позиция является весьма спорной.

Представленные мнения ученых относительно статуса личности в уголовном праве показывают направление исследовательской деятельности по определению содержания и структурных компонентов уголовно-правового статуса медицинского работника. В нашем понимании уголовно-правовой статус медицинского работника – это обусловленные нормами уголовного закона границы должного и возможного поведения медицинского работника, определенные его профессиональным статусом.

¹ Чучаев А.И., Крупцов А.А. Уголовно-правовой статус иностранного гражданина: понятие и характеристика. М., 2010. С. 64.

Из содержания предложенного определения видно, что уголовно-правовым статусом обладает медицинский работник как субъект уголовно-правовых отношений. Физическое лицо, получившее медицинское образование и имеющее свидетельство об аккредитации специалиста, становится участником уголовно-правовых отношений в момент признания его правоисполнителем. Для этого он должен заключить трудовой договор с работодателем либо получить лицензию на занятие частной медицинской практикой. С наступлением обозначенного в трудовом соглашении времени либо после регистрации в качестве индивидуального предпринимателя медицинский работник начинает реализовывать обязанности и права, определенные его профессиональным статусом. Именно с указанного момента он испытывает воздействие норм уголовного права, стимулирующих к надлежащему исполнению профессиональных функций.

В уголовно-правовых отношениях медицинский работник выступает стороной, обладающей особым правовым положением и социальной ролью, связанной с профессией. По долгу профессии он наделен специальными полномочиями по оказанию профилактической, диагностической или лечебной помощи больному. Неисполнение или ненадлежащее исполнение обязанностей, обусловленных статусом врача, одновременно нарушает два уровня нормативных предписаний: специально-отраслевых и уголовно-правовых. Руководствуясь ими, правоприменительные органы дают оценку зловредным либо невежественным действиям (бездействию) врачей, повлекших полную или частичную утрату здоровья больного либо смерть. Так, приговором суда дежурный врач станции скорой медицинской помощи М. признан виновным в причинении смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения профессиональных обязанностей. Суд обратил внимание на то, что осужденный отступил от требований норм здравоохранительного и уголовного законодательства. Во-первых, в нарушении Должностной инструкции врача выездной бригады (п. 5 раздела «О враче выездной бригады скорой медицинской помощи»), он не собрал анамнез жизни и предшествующих заболеваний, которыми страдал паци-

ент, не в полном объеме произвел осмотр, проигнорировал жалобы больного и отказал ему в госпитализации. В соответствии с заключением комиссионной судебно-медицинской экспертизы, ошибочный диагноз и некачественное оказание медицинской помощи привели к развитию у пациента острого нарушения коронарного кровообращения, что явилось непосредственной причиной его смерти. Во-вторых, врач пренебрег возложенной на него уголовно-правовой нормой обязанностью по воздержанию от совершения общественно опасного деяния, угрожавшего жизни пациента (ч. 2 ст. 109 УК РФ)¹.

Таким образом, в уголовно-правовых отношениях, функционирующих ради обеспечения сохранности прав, свобод и не противоречащих закону интересов пациента, ключевой фигурой выступает медицинский работник. На него направлена предупредительная мощь уголовного закона. Механизм образования уголовно-правового статуса медицинского работника является достаточно простым. Его основу составляют обязанности и права. Впрочем, некоторые специалисты выступают за увеличение количества структурных компонентов уголовно-правового статуса личности. Например, Т.А. Сулейманов предлагает значительно расширить его параметры за счет включения: а) правовых норм, устанавливающих уголовно-правовой статус; б) правосубъектности; в) юридических обязанностей; г) субъективных прав; д) законных интересов; е) гарантий². Представленное мнение, если рассматривать его лишь с точки зрения объекта научной дискуссии, заслуживает внимания. Одновременно нужно заметить, что, не затрудняя себя объяснением причин, автор ограничился исследованием всего лишь двух из шести выделенных им составных компонентов правового статуса лица, совершившего преступление. Предметом осмысления стали юридические обязанности и права преступника. Основываясь на изложенных фактах, справедливым будет вывод о том, что взгляд Т.А. Сулейманова на решение обозначенной проблематики не отличается от позиции большинства ученых-криминалистов.

¹ См.: Архив Пятигорского городского суда Ставропольского края. Дело № 1-1049/2002.

² См.: Сулейманов Т.А. Лицо, совершившее преступление, как субъект уголовного правоотношения. Рязань, 1997. С. 85.

Определяя значение субъективных прав и юридических обязанностей в конструкции правового регулирования, Н.И. Матузов отмечает: «Правовая норма имеет безличный, отвлеченный характер, и, будучи просто изданной, она еще не может подчинить волю конкретных лиц общей воле государства. Необходимы дополнительные юридические рычаги, обеспечивающие ее эффективность и нужный результат. Такими рычагами являются права и обязанности тех, чье поведение нуждается в регулировании, на кого рассчитаны нормы. Именно в предоставлении прав и возложении обязанностей, в практическом их осуществлении, проявляется регулирующее действие права в общественной жизни»¹.

Соглашаясь с профессором целиком и полностью, необходимо отметить, что в структуре уголовно-правового статуса медицинского работника в связке «права-обязанности» определяющими являются обязанности правоисполнителя. Именно они располагаются на первом месте и не корреспондируют с правами другого субъекта правоотношения². Обязанности и права участников уголовно-правовых отношений существуют автономно и воплощаются в жизнь самостоятельно. В то время как в здравоохранительных правоотношениях на первое место поставлены права пациента, которые обеспечиваются исполнением юридических обязанностей врача. Реализация уголовно-правовых обязанностей и прав медицинского работника сводится к удержанию его от совершения криминальных поступков, угрожающих правовому статусу пациента.

Каким набором обязанностей и прав наделен медицинский работник, будучи обладателем уголовно-правового статуса? Данный вопрос в отечественной доктрине уголовного права еще не поднимался, поэтому ответ на него не сформулирован. Однако имеются научные работы, посвященные исследованию содержания обязанностей и прав физического лица, участвующего в уголовно-правовом отношении. Так, М.П. Карпушин и В.И. Курляндский предлагают на преступника возложить обязанность претерпевать невыгодные последствия со-

¹ Матузов Н.И. Личность. Права. Демократия. Теоретические проблемы субъективного права. Саратов, 1972. С. 49.

² См.: Разгильдиев Б.Т. Уголовно-правовые отношения и реализация ими задач уголовного права РФ. Саратов, 1994. С. 190-191.

вершенного преступления: в определенном законом порядке дать отчет в содеянном, в том числе подвергнуться правоограничениям, быть осужденным и понести наказание. Одновременно он «вправе требовать, чтобы с ним обращались в соответствии с законом, чтобы с делом разобрались в установленном порядке, чтобы к нему применили наказание, установленное законом с учетом тяжести содеянного, и т.д.»¹.

Среди перечисленных обязанностей лица, совершившего преступление, обращает на себя внимание обязанность «дать отчет в содеянном». В словаре русского языка С.И. Ожегова отчет определяется как «сообщение, доклад о своих действиях, работе»². Исходя из лингвистического содержания данного термина, можно сделать вывод о том, что по замыслу М.П. Карпушина и В.И. Курляндского лицо, подлежащее уголовной ответственности, обязано информировать в установленном законом порядке кого-либо о факте совершения преступления, объяснить свои поступки. Но вряд ли можно согласиться с подобным предположением. В процессе предварительного следствия и судебного разбирательства обвиняемый или подсудимый могут сообщить соответствующим должностным лицам об отдельных обстоятельствах совершенного преступления, объяснить мотив своего поведения, но не обязаны этого делать. Более того, такие действия совершаются в рамках уголовно-процессуальных отношений, а не уголовно-правовых.

Аналогичные сомнения возникают и в части отнесения к числу субъективных прав участника уголовно-правового отношения права «требовать, чтобы с ним обращались в соответствии с законом, чтобы с делом разобрались в установленном порядке». Подобного рода юридические возможности не обусловлены уголовно-правовым статусом лица, привлекаемого к уголовной ответственности. Они в большей степени свойственны субъектам, вовлеченным в сферу уголовного судопроизводства (подозреваемому, обвиняемому).

¹ Карпушин М.П., Курляндский В.И. Уголовная ответственность и состав преступления. М., 1974. С. 29-30.

² Ожегов С.И. Словарь русского языка. М., 1997. С. 402.

По мнению коллектива авторов монографии «Механизм уголовно-правового регулирования», субъекты уголовно-правовых отношений наделены обязанностями и правами, вытекающими из характера связывающих их уголовно-правовых норм. Закон требует от лица, нарушившего уголовно-правовой запрет, «лишь одного – быть подвергнутым уголовной ответственности за то конкретное преступление, которое им совершено»¹.

Разумеется, в обязанности быть подвергнутым уголовной ответственности отчетливо просматривается реализация уголовно-правовой задачи по предупреждению совершения новых преступлений человеком, ранее проигнорировавшим обязанностью воздерживаться от посягательств на интересы личности, общества, государства, мира и безопасности человечества. Претворяя ее в действительность, преступник отбывает наказание либо иные меры уголовно-правового характера. Однако вследствие такого понимания содержания уголовно-правового статуса личности вне поля зрения остается охранительная задача уголовного закона. Вряд ли представленная картина объективно отражает социальное и правовое предназначение уголовного права. По смыслу уголовного закона реализация уголовно-правового статуса личности должна одновременно обеспечивать каждую из задач, стоящих перед ним.

В контексте изложенного справедливо будет заметить, что наиболее распространенной среди ученых является точка зрения, согласно которой от физических лиц как субъектов уголовного права требуется, чтобы они воздерживались от действий, запрещенных уголовным законом. Так, Р.Р. Галиакбаров полагает, что в рамках уголовно-правовых отношений, возникающих с момента вступления уголовного закона в силу, на граждан возлагается обязанность соблюдать уголовно-правовые запреты либо использовать их для защиты своих законных интересов².

Б.Т. Разгильдиев уголовно-правовую обязанность рассматривает как фактор, удерживающий гражданина от посягательств на объекты, охраняемые уго-

¹ Прохоров В.С., Кропачев И.М., Тарбагаев А.Н. Механизм уголовно-правового регулирования: норма, правоотношение, ответственность. Красноярск, 1989. С. 139.

² См.: Галиакбаров Р.Р. Совершение преступления группой лиц. Омск, 1980. С. 15.

ловным законом. На правоисполнителя возлагаются обязанности: а) воздерживаться от совершения преступления; б) подвергнуться уголовной ответственности в случае нарушения предыдущей обязанности¹. Помимо обязанностей, правоисполнитель наделяется субъективными правами. В качестве таковых выступают: «право требования проведения в его отношении работниками правоохранительных органов проверки на предмет исполнения им обязанностей по воздержанию от совершения преступления в рамках принципов уголовного права; право на признание потерпевшим, если ему причинен совершенным преступлением ущерб, на восстановление его первоначального правового статуса, имевшегося у него до начала проверки, а также возмещение морального, физического, материального и других видов ущерба в случаях, если им не нарушена обязанность по воздержанию от совершения преступления; право на необходимую оборону, крайнюю необходимость, задержание лица, совершившего общественно опасное деяние, и вознаграждение за его реализацию»².

Используя результаты научных трудов, посвященных исследованию содержания обязанностей и прав участников уголовно-правовых отношений, можно определиться с обязанностями и правами медицинского работника, в комплексе образующими его уголовно-правовой статус. При этом следует исходить из факта, что уголовно-правовые обязанности и права медицинского работника предопределены его профессиональным статусом. Они устанавливают границы должного и возможного поведения субъекта уголовно-правового отношения. Их набор должен быть оптимальным для создания условий по беспрепятственному осуществлению прав и свобод больного человека, вступившего в здравоохранительные и уголовно-правовые отношения.

Выступая в качестве носителя уголовно-правового статуса, медицинский работник обязан, прежде всего, воздерживаться от совершения социально опасного деяния, угрожающего правомерным интересам пациента. Соблюдение запретов составляет основную форму реализации уголовно-правой нормы, цель

¹ Разгильдиев Б.Т. Уголовно-правовые отношения и реализация ими задач уголовного права РФ. Саратов, 1994. С. 210.

² Там же. С. 215.

которого состоит в предупреждении осуждаемого обществом поведения. Абсолютное большинство представленных в Особенной части уголовного законодательства норм под страхом привлечения к уголовной ответственности удерживают медицинского работника от совершения активных действий. Например, уголовно-правовая норма, изложенная в ст. 120 УК РФ, возлагает на правоисполнителя обязанность по воздержанию от принуждения человека к изъятию органов или тканей для трансплантации. В случае ее нарушения виновное лицо наказывается лишением свободы на срок до четырех лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового.

Остальные нормы Особенной части уголовного закона напротив устанавливает ответственность за пассивное поведение субъекта уголовно-правового отношения. Функциональное назначение такого рода уголовно-правовых норм состоит в стимулировании правоисполнителя к активным действиям. В частности, уголовно-правовая норма, сформулированная в ч. 1 ст. 124 УК РФ, возлагает на медицинского работника обязанность совершать активные действия, суть которых заключается в оказании не терпящей отлагательства помощи больному. Ее исполнение стимулируется угрозой назначения наказания в виде штрафа в размере до сорока тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до трех месяцев, либо обязательных работ на срок до трехсот шестидесяти часов, либо исправительных работ на срок до одного года, либо ареста на срок от двух до четырех месяцев.

Таким образом, уголовно-правовая обязанность медицинского работника по воздержанию от совершения преступления может быть реализована путем: а) воздержания от совершения активных действий, угрожающих правомерным интересам пациента; б) выполнения определенных действий, способствующих осуществлению правового статуса пациента. В обоих вариантах поведения субъекта уголовно-правового отношения непосредственным результатом действия уголовного закона выступает удержание правоисполнителя от посягательств на правомерные интересы пациента. Пренебрежение уголовно-

правовой обязанностью по воздержанию от совершения преступления влечет возложение на него другой обязанности – подвергнуться уголовной ответственности. Следствием применения наказания либо иных мер уголовно-правового характера выступает ограничение правового статуса субъекта, нарушившего права и свободы другого человека. Обязанность подвергнуться уголовной ответственности возлагается на медицинского работника в том случае, когда возникает объективная необходимость в дополнительном стимулировании исполнения обязанности по воздержанию от совершения общественно опасных деяний против интересов пациента. Уклонение от отбывания ограничения свободы, лишения свободы, а также от применения принудительных мер медицинского характера образует самостоятельный состав преступления, предусмотренный ст. 314 УК РФ. Таким образом, привлечение лица к уголовной ответственности служит инструментом принудительного обеспечения задач, стоящих перед соответствующей отраслью законодательства.

Еще одной обязанностью, обусловленной уголовно-правовым статусом медицинского работника, является возмещение физического, материального и морального вреда, нанесенного пациенту в результате совершенного преступления. В настоящее время вопрос о компенсации ущерба, причиненного неисполнением или ненадлежащим исполнением врачом профессиональных функций, решается в порядке подачи и рассмотрения гражданского иска в уголовном процессе. Анализ материалов судебной практики свидетельствует о том, что процесс удовлетворения требований граждан по возмещению вреда, причиненного здоровью или жизни во время оказания врачебной помощи, протекает крайне затруднительно. Потерпевшим от преступлений в виду отсутствия специальных познаний сложно обосновать характер и объем причиненного ущерба. Им нередко приходится испытывать противодействие со стороны экспертов, представляющих медицинскую отрасль. Включение в уголовно-правовой статус медицинского работника предложенной обязанности придаст факту возмещения физического, материального и морального вреда публичный характер. Его исполнение будет осуществляться в рамках уголовно-правовых отношений,

что существенно повысит шансы потерпевшего на удовлетворение его уязвленных интересов¹. В то же время компенсирование представителем врачебной профессии ущерба, нанесенного больному неквалифицированным исполнением профессиональных функций, не должно восприниматься как откуп от уголовного преследования.

Было бы грубейшей ошибкой полагать, что роль уголовного права в механизме охраны прав и свобод пациента исчерпывается возложением обязанностей на человека, занимающегося врачебной практикой, и внесением карательного элемента в здравоохранительные правоотношения. Неотъемлемой составляющей уголовно-правового статуса медицинского работника является субъективное право. Будучи тесно связанным с личностью, оно несет внушительную социальную и функциональную нагрузку. От его востребованности в значительной мере зависит результативность функционирования механизма уголовно-правовой охраны прав и свобод пациента. Правовые возможности способствуют совершенствованию профессиональных качеств личности, повышению ее социально-правовой активности. Наделение представителей врачебной профессии определенными правами в сфере действия уголовного закона способствует внедрению во врачебную практику позитивных результатов экспериментальных методов диагностики и лечения заболеваний.

В структуру уголовно-правового статуса медицинского работника могут быть включены лишь те права, которые регламентированы уголовным кодексом. Норм, уполномочивающих людей на социально полезное поведение, в российском уголовном законодательстве немного. Их перечень ограничен институтом обстоятельств, исключающих преступность деяния (ст. 37-42 УК РФ). Учитывая профессиональный статус лиц, занимающихся врачебной деятельностью, уголовный закон наделяет медицинских работников правом на обосно-

¹ В литературе высказываются предложения по включению в уголовный закон нормы, которая обязывала бы правоисполнителей возместить или иным образом загладить причиненный преступлением физический, имущественный, моральный вред. См. напр.: Анощенко С.В. Уголовно-правовое учение о потерпевшем / под ред. Н.А. Лопашенко. М., 2006. С. 199; Разгильдиев Б.Т. Уголовно-правовое возмещение вреда, причиненного преступлением // Уголовное право: стратегия развития в XXI веке: материалы Шестой Международной научно-практической конференции 29-30 января 2009 г. М., 2009. С. 40; Сумачев А.В. Пострадавший как субъект уголовного правоотношения: Учеб. пособие. Тюмень, 1999. С. 74 – 75.

ванный риск (ст. 41 УК РФ) и крайнюю необходимость (ст. 39 УК РФ). Составляющие содержание указанных статей нормы стимулируют правоисполнителя к совершению общественно полезных действий и определяют границы возможного поведения в процессе исполнения профессиональных функций.

Трудно согласиться с утверждением С.Е. Донцова и В.В. Глянцева о том, что для медицинского работника, оказывающего помощь больному, риск является не правом, а обязанностью. По мнению ученых, обязанность совершать рискованные действия возникает из юридических фактов, закрепленных в нормативных актах, регулирующих правовой статус врача в нестандартных ситуациях¹.

Риск как выход за пределы безопасного поведения является возможным, но не обязательным действием. Желая добиться общественно полезного результата в ситуации, характеризующейся опасностью наступления неблагоприятных последствий, субъект врачевания делает свой выбор и старается реализовать его. Вполне вероятно, что согласно патерналистской теории взаимоотношений медицинского работника и пациента, у врача в экстремальных случаях может возникнуть моральный долг действовать рискованным образом, но никак не юридический. Правовые обязанности медицинского работника, вытекающие из профессионального статуса, в исчерпывающем порядке перечислены в ст. 73 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». В этом перечне законодатель не наделил представителей врачебной профессии обязанностью прибегать к рискованным действиям в случае тяжелого заболевания больного. Ее не было и в нормативных документах, действовавших на момент выхода в свет монографической работы С.Е. Донцова и В.В. Глянцева. В то же время право медицинских работников участвовать в доклинических и клинических исследованиях лекарственных средств вытекает из содержания Федерального закона от 12 апреля 2010 г. «Об обращении лекарственных средств»² (ст. 11, 21, 38, 40). В аспекте изложенного

¹ См.: Донцов С.Е., Глянец В.В. Возмещение вреда по советскому законодательству. М., 1990. С. 254-257.

² См.: СЗ РФ. 2010. № 16. Ст. 1815.

справедливыми следует признать суждения А.Н.Савицкой о том, что новаторство — это право медицинского работника, реализация которого зависит от субъективных качеств личности врача, но в то же время неосуществление этого права нельзя рассматривать как противоправное поведение¹.

Еще одним структурным компонентом в рассматриваемом механизме уголовно-правовой охраны прав и свобод пациента выступает уголовно-правовой статус правоприменителя. К числу субъектов, применяющих нормы уголовного права, относятся орган дознания, следователь, прокурор, судья, обладающие государственно-властными полномочиями. Частные лица не могут быть субъектами правоприменения, поскольку государство не уполномочило их на эту деятельность. Они соблюдают, исполняют, используют уголовно-правовые нормы, но применять ее не в состоянии.

В рамках уголовно-правовых отношений компетентные органы и должностные лица, представляющие правоприменительные структуры государства, наделены совокупностью обязанностей и прав, реализация которых способствует обеспечению интересов пациента. На правоприменителя, прежде всего, возлагается обязанность по осуществлению контроля над деятельностью медицинских работников, претворяющих в жизнь свой профессиональный и уголовно-правовой статус. Потребность в ее установлении обусловлена тем, что уголовно-правовая обязанность по воздержанию от совершения преступления или подвергнуться ответственности в случае ее нарушения, должна проверяться на предмет исполнения. Отсутствие контроля обесценивает усилия законодателя, устремленные на удержание медицинского персонала от совершения общественно опасных деяний.

Осуществляя контролирующие функции, правоприменитель дает уголовно-правовую оценку действию (бездействию) медицинского работника, причинившему вред жизни, здоровью или свободе пациента. В случае обнаружения в его деянии признаков состава преступления дознаватель, следователь, прокурор или судья инициирует и реализует уголовное преследование согласно полномо-

¹ См.: Савицкая А.Н. Возмещение ущерба, причиненного ненадлежащим врачеванием. Львов, 1982. С. 110.

чиям, установленным уголовно-процессуальным законодательством. Признание лица виновным в совершении преступления обуславливает необходимость определения вида и объема уголовной ответственности. При наличии оснований и условий, предусмотренных уголовным законом, правоприменитель освобождает медицинского работника от уголовной ответственности или наказания.

Структурным элементом уголовно-правового статуса правоприменителя является обязанность признавать пациента потерпевшим от преступления, совершать другие действия, обращенные на охрану его правового статуса и предупреждение новых преступлений в секторе здравоохранения. На правоприменителя возлагается уголовно-правовая обязанность воздерживаться от совершения преступления и подвергнуться уголовной ответственности, если в процессе осуществления контролирующих функций он нарушит предыдущую обязанность. Так, уголовный закон обязывает соответствующих должностных лиц воздерживаться от привлечения заведомо невиновного врача к уголовной ответственности, незаконного освобождения от уголовной ответственности медицинского работника, подозреваемого или обвиняемого в совершении преступления, вынесения заведомо неправосудного приговора, решения или иного судебного акта.

Как участник уголовно-правового отношения правоприменитель наделен правом на получение от пациентов, врачебного персонала, должностных лиц учреждений здравоохранения информации об уголовно-правовом поведении конкретного медицинского работника. В процессе его реализации уточняются обязанности и права медицинского работника, обусловленные профессиональным и уголовно-правовым статусом, выясняются факторы, способствовавшие формированию преступной мотивации и совершению преступления. Существенный интерес для должностных лиц, применяющих нормы уголовного права, представляют обстоятельства, наличие которых исключает преступность деяния медицинского работника.

Осуществление обязанностей и прав, определенных уголовно-правовым статусом правоприменителя, не должно нарушать права, свободы и правомер-

ные интересы медицинского работника, надлежаще исполняющего профессиональные функции. Расходятся с задачами уголовного права действия сотрудников правоохранительных органов, не организовавших процесс предварительного расследования и судебного рассмотрения уголовного дела на уровне, максимально обеспечивающем права и свободы человека. Так, 11 апреля 2003 г. правоохранительные органы г. Москвы возбудили уголовное дело против врачей-трансплантологов по факту приготовления к изъятию почек у пациента, биологическая смерть которого не была констатирована. Однако, 1 марта 2005 г. Московский городской суд оправдал медицинских работников за отсутствием в их поведении состава преступления¹.

Дважды Судебная коллегия по уголовным делам Верховного Суда РФ отменяла оправдательный приговор Московского городского суда от 1 марта 2005 г., направляя дело на новое судебное рассмотрение². Президиум Верховного Суда РФ своим постановлением от 11 октября 2006 г. отменил Определение Судебной коллегии по уголовным делам Верховного Суда РФ от 29 марта 2006 г. и передал уголовное дело на новое кассационное рассмотрение³. Кассационным Определением Верховного Суда РФ от 21 декабря 2006 г. оправдательный приговор Московского городского суда был оставлен без изменения, кассационные представления государственных обвинителей - без удовлетворения⁴.

Между тем, по мнению экспертов, необоснованное уголовное преследование врачей нанесло непоправимый ущерб трансплантологии. За время предварительного расследования по указанному уголовному делу количество операций по пересадке органов в России сократилось на 80 процентов, главным об-

¹ См.: Приговор Московского городского суда от 1 марта 2005 г. №2-9/05 // Официальный сайт Московского городского суда [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.mos-gorsud.ru/> (дата обращения: 12.03.2008).

² См.: Определение СК по уголовным делам Верховного Суда РФ от 29 марта 2006 г. № 5-006-11 // Официальный сайт Верховного Суда РФ [Электронный ресурс]. – URL: http://supcourt.ru/stor_pdf.php?id=138648 (дата обращения: 12.03.2008); Кассационное определение Верховного Суда РФ от 19.04.2005 г. № 5-005-48 // Официальный сайт Верховного Суда РФ [Электронный ресурс]. – URL: http://supcourt.ru/stor_pdf.php?id=115394 (дата обращения: 12.03.2008).

³ См.: Постановление Президиума Верховного Суда РФ от 11 октября 2006 г. № 429-П06 // Официальный сайт Верховного Суда РФ [Электронный ресурс]. – URL: http://supcourt.ru/stor_pdf.php?id=155542 (дата обращения: 12.03.2008).

⁴ См.: Кассационное определение СК по уголовным делам Верховного Суда РФ от 21 декабря 2006 г. № 5-006-179 [Электронный ресурс] // Официальный сайт Верховного Суда РФ. – URL: http://supcourt.ru/stor_pdf.php?id=160916 (дата обращения: 12.03.2008).

разом из-за нехватки трансплантируемого материала. Дефицит донорских органов образовался потому, что врачи-реаниматологи, опасаясь незаконного уголовного преследования, не информировали трансплантологов о появившихся потенциальных донорах. Все это привело к тому, что многие пациенты, испытывавшие потребность в пересадке органов и тканей, так и не дождались жизненно важной операции¹.

Показателем качества работы механизма уголовно-правовой охраны прав и свобод пациента служит эффективность решения задач, стоящих перед ним. Принимая ту или иную норму, наделяя участников уголовно-правовых отношений конкретным набором обязанностей и прав, законодатель предполагает определенный результат, который будет достигнут в процессе функционирования выстроенной правовой конструкции. Предлагаемое нами нормативное явление призвано обеспечивать решение двух социально значимых задач: а) охрану прав и свобод пациента от преступных посягательств со стороны лиц, занимающихся медицинской практикой; б) предупреждение новых преступлений против прав и свобод пациента.

В юридической науке уголовно-правовая охрана рассматривается как сохранение перечисленных в уголовном законе объектов от возможного преступного воздействия на них посредством возложения уголовно-правовой нормой обязанностей и предоставления прав правоисполнителям и правоприменителям². Она не персонифицирована ни по объектам, ни по лицам. Одновременно реализуется в отношении всех граждан, несущих обязанность по воздержанию от совершения преступления под угрозой наказания или применения иных мер уголовно-правового характера.

Выступая в качестве одной из задач исследуемого механизма, охрана прав и свобод пациента от преступных посягательств должна характеризоваться определенной результативностью. Позитивный результат ее функционирования

¹ См.: Врачей не признали «вредителями» // Известия. 2005. 2 марта.

² См.: Разгильдиев Б.Т. Задачи уголовного права Российской Федерации и их реализация. Саратов, 1993. С. 135.

обнаруживается в удержании представителей врачебной профессии от совершения общественно опасных деяний в секторе здравоохранения.

Воплощение в жизнь второй задачи, вытекающей из сути уголовно-правового механизма охраны прав и свобод пациента, обеспечивается посредством привлечения лиц, совершивших преступление, к уголовной ответственности. В науке общепризнанным является положение о том, что уголовная ответственность фактом своего существования предупреждает совершение новых преступлений как лицами, уже привлеченными к ответственности, так и правоисполнителями, на данном примере воздерживающимися от совершения общественно опасных деяний¹. С представленным тезисом трудно спорить. Вместе с тем мы исходим из того, что уголовно-правовая задача предупреждения преступных посягательств имеет конкретного адресата. Им является медицинский работник, обвиняемый в совершении преступления против пациента. Если правоисполнителю не предъявлено обвинение, то он не нарушил уголовно-правовой статус в части воздержания от осуществления общественно опасных действий (бездействия). В отношении него реализуется уголовно-правовая задача по охране прав и свобод пациента.

Насколько эффективно реализуются показанные задачи на правоисполнительном и правоприменительном уровнях? Критерием эффективности работы механизма уголовно-правовой охраны правового статуса пациента на правоисполнительном уровне служит низкий показатель совершаемых медицинскими работниками преступлений, достигаемый за счет их удержания от совершения общественно опасного поступка, а на уровне правоприменения – привлечение к уголовной ответственности лиц, нарушивших обязанность по воздержанию от свершения преступления. В первом случае обеспечивается задача охраны прав и свобод пациента. Во

¹ См.: Уголовное право России. Общая часть: учебник / под ред. Ф.Р. Сундунова, И.А. Тарханова. 3-е изд., перераб. и доп. М., 2009. С. 22-23.

втором случае выполняется уголовно-правовая задача по предупреждению новых преступлений со стороны медицинских работников.

Если исходить из данных официальной статистики зарегистрированных преступлений против интересов пациента, то можно сделать вывод о том, что в общей массе преступности доля преступлений против прав и свобод пациента составляет незначительную часть. Об этом свидетельствуют показатели уровня и динамики преступности в сфере здравоохранения.

Таблица 2.¹

Количество зарегистрированных преступлений против прав и свобод пациента в 2008-2012 гг.					
<i>Год</i>	2008	2009	2010	2011	2012
<i>Статья УК РФ</i>					
Принуждение к изъятию органов или тканей человека для трансплантации (ст. 120 УК РФ)	0	0	0	0	0
Незаконное проведение искусственного прерывания беременности (ст. 123 УК РФ)	27	28	18	10	8
Неоказание помощи больному (ст. 124 УК РФ)	84	64	80	63	58
Незаконная госпитализация в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях (ст. 128 УК РФ)	3	1	3	2	6
Незаконное осуществление медицинской деятельности или фармацевтической деятельности (ст. 235 УК РФ)	16	6	11	2	5

Исходя из приведенных в таблице данных о количестве зарегистрированных преступлений против прав и свобод пациента за 2008-2012 гг., формируется мнение о высокой эффективности действия уголовно-правовых норм, ориен-

¹ При составлении таблицы использовалась информация, опубликованная в изданиях Российской криминологической ассоциации: Здоровье нации и национальная безопасность / под ред. проф. А.И. Долговой. М., 2013; Преступность, национальная безопасность, бизнес / под общей ред. проф. А.И. Долговой. М., 2012; Оптимизация научного обеспечения и криминологической культуры борьбы с преступностью. М., 2011; Экстремизм: социальные, правовые и криминологические проблемы / под ред. проф. А.И. Долговой. М., 2010; Новая криминальная ситуация: оценка и реагирование / под ред. проф. А.И. Долговой. М., 2009.

тированных на удержание медицинских работников от совершения общественно опасных деяний. Вместе с тем, в силу ряда причин такой вывод можно поставить под сомнение. Так, в статистических показателях самостоятельно не выделяются уголовные дела, возбуждаемые по признакам составов преступлений, устанавливающих ответственность за неосторожное причинение смерти или вреда здоровью больного вследствие ненадлежащего исполнения медицинским работником профессиональных обязанностей. Характеризуя преступность в сфере здравоохранения, следует учитывать и ее латентную составляющую. Согласно оценкам экспертов, реальный массив преступности в нашей стране на порядок больше и превышает регистрируемый показатель в 4-6 раз¹. Об этом же свидетельствуют поступающие от правозащитных организаций сведения, которые указывают на стабильно высокий уровень конфликтных ситуаций между пациентами и медицинским персоналом, недобросовестно относящимся к исполнению профессиональных обязанностей².

Еще впечатляющей выглядят цифры, опубликованные на сайте Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения. Только в 2012 г. в центральный аппарат и территориальные органы Росздравнадзора от граждан, не довольных качеством получаемой медицинской помощи, поступили 35513 письменных претензий. Основная часть обращений включает жалобы на качество предоставляемой медицинскими организациями врачебной помощи, ненадлежащее исполнение медицинскими работниками профессиональных обязанностей, вследствие чего наступила смерть пациента³.

Приведенные цифры находят подтверждение и в результатах социологических исследований. Согласно проведенному нами анкетированию работников учреждений системы здравоохранения и правоохранительных органов, ученых и простых граждан, 23% опрошенных указали, что с фактами нарушения прав и

¹ См.: Побегайло Э.Ф. Уголовная политика современной России: концептуальный подход // Противодействие преступности: уголовно-правовые, криминологические и уголовно-исполнительные аспекты. Материалы III Российского Конгресса уголовного права, состоявшегося 29-30 мая 2008 г. – М.: Проспект, 2008. С. 464.

² См.: Доклад Уполномоченного по правам человека в РФ за 2012 г. // Российская газета. 2013. 29 марта; Доклад Уполномоченного по правам человека в РФ за 2009 г. // Российская газета. 2009. 17 апреля.

³ См.: Итоги работы Росздравнадзора и его органов по субъектам Российской Федерации с обращениями граждан в 2012 году // Официальный сайт Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (Росздравнадзора) [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.roszdravnadzor.ru>. (дата обращения 22.10.2013).

свобод пациента со стороны медицинского персонала сталкивались лично. 37,1% респондентов отметили, что с подобными случаями встречались их родственники и друзья. У 39,8% экспертов потерпевшими от нарушений прав и свобод пациента становились знакомые. Лишь 17,4% от общего числа респондентов констатировали, что им не известны такого рода факты.

Сопоставляя количество жалоб граждан на неудовлетворенность медицинским обслуживанием с количеством рассмотренных судами уголовных дел, складывается не вполне реалистичная ситуация. Примерно из 35513 жалоб возбуждается порядка 80 уголовных дел. Такое положение дел в системе здравоохранения заключает скрытую угрозу. Среди медицинских работников складывается устойчивое убеждение о неспособности уголовного закона и правоохранительных органов оказать позитивное воздействие на девиантное поведение. Испытывая чувство безответственности за допущенные погрешности в профессиональной деятельности, врачи мотивируются к пренебрежению установленными стандартами диагностирования и лечения болезней.

Охарактеризовав элементы, образующие уголовно-правовой механизм охраны прав и свобод пациента, нам удалось сформулировать ряд теоретических выводов, которые легли в основу предложений по совершенствованию уголовного законодательства и практики его исполнения:

- 1) механизм уголовно-правовой охраны прав и свобод пациента непосредственно связан с конструированием и реализацией конкретных норм, удерживающих медицинских работников от совершения преступлений в профессиональной сфере. Ныне представленные в уголовном законе нормы не в состоянии обеспечить сохранность социально значимых интересов пациента в максимальном объеме. Многие общественно опасные деяния, создающие угрозу причинения вреда пациенту, не подпадают под действие норм-запретов. Сказанное побуждает представителей уголовно-правовой доктрины к поиску новых инструментов, способных удерживать медицинских работников от посягательств на права и свободы пациента;

2) основания возведения деяний, угрожающих правомерным интересам пациента, в разряд преступных, следует искать в явлениях и процессах, связанных с новаторской деятельностью медицинских работников. Разработка и внедрение в медицинскую практику инновационных технологий диагностирования и лечения заболеваний помимо положительного эффекта влечет побочные последствия, отрицательно сказывающиеся на здоровье и иных благах личности. Появление ранее неизвестных форм социально вредного поведения требует от законодателя адекватной реакции в виде оптимизации правового режима инновационной деятельности и установления разумных ограничений, включая уголовно-правовой запрет. Это предполагает принятие решений по расширению границ правового регулирования отношений в сфере здравоохранения, а в случае необходимости – уголовно-правовой охраны;

3) в настоящий момент российский законодатель не сумел реализовать имеющийся у него резерв по обеспечению прав и свобод участников биомедицинских исследований уголовно-правовыми средствами. Без вмешательства уголовного закона в правоотношения, складывающиеся по поводу осуществления медицинских и психологических опытов, невозможно исключить побочные последствия новаторской деятельности врачей. Для этого законодателю предлагается дополнить систему Особенной части УК РФ нормой, которая должна удерживать медицинских работников от нарушения правил проведения биомедицинских исследований;

4) в уголовно-правовых отношениях, функционирующих ради обеспечения прав и свобод пациента, основной фигурой выступает медицинский работник. Под уголовно-правовым статусом медицинского работника следует понимать обусловленные нормами уголовного закона границы должного и возможного поведения медицинского работника, определенные его профессиональным статусом;

5) основу уголовно-правового статуса медицинского работника составляют совокупность обязанностей и прав, достаточных для обеспечения задач уголовного закона. На медицинского работника уголовным законом возложены

обязанности: а) воздерживаться от совершения общественно опасных деяний, причиняющих вред правам и свободам пациента либо создающих угрозу его причинения; б) подвергнуться уголовной ответственности в случае ее нарушения; в) возместить причиненный преступлением ущерб интересам пациента. Принимая во внимание профессиональный статус лиц, занимающихся врачебной практикой, уголовный закон наделяет медицинских работников правом на обоснованный риск и крайней необходимостью;

б) структурным компонентом механизма уголовно-правовой охраны прав и свобод пациента выступает уголовно-правовой статус правоприменителя. В рамках уголовно-правовых отношений компетентные органы и должностные лица, представляющие правоприменительные структуры государства, наделены обязанностями и правами, реализация которых способствует обеспечению интересов пациента. На правоприменителя возлагается обязанность осуществлять контроль над деятельностью медицинских работников, претворяющих в жизнь свой профессиональный и уголовно-правовой статус, признавать пациента потерпевшим от преступления, воздерживаться от совершения преступления и подвергнуться уголовной ответственности, если в процессе осуществления контролирующих функций нарушит предыдущую обязанность. Как участник уголовно-правового отношения правоприменитель наделен правом на получение от пациентов, врачебного персонала, должностных лиц учреждений здравоохранения информации об уголовно-правовом поведении конкретного медицинского работника. Для должностных лиц, применяющих нормы уголовного права, интерес представляют обстоятельства, наличие которых исключает преступность деяния медицинского работника;

7) задачи уголовного закона в части охраны прав и свобод пациента от преступных посягательств и их предупреждения выступают показателем работы механизма уголовно-правовой охраны прав и свобод пациента. Ориентируясь на представленные критерии формируется и развивается уголовно-правовой механизм охраны прав и свобод пациента.

Глава 2. Реализация уголовно-правового механизма охраны прав и свобод пациента от преступных посягательств и их предупреждения

§ 1. Понятие реализации уголовно-правового механизма охраны прав и свобод пациента

Эффективную охрану прав и свобод пациента уголовно-правовыми средствами невозможно обеспечить лишь путем закрепления на законодательном уровне соответствующих юридических норм и конструкций. Важно еще добиться претворения их в жизнь посредством умелого использования участниками уголовно-правовых отношений имеющихся в распоряжении нормативных инструментов. В связи с этим весьма своевременны и значимы слова немецкого юриста Р. Иеринга, произнесенные еще в начале прошлого столетия: «Что не переходит в действительность, что находится лишь в законах, на бумаге, то является одним фиктивным правом»¹.

На этапе реализации юридических норм сформулированная законодателем модель ожидаемого поведения субъектов права превращается в фактическую действительность. Именно здесь решаются задачи правового регулирования и охраны, позитивный результат которых отражается в удовлетворении не противоречащих закону интересов больного человека и предупреждении правонарушений в секторе здравоохранения. Ошибки, связанные с реализацией механизма уголовно-правовой охраны прав и свобод пациента, ослабляют результативность работы выстроенной конструкции, подрывают авторитет законодательной, исполнительной и судебной власти. Ожидая улучшения качества работы специалистов в области медицины и права, общественность проявляет заинтересованность в выработке научно обоснованных рекомендаций по исполнению и применению норм уголовного закона, удовлетворяющих запросам пациента. Приведенные доводы и масштабность затронутой темы во многом обуславливают интерес, проявляемый к проблеме реализации уголовно-

¹ Иеринг Р. Юридическая техника. СПб., 1906. С. 18.

правового механизма охраны прав и свобод пациента со стороны ученых и практических работников.

Термином «реализация» широко оперирует юридическая наука, в том числе доктрина уголовного права¹. Прежде чем приступить к исследованию уголовно-правовой составляющей данной категории, целесообразно подвергнуть анализу ряд источников, позволяющих установить происхождение и значение этого слова. Большой энциклопедический словарь суть реализации (от лат. *realis* – вещественный, действительный) разъясняет как осуществление какого-либо плана, идеи и т.п.² В словаре иностранных слов она означает осуществление чего-либо, проведение в жизнь какого-либо плана, проекта, программы, намерения и т.п.³ Словарь русского языка под редакцией С.И. Ожегова содержит несколько значений термина «реализовать», в том числе «осуществить, исполнить»⁴.

Таким образом, филологическая наука при истолковании слова «реализация» демонстрирует единообразный подход к пониманию его содержания. Смысловая характеристика анализируемого термина несет в себе значение процесса, движения. Исходя из выявленного посыла, в юридической науке формируется значение выражения «реализация права».

В общей теории права реализация права рассматривается как «процесс воплощения юридических предписаний в правомерных действиях граждан, органов, организаций, учреждений, должностных лиц и всех иных участников общественных отношений»⁵. В представленном определении авторы акцентируют внимание на двух моментах. Во-первых, юридические предписания воплощаются в жизнь через поведение субъектов права. Вне деятельности людей реализация права немислима. Во-вторых, реализацию юридической нормы обеспечивают только правомерные действия, совершаемые участниками обще-

¹ См.: Завадская Л.Н. Механизм реализации права. М., 1992; Кузакбирдиев С.С. Формы реализации норм права в деятельности органов внутренних дел. М., 1996; Мальцев В.В. Принципы уголовного права и их реализация в правоприменительной деятельности. СПб., 2004; Козлов А.П. Уголовная ответственность: понятие и формы реализации. Красноярск, 2013.

² См.: Большой энциклопедический словарь / гл. ред. А.М. Прохоров. М., 1998. С. 1001.

³ См.: Современный словарь иностранных слов. СПб., 1994. С. 513.

⁴ См.: Ожегов С.И. Словарь русского языка. 4-е изд. стереотип. М., 1997. С. 562.

⁵ Матузов Н.И., Малько А.В. Теория государства и права: учебник. М., 2005. С. 334.

ственных отношений добровольно либо принудительно. Неправомерное поведение нарушает ее.

Несколько расширенную дефиницию реализации права предлагает В.Л. Кулапов. По мнению исследователя, «реализация права представляет собой процесс воплощения правовых норм в правомерное поведение субъектов, в достижение запланированного социально полезного результата»¹. В процитированном определении к проанализированным ранее признакам реализации права автор добавил еще один. Его суть заключается в том, что деятельность субъектов правоотношений, реализующих юридические нормы, направлена на достижение строго определенного социально позитивного результата.

В доктрине уголовного права реализация правовой нормы рассматривается как «осуществление ее требований, проведение ее в жизнь, выполнение стоящих перед ней задач»². Предложенное определение существенно не отличается от дефиниций реализации права, сформулированных представителями теории государства и права. Оно охватывает следующие характерные признаки: а) реализация правовой нормы предполагает воплощение в действительность содержащихся в ней требований, обязательных для исполнения адресатами; б) всякая правовая норма претворяется в жизнь посредством волевого поведения людей. Внешнее проявление воли может быть выражено в форме действия или бездействия; в) выполнение требований, выраженных в норме права, позволяет решить задачи, стоящие перед соответствующей отраслью законодательства.

Другое по форме и содержанию понимание реализации уголовно-правовых норм формулирует Б.Т. Разгильдиев: «Реализация уголовно-правовых норм – это осуществление правоисполнителями и правоприменителями в определенной форме своего уголовно-правового статуса для обеспечения задач уголовного права по охране общественных отношений от преступных посягательств»³. Достоинство данного определения проявляется в том, что реализацию норм уголовного права ученый связывает с осуществлением участниками

¹ Кулапов В.Л. Проблемы теории государства и права: учебное пособие. Саратов, 2009. С. 301.

² Наумов А.В. Применение уголовно-правовых норм. Волгоград, 1973. С. 35.

³ Разгильдиев Б.Т. Некоторые проблемы реализации уголовно-правовых норм // Вестник Саратовской государственной академии права. 1998. № 4. С. 9.

уголовно-правовых отношений своего уголовно-правового статуса. В отличие от предыдущих дефиниций, в представленном определении уточняется круг субъектов, реализующих уголовно-правовую норму. В их качестве выступают правоисполнители и правоприменители. Правоисполнителями являются лица, обязанные воздерживаться от совершения преступлений под угрозой уголовного наказания. К правоприменителям автор относит работников правоохранительных органов, наделенных властными полномочиями и осуществляющих охрану общественных отношений от преступных посягательств. Правоисполнители и правоприменители реализуют норму уголовного закона в позитивной, принудительной, позитивно-поощрительной и принудительно-позитивной форме. Все формы реализации уголовно-правовой нормы, будучи самостоятельными, обеспечивают решение задач уголовного права по охране общественных отношений от преступных посягательств.

Изучение мнений специалистов в области общей теории права и права уголовного позволяет сформулировать понятие реализации уголовно-правового механизма охраны прав и свобод пациента. Под реализацией уголовно-правового механизма охраны прав и свобод пациента следует понимать осуществление медицинским работником и правоприменителем своего уголовно-правового статуса, обеспечивающее решение задачи уголовного закона по охране прав и свобод пациента от преступных посягательств.

Из содержания предложенного определения видно, что процесс реализации уголовно-правового механизма охраны прав и свобод пациента выражается в осуществлении правоисполнителем в лице медицинского работника и правоприменителем предоставленных уголовным законом обязанностей и прав. На медицинского работника уголовно-правовые нормы возлагают обязанности по воздержанию от совершения преступлений, угрожающих правомерным интересам пациента, подвергнуться уголовной ответственности в случае ее нарушения, возместить пациенту вред, причиненный неисполнением или ненадлежащим исполнением профессиональных функций. Помимо обязанностей уголов-

ный закон наделяет его правом совершать деяния, исключаящие их преступность (обоснованный риск, крайнюю необходимость).

Правоприменитель обязан осуществлять контроль над деятельностью медицинских работников, реализующих профессиональный и уголовно-правовой статус. Он дает объективную уголовно-правовую оценку общественно опасному действию (бездействию) представителя врачебной профессии, определяет вид и объем уголовной ответственности в случае признания его виновным в совершении преступления, признает пациента потерпевшим от преступления. На правоприменителя возлагается уголовно-правовая обязанность воздерживаться от совершения преступления и подвергнуться уголовной ответственности, если в процессе проверки нарушит предыдущую обязанность (привлечет заведомо невиновного врача к уголовной ответственности, незаконно освободит от уголовной ответственности медицинского работника, подозреваемого или обвиняемого в совершении преступления, вынесет заведомо неправосудный приговор, решение или иной судебный акт). Как участник уголовно-правового отношения правоприменитель наделен правом на получение информации об уголовно-правовом поведении медицинского работника. В процессе его реализации уточняются обязанности и права медицинского работника, предусмотренные его профессиональным и уголовно-правовым статусом, выясняются факторы, способствовавшие формированию преступной мотивации и совершению конкретного преступления.

Правоисполнительная и правоприменительная деятельность по реализации механизма уголовно-правовой охраны прав и свобод пациента протекает в строго определенных формах. В юридической литературе по проблеме классификации форм реализации права существуют две точки зрения. Одна группа авторов, принимая во внимание степень активности субъектов по осуществлению правовых норм, различает четыре основные формы реализации права: соблюдение, исполнение, использование, применение¹.

¹ См.: Венгеров А.Б. Теория государства и права. М., 2000. С. 428; Матузов Н.И., Малько А.В. Теория государства и права: учебник. М., 2005. С. 336.

Другая группа исследователей выделяет три формы реализации юридических норм: использование, соблюдение и исполнение¹. Правоприменение они относят к особому случаю реализации права. Властно-организующая деятельность компетентных лиц, обеспечивающих в конкретных жизненных случаях претворение юридических норм в жизнь, «направлена на реализацию применяемой нормы права, но еще не реализует ее. Реализация наступает в результате исполнения правоприменительного решения»².

Применительно к праву уголовному убедительнее выглядит позиция второй группы ученых. Как считает В.В. Мальцев, компетентное вмешательство властных органов в процесс реализации уголовно-правовых норм является обычным явлением, наблюдаемым всякий раз «не только при совершении конкретных преступлений, но и внешне их напоминающих действий. При всей схожести форм реализации права и его применения как «особого случая действия права» ... такая градация полезна, поскольку позволяет четче различать правомерное и неправомерное (преступное) поведение граждан, правоприменительную деятельность и деяния, имеющие уголовно-правовое значение»³.

В границах действия механизма уголовно-правовой охраны прав и свобод пациента основной формой реализации права является соблюдение. Оно выражается в воздержании медицинским работником от совершения общественно опасного деяния, запрещенного уголовным законом. При этом не имеет юридического значения причина, побудившая его отказаться от криминального поведения. Соответствующий субъект может воздерживаться от совершения преступления из-за страха перед наказанием либо в силу осознания того, что подобное поведение противоречит интересам больного лица, его личному представлению о добре и зле.

Специфика соблюдения норм уголовного права проявляется в том, что механизм его обеспечения связан с осуществлением уголовно-правового стату-

¹ См.: Алексеев С.С. Право, азбука – теория – философия: опыт комплексного исследования. М., 1999. С. 115; Теория государства и права: учебник для вузов / отв. ред. В.Д. Перевалов. М., 2006. С. 236-238.

² Теория государства и права: учебник для вузов / отв. ред. В.Д. Перевалов. М., 2006. С. 239.

³ Мальцев В.В. Учение об объекте преступления: монография: в 2-х т. Т. 2. Объект преступления: роль в составе преступления, законодательстве и его реализации. Волгоград, 2010. С. 227.

са всеми участниками правоотношения. Конституция РФ в ч. 2 ст. 15 возлагает обязанность соблюдать законы на органы государственной власти, органы местного самоуправления, должностные лица и граждан. Соблюдение уголовно-правовых запретов, как правило, происходит естественно, незаметно для окружающих, не фиксируется в каких-либо документах. Так, физическое лицо, получившее медицинское образование, но не имеющее лицензии на занятие медицинской практикой, реализуя свой уголовно-правовой статус, воздерживается от совершения преступления, предусмотренного ст. 235 УК РФ.

Исполнение уголовно-правовой нормы связано с совершением активных действий, направленных на воплощение в действительность уголовно-правовых обязанностей медицинского работника подвергнуться уголовной ответственности и возместить пациенту причиненный преступлением физический, имущественный, моральный вред. Оно следует за применением уголовно-правовой нормы органами дознания, следствия, суда. Последние в соответствующих процессуальных документах дают уголовно-правовую оценку общественно опасному деянию медицинского работника, признают лицо виновным в совершении преступления, определяют вид и размер наказания или иную меру уголовно-правового характера. На правоисполнителе лежит обязанность выполнить адресованное предписание независимо от субъективного отношения к нему. Пренебрежение данной обязанностью влечет уголовную ответственность. Лицо, уклоняющееся от отбывания ограничения свободы, лишения свободы, а также от применения принудительных мер медицинского характера, несет уголовную ответственность по ст. 314 УК РФ. За побег из места лишения свободы, из-под ареста или из-под стражи к соответствующему лицу применяются санкции, предусмотренные в ст. 313 УК РФ.

Использование уголовно-правовой нормы заключается в добровольном осуществлении субъективных прав, вытекающих из статуса участника уголовно-правового отношения. В уголовно-правовом механизме охраны прав и свобод пациента оно связано с возможной реализацией медицинским работником управомочивающих норм, предоставляющих право на обоснованный риск и

крайнюю необходимость. Реализация права в этом случае происходит исключительно по желанию правоисполнителя, без угрозы внешнего принуждения. Медицинский работник может воспользоваться субъективным правом либо отказаться от него. В свете изложенного уместно обращение к высказыванию В.Н. Кудрявцева о том, что «использовать или не использовать свое право – дело самого субъекта»¹.

От соблюдения, исполнения и использования как способов осуществления правовых предписаний следует отличать правоприменение. Применение уголовно-правовых норм является более сложным феноменом. Как отмечает В.А. Сапун, «правоприменительная деятельность «вклинивается» в механизм реализации права, если возникают препятствия к реализации субъективных прав, добровольно не исполняются юридические обязанности либо исполняются с дефектами, неправильным использованием правовых средств»².

Применение норм уголовного права как особая форма реализации механизма охраны прав и свобод пациента предполагает деятельность органов дознания, следствия и суда, связанную с уголовно-правовой оценкой общественно опасных действий (бездействий) медицинского работника, определением вида и объема уголовной ответственности в случае признания его виновным в совершении преступления. Результаты деятельности должностных лиц, компетентных применять уголовный закон, закрепляются в процессуальных актах путем «принятия и закрепления решения о предусмотренности (или непредусмотренности) установленных фактических обстоятельств в соответствующей норме и об определении (или неопределении) содержащейся в ней меры уголовно-правового характера»³.

Таким образом, сущность реализации механизма уголовно-правовой охраны прав и свобод пациента заключается в создании оптимальных условий по соблюдению, исполнению, использованию и применению норм уголовного закона. Решение поставленной задачи достигается, прежде всего, разработкой

¹ Кудрявцев В.Н. Право и поведение. М., 1978. С. 41.

² Сапун В.А. Механизм реализации советского права // Правоведение. 1988. № 1. С. 7.

³ Благов Е.В. Применение уголовного права (теории и практика). СПб., 2004. С. 73.

научно обоснованных рекомендаций по совершенствованию уголовного законодательства, практики его исполнения и применения. Катализатором повышения качества уголовного закона выступают динамично развивающиеся секторы биомедицины, обеспечивающие прогресс врачебной практики. Яркую выраженную потребность в услугах уголовного права испытывают сферы инновационной медицины, которые предоставляют площадку для апробации и внедрения в повседневную практику вспомогательных репродуктивных технологий. Сегодня на уровне доктрины нуждаются в обосновании пределы вмешательства уголовного закона в правоотношения, устанавливающие порядок использования методов искусственной репродукции. Уголовное право призвано компенсировать проявившиеся изъяны механизма правового регулирования, отрицательным образом влияющие на защиту интересов лиц, готовых воспользоваться новаторскими идеями и технологиями. Особую актуальность приобретают правовые условия использования вспомогательных репродуктивных технологий. Она продиктована увеличением числа лиц, не обладающих естественной способностью к рождению детей на фоне неблагоприятных социально-экономических, экологических и иных факторов. Согласно опубликованным в разных источниках статистическим показателям, в нашей стране бесплодием страдают примерно 15-20 % супружеских пар¹. Благодаря прогрессу научно-технической мысли в области медицины и биологии, к счастью для многих семей, практически возможным стало зачатие эмбриона ненатуральным путем. Для этого прибегают к методам новой репродуктивной технологии, таким как искусственная инсеминация женщины спермой мужа или донора (гомологическая и гетерономная инсеминация), экстракорпоральное оплодотворение яйцеклетки *in vitro* с последующим переносом эмбриона женщине, вынашивание эмбриона-плода суррогатной матерью.

Оказание медицинской помощи с использованием методов вспомогательных репродуктивных технологий, а также противопоказания и ограничения к

¹ См.: Борисова Т.Е. Суррогатное материнство в Российской Федерации: проблемы теории и практики: монография. М., 2012. С. 3-4; Петров С.В., Пырегов А.В., Назаренко Т.А. Анестезиологическое обеспечение лапароскопических операций у пациенток с бесплодием (обзор литературы) // Вестник анестезиологии и реаниматологии. 2009. Т. 6. № 6. С.4.

их применению регламентированы Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Приказом Минздрава России от 30 августа 2012 г. № 107н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению»¹, Приказом Минздрава России от 30 октября 2012 г. № 556н «Об утверждении стандарта медицинской помощи при бесплодии с использованием вспомогательных репродуктивных технологий»². Перечисленные юридически значимые документы призваны стимулировать либо ограничивать способности человека к воспроизводству. Они закрепляют основания возникновения правоотношений, предоставляющих пациентам возможность претворять в жизнь репродуктивные права, порядок использования вспомогательных репродуктивных технологий и противопоказания к их применению, перечень обязательных медицинских услуг для диагностики, лечения заболевания, перечень применяемых лекарственных препаратов с указанием средних суточных и курсовых доз, форму информированного добровольного согласия на применение вспомогательных репродуктивных технологий и на проведение операции редукции числа эмбрионов. На уровне законодательства получили отражение понятия вспомогательных репродуктивных технологий и суррогатного материнства, названы субъекты, обладающие правом на применение вспомогательных репродуктивных технологий. Провозглашен запрет на выбор пола будущего ребенка, за исключением возможности наследования заболеваний, связанных с полом.

Исходя из содержания названных нормативных актов, можно выделить условия правомерности использования вспомогательных репродуктивных технологий, предполагающие:

1) обоюдное информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство мужчины и женщины либо информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство одинокой женщины;

¹ См.: Российская газета. 2013. 11 апреля. № 78/1.

² См.: Российская газета. 2013. 17 июня. № 128/1

2) соблюдение возрастных и психосоматических параметров. Донорами ооцитов и спермы могут быть женщины и мужчины в возрасте от 18 до 35 лет, а в качестве суррогатной матери может выступать женщина в возрасте от 20 до 35 лет. Возраст лиц, желающих воспользоваться методами искусственного оплодотворения, не регламентирован. Доноры половых клеток должны быть физически и психически здоровыми, пройти медико-генетическое обследование;

3) оказание медицинской помощи с использованием методов вспомогательных репродуктивных технологий в медицинских организациях, имеющих лицензию на выполнение работ (оказание услуг) по акушерству и гинекологии.

Отступление от перечисленных правил использования методов вспомогательной репродуктивной технологии образует деяние, оцениваемое как противоправное. Однако в российском уголовном законодательстве отсутствует норма, предусматривающая ответственность за нарушение правил применения вспомогательных репродуктивных технологий. В следственной и судебной практике случаи причинения вреда здоровью или жизни пациента вследствие незаконного проведения искусственного оплодотворения или имплантации эмбриона квалифицируются как неосторожное преступление. По справедливому замечанию А.С. Игнатиади и Э.Л. Сидоренко, подобная практика представляется недопустимой по ряду причин. Во-первых, при незаконном проведении искусственного оплодотворения должно быть наказуемо само деяние, независимо от наступивших общественно опасных последствий. Во-вторых, оценка правоприменителем в качестве неосторожного преступления незаконного искусственного оплодотворения или имплантации эмбриона, которое всегда совершается умышленно, есть не что иное, как применение уголовного закона по аналогии¹.

Учитывая, что проблема обеспечения репродуктивных прав пациента носит наднациональный характер, в уголовное законодательство многих стран

¹ См.: Игнатиади А.С., Сидоренко Э.Л. Охрана репродуктивного здоровья в российском уголовном законодательстве: направления и перспективы развития. Ставрополь, 2005. С. 106-107.

ближнего и дальнего зарубежья включена норма, предусматривающая ответственность за пренебрежение юридически оформленной процедурой искусственного оплодотворения и имплантации эмбриона. Так, Уголовный кодекс Азербайджанской республики к числу криминальных деяний относит «искусственное оплодотворение и имплантацию эмбриона женщине или несовершеннолетней, осуществленные без их согласия» (ч. 1 ст. 136).

Письменное волеизъявление женщины на искусственное оплодотворение или имплантации эмбриона составляет неотъемлемое условие оказания медицинской помощи лицам, страдающим бесплодием, по законодательству Республики Молдовы. Осуществление врачом искусственного оплодотворения или имплантации эмбриона без согласия пациентки, выраженного в письменной форме, влечет наказание в виде штрафа в размере до 300 условных единиц с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок от 2 до 5 лет (ст. 161 УК Республики Молдовы).

Представляют научный интерес положения уголовного закона Республики Сан-Марино, в которых идет речь о введении запрета на искусственное осеменение. Так, подвергается наказанию в виде тюремного заключения первой степени замужняя женщина, которая без согласия мужа прибегает к искусственному осеменению (ч. 1 ст. 226). Минимальный срок тюремного заключения первой степени равен трем месяцам, а максимальный – до одного года. Такому же наказанию подлежит лицо, которое поставило либо приобрело семя для осеменения (ч. 2 ст. 226). Если в совершении деяния принимает участие лицо, имеющее медицинскую специальность, то запрет первой степени распространяется также на профессию (ч. 3 ст. 226). Лицо, которое посредством насилия, угрозы либо обмана принимает в отношении своей жены, без ее согласия, искусственное осеменение, подвергается наказанию в виде тюремного заключения третьей степени (ч. 1 ст. 227). Тюремное заключение третьей степени предполагает лишение свободы от двух до шести лет. Наказание увеличивается на одну степень, если женщина становится беременной (ч. 2 ст. 227). Если в совершении деяния участвует лицо, обладающее статусом медицинского работ-

ника, применяется одновременно запрет четвертой степени на профессию (от двух до пяти лет).

Краткое ознакомление с содержанием приведенных уголовно-правовых норм, предписывающих правоисполнителям воздерживаться от посягательств на репродуктивные права человека, позволяет заключить, что основанием привлечения к уголовной ответственности за незаконное использование вспомогательных репродуктивных технологий служит отсутствие волеизъявления пациента на операцию. Между тем, одного лишь согласия лица на оказание медицинской помощи недостаточно для обоснования правомерности использования методов искусственного оплодотворения и имплантации эмбриона. Важно соблюдать и другие требования, отступление от которых может создать угрозу причинения вреда здоровью или жизни потерпевшего. Так, непозволительно осуществление операции при наличии противопоказания к применению вспомогательных репродуктивных технологий, без проведения медицинского обследования донора. Запрещается пересадка эмбриона без выяснения результатов теста, проводимых в целях выявления инфекционных заболеваний.

Включение в правовое пространство страны нормы, удерживающей медицинских работников от нарушений правил применения вспомогательных репродуктивных технологий, расширит сферу уголовно-правовой охраны прав и свобод пациента. Диспозицию нормы предлагаем конструировать по типу формальных составов преступлений. При этом общественно опасными разумно признавать не любые нарушения правил применения вспомогательных репродуктивных технологий, а только те из них, которые создают угрозу причинения вреда здоровью или жизни пациента.

«Статья... Нарушение правил применения вспомогательных репродуктивных технологий»

1. Нарушение правил применения вспомогательных репродуктивных технологий, создающее опасность для здоровья или жизни пациента, -

наказывается штрафом в размере до трехсот тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до двух лет, либо

лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до пяти лет, либо ограничением свободы на срок до двух лет.

2. То же деяние:

а) совершенное в отношении несовершеннолетней;

б) совершенное из корыстных побуждений;

в) повлекшее по неосторожности тяжкие последствия, -

наказывается исправительными работами на срок до двух лет, либо ограничением свободы на срок до четырех лет, либо принудительными работами на срок до четырех лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет, либо лишением свободы на срок до четырех лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет».

Предложенная законодательная конструкция позволит решить ряд задач, имеющих значение для юридической науки и правоприменительной практики. Во-первых, будут определены границы правомерного поведения медицинского работника, отступление от которых образует признак уголовной противоправности. Во-вторых, на нормативном уровне разрешится вопрос о правилах применения вспомогательных репродуктивных технологий. В-третьих, включение в уголовный закон анализируемой нормы позволит снять проблемы квалификации действий медицинских работников, нарушивших правила использования вспомогательных репродуктивных технологий.

Обобщение всего материала позволяет сформулировать ряд теоретических выводов, способных повысить эффективность реализации уголовно-правового механизма охраны прав и свобод пациента на правоисполнительном и правоприменительном уровнях:

1) под реализацией уголовно-правового механизма охраны прав и свобод пациента следует понимать осуществление медицинским работником и правоприменителем своего уголовно-правового статуса, обеспечивающее решение уголовно-правовых задач по охране прав и свобод пациента от преступных по-

сягательств и их предупреждению. В качестве субъектов, воплощающих в жизнь механизм уголовно-правовой охраны прав и свобод пациента, выступают правоисполнители в лице медицинских работников и правоприменители;

2) правоисполнительная и правоприменительная практика по реализации механизма уголовно-правовой охраны прав и свобод пациента протекает в строго определенных формах: соблюдение, исполнение, использование применение. В совокупности указанные формы образуют систему реализации уголовно-правового механизма охраны прав и свобод пациента. Результат реализации уголовно-правовой механизм охраны прав и свобод пациента проявляется в решении уголовно-правовых задач по охране прав и свобод пациента от преступных посягательств и их предупреждению. Он обеспечивается всей совокупностью норм, входящих в систему преступлений против прав и свобод пациента;

3) в целях совершенствования механизма уголовно-правовой охраны интересов пациента в сфере использования вспомогательных репродуктивных технологий предлагается дополнить уголовное законодательство России новой статьей:

«Статья... Нарушение правил применения вспомогательных репродуктивных технологий

1. Нарушение правил применения вспомогательных репродуктивных технологий, создающее опасность для здоровья или жизни пациента, -

наказывается штрафом в размере до трехсот тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до двух лет, либо лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до пяти лет, либо ограничением свободы на срок до двух лет.

2. То же деяние:

а) совершенное в отношении несовершеннолетней;

б) совершенное из корыстных побуждений;

в) повлекшее по неосторожности тяжкие последствия, -

наказывается исправительными работами на срок до двух лет, либо ограничением свободы на срок до четырех лет, либо принудительными работами на срок до четырех лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет, либо лишением свободы на срок до четырех лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет».

§ 2. Реализация уголовно-правового механизма предупреждения преступных посягательств на права и свободы пациента

В уголовно-правовом обеспечении прав и свобод пациента отечественный законодатель немаловажную роль отводит задаче предупреждения преступлений медицинских работников. Наделение уголовного закона указанной задачей способствует формированию целостного представления о механизме удержания правоисполнителей от совершения общественно опасных посягательств на соответствующие объекты. Ее рассмотрение в формате принуждения конкретного медицинского работника к правомерному поведению позволяет обнаружить новые инструменты активной защиты прав и свобод пациента.

Осмысление проблемы реализации уголовно-правового механизма предупреждения преступных посягательств на права и свободы пациента усложняется отсутствием системных исследований данного уголовно-правового явления. Во многом это связано с тем, что действующее уголовное законодательство не располагает нормами, раскрывающими суть предупреждения преступлений. Законодатель всего лишь провозглашает в качестве самостоятельной задачи Уголовного кодекса РФ предупреждение преступлений (ч. 1 ст. 2 УК РФ), а также называет цели наказания, к числу которых наряду с восстановлением социальной справедливости и исправления осужденного относится предупреждение совершения новых преступлений (ч. 2 ст. 43 УК РФ). При этом он не разъясняет механизм реализации предупреждения преступлений, ставя тем самым новую задачу перед уголовно-правовой наукой.

В уголовно-правовой литературе предупреждение преступлений чаще всего характеризуется как удержание от совершения общественно опасного деяния лица, склонного к противоправному поведению. Предупредительный эффект уголовного закона, по мнению большинства ученых, достигается в двух относительно самостоятельных направлениях¹. Первое включает предупреждение совершения новых преступлений со стороны осужденных (частная или

¹ См.: Пудовочкин Ю.Е., Пирвагидов С.С. Понятие, принципы и источники уголовного права: сравнительно-правовой анализ законодательства России и стран Содружества Независимых Государств. СПб., 2003. С. 66; Уголовное право России. Общая часть / под ред. Ф.Р. Сундурова, И.А. Тарханова. М., 2009. С. 22-24.

специальная превенция). Оно обеспечивается посредством применения наказания или иных мер уголовно-правового характера к лицам, ранее игнорировавшим уголовно-правовой запрет. Частное (специальное) предупреждение криминальных деяний носит персонифицированный характер. Второе направление охватывает предотвращение совершения преступления другими гражданами, достигшими возраста уголовной ответственности (общая превенция). Оно не имеет конкретного адресата. Решение задачи общего предупреждения достигается самим фактом действия уголовного закона, оказывающим воздействие на сознание неустойчивого в своих нравах и поступках человека.

Иное видение содержания уголовно-правовой задачи предупреждения преступлений предлагает Б.Т. Разгильдиев. По мнению ученого, предупреждение преступлений осуществляется в отношении граждан, наделенных процессуальным статусом обвиняемого, подсудимого и осужденного. Его суть выражается в персонифицированном уголовно-правовом воздействии на сознание и волю лиц, которые в силу своей преступной асоциальности угрожают продолжением преступной деятельности. Задача предупреждения совершения новых преступлений начинает реализовываться с момента привлечения субъекта в качестве обвиняемого и завершается снятием или погашением судимости¹.

Позиция Б.Т. Разгильдиева выглядит предпочтительнее. Она позволяет провести разделительную линию между охранительной и предупредительной задачами, стоящими перед уголовным законодательством. Если решение уголовно-правовой задачи по охране интересов личности, общества, государства мира и безопасности человечества от преступных посягательств обеспечивается посредством возложения на граждан обязанности по воздержанию от совершения преступления, то предупредительная составляющая уголовного закона реализуется привлечением к ответственности лица, виновного в совершении общественно опасного действия (бездействия). При этом уголовно-правовая охрана не персонифицирована не только по объекту, но и по субъекту. Обязанность по

¹ См.: Уголовное право России: курс лекций: в 6 т. / под ред. Б.Т. Разгильдиева. Саратов, 2004. Т. 1. Кн. 1. С. 114-117.

воздержанию от нарушения предписаний уголовно-правовых норм распространяется на всех вменяемых лиц, достигших возраста уголовной ответственности. В то время как решение задачи предупреждения преступлений обеспечивается индивидуально определенным лицом, пренебрегшим уголовно-правовой обязанностью не совершать преступление.

Предупредительная задача уголовного закона на стадии привлечения лица в качестве обвиняемого проявляется в устранении условий, способствовавших совершению преступления. Она реализуется избранием меры пресечения, предусмотренной уголовно-процессуальным законодательством. Отдавая предпочтение одной из мер процессуального принуждения, правоприменитель исходит из того, что человек с высокой долей вероятности нарушил уголовно-правовую норму. При этом имеются достаточные основания полагать, что обвиняемый может совершить новое преступление. Личность правоисполнителя, однажды нарушившего уголовно-правовую обязанность по воздержанию от совершения преступления, характеризуется повышенной опасностью и нуждается в дополнительном контроле со стороны государства.

Отдельные перечисленные в ст. 98 УПК РФ меры пресечения по объему ограничений прав и свобод человека близки к содержанию уголовного наказания. В частности, подписка о невыезде (ст. 102 УПК РФ) и домашний арест (ст. 107 УПК РФ) имеют общие черты с ограничением свободы (ст. 53 УК РФ). Их применение ограничивает человека в свободе передвижения, за ним осуществляется контроль. С некоторой осторожностью превентивной формой уголовной ответственности можно назвать заключение под стражу (ст. 108 УПК РФ). Названной мере уголовно-процессуального принуждения характерны признаки, свойственные лишению свободы на определенный срок (ст. 56 УК РФ). Тесную связь заключения под стражу с мерами уголовно-правового характера признает сам законодатель, зачитывая время содержания обвиняемого под стражей до судебного разбирательства в сроки лишения свободы, принудительных работ, содержания в дисциплинарной воинской части, ареста, ограничения свободы,

исправительных работ, ограничения по военной службе, обязательных работ (ч. 3 ст. 72 УК РФ).

Аккумулируя изложенные суждения, можно сформулировать определение реализации уголовно-правового механизма предупреждения преступных посягательств на права и свободы пациента. Под реализацией уголовно-правового механизма предупреждения преступных посягательств на права и свободы пациента понимается осуществление медицинским работником и правоприменителем своего уголовно-правового статуса, обеспечивающее удержание медицинского работника, обвиняемого в совершении преступления, от повторного посягательства на права и свободы пациента.

Из содержания предложенной дефиниции следует, что задача предупреждения преступных посягательств на права и свободы пациента носит персонализированный характер. Она реализуется посредством предъявления обвинения медицинскому работнику, пренебрегшему обязанностью по воздержанию от совершения преступления, признания его виновным в посягательстве на основы правового статуса пациента и исполнения назначенного судом наказания. Исходя из сказанного, несложно определить временные границы действия уголовно-правового механизма предупреждения преступных посягательств на права и свободы пациента. Начало его реализации связывается с предъявлением конкретному медицинскому работнику обвинения в совершении общественно опасного деяния, которым причинен вред либо создана реальная угроза его причинения правомерным интересам пациента. Действие уголовно-правового механизма предупреждения преступных посягательств на права и свободы пациента продолжается до момента погашения или снятия судимости с медицинского работника. С наступлением указанных событий потенциал предупредительной задачи уголовного закона исчерпывает себя. Затем включается в действие механизм уголовно-правовой охраны прав и свобод пациента.

В рамках реализации уголовно-правового механизма предупреждения преступных посягательств на права и свободы пациента на правоприменителей и правоисполнителей возлагаются определенные обязанности. Правопримени-

тели дают объективную уголовно-правовую оценку поведению медицинского работника, нарушившего предписания норм уголовного права, разъясняют обвиняемому существо предъявленного обвинения, назначают вид и размер наказания, соответствующий характеру и степени совершенного преступления. В свою очередь медицинский работник обязан подвергнуться уголовной ответственности, возместить потерпевшему вред, причиненным неисполнением либо некачественным исполнением профессиональных функций. Неотвратимость уголовной ответственности служит фактором, предупреждающим медицинского работника о недопустимости совершения нового преступления против прав и свобод пациента. При этом ничего не меняется, если он освобождается от уголовной ответственности по нереабилитирующим основаниям. В судебной практике чаще всего медицинские работники освобождаются от уголовной ответственности в связи с деятельным раскаянием¹, примирением с потерпевшим², по амнистии³. Освобождение от уголовной ответственности по указанным основаниям предполагает, что соответствующие лица признаны виновными в совершении преступления против прав и свобод пациента. Последующее позитивное поведение правоисполнителей свидетельствует об устранении опасности для интересов пациента. Последнее обстоятельство служит доказательством осуществления задачи уголовного закона в части предупреждения совершения новых преступлений. В дальнейшем действует уголовно-правовой механизм охраны прав и свобод пациента.

Сущность механизма реализации уголовно-правового предупреждения преступных посягательств на права и свободы пациента заключается в создании оптимальных условий по применению норм уголовного закона к медицинским работникам, проявившим пренебрежительное отношение к профессио-

¹ См.: Постановление Благовещенского городского суда Амурской области от 20 июля 2012 г. по уголовному делу № 1-712/12 // Архив Благовещенского городского суда Амурской области за 2012 г.; Постановление Южно-Сахалинского городского суда от 30 июля 2012 г. по уголовному делу № 1-386/12 // Архив Южно-Сахалинского городского суда за 2012 г.

² См.: Приговор Усольского районного суда Пермского края от 28 декабря 2010 г. по уголовному делу № 10-8/2010 АП // Архив Усольского районного суда Пермского края за 2010 г.; Постановление Боровского районного суда Калужской области от 17 мая 2012 г. по уголовному делу № 1-73/2012 // Архив Боровского районного суда Калужской области за 2012 г.

³ См.: Постановление Кормиловского районного суда Омской области от 14 января 2014 г. по уголовному делу № 1-2/2014 // Архив Кормиловского районного суда Омской области за I квартал 2014 г.

нальному и правовому статусу. Подобные условия для воплощения в жизнь уголовно-правовых предписаний формируются посредством разработки научно обоснованных рекомендаций по квалификации общественно опасных деяний и совершенствования уголовного законодательства, применение норм которого должно способствовать восстановлению нарушенных прав и свобод пациента.

На практике органы предварительного следствия и суд не всегда решают стоящие перед ними задачи на уровне, обеспечивающем неотвратимость ответственности врачебного персонала за преступления, совершаемые против пациентов. В их деятельности нередко усматриваются погрешности, связанные с установлением профессионального и уголовно-правового статуса медицинского работника, влекущие за собой неверную квалификацию содеянного. Ошибки, возникающие при реализации уголовно-правовых норм, ослабляют эффективность действия уголовного закона, дискредитируют правоохранительную и судебную деятельность государства. Так, судья Псковского городского суда Н. не усмотрела признаки состава преступления в действиях врача-хирурга М., которая органами предварительного следствия обвинялась в причинении смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения профессиональных обязанностей (ч. 2 ст. 109 УК РФ).

В процессе предварительного следствия было установлено, что в хирургическое отделение Псковской городской больницы с подозрением на острый аппендицит доставлен Ф. Дежурный врач, обследовав мужчину, поставил «рабочий» диагноз – острый панкреатит под вопросом. Дальнейшим лечением пациента занималась М. Согласно обвинительному заключению, она не приняла достаточных мер к установлению объективного диагноза. Недооценив ухудшение состояния больного, данные лабораторных, клинических, инструментальных исследований, М. проводила лишь симптоматическую терапию, в то время как у мужчины развивалась язва двенадцатиперстной кишки, требовавшая оперативного вмешательства. В результате больной скончался.

Судом первой инстанции установлено, что во время оказания медицинской помощи М. допустила ошибку. Она неадекватно оценивала результаты ла-

бораторных, ультразвуковых исследований, свидетельствовавших о наличии свободной жидкости в брюшной полости Ф. Однако, по мнению судьи Псковского городского суда Н., перечисленные дефекты оказания медицинской помощи допущены не вследствие преступной небрежности, а ввиду добросовестного заблуждения врача, то есть неверного представления относительно заболевания пациента. Причиной этому стали внешние факторы: позднее обращение Ф. за медицинской помощью; атипичное течение болезни Ф., выразившееся в атипичном расположении одной из язв и отсутствии симптомов язвы двенадцатиперстной кишки; наличие сопутствующих заболеваний сердечно-сосудистой системы.

В кассационном представлении государственный обвинитель просил отменить приговор суда, ссылаясь на то, что суд первой инстанции дал одностороннюю, неправильную оценку представленным стороной обвинения доказательствам. Судебная коллегия по уголовным делам Псковского областного суда отменила оправдательный приговор Псковского городского суда в отношении М., а уголовное дело направила на новое рассмотрение. Выводы суда первой инстанции о добросовестности заблуждений врача относительно заболевания пациента и методики проведенного лечения не подтверждаются доказательствами, исследованными в судебном заседании. У врача М. была возможность установить правильный диагноз пациенту на основании оценки результатов выполненных обследований и назначить нужное хирургическое вмешательство¹.

Приведенный пример и другие материалы судебной практики² ярко свидетельствуют о том, что правоприменители испытывают большие затруднения при квалификации сложной комбинации действий или бездействия медицинских работников, причинивших вред здоровью или смерть пациента. Не распо-

¹ См.: Кассационное определение Псковского областного суда от 23 июня 2010 г. № 22-579 [Электронный ресурс]. URL: <http://actoscope.com> (дата обращения: 19.08.2013).

² См., напр.: Приговор Лиманского районного суда Астраханской области от 9 марта 2011 г. // Архив Лиманского районного суда Астраханской области за 2011 г.; Кассационное определение Судебной коллегии по уголовным делам Астраханского областного суда от 4 апреля 2011 г. № 22-1138/2011 // Архив Астраханского областного суда за 2011 г.; Приговор Трусовского районного суда г. Астрахани от 6 августа 2012 г. по уголовному делу № 1-286/2012 // Архив Трусовского районного суда г. Астрахани за 2012 г.

лагая специальными медицинскими знаниями, должностные лица органов предварительного следствия и суда вынуждены обращаться для проведения экспертиз по жалобам потерпевших о ненадлежаще оказанной врачебной помощи к представителям учреждений здравоохранения. Между тем последние не всегда готовы объективно разобраться в сути поставленных перед ними вопросов, главным образом потому, что эксперт и врач, оказавший некачественную помощь больному, являются коллегами и их деловые отношения строятся исходя из корпоративных интересов. Встретив в заключении судебно-медицинского эксперта выражение «врачебная ошибка» правоприменители не желают вникать в тонкости медицинской практики и прекращают уголовные дела, не усмотрев в деянии медицинского работника признаки состава преступления. Подобную оценку отклоняющегося поведения медицинского персонала нельзя признать обоснованной, мотивированной, тем более базирующейся на законе. Ситуацию, при которой врачи, допустившие погрешность во время исполнения профессиональных функций, уходят от ответственности, вуалируя невежественное поведение малопонятным для основной части населения выражением «врачебная ошибка», следует признать аномальной. Она подрывает доверие граждан не только к существующей системе здравоохранения, но и правоохранительным и правоприменительным структурам, требуя позитивного воздействия на нее. Сказанное актуализирует проблему придания понятию врачебной ошибки правового содержания и разработки критериев регламентации ответственности медицинских работников за нарушения профессиональных обязанностей.

Не будучи отраженной на уровне нормотворчества, дефиниция врачебной ошибки широко представлена в литературе. Однако многообразие имеющихся подходов к определению данной категории не способствует внесению ясности в ее структурные компоненты и методы профилактики. Порой исследователи высказывают диаметрально противоположные суждения, отличающиеся сущностью и оценкой последствий совершаемых медицинским персоналом ошибок. Так, не признает врачебную ошибку в качестве правовой категории боль-

шинство работников лечебных учреждений. По результатам проведенного нами социологического исследования, большинство опрошенных практикующих медиков (43,8%) высказались за то, чтобы признать врачебную ошибку неизбежной составляющей их профессиональной деятельности, предупреждение которой юридическими средствами бессмысленно. Врачебная ошибка, по признанию представителей медицинской науки и практики, не является ни проступком, ни правонарушением, ни преступлением, следовательно она не должна влечь юридическую ответственность. При этом под ошибкой подразумевается добросовестное заблуждение врача, зависящее от несовершенства медицинской науки и ее методов исследования, либо от особого течения заболевания больного, либо от недостатка знаний и малого опыта медицинского работника, либо от объективных трудностей в работе. Ошибки исключают умысел и неосторожность, элементы халатности, невнимательности или медицинского невежества¹.

Трактовка врачебной ошибки, предлагаемая медиками, отчасти содержит рациональное зерно. В здравоохранительной деятельности встречаются случаи, когда неблагоприятный исход оказания медицинской помощи выступает следствием добросовестного заблуждения врача, основанного на несовершенстве медицинской науки и практики, индивидуальных особенностей организма больного или атипичности течения заболевания, которые не могли быть предвидены. Обусловленное объективными факторами добросовестное заблуждение лица исключает субъективную сторону состава преступления, служащего основанием уголовной ответственности. В то же время заблуждение, объясняемое недостатком знаний и малым опытом, свидетельствует об осмысленности волеизъявления медицинского работника и указывает на наличие в его поведении неосторожной формы вины в виде легкомыслия или небрежности.

Уязвимость представленной дефиниции проявляется при семантическом и логическом анализе лексических единиц, образующих выражение «врачебная

¹ См.: Акопов В.И., Маслов Е.Н. Право в медицине. М., 2002. С. 122; Андреев А.А. Отношение к врачебным ошибкам и социальные пути их предупреждения: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Волгоград, 2006. С. 3-4, 11; Зильбер А.П. Этика и закон в медицине критических состояний. Петрозаводск, 1998. Т. 4: Этюды критической медицины. С. 199; Новоселов В.П. Ответственность работников здравоохранения за профессиональные правонарушения. Новосибирск, 1998. С. 25; Рыков В.А. Медицинское право: справочник в вопросах и ответах. Ростов н/Д., 2002. С. 130; Эльштейн Н.В. Ошибки в гастроэнтерологической практике. М., 1998. С.63.

ошибка». В ней усматривается значительное сужение объема определяемого понятия. Словарь русского языка интерпретирует ошибку как неправильность в действиях, мыслях¹. Ее синонимами являются слова «неточность», «неправильность», «погрешность», «ляпсус» (в работе, в речи); «просчет», «промах», «оплошность» (в расчетах, планах); «заблуждение»². Таким образом, приведенное толкование не увязывает содержание исследуемого понятия с какими-либо причинами, порождающими обозначаемое им явление. Речь идет лишь об объективном факте (неправильности, неточности, погрешности, заблуждении), имевшем место в реальной действительности. Так, врачебные ошибки могут быть вызваны недостаточно собранным анамнезом, небрежной подготовкой к операции, технически неверным ее проведением, нарушением разнообразных правил и инструкций, неприменением нужных методов и многими другими причинами без признака добросовестности. Все указанные действия, хотя и не подпадают под предлагаемое исследователями определение, тем не менее не перестают быть ошибочными.

Пытаясь вычленив из всей совокупности ошибочных действий (бездействия) медицинского персонала лишь те, которые являются «простительными», авторы нарушают логический закон соразмерности определения: «объем определяемого должен быть равен объему определяющего»³. В данном случае объем понятия «врачебная ошибка» (определяемое) значительно шире «добросовестного заблуждения врача, основанного на несовершенстве медицинской науки и методов ее исследования, либо объясняемого особенностями течения заболевания конкретного больного, недостатками знаний и опыта врача, объективными трудностями в работе» (определяющее). При таком подходе значительное множество объектов не охватывается содержанием исследуемого понятия, поэтому оно не отражает потребности практики в научно обоснованном, выверенном и логичном объяснении врачебной ошибки.

¹ См.: Ожегов С.И. Словарь русского языка. 4-е изд. М., 1997. С. 405.

² См.: Александрова З.Е. Словарь синонимов русского языка / под ред. Л.А. Чешко. 4-изд. М., 1975. С. 342.

³ См.: Кириллов В.И., Старченко А.А. Логика: учеб. для юрид. вузов. М., 2004. С. 50.

Важно заметить, что в определениях врачебной ошибки, формулируемых учеными-медиками, ключевыми категориями являются «добросовестность» и «заблуждение», которые кочуют из одной научной работы в другую. Причем термин «заблуждаться» выступает синонимом слова «ошибаться». Он характеризует ограниченность в знании субъекта, обозначает неверное представление о свойствах и отношениях исследуемого объекта в окружающем мире и рассматривается в качестве причины наступления неблагоприятных последствий. В теории права заблуждение воспринимается как «научная абстракция, обусловленная ограниченностью знания о закономерностях развития юридической надстройки общества и практики, обозначающая в каждый конкретный момент несоответствие результатов познания принципам и требованиям истины и способствующая наступлению ошибки»¹.

Само по себе заблуждение, относящееся к субъективной стороне деяния, не может причинить вред здоровью или жизни больного. Оно выступает в качестве фактора, обуславливающего выбор неверного метода лечения, профилактики или реабилитации. Необходимо какое-либо действие (бездействие), которое позволит объективироваться заблуждению в реальной действительности. Подтверждением сказанному может служить следующий пример из практики привлечения к уголовной ответственности медицинского работника. Медицинская сестра по невнимательности внутримышечно ввела ребенку лекарственный препарат со значительным превышением допустимой дозы. Острая лекарственная интоксикация повлекла смерть малолетнего пациента. Кузьминский районный суд г. Москвы усмотрел в некомпетентном поведении медицинской сестры признаки состава преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 109 УК РФ, и назначил ей наказание в виде лишения свободы на срок один год шесть месяцев с лишением права заниматься медицинской деятельностью на срок три года².

¹ Лисюткин А.Б. Юридическое значение категории «ошибка»: теоретико-методологический аспект. Саратов, 2001. С. 90.

² См.: Приговор Кузьминского районного суда г. Москвы от 16 мая 2011 г. по уголовному делу № 1-329/11 17с // URL: <http://actoscope.com/cfo/omscow/kuzminsky-msk/ug/1/prigovor-prichinenie-smerti-po11072011-2602286/> (дата обращения: 17.08.2013).

При изложенных обстоятельствах медицинская сестра недобросовестно отнеслась к выполнению назначенных врачом-педиатром лечебных процедур. Смерть пациента наступила в результате ненадлежащего исполнения лицом профессиональных обязанностей. Действуя под влиянием ложного представления о концентрации лекарственного препарата, вероятно, она не предвидела возможности наступления общественно опасных последствий своих действий, хотя при необходимой внимательности и предусмотрительности должна была и могла предвидеть смерть ребенка. При таких условиях заблуждение медицинской сестры связано с субъективными причинами. Она не приняла во внимание назначения участкового врача-педиатра, не ознакомилась с инструкцией по применению конкретного лекарственного препарата.

В отличие от понятия «заблуждение», которое трактуется достаточно определенно, благодаря тому пригодно для характеристики правовых явлений, содержание, вкладываемое большинством авторов в категорию «добросовестность», остается размытым. Не вносит ясности в ее понимание и судебная практика. Так, в определении по делу С., предъявившего иск к Курской больнице о возмещении вреда, Судебная коллегия Верховного Суда РСФСР сформулировала общие основания ответственности больниц: «Лечебные учреждения не могут нести ответственность за диагностические ошибки, обусловленные сложностью заболевания и не зависящие от внимания и добросовестности персонала. Если же эти ошибки явились результатом недобросовестного отношения к работе медицинского персонала, то лечебное учреждение обязано возместить вред, причиненный здоровью больного по вине его работника при исполнении им своих обязанностей»¹. Как видно из приведенного текста, употребляя слова «добросовестность» и «недобросовестный» для обоснования ответственности лечебного учреждения за вред, причиненный здоровью пациента медицинскими работниками, Верховный Суд не стал утруждать себя разъяснением их смысла.

¹ См.: Бюллетень Верховного Суда РСФСР. 1971. № 10. С. 7.

Согласно словарю русского языка С.И. Ожегова, «добросовестный» – это честно выполняющий свои обязанности работник¹. Толкование данного слова в общеупотребительном значении так же не обнаруживает компоненты, обеспечивающие объективную оценку врачебной ошибки. Очевидна потребность в установлении общепризнанных критериев добросовестности, иначе ставится под сомнение целесообразность употребления неоднозначного термина для характеристики соответствующего социально негативного явления.

В литературе высказано вполне обоснованное суждение о возможности использования иных детерминант, указывающих на наличие или отсутствие дефектов оказания медицинской помощи. Так, проведенный Ф.Ю. Бердичевским анализ позиций практикующих врачей и ученых утвердил его во мнении, согласно которому при оценке действий (бездействия) медицинского персонала следует исходить из существующих правил и методов медицины². Разработанные на базе передовых достижений медицинской науки и практики нормативы регламентируют порядок действий специалиста в конкретной ситуации. Характеризуя внешнюю сторону поведения правоисполнителя, официально утвержденные параметры диагностических и лечебных процедур решают проблему объективизации оценки качества оказываемой врачебной помощи. Именно они положены в основу определения Судебной коллегии Верховного Суда РСФСР, отменившего решение суда первой инстанции об отказе Е. в иске к Пятигорской больнице о возмещении вреда, причиненного смертью мужа после произведенной ему операции. Коллегия обратила внимание суда на то, что вина больницы выражается в упущениях врачебного персонала не только во время операции, но и в процессе лечения в послеоперационный период, в несоблюдении правил ухода за больным, несвоевременности выполнения врачебных процедур³.

В настоящий момент в качестве объективного критерия оценки качества деятельности лиц, профессионально занимающихся врачебной практикой, мо-

¹ См.: Ожегов С.И. Словарь русского языка. 4-е изд. М., 1997. С. 138.

² См.: Бердичевский Ф.Ю. Уголовная ответственность медицинского персонала за нарушение профессиональных обязанностей. М., 1970. С. 19-31.

³ См.: Бюллетень Верховного Суда РСФСР. 1971. № 10. С. 7.

гут выступать стандарты диагностики и лечения различных болезней. Они разработаны во многих отраслях здравоохранения и отражают модель профессионального поведения медицинского персонала¹. Согласно Федеральному закону «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» стандарт медицинской помощи разрабатывается в соответствии с номенклатурой медицинских услуг и включает в себя усредненные показатели частоты предоставления и кратности применения: 1) медицинских услуг; 2) зарегистрированных на территории Российской Федерации лекарственных препаратов (с указанием средних доз) в соответствии с инструкцией по применению лекарственного препарата и фармакотерапевтической группой по анатомо-терапевтическо-химической классификации, рекомендованной Всемирной организацией здравоохранения; 3) медицинских изделий, имплантируемых в организм человека; 4) компонентов крови; 5) видов лечебного питания, включая специализированные продукты лечебного питания.

Внедрение стандартов медицинской помощи во врачебную практику должно вывести отрасль здравоохранения на качественно новый уровень. Императивный регламент, предписывающий определенную схему действий, сориентирован на обеспечение позитивной направленности и результативности деятельности медицинских работников. Формализованное описание алгоритма действий врача в конкретной ситуации минимизирует ошибки в выборе методов профилактики, диагностики и лечения болезней. Однако важно, чтобы предусмотренные типовыми положениями правила соответствовали интеллектуальным и физическим возможностям человека. Воспрещается учреждать регламенты, претворение в жизнь которых предполагает приложение сверхусилий. Стандарты оказания медицинской помощи должны быть рассчитаны на психофизиологические способности среднестатистического врача. Иначе они будут малоэффективными, заключать в себе высокую долю вероятности

¹ В настоящее время в различных отраслях медицинской практики действует порядка трехсот стандартов. См., напр.: Приказ Минздрава России от 28 декабря 2012 г. № 1604н «Об утверждении стандарта скорой медицинской помощи при отморожениях» // Российская газета. 2013. 20 июня. № 131/1; Приказ Минздрава России от 24 декабря 2012 г. № 1437н «Об утверждении стандарта скорой медицинской помощи при пневмонии» // Российская газета. 2013. 11 июня. № 124/1; Приказ Минздрава России от 20 декабря 2012 г. № 1282н «Об утверждении стандарта скорой медицинской помощи при инсульте» // Российская газета. 2013. 13 июня. № 125/1.

наступления неблагоприятных последствий. Нормативы с завышенными требованиями ведут к необоснованной ответственности правоисполнителей за их нарушение.

В правоприменительной деятельности стандарты способствуют обнаружению признаков ненадлежащего исполнения медицинским работником профессиональных функций, оценке последовательности и своевременности оказания врачебной помощи, степени достижения запланированного результата. Неуклонное следование директивам, прописанным в них, станет основанием для утвердительного ответа на традиционный вопрос следственных органов, все ли необходимые действия были выполнены врачом для постановки правильного диагноза заболевания и лечения больного. В то же время отклонение от общепринятых методов проведения диагностических процедур или алгоритмов лечения заболеваний, приведшее к наступлению общественно опасных последствий, является поводом для оценки поведения медицинского работника как противоправного. В контексте сказанного юридически значимое свойство стандарта оказания медицинской помощи состоит в исключении ответственности специалиста за нанесение вреда здравоохранительным правоотношениям, если он действовал в строгом соответствии с установленными предписаниями. Имевший место сбой в системе, повлекший неблагоприятные для пациента последствия, объясняется несовершенством медицинской науки и практики.

При квалификации действия (бездействия) врачебного персонала как правильного или неправильного необходимо учитывать еще субъективный фактор. Несмотря на стремление представительных и исполнительных органов власти детально упорядочить практику оказания медицинских услуг, внедрить в нее инновационные технологии, узловое звено в секторе здравоохранения отводится врачу. Он выступает в качестве субъекта, обязанного максимально эффективно реализовывать профессиональные знания, умения и навыки. Для достижения позитивных результатов в лечебно-диагностической деятельности каждый врач должен обладать запасом теоретических знаний и практического опыта, который соответствует современному состоянию медицинской науки и ква-

лификационным требованиям. Как минимум, он не должен быть ниже компетентности среднестатистического врача, практикующего в конкретной сфере. Речь идет о специалисте, осведомленном о достижениях медицинской практики, профессиональные умения и навыки которого позволяют оказать помощь больному в соответствии с официально утвержденными стандартами. Отсутствие необходимого уровня знаний или неумение их применять на практике является нарушением правовой обязанности. Чаще всего неосведомленность медицинского работника о передовых методах диагностирования и лечения болезней становится причиной наступления последствий, связанным с причинением вреда здоровью или жизни пациента. Некомпетентный врач, виновный в этом, обязан подвергнуться уголовной ответственности. Справедливы слова М.Д. Шаргородского, адресованные хирургу, неграмотно произведшему операцию: «человек в современном мире должен отвечать за то, что он принимает на себя ответственность за деятельность и за действия, с последствиями которых он справиться не в состоянии»¹.

Вышеизложенное позволяет заключить, что врачебная ошибка, как и любое другое невольное искажение объективной действительности, представляет собой явление, существующее на уровне человеческого сознания. Искаженное мышление, порождающее неверную оценку конкретной ситуации, обуславливает контролируемое либо неконтролируемое девиантное поведение. Невозможно предугадать многообразные варианты поступков человека, сознание которого неадекватно воспринимает картину реального мира. Отражаясь в действии (бездействии) медицинского работника и вызванных им последствиях, она может приобретать различные правовые формы, известные юридической науке и практике как преступление, административное правонарушение, гражданско-правовой деликт, дисциплинарный и аморальный проступок. При этом предметом юридической оценки становится не само субъективное заблуждение, а порожденные им деяние и неблагоприятные последствия. Нельзя квалифицировать явление, которое еще не приобрело объективную форму. Ошибка

¹ Шаргородский М.Д. Научный прогресс и уголовное право // Советское государство и право. 1969. № 12. С. 91.

может выступать субъективной предпосылкой правонарушения, но не подменяет его содержание. Исходя из этого, отсутствуют какие-либо основания для отождествления врачебной ошибки с преступлением. Заблуждение врача приобретает оттенок уголовно-противоправного деяния в случае, когда результат ненадлежащего исполнения обязанности по оказанию помощи пациенту находит выражение в общественно опасных последствиях в виде заражения другого лица ВИЧ-инфекцией, причинения тяжкого вреда здоровью больного или смерти. Пороки интеллекта и воли медицинского работника, не повлекшие общественно опасных последствий, указанных в уголовном законе, освобождают правоприменителя от необходимости давать им уголовно-правовую оценку. Вместе с тем не исключается вероятность, что результат допущенной ошибки в профессиональной деятельности врача будет квалифицирован в качестве правонарушения, предусмотренного иными отраслями законодательства.

К числу ключевых вопросов, требующих разрешения на доктринальном уровне, относится уголовно-правовая оценка поведения медицинского работника, при котором он, хотя и оказывает помощь пациенту, но делает это не столь интенсивно, как того требует обстановка. Мнения специалистов, оценивающих подобного рода действие (бездействие) практикующих врачей, не совпадают. Одни исследователи усматривают в них признаки ненадлежащего исполнения профессиональных функций¹, а другие – неоказания помощи больному².

Испытывает затруднения в решении рассматриваемой проблемы следственная и судебная практика. Анализ материалов уголовных дел, инициированных в отношении медицинских работников, свидетельствует об отсутствии единообразного подхода к оценке их некомпетентного поведения. В большинстве случаев ненадлежащее исполнение медицинским работником профессиональных функций, повлекшее причинение тяжкого вреда здоровью либо смерть

¹ См.: Коробеев А.И. Преступные посягательства на жизнь и здоровье человека. М., 2012. С. 281-282; Кондрашова Т.В. Проблемы уголовной ответственности за преступления против жизни, здоровья, половой свободы и половой неприкосновенности. Екатеринбург, 2000. С. 232.

² См.: Побегайло Э.Ф. Избранные труды. СПб., 2008. С. 732; Пашинян Г.А., Ившин И.В. Профессиональные преступления медицинских работников против жизни и здоровья. М., 2006. С. 94-96.

потерпевшего, квалифицируется по ч. 2 ст. 118 или ч. 2 ст. 109 УК РФ¹. Одновременно с этим известны факты квалификации деяний рассматриваемого вида по ст. 124 УК РФ. Так, Ш. признан виновным в совершении преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 124 УК РФ. Занимая должность врача-хирурга, во время первичного осмотра вновь поступившего пациента он отверг предварительный диагноз специалистов бригады скорой помощи, установивших признаки перитонита, прободной язвы и кишечной непроходимости. По мнению суда, Ш. без применения инструментальных методов исследования (УЗИ и рентгена органов брюшной полости) необоснованно исключил наличие медицинских показаний к экстренному хирургическому вмешательству, выставил диагноз «алкогольный гастродуоденит, обезвоживание» и передал больного под наблюдение врача-терапевта. Неполнота проведенного обследования, ошибочно выставленный диагноз и отсутствие оперативного лечения, соответствующего характеру заболевания, привели к наступлению смерти потерпевшего от разлитого фиброзно-гнойного перитонита².

Мотивируя квалификацию содеянного Ш., суд указал, что неоказание помощи выразилось в непринятии комплекса медицинских мероприятий, обеспечивающих выздоровление больного. Помещение пациента в диагностическое отделение, принятие мер к снятию синдромов предварительно выставленного диагноза и привлечение к обследованию терапевта не свидетельствуют об оказании должной врачебной помощи. Назначенное консервативное лечение в виде капельницы имело симптоматический характер. Оно устраняло отдельные болезненные проявления, но не воздействовало на причину заболевания и не могло повлечь за собой положительный эффект. Единственным возможным способом сохранения жизни пациенту при наличии перитонита является проведение хирургической операции – лапаротомии (чревосечения).

¹ См.: Приговор Балаковского районного суда Саратовской области от 11 сентября 2012 г. по уголовному делу № 1–443 // Архив Балаковского районного суда Саратовской области за 2012 г.; Приговор Усть-Ишимского районного суда Омской области от 2 февраля 2011 г. по уголовному делу № 10–1/2011 // Архив Усть-Ишимского районного суда Омской области за 2011 г.

² См.: Приговор Златоустовского городского суда Челябинской области от 19 апреля 2011 г. по уголовному делу № 10 – 28/11 // Архив Златоустовского городского суда Челябинской области за 2011 г.

Избранный судом вариант уголовно-правовой оценки общественно опасного поведения хирурга неоспорен. Вменяя признаки преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 124 УК РФ, правоприменители не придали должного значения тому обстоятельству, что осужденный не отказывался от оказания медицинской помощи. Он выполнил ряд обязанностей, вытекающих из профессионального статуса. Однако совокупность совершенных им действий не позволила правильно оценить состояние больного. Допущенная ошибка в диагнозе заболевания привела к резкому ухудшению состояния здоровья и смерти потерпевшего. При наличии указанных условий содеянное следовало квалифицировать как причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей (ч. 2 ст. 109 УК РФ).

Трактовка уголовно-правовой категории «бездействие», даваемая правоприменителями, представляется весьма спорной. По их мнению, «бездействие при неоказании помощи больному может быть выражено не только в форме абсолютно пассивного поведения, но и смешанного бездействия, когда требуемое от медицинского работника действие выполняется либо не в полном объеме, либо ненадлежаще, в том числе, при недостаточности обследования больного, приведшего к установлению неправильного диагноза, либо к неустановлению правильного диагноза, и назначению принципиально недостаточного лечения»¹.

Безусловно, позиция Судебной коллегии по уголовным делам Челябинского областного суда отличается оригинальностью. Суть бездействия судьи усматривают не только в невыполнении, но и в ненадлежащем исполнении медицинским работником профессиональных обязанностей. С такой интерпретацией термина «бездействие» трудно спорить. В доктрине уголовного права ученые традиционно выделяют два вида бездействия: чистое и смешанное. Однако утверждать, что бездействие представителя врачебной профессии в составе неоказания помощи больному может выражаться в недостаточном обследо-

¹ См.: Кассационное определение Челябинского областного суда от 2 сентября 2011 г. по уголовному делу №22-7650/2011 // Архив Челябинского областного суда за 2011 г.

вании пациента, неправильно. В случае предоставления медицинской помощи в ограниченном объеме лицо не ведет себя пассивно. Оно действует, но не столь эффективно, как того требуют сложившиеся обстоятельства. Исходя из действующей редакции уголовного закона, такого рода поведение медицинского работника следует квалифицировать по ч. 2 ст. 109 УК РФ. Другого мнения придерживается квалификационная коллегия судей, согласно которому любые ситуации, связанные с причинением смерти человеку вследствие неисполнения или ненадлежащего исполнения врачом профессиональных обязанностей, должны оцениваться исключительно по ч. 2 ст. 124 УК РФ. Если придерживаться предложенного правила квалификации, то возникает сомнение в обоснованности включения в уголовно-правовую материю нормы, сформулированной в ч. 2 ст. 109 УК РФ.

Таким образом, отличие преступлений, предусмотренных ч. 2 ст. 124 и ч. 2 ст. 109 УК РФ, состоит в том, что при неоказании помощи больному медицинский работник ведет себя пассивно. Общественная опасность деяния проявляется в отказе лица выполнить обязанности, обусловленные его профессиональным и правовым статусом. Бездействие специалиста, по долгу профессии призванного лечить людей, создает реальную угрозу безопасности основам правового статуса пациента. Наступившие при этом социально опасные последствия в виде средней тяжести или тяжкого вреда здоровью либо смерти выступают предпосылками для дифференциации уголовной ответственности. На практике бездействие медицинского работника чаще всего выражается в неявке к пациенту по вызову, в отказе его госпитализировать или сделать экстренную хирургическую операцию, в отсутствии помощи, которую врач мог оказать по собственной инициативе тогда, когда о заболевании человека ему стало известно из других источников. Во всех перечисленных и подобных тому случаях субъект преступления понимает характер исходящей из нормативно-правовых актов обязанности, возможность ее реализации, но игнорирует соответствующие юридические предписания.

При ненадлежащем исполнении профессиональных обязанностей лицо совершает действия, направленные на оказание диагностической либо лечебной помощи больному. Но по причинам, зависящим от субъективных качеств медицинского работника, они не приводят к позитивному результату (например, врач отступил от методологии выполнения диагностических или лечебных мероприятий, нарушил требования стандартов оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи). Как показывает практика, за основу уголовно-правовой оценки подобного рода действий (бездействия) берется некомпетентное осуществление обязанностей, перечисленных в должностных инструкциях специалиста.

В юридической литературе широко обсуждаются вопросы, связанные с уточнением признаков потерпевшего от неоказания помощи больному и лица, обязанного воздерживаться от совершения данного преступления¹. Поводом к возникновению дискуссии стало нечеткое отражение в диспозиции ст. 124 УК РФ качеств, свойственных названным участникам уголовно-правового отношения. Не имея надлежащего представления относительно заданных законодателем параметров действия уголовно-правовой нормы, правоисполнители и правоприменители не в состоянии реализовать обязанности, вытекающие из своего уголовно-правового статуса. Как следствие, медицинские работники не удерживаются от совершения криминальных деяний, а должностные лица правоохранительных органов и суда не дают должную уголовно-правовую оценку содеянного им.

По замыслу нормотворцев, потерпевшим от рассматриваемого состава преступления выступает больной. В отечественном правовом пространстве юридическое содержание данной категории не раскрывается. Словарь русского языка термин «больной» определяет как пораженный какой-нибудь болезнью².

¹ См.: Наумов А.В. Практика применения Уголовного кодекса Российской Федерации: комментарий судебной практики и доктринальное толкование / под ред. Г.М. Резника. М., 2005. С. 264; Красиков А.Н. Преступления против личности. Саратов, 1999. С. 88-90.

² См.: Ожегов С.И. Словарь русского языка. 4-е изд. стереотип. М., 1997. С. 45.

Под болезнью понимается «расстройство здоровья, нарушение правильной деятельности организма»¹.

Таким образом, категория больной в большей степени наполнена медицинским, нежели чем юридическим содержанием. Отсутствие официально закрепленных признаков анализируемого понятия препятствует определению круга лиц, признаваемых потерпевшими от преступного бездействия медицинских работников. На практике часто встречаются случаи, когда потребность в медицинской помощи испытывают беременные женщины, роженицы, новорожденные, а также граждане, пострадавшие в результате несчастных случаев, травм и отравлений, угрожающих их жизни и здоровью. Исходя из особенностей физиологического состояния, вряд ли можно отнести указанных лиц к группе больных. Стало быть, анализируемая уголовно-правовая норма не может обеспечить сохранность их конституционного права на медицинскую помощь. Для устранения выявленного пробела в уголовном законодательстве предлагаем заменить в наименовании и содержании ст. 124 УК РФ категорию «больной» понятием «пациент». В юридическом значении статусом пациента обладает человек, вступивший в здравоохранительные отношения посредством реализации субъективного права на получение услуги медицинского или фармацевтического характера в специализированных учреждениях любой организационно-правовой формы либо приглашенный для участия в биомедицинском эксперименте в качестве испытуемого. Предлагаемое нововведение способствует формированию правильного представления о потерпевшем от преступления, правовые границы которого определены Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Устанавливая уголовную ответственность за неоказание помощи больному, законодатель в диспозиции ч. 1 и 2 ст. 124 УК РФ не уточняет характер помощи, отказ в предоставлении которой образует криминообразующий признак. Только прибегнув к систематическому способу толкования содержания норм, изложенных в ст. 124 и 125 УК РФ, можно сделать вывод о том, что в ст. 124

¹ Там же. С. 44.

УК РФ законодатель требует от медицинского работника исполнения профессиональной обязанности по оказанию пациенту медицинской помощи. В то время как ст. 125 УК РФ, предусматривающая ответственность за оставление в опасности, криминальным признает отказ в оказании человеку первой помощи. По смыслу ст. 31 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», первая помощь оказывается гражданам до медицинской помощи. Она может иметь место в ситуациях, связанных с несчастными случаями, травмами, отравлениями и другими состояниями и заболеваниями, угрожающими жизни и здоровью. Обязанностью оказания первой помощи наделены лица, имеющие соответствующую подготовку (сотрудники органов внутренних дел, военнослужащие и работники Государственной противопожарной службы, спасатели аварийно-спасательных формирований и аварийно-спасательных служб).

Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» дифференцирует медицинскую помощь на виды: 1) первичная медико-санитарная помощь; 2) специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь; 3) скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь; 4) паллиативная медицинская помощь. Отказ без уважительных причин в оказании пациенту любого из перечисленных видов медицинской помощи, за исключением паллиативной, образует состав преступления. При этом бездействие медицинского работника должно повлечь наступление указанных в ст. 124 УК РФ общественно опасных последствий в виде причинения вреда здоровью потерпевшего средней тяжести, тяжкого вреда здоровью либо смерти. Неоказание паллиативной медицинской помощи объективно не может привести к указанным общественно опасным последствиям, поэтому отпадает надобность во включении ее в перечень криминообразующих признаков. Паллиативная медицинская помощь включает в себя комплекс медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания, в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан.

С учетом изложенного, в наименовании и диспозиции ч. 1 ст. 124 УК РФ предлагаем уточнить характер помощи, в которой пациенту было отказано. Для воплощения в действительность высказанной рекомендации следует включить в структурные компоненты ст. 124 УК РФ слово «медицинской». Положительный пример для заимствования имеется в уголовных законах зарубежных государств. В частности, ст. 142 УК Азербайджанской Республики устанавливает ответственность за «неоказание медицинской помощи больному без уважительных причин медицинским работником, обязанным ее оказывать в соответствии с законом или со специальными правилами, если это повлекло причинение менее тяжкого вреда здоровью больного». Близкая по содержанию уголовно-правовая норма представлена в ст. 126 УК Эстонской Республики, которая к числу преступных деяний относит «неоказание медицинской помощи больному без уважительных причин медицинским работником, который был обязан и имел возможность оказать такую помощь, если в результате этого бездействия наступили тяжкие последствия».

Не сложно заметить, что при формулировании признаков анализируемого состава преступления азербайджанские и эстонские законодатели сочли нужным конкретизировать не только характер помощи, в оказании которой отказано больному, но и профессиональную принадлежность лица, обязанного воздерживаться от совершения данного преступления. В роли субъекта, подлежащего уголовной ответственности за нарушение обязанности по оказанию помощи больному, назван медицинский работник.

В российском уголовном законодательстве признаки субъекта состава преступления, предусмотренного ст. 124 УК РФ, сформулированы в обобщенной форме. Законодатель говорит о лице, обязанном оказывать помощь в соответствии с законом или специальным правилом. К числу субъектов, подлежащих уголовной ответственности за неоказание помощи больному, чаще всего ученые относят медицинских работников, фармацевтов, сотрудников полиции, пожарной службы, руководителей туристических групп, специально выделенных членов экспедиций,

зимовок¹. А.А. Жалинская-Рерихт дополняет данный список, включая в него родителей, обязанных заботиться о детях, а также детей, которые должны помогать престарелым родителям².

Если исходить из нынешней редакции диспозиции ст. 124 УК РФ и продемонстрированного подхода к ее толкованию, то круг лиц, обязанных оказывать врачебную помощь больному, может быть расширен до бесконечности. В качестве обоснования своей позиции ученые-криминалисты приводят положения регулятивного законодательства, возлагающие на отдельных категорий служащих обязанность оказывать первую помощь. Так, в соответствии с п. 3 ч. 1 ст. 12 Федерального закона от 7 февраля 2011 г. № 3-ФЗ «О полиции», сотрудники полиции обязаны оказывать первую помощь лицам, пострадавшим от преступлений, административных правонарушений и несчастных случаев, а также лицам, находящимся в беспомощном состоянии либо в состоянии, опасном для их жизни и здоровья, если специализированная помощь не может быть получена ими своевременно или отсутствует³.

При всем уважении к научной позиции оппонентов сложно согласиться с выдвигаемыми ими аргументами. На наш взгляд, адресатом воздействия уголовно-правовой нормы, изложенной в ст. 124 УК РФ, выступают только лица, обладающие статусом медицинского работника. Всех иных субъектов, оказывающих первую помощь, удерживает от совершения преступления ст. 125 УК РФ. Попытки возложить на сотрудников полиции, пожарной службы, руководителей туристических групп и т.д. обязанность по оказанию медицинской помощи больному нарушают логику законодателя по организации охраны здоровья населения. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» разделяет понятия медицинской и первой помощи. Медицинская помощь включает мероприятия, направленные на поддержание и

¹ См.: Бытко Ю.И., Бытко С.Ю. Уголовное право России. Части Общая и Особенная. Саратов, 2005. С. 67; Коробеев А.И. Преступные посягательства на жизнь и здоровье человека. М., 2012. С. 285-286; Мирошниченко Н.В. Профессиональные преступления медицинских работников против жизни и здоровья пациентов. Ставрополь, 2008. С. 77.

² См.: Учебный комментарий к Уголовному кодексу Российской Федерации / отв. ред. Жалинский А.Э. – М., 2005. С. 365 (автор комментария к ст. 124 УК РФ – А.А. Жалинская-Рерихт).

³ См.: СЗ РФ. 2011. № 7. Ст. 900.

(или) восстановление здоровья человека. Сюда же входит комплекс лечебно-диагностических вмешательств, обращенных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию. Ее исполнителями выступают физические лица, имеющие медицинское образование, работающие в медицинских организациях либо занимающиеся индивидуальной медицинской деятельностью. Первая помощь, по замыслу законодателя, оказывается гражданам до предоставления медицинской помощи. В соответствии с федеральным законом или специальным правилом обязанность оказывать первую помощь возлагается на специалистов, имеющих соответствующую подготовку. К ним относятся сотрудники органов внутренних дел, военнослужащие и работники Государственной противопожарной службы, спасатели аварийно-спасательных формирований и служб. Водителей транспортных средств и других лиц законодатель наделяет не обязанностью, а правом оказывать первую помощь. При этом они должны обладать соответствующей подготовкой и (или) навыками.

Сказанное позволяет заключить, что не совсем корректно ставить вопрос об уголовной ответственности за неоказание помощи пациенту лиц, не имеющих медицинского образования. Требование от человека под угрозой уголовного наказания определенного поведения предполагает наличие у него необходимых знаний и опыта. Бездействие полицейского, не оказавшего помощь больному, не перестает быть общественно опасным, однако квалифицировать его пассивное поведение по ст. 124 УК РФ нельзя. С позиции действующего уголовного закона оно может быть оценено как оставление в опасности лица, находящегося в опасном для жизни или здоровья состоянии (ст. 125 УК РФ).

Более того, даже лица, получившие когда-либо медицинское образование, не всегда подлежат уголовной ответственности за неоказание помощи пациенту. Обязанность по оказанию медицинской помощи, обусловленная профессиональным статусом, распространяется только на действующих медицинских работников. Официальное прекращение врачебной практики выступает юридическим фактом, которое устраняет все правовые последствия, вытекающие из профессиональной деятельности медицинского работника. В свете изложенного трудно со-

гласиться с высказанной в литературе позицией, допускающей возможность привлечения к уголовной ответственности за неоказание помощи больному врачей, фельдшеров, медсестер, которые по достижении пенсионного возраста прекратили трудовые отношения с учреждениями здравоохранения и не занимаются медицинской практикой¹.

Применяя меры уголовно-правового принуждения к лицу, признанному виновным в совершении рассматриваемого преступления, нельзя допустить избыточного ограничения его прав и свобод. В уголовно-правовой доктрине общепринято положение о том, что размер санкции определяется характером и степенью общественной опасности преступления. Действующая редакция ст. 124 УК РФ не в полной мере соответствует требованию дифференциации уголовной ответственности в зависимости от тяжести наступившего преступного результата. В квалифицированном составе неоказания помощи больному законодателем объединены последствия в виде тяжкого вреда здоровью и смерти потерпевшего. Между тем, очевидно, что степень общественной опасности причинения тяжкого вреда здоровью ниже, чем причинения смерти. Констатируя это обстоятельство, мы вынуждены признать наказания, предусмотренные ч. 2 ст. 124 УК РФ, неадекватными уровню опасности причинения по неосторожности тяжкого вреда здоровью. Данный теоретический вывод находит подтверждение и в либеральной судебной практике, складывающейся по делам о преступлениях изучаемого вида. Основываясь на представленных аргументах, исходим из необходимости усовершенствования дифференциации уголовной ответственности за неоказание помощи больному путем наделения последствий в виде тяжкого вреда здоровью либо смерти потерпевшего статусом квалифицирующего и особо квалифицирующего признаков состава преступления. Ориентиром может служить подход законодателя к дифференциации уголовной ответственности за неосторожное причинение тяжкого вреда здоровью человека, в том числе вследствие ненадлежащего исполнения лицом профессиональных функций, и

¹ См.: Расторопов С.В. Уголовно-правовая охрана здоровья человека от преступных посягательств. СПб., 2006. С. 319; Чернышева Ю.А. Причинение смерти лицу по его просьбе: уголовно-правовое, уголовно-политическое, криминологическое и социально-правовое исследование. М., 2011. С. 138.

неосторожное причинение ему смерти, выразившийся в их закреплении в самостоятельных статьях уголовного закона (ст. ст. 109, 118 УК РФ).

Анализ практики назначения наказания за неоказание помощи больному показал, что основной мерой воздействия на осужденных является лишение свободы. Причем суды полагают возможным достижение целей наказания без реального его отбывания. Так, по данным Судебного департамента при Верховном Суде РФ, за период с 2009 по 2012 г. на территории России по признакам состава преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 124 УК РФ, к уголовной ответственности привлечены 35 медицинских работников. Примечательно, что всем им суды назначили наказание в виде лишения свободы, но лишь трое осужденных отбывали наказание реально, а двое освобождены от наказания по амнистии. В остальных случаях суды сочли разумным применить условное осуждение.

Широкое применение условного осуждения во многом спровоцировано законодателем, ограничившим санкцию ч. 2 ст. 124 УК РФ двумя основными и одним дополнительным видом наказания. В качестве основного наказания предусмотрены принудительные работы на срок до четырех лет и лишение свободы на тот же срок, а дополнительным наказанием выступает лишение права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет. Учитывая, что принудительные работы применяются как альтернатива лишению свободы, суды сегодня лишены возможности индивидуализировать уголовное наказание. Выявленная проблема может быть разрешена посредством дополнения санкции действующей редакции ч. 2 ст. 124 УК РФ наказанием в виде ограничения свободы, которое по степени ограничений прав и свобод осужденного близко к условному осуждению. Максимальный размер данного наказания предлагаем ограничить тремя годами, поскольку суды, как правило, назначают условно лишение свободы на срок, не превышающий трех лет с испытательным сроком до двух лет и шести месяцев¹.

¹ См.: Приговор Промышленного районного суда г. Смоленска от 24 декабря 2010 г. по уголовному делу 1-296/10 // Архив Промышленного районного суда г. Смоленска за 2010 г.; Приговор Вяземского районного суда Смоленской области от 15 августа 2011 г. по уголовному делу № 1-157/2011 // Архив Вяземского районного

При формулировании содержания и объема уголовной ответственности за нарушение права пациента на медицинскую помощь следует исходить из того, что суровость наказания не может играть определяющей роли в противодействии преступлениям, совершаемым по неосторожности. Залог успешной борьбы с отклоняющимся от профессионального стандарта поведением врача видится в применении мер принуждения, способных предупреждать последующие общественно опасные деяния. В подобных условиях важно создать механизм, который, во-первых, ограничит соответствующего субъекта в возможности заниматься избранной профессией и, во-вторых, побудит в дальнейшем к добросовестному исполнению профессиональных функций. Важным шагом в этом направлении может служить назначение лишения права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью в качестве основного вида наказания, который в действующей редакции санкции ч. 1 ст. 124 УК РФ отсутствует. Его появление должно повысить эффективность воздействия на преступность медицинских работников, обращая принуждение не столько на личность преступника, сколько на его правовой и профессиональный статус. Срок, в течение которого осужденный фактически утрачивает возможность заниматься избранной профессией, в ч. 1 ст. 124 УК РФ рекомендуем установить до двух лет, а в ч. 2 ст. 124 УК РФ – до трех лет.

Основываясь на изложенных суждениях и аргументах, предлагаем новую редакцию ст. 124 УК РФ:

«Статья ... Неоказание медицинской помощи пациенту

1. Неоказание медицинской помощи пациенту без уважительных причин медицинским работником, если это повлекло по неосторожности причинение средней тяжести вреда здоровью, -

наказывается штрафом в размере до сорока тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до трех месяцев, либо лишением права занимать определенные должности или заниматься опре-

деленной деятельностью на срок до двух лет, либо обязательными работами на срок до трехсот шестидесяти часов, либо исправительными работами на срок до одного года, либо арестом на срок до четырех месяцев.

2. То же деяние, если оно повлекло по неосторожности причинение тяжкого вреда здоровью пациента, -

наказывается лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет, либо ограничением свободы на срок до двух лет, либо лишением свободы на срок до двух лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового.

3. Деяние, предусмотренное частью первой настоящей статьи, повлекшее по неосторожности смерть пациента, -

наказывается ограничением свободы на срок до трех лет, либо принудительными работами на срок до четырех лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового либо лишением свободы на срок до четырех лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового».

В доктрине уголовного права и правоприменительной практике дискуссионным остается вопрос о лицах, обязанных воздерживаться от совершения преступления, предусмотренного ст. 128 УК РФ. Установив уголовную ответственность за незаконную госпитализацию человека в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, законодатель не стал уточнять профессиональную принадлежность и правовой статус субъекта, удерживаемого от совершения преступления. Лишь в квалифицированном составе преступления говорится об использовании виновным своего служебного положения.

Большинство специалистов убеждены в том, что субъектом рассматриваемого состава преступления выступает физическое вменяемое лицо, достигшее шестнадцатилетнего возраста. Им чаще всего признают близкого родственника,

законного представителя помещенного в психиатрическую больницу лица, соседей, заинтересованных по тем или иным соображениям избавиться от потерпевшего, проявляющих при этом инициативу и настойчивость в водворении человека в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях¹.

Между тем в литературе высказано другое мнение, допускающее возможность привлечения к ответственности по данной статье уголовного закона ограниченного круга лиц. Сторонники данной точки зрения наделяют субъекта анализируемого состава преступления специальными признаками, относящимися к характеристике его правового положения и социального статуса, обусловленных исполнением профессиональных функций. Такими качествами обладает лицо, уполномоченное по закону принимать решение о недобровольной госпитализации человека в психиатрический стационар либо ее продлении, либо выписке из стационара (врач-психиатр скорой помощи, врач приемного покоя в психиатрическом стационаре, врач-психиатр, являющийся членом комиссии, дающей заключение для суда о необходимости недобровольной госпитализации пациента либо о продлении ее срока)².

Вторая позиция представляется нам более логичной. Она базируется на нормах Закона РФ от 2 июля 1992 г. «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»³, закрепляющих основание и порядок госпитализации гражданина в психиатрический стационар, правовой статус лиц, страдающих психическим расстройством и оказывающих психиатрическую помощь в стационарных условиях. По смыслу Закона психиатрическая помощь лицам, страдающим психическим расстройством, оказывается при наличии информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство. Основани-

¹ См.: Бытко Ю.И., Бытко С.Ю. Уголовное право России. Части Общая и Особенная. Саратов, 2005. С. 73; Наумов А.В. Российское уголовное право. Курс лекций: в 3 т. Т. 2. Особенная часть. М., 2007. С. 153; Курс уголовного права. Особенная часть: учебник для вузов / под ред. Г.Н. Борзенкова, В.С. Комисарова. М., 2002. Т. 3. С. 224.

² См.: Красилов А.Н. Уголовно-правовая охрана прав и свобод человека в России. Саратов, 1996. С. 127; Уголовное право. Особенная часть: учебник для вузов / отв. ред. И.Я. Козаченко, З.А. Незнамова, Г.П. Новоселов. М., 1997. С. 109; Российское уголовное право: Курс лекций. Т. 3: Преступления против личности / под ред. А.И. Коробеева. Владивосток, 2000. С. 310.

³ См.: Ведомости СНД и ВС РФ. 1992. № 33. Ст. 1913.

ями для госпитализации в организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, являются совокупность обстоятельств, свидетельствующих о наличии у человека психического расстройства, просьбы или согласия пациента (его законного представителя) на госпитализацию, решения врача-психиатра о проведении психиатрического обследования или лечения в стационарных условиях. В строго регламентированных законом случаях гражданин, страдающий психическим расстройством, может быть помещен в психиатрический стационар принудительно. Принудительная госпитализация в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, допускается:

1) при применении судом принудительных мер медицинского характера в отношении лица: а) совершившего деяние, предусмотренное статьями Особенной части УК РФ, в состоянии невменяемости; б) у которого после совершения преступления наступило психическое расстройство, делающее невозможным назначение или исполнение наказания; в) совершившего преступление и страдающего психическим расстройством, не исключающим вменяемости; г) совершившего в возрасте старше восемнадцати лет преступление против половой неприкосновенности несовершеннолетнего, не достигшего четырнадцатилетнего возраста, и страдающим расстройством сексуального предпочтения (педофилией), не исключающим вменяемости;

2) в случае, когда психиатрическое обследование или лечение лица возможны только в стационарных условиях, а психическое расстройство является тяжелым и обуславливает: а) непосредственную опасность для самого больного или окружающих; б) беспомощность пациента, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности; в) причинение существенного вреда его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

В отсутствии перечисленных оснований принудительное помещение человека в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, является незаконным и составляет признаки пре-

ступления, предусмотренного ст. 128 УК РФ. При выявлении особенностей субъекта, способного выполнить объективную сторону рассматриваемого состава преступления, определяющим фактором выступает наличие у лица полномочий для госпитализации пациента в медицинскую организацию, предоставляющую психиатрическую услугу. Решение вопроса о помещении человека в психиатрический стационар в добровольном или принудительном порядке входит в компетенцию врача-психиатра, действующего единолично либо в составе комиссии врачей-психиатров. Данный вывод вытекает из содержания ч. 2 ст. 20 Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», согласно которому установление диагноза психического заболевания, принятие решения об оказании психиатрической помощи в недобровольном порядке либо дача заключения для рассмотрения этого вопроса являются исключительным правом врача-психиатра. Именно врач-психиатр, диагностировав психическое состояние пациента, предопределяет его нахождение в медицинской организации психиатрического профиля. Он же составляет заключение о необходимости пребывания гражданина в психиатрическом стационаре, которое прилагается к заявлению представителя медицинской организации и подается в суд. Рассмотрев заявление о госпитализации больного в недобровольном порядке, судья принимает решение, которым отклоняет или удовлетворяет его. Судья, вынесший заведомо неправосудное решение о госпитализации лица в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, в недобровольном порядке, подлежит уголовной ответственности по ст. 305 УК РФ (вынесение заведомо неправосудных приговора, решения или иного судебного акта).

Таким образом, субъект состава преступления, предусмотренного ст. 128 УК РФ, должен обладать специальными признаками, свойственными врачу-психиатру. Прочие лица, инициировавшие процесс госпитализации человека в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях либо иным образом содействовавшие совершению данного преступления, выступают в качестве соучастников.

Спорным в науке уголовного права остается вопрос о квалификации незаконного удержания пациента в медицинской организации, специализирующейся на оказании психиатрической помощи в стационарных условиях, если после прохождения курса лечения человек выздоровел либо подлежит переводу на амбулаторное лечение. Разногласия во мнениях ученых возникли по той причине, что в диспозиции ст. 128 УК РФ говорится лишь о незаконной госпитализации лица в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, тогда как о возможных случаях необоснованного удержания гражданина в психиатрическом стационаре законодатель промолчал. Так, по мнению Л.Л. Кругликова и Л.В. Иногамовой-Хегай, удержание в психиатрическом стационаре полностью излечившегося от психического расстройства человека не охватывается исследуемой уголовно-правовой нормой. Такого рода общественно опасные деяния ученые предлагают квалифицировать как незаконное лишение свободы (ст. 127 УК РФ) или должностное преступление¹.

Другие специалисты напротив полагают, что понятие помещения в стационар следует понимать расширительно как незаконное нахождение в нем, в том числе и при превышении сроков пребывания, которое по характеру причиняемого вреда не отличается от незаконной госпитализации лица в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях².

Не ставя под сомнение тот факт, что нынешняя редакция диспозиции ст. 128 УК РФ не позволяет безапелляционно ответить на обсуждаемый вопрос, в то же время следует считать справедливой позицию последней группы авторов. По характеру и степени общественной опасности незаконное удержание пациента в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, не отличается от принудительной госпитализации.

¹ См.: Уголовное право России: Часть Особенная / отв. ред. Л.Л. Кругликов. М., 1999. С. 103; Уголовное право Российской Федерации: Особенная часть / под ред. Л.В. Иногамовой-Хегай. М., 2005. С. 69.

² См.: Красиков А.Н. Преступления против личности. Саратов, 1999. С. 100; Тяжкова И. Незаконное помещение в психиатрический стационар // Уголовное право. 2002. № 3. С. 52; Российское уголовное право: Курс лекций. Т. 3: Преступления против личности / под ред. А.И. Коробеева. Владивосток, 2000. С. 309.

Квалификация незаконного удержания человека в учреждении здравоохранения, предоставляющей услуги психиатрического характера, по ст. 127 УК РФ означает неоправданное смягчение ответственности виновным. Санкция основного состава незаконного лишения свободы предусматривает максимальное наказание в виде лишения свободы до двух лет, тогда как за незаконную госпитализацию гражданина в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, преступнику грозит наказание в виде лишения свободы до трех лет.

Исключение из сферы действия ст. 128 УК РФ случаев принудительного удержания лиц, госпитализированных в психиатрический стационар на законном основании, но подлежащих выписке вследствие их выздоровления, является теоретически и практически необоснованным. Решение возникшей проблемы видится в изменении действующей редакции ст. 128 УК РФ. При ее формулировании предлагаем принять во внимание позитивный опыт иностранных законодателей, демонстрирующих стремлением к тотальной охране прав и свобод пациента от преступных посягательств и их предупреждению. Уголовно-правовые нормы, возлагающие на медицинских работников обязанность по воздержанию от совершения деяний по незаконному удержанию человека в психиатрической больнице, представлены в правовой системе многих зарубежных стран. В качестве примера можно сослаться на ст. 184 УК Республики Беларусь, ч. 5 ст. 142а УК Республики Болгария, ст. 149 УК Грузии, ст. 127 УК Республики Казахстан, ст. 133 УК Республики Таджикистан.

Используя нормотворческий опыт иностранных государств по охране прав и свобод пациента и предупреждению общественно опасных деяний врачей-психиатров, предлагаем изложить диспозицию ч.1 ст. 128 УК РФ в новой редакции, а ч. 2 ст. 128 УК РФ остается в действующей редакции:

«Статья 128. Незаконная госпитализация в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях

1. Незаконная госпитализация либо удержание лица в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, -

наказывается ограничением свободы на срок до трех лет, либо принудительными работами на срок до трех лет, либо лишением свободы на тот же срок».

Предлагаемое нововведение исключит ошибки в деятельности правоприменителей, квалифицирующих общественно опасные действия (бездействия) медицинских работников, незаконно госпитализирующих либо удерживающих пациентов в медицинских организациях, оказывающих психиатрическую помощь в стационарных условиях.

Резюмируя результаты проведенного исследования, можно сформулировать несколько теоретических и практических выводов:

1) под реализацией уголовно-правового механизма предупреждения преступных посягательств на права и свободы пациента следует понимать осуществление медицинским работником и правоприменителем своего уголовно-правового статуса, обеспечивающее удержание медицинского работника, обвиняемого в совершении преступления, от повторного посягательства на права и свободы пациента. Задача предупреждения общественно опасных посягательств на основы правового статуса пациента имеет конкретного адресата. Она начинает реализовываться с момента предъявления медицинскому работнику обвинения в совершении преступления и продолжается до погашения или снятия с него судимости;

2) врачебная ошибка, представляя собой неверную оценку медицинским работником профессиональной ситуации, в зависимости от тяжести наступающих последствий может приобретать различные правовые формы, известные юридической науке и практике как преступление, административное правонарушение, гражданско-правовой деликт, дисциплинарный и аморальный проступок. При этом юридической квалификации подлежит не сама ошибка, а отклоняющееся от профессионального стандарта поведение медицинского работника, спровоцированное ею;

3) в целях оптимизации механизма уголовно-правовой охраны прав и свобод пациента предлагается внести изменения в уголовное законодательство, изложив статьи 124 и 128 УК РФ в следующей редакции:

«Статья 124. Неоказание медицинской помощи пациенту

1. Неоказание медицинской помощи пациенту без уважительных причин медицинским работником, если это повлекло по неосторожности причинение средней тяжести вреда здоровью, -

наказывается штрафом в размере до сорока тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до трех месяцев, либо лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до двух лет, либо обязательными работами на срок до трехсот шестидесяти часов, либо исправительными работами на срок до одного года, либо арестом на срок до четырех месяцев.

2. То же деяние, если оно повлекло по неосторожности причинение тяжкого вреда здоровью пациента, -

наказывается лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет, либо ограничением свободы на срок до двух лет, либо лишением свободы на срок до двух лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового.

3. Деяние, предусмотренное частью первой настоящей статьи, повлекшее по неосторожности смерть пациента, -

наказывается ограничением свободы на срок до трех лет, либо принудительными работами на срок до четырех лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового либо лишением свободы на срок до четырех лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового»;

«Статья 128. Незаконная госпитализация в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях

1. Незаконная госпитализация либо удержание лица в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, - наказывается ограничением свободы на срок до трех лет, либо принудительными работами на срок до трех лет, либо лишением свободы на тот же срок».

2. Те же деяния, если они совершены лицом с использованием своего служебного положения либо повлекли по неосторожности смерть потерпевшего или иные тяжкие последствия, -

наказываются принудительными работами на срок до пяти лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового либо лишением свободы на срок до семи лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового».

Заключение

Результаты исследования теории уголовно-правовой охраны прав и свобод пациента позволяют сделать обобщающие выводы, сформулировать предложения по совершенствованию действующего законодательства, практики его исполнения и применения, а также выработать рекомендации по противодействию преступлениям в системе здравоохранения.

1. Изучение и анализ памятников истории медицины свидетельствуют, что отношения между врачом и потребителем его профессиональных услуг были предметом нравственного и законодательного регулирования с древнейших времен. Идея правовой защиты интересов лиц, нуждающихся в услугах медицинского характера, развивалась постепенно, на протяжении веков, по мере совершенствования регулятивного и охранительного законодательства. Осмысление содержания юридических документов, призванных упорядочивать деятельность лиц, занимающихся лечебной и фармацевтической практикой, обнаружило, что отечественному законодательству досоветского и советского периода категории «пациент», «права пациента», «свободы пациента», «обязанности пациента» не были известны. Тем не менее, в правовой системе государства фрагментарно были представлены нормы и положения, объектом воздействия и обеспечения которых выступали интересы лиц, обращающихся в учреждения здравоохранения либо к частнопрактикующим врачам за медицинской помощью. Стимулируя медицинских работников к качественному исполнению профессиональных обязанностей, такого рода нормы и положения регулятивных и охранительных отраслей законодательства создавали прочную основу для введения в научный оборот понятия «правовой статус пациента».

2. По результатам исследования исторического материала, анализа действующего законодательства и теоретических изысканий, в работе обоснованы дефиниции пациента, правового статуса пациента и его структурных компонентов:

- пациентом признается человек, вступивший в здравоохранительные правоотношения посредством реализации субъективного права на получение услуги медицинского и фармацевтического характера в специализированных учреждениях любой организационно-правовой формы либо приглашенный для участия в биомедицинском эксперименте в качестве испытуемого;

- правовой статус пациента предполагает систему прав, свобод, законных интересов и обязанностей человека, вступившего в здравоохранительные правоотношения, способствующую получению объективно необходимых услуг медицинского или фармацевтического характера в специализированных учреждениях и участию в официально разрешенном биомедицинском эксперименте в качестве испытуемого;

- субъективное право пациента – это социально обусловленная и гарантированная государством мера возможного поведения лица, вступившего в здравоохранительные правоотношения по поводу удовлетворения потребности в услуге медицинского или фармацевтического характера либо участия в биомедицинском эксперименте в роли испытуемого, позволяющая требовать от соответствующего специалиста надлежащего исполнения профессиональных функций;

- под свободой пациента предлагается понимать гарантированную возможность участия в выборе официально одобренных и экспериментальных методов диагностики, лечения, профилактики болезней, реализация которых обусловлена достигнутым уровнем развития медицинской практики и не противоречит действующему законодательству;

- законный интерес пациента представляет собой социально обусловленное и гарантируемое государством в виде юридической дозволенности стремление субъекта пользоваться благами здравоохранительного характера, реализуемое в целях удовлетворения объективно необходимых потребностей, обусловленных статусом пациента;

- юридическая обязанность пациента – это предписанная нормами здравоохранительного законодательства вид и мера необходимого и субъективно

возможного поведения, обеспечивающего осуществление правового статуса лица, профессионально занимающегося медицинской или фармацевтической практикой.

3. В правовой системе Российской Федерации приоритетная роль в осуществлении прав, свобод и не противоречащих закону интересов пациента отводится нормам и положениям здравоохранительного законодательства. В настоящее время здравоохранительное законодательство объединяет совокупность взаимосвязанных нормативно-правовых актов, вносящих упорядоченность в отношения между потребителями и производителями медицинских услуг по поводу оказания психиатрической помощи, трансплантации органов и тканей человека, обеспечения мер по организации донорства крови, иммунопрофилактики инфекционных болезней, обращения лекарственных средств и т.д. Исходя из требований, предъявляемых к функционированию самостоятельных отраслей законодательства, констатируется факт существования отрасли здравоохранительного законодательства.

4. Исходя из характера задач, стоящих перед здравоохранительным законодательством, на представителей медицинской профессии правовые нормы воздействуют императивно. Во взаимоотношениях с пациентами на них возлагается обязанность по оказанию медицинской помощи в соответствии с утвержденным стандартом профессионального поведения. Позитивная обязанность действовать определенным образом стимулируется юридической ответственностью. Лица, испытывающие потребность в диагностической либо лечебной помощи, вправе ожидать от медицинского персонала надлежащего исполнения профессиональных функций. Диспозитивная модель правового регулирования открывает перед пациентом простор для самостоятельного принятия решений и совершения действий в отношении собственного здоровья. Значение здравоохранительного законодательства в реализации прав и свобод лица, испытывающего потребность в диагностической, лечебной или профилактической помощи, разностороннее. Оно проявляется в закреплении правового положения участников здравоохранительных отношений, внесении элемента упорядочен-

ности в значимые для пациента и врача связи, придании действиям правоисполнителей организованности, целенаправленности, обеспечении их подконтрольности. Выполняя функции цивилизованного регулятора социально значимых связей, позитивное законодательство способствует прогрессированию здравоохранительных отношений.

5. Упорядочивание отношений в сфере здравоохранения нормами позитивного законодательства обнаруживает круг фактически существующих интересов, испытывающих объективную потребность в уголовно-правовой охране. Необходимость обращения к услугам уголовного права возникает тогда, когда резервы регулятивного законодательства по стимулированию медицинских работников к надлежащему исполнению профессиональных функций оказываются недостаточными, а совершаемые правонарушения по характеру и степени вредности являются общественно опасными. Оставляя за собой в качестве основной задачи упорядочивание поведения участников здравоохранительных правоотношений, позитивное законодательство обуславливает содержание уголовно-правовых норм, предупреждающих общественно опасные деяния против прав и свобод пациента. Под уголовно-правовую охрану подпадают лишь позитивные здравоохранительные отношения между пациентом и врачом, которые предварительно получили надлежащую правовую регламентацию.

6. Пределы вмешательства уголовного закона в здравоохранительные правоотношения predeterminedены Конституцией РФ. Введение уголовной ответственности за нарушение прав и свобод пациента допустимо тогда, когда в медицинской практике массовый характер приобретают правонарушения, достигающие уровня общественной опасности. Произвольное возложение на медицинских работников уголовно-правовых обязанностей нарушает конституционное требование о том, что права и свободы человека и гражданина могут быть ограничены федеральным законом только в той мере, в какой это необходимо в целях защиты основ конституционного строя, нравственности, здоровья, прав и законных интересов других лиц, обеспечения обороны страны и безопасности государства.

7. Повышению качества уголовно-правовой охраны прав и свобод пациента реально способствует системное структурирование в уголовном законе норм, противодействующих вредоносным поведением медицинских работников в процессе исполнения ими профессиональных функций. Практическая реализация идеи комплексного обеспечения интересов названной социально уязвимой группы лиц требует официального подтверждения объектов, нуждающихся в охране уголовно-правовыми средствами. Установить социальные и правовые границы такого рода объектов позволяет здравоохранительное законодательство. Нормы и положения формирующейся ныне отрасли законодательства о здравоохранении, предметом регулирования которых являются отношения между врачом и больным по поводу оказания услуг медико-биологического характера, обуславливают необходимость обеспечения прав и свобод пациента уголовно-правовыми средствами. При этом уголовный закон берет под охрану не в целом предмет регулирования здравоохранительного законодательства, а только те его составляющие, которые испытывают объективную потребность в ней. Связанные общей отраслевой природой потенциально уязвимые интересы пациента, находящиеся на одном уровне социальных ценностей, образуют видовой объект уголовно-правовой охраны.

8. Анализ зарубежного здравоохранительного и уголовного законодательства, практики их исполнения и применения показал, что механизм социально-правового обеспечения прав и свобод пациента включает в себя нравственные требования, религиозные предписания, нормы и положения позитивного и охранительного законодательства. При этом иностранный законодатель исходит из выраженного приоритета социально-правовой урегулированности и резервах уголовно-правовой охраны отношений, складывающихся в сфере здравоохранения. Надлежащая упорядоченность соответствующих отношений позволяет пациентам и медицинским работникам правомерно удовлетворять всю совокупность их интересов, не прибегая к услугам уголовно-правового характера. В свою очередь, не получившие должной правовой регламентации социальные связи требуют дополнительной охраны со стороны уголовного законо-

дательства. В практической реализации показанной теоретической модели механизма социально-правового обеспечения интересов пациента обнаруживается определенная специфика в зависимости от принадлежности конкретного государства к той или иной правовой семье.

9. Механизм уголовно-правовой охраны прав и свобод пациента в странах-участницах СНГ, Балтии и романо-германской правовой семьи предполагает уголовно-правовое обеспечение детально регламентированных на уровне международного и национального здравоохранительного законодательства отношений. В процессе упорядочивания деятельности медицинских работников в государствах англосаксонской правовой семьи важная роль отводится нормам профессиональной этики, международного права, федеральных конституционных актов и конституций штатов, сводов законов о здоровье, специальных нормативных актов о правах пациента, многочисленных подзаконных документов. В условиях объективной невозможности упорядочить социальные связи в области здравоохранения посредством регулятивных отраслей законодательства возникает потребность обращения к мерам уголовно-правового характера, стимулирующим медицинских работников к надлежащему исполнению профессиональных обязанностей. В соответствии с обозначившейся уголовно-правовой позицией исламского законодателя мусульманское уголовное право берет под охрану упорядоченные религиозными догмами отношения. Исламская правовая идеология позволяет обеспечивать уголовно-правовой охраной отношения, социальная значимость которых признана религиозной моралью без дополнительного юридического подтверждения на уровне позитивного законодательства.

10. Позитивное воздействие на преступность в сфере здравоохранения в зарубежных государствах осуществляется нормами и положениями уголовного законодательства, устанавливающими ответственность за неоказание медицинской помощи больному, незаконное производство аборта, незаконное помещение или удержание лица в психиатрической больнице, незаконное врачевание, незаконное разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, принужде-

ние к донорству органов или тканей человека для трансплантации либо иного использования, ненадлежащее исполнение медицинскими работниками профессиональных обязанностей, куплю-продажу органов или тканей человека, нарушение установленных законом условий и порядка проведения операций по трансплантации органов или тканей человека, незаконное проведение медико-биологических либо психологических исследований над человеком, склонение к генному донорству, запрещенные действия с эмбрионами, незаконное искусственное оплодотворение и имплантация эмбриона, медицинскую стерилизацию, изменение человеческого генотипа, клонирование человека и др. Важно обратить внимание на то, что в отдельных государствах составы преступления, предусматривающие ответственность за причинение вреда интересам пациента, выделены в самостоятельную группу (Франция, Украина, Грузия, Азербайджанская Республика, Республика Казахстан, Эстонская Республика).

11. Эффективному обеспечению прав, свобод и не противоречащих закону интересов пациента в уголовных законах зарубежных государств во многом способствуют нормы, стимулирующие врачей к поиску новых методов и средств диагностики и лечения. Речь идет о согласии потерпевшего и проведении научного эксперимента как обстоятельствах, исключающих преступность деяния. В частности, причинение вреда здоровью человека с учетом его волеизъявления не образует состава преступления по уголовному законодательству ФРГ, Австрии, Израиля, Республики Сан-Марино, Литовской Республики, США, Исламской Республики Иран, Судана, Афганистана. Законодательное закрепление в уголовных кодексах указанных стран условий правомерности научного эксперимента и согласия потерпевшего как обстоятельств, исключающих преступность деяния, стимулирует медицинских работников действовать инициативно в интересах пациента, одновременно оправдывая их деятельность, направленную на сохранение жизни и здоровья пациентов. Своим позитивным содержанием и ярко выраженной социально полезной направленностью данные институты уголовного права нацелены на обеспечение интересов личности.

12. Обосновывается понятие уголовно-правового механизма охраны прав и свобод пациента как совокупности норм и положений, регламентирующих уголовно-правовой статус медицинского работника и правоприменителя, необходимых и достаточных для решения задач уголовного законодательства в части охраны прав и свобод пациента от преступных посягательств и их предупреждения. Уголовно-правовые нормы и положения, уголовно-правовой статус медицинского работника и правоприменителя, задачи уголовного законодательства по охране прав и свобод пациента от преступных посягательств и их предупреждению составляют единый, согласованно функционирующий уголовно-правовой механизм охраны прав и свобод пациента. Включение правовой конструкции «уголовно-правовой механизм охраны прав и свобод пациента» в понятийный аппарат уголовного права ориентирует законодателя, правоисполнителя и правоприменителя на реализацию его сущностных элементов в соответствии с функциональным назначением. Обладая собственным содержанием, указанная правовая конструкция способствует формированию модели позитивного поведения участников здравоохранительных отношений. В методологическом комплексе уголовно-правового механизма охраны прав и свобод пациента задействован широкий перечень социально-правовых инструментов, позволяющих исключать из сознания медицинских работников преступную мотивацию.

13. Содержание уголовно-правового статуса медицинского работника составляют совокупность обязанностей и прав, достаточных для обеспечения задач уголовного закона. На медицинского работника уголовным законом возложены обязанности: а) воздерживаться от совершения общественно опасных деяний, причиняющих вред правам и свободам пациента либо создающих угрозу его причинения; б) подвергнуться уголовной ответственности в случае ее нарушения; в) возместить причиненный преступлением ущерб интересам пациента. Принимая во внимание профессиональный статус лиц, занимающихся врачебной практикой, уголовный закон наделяет медицинских работников правом на обоснованный риск и крайней необходимостью.

14. Уголовно-правовой статус правоприменителя включает в себя обязанности и права, реализация которых способствует обеспечению интересов пациента. На правоприменителя возлагается обязанность осуществлять контроль над деятельностью медицинских работников, претворяющих в жизнь свой профессиональный и уголовно-правовой статус, признавать пациента потерпевшим от преступления, воздерживаться от совершения преступления и подвергнуться уголовной ответственности, если в процессе осуществления контролируемых функций нарушит предыдущую обязанность. Как участник уголовно-правового отношения правоприменитель наделен правом на получение от пациентов, врачебного персонала, должностных лиц учреждений здравоохранения информации об уголовно-правовом поведении конкретного медицинского работника. Для должностных лиц, применяющих нормы уголовного права, интерес представляют обстоятельства, наличие которых исключает преступность деяния медицинского работника.

15. Под реализацией уголовно-правового механизма охраны прав и свобод пациента следует понимать осуществление медицинским работником и правоприменителем своего уголовно-правового статуса, обеспечивающее решение уголовно-правовой задачи по охране прав и свобод пациента от преступных посягательств. В качестве субъектов, воплощающих в жизнь механизм уголовно-правовой охраны прав и свобод пациента, выступают правоисполнители в лице медицинских работников и правоприменители. Правоисполнительная и правоприменительная практика по реализации механизма уголовно-правовой охраны прав и свобод пациента протекает в строго определенных формах: соблюдение, исполнение, использование, применение. В совокупности указанные формы образуют систему реализации уголовно-правового механизма охраны прав и свобод пациента. Результат реализации уголовно-правового механизма охраны прав и свобод пациента проявляется в решении уголовно-правовой задачи по охране прав и свобод пациента от преступных посягательств. Он обеспечивается всей совокупностью норм, входящих в систему преступлений против прав и свобод пациента.

16. Реализация уголовно-правового механизма предупреждения преступных посягательств на права и свободы пациента предполагает осуществление медицинским работником и правоприменителем своего уголовно-правового статуса, обеспечивающее удержание медицинского работника, обвиняемого в совершении преступления, от повторного посягательства на права и свободы пациента.

17. Претворяя в жизнь ключевые теоретические выводы, предлагаются изменения и дополнения в уголовное законодательство, которые должны оптимизировать уголовно-правовой механизм охраны прав и свобод пациента:

- раздел VII УК РФ «Преступления против личности» предлагается дополнить главой 19¹ УК РФ «Преступления против прав и свобод пациента»;

- включить в уголовный закон нормы, охраняющие права и свободы пациента от социально опасных действий (бездействия) представителей медицинской профессии, занимающихся научными изысканиями:

«Статья ... Нарушение правил проведение биомедицинского исследования

1. Нарушение правил проведения биомедицинского исследования, создающее опасность для здоровья или жизни пациента, -

наказывается штрафом в размере до трехсот тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до двух лет, либо лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до пяти лет, либо ограничением свободы на срок до двух лет.

2. То же деяние, повлекшее по неосторожности причинение тяжкого вреда здоровью пациента, -

наказывается лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет, либо ограничением свободы на срок до двух лет, либо лишением свободы на срок до двух лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового.

3. Деяние, предусмотренное частью первой настоящей статьи, повлекшее по неосторожности смерть пациента, -

наказывается ограничением свободы на срок до трех лет, либо принудительными работами на срок до четырех лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового либо лишением свободы на срок до четырех лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового»;

«Статья Нарушение законодательства Российской Федерации о временном запрете на клонирование человека

1. Использование технологий клонирования организма в целях клонирования человека, -

наказывается штрафом в размере до трехсот тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до двух лет, либо лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок от двух до пяти лет, либо ограничением свободы на срок до трех лет, лишением свободы на тот же срок.

2. Ввоз на территорию Российской Федерации либо вывоз с ее территории клонированных эмбрионов человека, -

наказывается лишением свободы на срок от трех до семи лет со штрафом в размере до одного миллиона рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до пяти лет»;

- включить в уголовный закон норму, удерживающую медицинских работников от нарушений прав и свобод пациента в сфере использования вспомогательных репродуктивных технологий:

«Статья... Нарушение правил применения вспомогательных репродуктивных технологий

1. Нарушение правил применения вспомогательных репродуктивных технологий, создающее опасность для здоровья или жизни пациента, -

наказывается штрафом в размере до трехсот тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до двух лет, либо лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до пяти лет, либо ограничением свободы на срок до двух лет.

2. То же деяние:

а) совершенное в отношении несовершеннолетней;

б) совершенное из корыстных побуждений;

в) повлекшее по неосторожности тяжкие последствия, -

наказывается исправительными работами на срок до двух лет, либо ограничением свободы на срок до четырех лет, либо принудительными работами на срок до четырех лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет, либо лишением свободы на срок до четырех лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет»;

- изложить в новой редакции уголовно-правовые нормы, предусмотренные статьями 124 и 128 УК РФ:

«Статья 124. Неоказание медицинской помощи пациенту

1. Неоказание медицинской помощи пациенту без уважительных причин медицинским работником, если это повлекло по неосторожности причинение средней тяжести вреда здоровью, -

наказывается штрафом в размере до сорока тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до трех месяцев, либо лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до двух лет, либо обязательными работами на срок до трехсот шестидесяти часов, либо исправительными работами на срок до одного года, либо арестом на срок до четырех месяцев.

2. То же деяние, если оно повлекло по неосторожности причинение тяжкого вреда здоровью пациента, -

наказывается лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет, либо ограничением свободы на срок до двух лет, либо лишением свободы на срок до двух лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового.

3. Деяние, предусмотренное частью первой настоящей статьи, повлекшее по неосторожности смерть пациента, –

наказывается ограничением свободы на срок до трех лет, либо принудительными работами на срок до четырех лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового либо лишением свободы на срок до четырех лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового»;

«Статья 128. Незаконная госпитализация в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях

1. Незаконная госпитализация либо удержание лица в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, - наказывается...

2. Те же деяния, если они совершены лицом с использованием своего служебного положения либо повлекли по неосторожности смерть потерпевшего или иные тяжкие последствия, - наказываются...».

Библиографический список**Нормативно-правовые акты и иные официальные документы**

1. Конституция Российской Федерации: принята всенародным голосованием 12 декабря 1993 г. (с изм. и доп. от 05 февраля 2014 г. № 2-ФКЗ) // Рос. газета. – 1993. – 25 дек.; СЗ РФ. – 2014. – № 6. – Ст. 548.
2. Американская конвенция о правах человека от 22 ноября 1969 г. // Международные акты о правах человека: сборник документов. – М. : НОРМА–ИНФРА·М, 1998. – С. 720-736.
3. Африканская Хартия прав человека и народов от 26 июня 1981 г. // Международные акты о правах человека: сборник документов. – М. : НОРМА–ИНФРА·М, 1998. – С. 737-747.
4. Арабская Хартия прав человека 1994 г. // Вестник МГУ. Сер. 11: Право. – 1997. – № 5. – С. 68-74.
5. Всеобщая декларация прав человека. Принята и провозглашена резолюцией 217 А (III) Генеральной Ассамблеи от 10 декабря 1948 г. // Международные акты о правах человека: сборник документов. – М. : НОРМА–ИНФРА·М, 1998. – С. 39-43.
6. Всеобщая декларация о геноме человека и правах человека. Принята 11 ноября 1997 г. на 29-й сессии Генеральной конференции ЮНЕСКО // Овчинский В. С. Криминология и биотехнологии. – М., 2005. – С. 79-86.
7. Декларация о ликвидации всех форм нетерпимости и дискриминации на основе религии или убеждений / Резолюция 36/55 ГА от 25 ноября 1981 г. // Международные акты о правах человека: сборник документов. – М. : НОРМА–ИНФРА·М, 1998. – С. 132-134.
8. Декларация о ликвидации дискриминации в отношении женщин / Резолюция 2263 ГА от 7 ноября 1967 г. // Международные акты о правах человека: сборник документов. – М. : НОРМА–ИНФРА·М, 1998. – С. 241-244.
9. Декларации о политике в области обеспечения прав пациента в Европе. Принята Европейским совещанием по правам пациента. Амстердам, 1994. // Сборник официальных документов Ассоциации врачей России: Врачебные ассоциации, медицинская этика и общемедицинские проблемы / под ред. В. Н. Уранова. – М. : ПАИМС, 1995. – С. 83-91.
10. Декларация о правах лиц, принадлежащих к национальным или этническим, религиозным и языковым меньшинствам / Резолюция 47/135 ГА // Международные акты о правах человека: сборник документов. – М. : НОРМА–ИНФРА·М, 1998. – С. 109-113.
11. Декларация прав человека в исламе. Каир, 1990 [Электронный ресурс] // Всемирная исламская политико-правовая мысль (Исламское право). Исламская интернет-библиотека Романа Пашкова. URL: <http://www.worldislamlaw.ru/archives/138> (дата обращения: 11.04.2009).
12. Документ Копенгагенского совещания Конференции по человеческому измерению ОБСЕ (Копенгаген, 1990) // Международные акты о правах человека: сборник документов. – М. : НОРМА–ИНФРА·М, 1998. – С. 653-664.

13. Дополнительный протокол к Конвенции Совета Европы о правах человека и биомедицине, касающийся запрещения клонирования человеческих существ. Париж, 1998. // Овчинский В. С. Криминология и биотехнологии. – М., 2005. – С. 154-156.

14. Дополнительный протокол к Конвенции Совета Европы о правах человека и биомедицине, касающийся биомедицинских исследований. Открыт для подписания 25 января 2005 г. [Электронный ресурс]. URL: www.coe.int/T/E/Legal_affairs/Legal_cooperation/Bioethics/Activities/Biomedical_research/Protocol (дата обращения: 03.04.2009).

15. Дополнительный протокол к Конвенции по правам человека и биомедицине относительно трансплантации органов и тканей человеческого происхождения. Страсбург, 24 января 2002 г. [Электронный ресурс]. URL: businessmix.ru/abro.php?id=3321 (дата обращения: 03.04.2009).

16. Европейская Конвенция о защите прав человека и основных свобод. (Рим, 1950 г.) // Международные акты о правах человека: сборник документов. – М. : Изд. группа НОРМА–ИНФРА·М, 1998. – С. 539-570.

17. Европейская Социальная Хартия (Турин, 18 октября 1961 г.) // Международные акты о правах человека: сборник документов. – М. : НОРМА–ИНФРА·М, 1998. – С. 570-586.

18. Европейская Хартия о региональных языках и языках меньшинств. (Страсбург, 5 ноября 1992 г.) // Международные акты о правах человека: сборник документов. – М. : НОРМА–ИНФРА·М, 1998. – С. 624-634.

19. Конвенция о защите прав и достоинства человека в связи с применением достижений биологии и медицины: Конвенция о правах человека и биомедицине. Принята Комитетом министров Совета Европы 19 ноября 1996 г., открыта к подписанию 4 апреля 1997 г., вступила в силу с 1 декабря 1999 г. [Электронный ресурс]. – Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

20. Конвенция о коренных народах и народах, ведущих племенной образ жизни в независимых странах / Конвенция № 169 МОТА от 7 июня 1989 г. // Международные акты о правах человека: сборник документов. – М. : НОРМА–ИНФРА·М, 1998. – С. 120-131.

21. Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин / Резолюция ГА 34/180 от 18 декабря 1979 г. // Международные акты о правах человека: сборник документов. – М. : НОРМА–ИНФРА·М, 1998. – С. 245-255.

22. Конвенция о правах ребенка / Резолюция 44/25 ГА от 20 ноября 1989 г. // Международные акты о правах человека: сборник документов. – М. : НОРМА–ИНФРА·М, 1998. – С. 306-323.

23. Конвенция о статусе беженцев / Резолюция 429 от 14 декабря 1950 г. // Международные акты о правах человека: сборник документов. – М. : НОРМА–ИНФРА·М, 1998. – С. 432-445.

24. Конвенция Содружества Независимых Государств о правах и основных свободах человека. Минск, 1995 // Международные акты о правах человека: сборник документов. – М. : НОРМА–ИНФРА·М, 1998. – С. 711-719.

25. Лиссабонская декларация о правах пациента. Принята 34-й Всемирной медицинской ассамблеей. Лиссабон, 1981. // Сборник официальных документов Ассоциации врачей России: Врачебные ассоциации, медицинская этика и общемедицинские проблемы / под ред. В. Н. Уранова. – М. : ПАИМС, 1995. – С. 17.

26. Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах. Принят и открыт для подписания, ратификации и присоединения резолюцией 2200 А (III) Генеральной Ассамблеи от 16 декабря 1966 г. // Международные акты о правах человека: сборник документов. – М. : НОРМА–ИНФРА·М, 1998. – С. 44-52.

27. Международный пакт о гражданских и политических правах. Принят и открыт для подписания, ратификации и присоединения резолюцией 2200 А (XXI) Генеральной Ассамблеи от 16 декабря 1966 г. // Международные акты о правах человека: сборник документов. – М. : НОРМА–ИНФРА·М, 1998. – С. 53-68.

28. Минимальные стандартные правила обращения с заключенными / Одобрены Экономическим и Социальным Советом в его резолюциях 663 С от 31 июля 1957 г. и 2076 от 13 мая 1977 г. // Международные акты о правах человека: сборник документов. – М. : НОРМА–ИНФРА·М, 1998. – С. 190-205.

29. Основные принципы обращения с заключенными / Резолюция ГА 45/111 от 14 декабря 1990 г. // Международные акты о правах человека: сборник документов. – М. : НОРМА–ИНФРА·М, 1998. – С. 206-207.

30. Устав (Конституция) Всемирной организации здравоохранения // Всемирная организация здравоохранения. Основные документы. Женева, 1997.

31. Устав Управления Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по делам беженцев / Резолюция 428 ГА от 14 декабря 1950 г. // Международные акты о правах человека: сборник документов. – М. : НОРМА–ИНФРА·М, 1998. – С. 448-452.

32. Устав Организации Объединенных Наций // Международные акты о правах человека: сборник документов. – М. : НОРМА–ИНФРА·М, 1998. – С. 37-38.

33. Федеральный закон от 20 июля 2012 г. № 125-ФЗ (с изм. и доп. от 25 ноября 2013 г. № 317-ФЗ) «О донорстве крови и ее компонентов» // СЗ РФ. – 2012. – № 30. – Ст. 4176; 2013. – № 48. – Ст. 6165.

34. Федеральный закон от 17 сентября 1998 г. № 157-ФЗ (с изм. и доп. от 21 декабря 2013 г. № 368-ФЗ) «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» // СЗ РФ. – 1998. – № 38. – Ст. 4736; 2013. – № 51. – Ст. 6688.

35. Федеральный закон от 12 апреля 2010 г. № 61-ФЗ (с изм. и доп. от 12 марта 2014 г. № 33-ФЗ) «Об обращении лекарственных средств» // СЗ РФ. – 2010. – № 16. – Ст. 1815; 2014. – № 11. – Ст. 1098.

36. Федеральный закон от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ (с изм. и доп. от 12 марта 2014 г. № 33-ФЗ) «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» // СЗ РФ. – 2010. – № 49. – Ст. 6422; 2014. – № 11. – Ст. 1098.

37. Федеральный закон от 23 февраля 2013 № 15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака» // СЗ РФ. – 2013. – № 8. – Ст. 721.

38. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ (с изм. и доп. от 28 декабря 2013 г. № 386 – ФЗ) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // СЗ РФ. – 2011. – № 48. – Ст. 6724; 2013. – № 52 (часть I). – Ст. 6951.

39. Федеральный закон от 20 мая 2002 г. № 54-ФЗ (с изм. и доп. от 29 марта 2010 г. № 30 ФЗ) «О временном запрете на клонирование человека» // СЗ РФ. – 2002. – № 21. – Ст. 1917; 2010. – № 14. – Ст. 1550.

40. Федеральный закон от 5 июля 1996 г. № 86 ФЗ (с изм. и доп. от 19 июля 2011 г. № 248-ФЗ) «О государственном регулировании в области генно-инженерной деятельности» // СЗ РФ. – 1996. – № 28. – Ст. 3348; 2011. – № 30 (ч. 1). – Ст. 4596.

41. Федеральный закон от 23 августа 1996 г. № 127-ФЗ (с изм. и доп. от 02 июля 2013 г. № 185-ФЗ) «О науке и государственной научно-технической политике» // СЗ РФ. – 1996. – № 35. – Ст. 4137; 2013. – № 27. – Ст. 3477.

42. Федеральный закон от 7 февраля 2011 г. № 3-ФЗ «О полиции» (с изм. и доп. от 03 февраля 2014 г. № 7-ФЗ) // СЗ РФ. – 2011. – № 7. – Ст. 900; 2014. – № 6. – Ст. 558.

43. Федеральный закон от 14 июня 1994 г. № 5-ФЗ (с изм. и доп. от 25 декабря 2012 г. № 254-ФЗ) «О порядке опубликования и вступления в силу федеральных конституционных законов, федеральных законов, актов палат Федерального Собрания» // СЗ РФ. – 1994. – № 8. – Ст. 801; 2012. – № 53 (ч. 1). – Ст. 7579.

44. Федеральный закон от 30 марта 1995 г. № 38-ФЗ (с изм. и доп. от 28 декабря 2013 г. № 421-ФЗ) «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» // СЗ РФ. – 1995. – № 14. – Ст. 1212; 2013. – № 52 (часть I). – Ст. 6986.

45. Федеральный закон от 18 июня 2001 г. № 77-ФЗ (с изм. и доп. от 28 декабря 2013 № 421-ФЗ) «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации» // СЗ РФ. – 2001. – № 26. – Ст. 2581; 2013. – № 52 (часть I). – Ст. 6986.

46. Федеральный закон от 30 марта 1999 г. № 52-ФЗ (с изм. и доп. от 25 ноября 2013 № 317-ФЗ) «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» // СЗ РФ. – 1999. – № 14. – Ст. 1650; 2013. – № 48. – Ст. 6165.

47. Закон РФ от 2 июля 1992 г. № 3185-1 (с изм. и доп. от 28 декабря 2013 г. № 421-ФЗ) «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» // Ведомости СНД и ВС РФ. – 1992. – № 33. – Ст. 1913; СЗ РФ. – 2013. № 52 (ч. I). – Ст. 6986.

48. Закон РФ от 22 декабря 1992 г. № 4180-1 (с изм. и доп. от 29 ноября 2007 г. № 279-ФЗ) «О трансплантации органов и (или) тканей человека» // Ведомости СНД и ВС РФ. – 1993. – № 2. – Ст. 62; СЗ РФ. – 2007. – № 49. – Ст. 6040.

49. Указ Президента РФ от 12 мая 2009 г. № 537 «О Стратегии национальной безопасности Российской Федерации до 2010 года» // СЗ РФ. – 2009. – № 20. – Ст. 2444.

50. Письмо Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития от 3 декабря 2010 г. № 04И-1248/10 «О контрольных мероприятиях в сфере клинических исследований» [Электронный ресурс] // Официальный сайт Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (Росздравнадзора) – URL: <http://www.roszdravnadzor.ru>. (дата обращения: 27.07.2012).

51. Письмо Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития (Росздравнадзора) от 30 декабря 2011 г. № 04И-1395/11 «О предоставлении информации по проверкам доклинических и клинических исследований в 2011 г.» [Электронный ресурс] // Официальный сайт Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения (Росздравнадзора). – URL: <http://www.roszdravnadzor.ru>. (дата обращения: 25.07.2012).

52. Приказ Минздрава России от 28 декабря 2012 г. № 1604н «Об утверждении стандарта скорой медицинской помощи при отморожениях» // Рос. газета. – 2013. – 20 июня.

53. Приказ Минздрава России от 24 декабря 2012 г. № 1437н «Об утверждении стандарта скорой медицинской помощи при пневмонии» // Рос. газета. – 2013. – 11 июня.

54. Приказ Минздрава России от 20 декабря 2012 г. № 1282н «Об утверждении стандарта скорой медицинской помощи при инсульте» // Рос. газета. – 2013. – 13 июня.

55. Приказ Минздрава России от 30 августа 2012 г. № 107н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению» // Рос. газета. – 2013. – 11 апр.

56. Приказ Росздравнадзора от 26 августа 2010 г. № 8738-Пр/10 «Об утверждении Перечня учреждений здравоохранения, имеющих право проводить клинические исследования лекарственных средств» [Электронный ресурс]. – Доступ из СПС «Консультант Плюс».

57. Закон Алтайского края от 8 апреля 2013 г. № 10-ЗС (с изм. и доп. от 10 февраля 2014 г. № 11-ЗС) «О регулировании отдельных отношений в сфере охраны здоровья граждан на территории Алтайского края» // Сборник законодательства Алтайского края. – 2013. – № 204. Ч. 1; Алтайская правда. – 2014. – № 32.

58. Закон Астраханской области от 8 ноября 2012 г. № 79/2012-ОЗ «Об отдельных вопросах правового регулирования отношений в сфере охраны здоровья граждан» // Сборник законов и нормативных правовых актов Астраханской области. – 2012. – № 51.

59. Закон Краснодарского края от 30 июня 1997 г. № 90-КЗ (с изм. и доп. от 04 февраля 2014 г. № 2908-КЗ) «Об охране здоровья населения Краснодарского края» // Информационный бюллетень ЗС Краснодарского края. – 1997. – № 20; Кубанские новости. – 2014. – № 27.

60. Закон Красноярского края от 24 декабря 2004 г. «О реализации государственных гарантий оказания населению края бесплатной медицинской помощи» // Ведомости высших органов государственной власти Красноярского края. – 2005. – № 3.

61. Закон Московской области от 11 ноября 2005 г. № 240/2005-ОЗ «О здравоохранении в Московской области» // Ежедневные Новости. Подмосковье. – 2005. – 19 нояб.

62. Закон Псковской области от 30 сентября 2009 г. № 903-оз «О реализации отдельных полномочий Российской Федерации в области охраны здоровья граждан на территории Псковской области» // Псковская правда. – 2009. – 1 окт.

63. Закон Республики Башкортостан от 4 декабря 2012 г. № 608-з (с изм. и доп. от 03 июня 2013 г. № 680-з) «Об охране здоровья граждан в Республике Башкортостан» // Ведомости Государственного Собрания - Курултая, Президента и Правительства Республики Башкортостан. – 2012. – № 36(402). – Ст. 1685; 2013. – № 18 (420). – Ст. 772

64. Закон Республики Коми от 21 декабря 2007 г. № 124-РЗ (с изм. и доп. от 28 ноября 2013 г. № 113-РЗ) «О некоторых вопросах в сфере охраны здоровья граждан в Республике Коми» // Ведомости нормативных актов органов государственной власти Республики Коми. – 2007. – № 12 (3). – Ст. 5348; 2013. – № 37. – Ст. 694.

65. Закон Саратовской области от 14 апреля 1997 г. № 21-ЗСО (с изм. и доп. от 28 мая 2008 г. № 110-ЗСО) «О правах пациента» // Саратовские вести по понедельникам. – 1997. 28 апр.; Саратовская областная газета, официальное приложение. – 2008. – № 14 (89).

66. Закон Тульской области от 5 октября 2000 г. № 208-ЗТО (с изм. и доп. от 18 октября 2011 г. № 1657-ЗТО) «О защите прав граждан по созданию семьи и сохранению ее здоровья на территории Тульской области» // Вестник Тульской областной Думы. – 2000. – № 8 (55) – 9 (56); 2011. – № 17 (170).

67. Закон Тюменской области от 28 декабря 2004 г. № 333 (с изм. и доп. от 24 апреля 2014 г. № 23) «Об организации медицинской помощи населению Тюменской области» // Вестник Тюменской областной Думы. – 2004. – № 15. Ч. 1; Тюменская область сегодня. – 2014. – № 76.

68. Закон Хабаровского края от 23 декабря 2009 г. № 298 (с изм. и доп. от 26 декабря 2012 № 255) «О мерах по предупреждению причинения вреда здоровью и развитию детей» // Собрание законодательства Хабаровского края. – 2009. – № 12 (89). Ч. 1; 2012. – № 12 (125). Часть II (том 1).

69. Основы социальной концепции Русской Православной Церкви // Официальный сайт Московского Патриархата [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.patriarchia.ru>. (дата обращения: 15.06.2012).

70. 40 хадисов имама ан-Навави. Казань, 2006. – 615 с.

**Нормативно-правовые акты и иные официальные документы,
утратившие юридическую силу**

71. Боярский приговор от 4 марта 1686 г. «О наказании лекарей за умерщвление больных по умыслу и по неосторожности» // Полное собрание законов Российской империи с 1649 г. Т. 2 (1678-1688). – СПб., 1830. – С. 747-748.

72. Боярский приговор от 14 февраля 1700 г. «О наказании незнающих Медицинских наук, и по невежеству в употреблении медикаментов, причиняющих смерть больным» // Полное собрание законов Российской империи с 1649 года. Т. 4 (1700-1712). – СПб., 1830. – С. 10-11.

73. Врачебный Устав (в редакциях 1857 г., 1892 г., 1905 г.) // Свод законов Российской империи. В 16 т. Т. 13. Устав врачебный. – СПб., 1913.

74. Декрет Всероссийского Центрального Исполнительного Комитета и Совета Народных Комиссаров от 1 декабря 1924 г. «О профессиональной работе и правах медицинских работников» // Собрание Узаконений и Распоряжений Рабочего и Крестьянского Правительства, издаваемое Народным Комиссариатом Юстиции. – 1924. – № 88. – Ст. 892.

75. Декрет ВЦИК и СНК от 1 декабря 1924 г. «О профессиональной работе и правах медицинских работников» // Инструкция Наркомздрава, Наркомвнудела, Наркомтруда и ВЦСПС от 11 марта 1926 г. «О порядке и правилах оказания первой неотложной помощи» // Бюллетень Наркомздрава РСФСР. – 1926. – № 5.

76. Заключение Комитета Государственной Думы Федерального Собрания Российской Федерации по охране здоровья от 19 февраля 2004 г. на проект Федерального закона N 365581-3 «О внесении дополнений в Уголовный кодекс Российской Федерации, предусматривающих уголовную ответственность за проведение медицинских экспериментов (опытов) на людях без их добровольного согласия» [Электронный ресурс]. – Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

77. Заключение Правового управления Аппарата ГД ФС РФ от 7 марта 2002 г. № 2.2-1/3694 «По проекту Федерального закона № 125391-3 «О временном запрете на клонирование человека» и проекту постановления Государственной Думы» [Электронный ресурс]. – Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

78. Заключение Правового управления Аппарата ГД ФС РФ от 30 сентября 2003 г. № 2.2-1/7935 по проекту Федерального закона № 365581-3 «О внесении дополнений в Уголовный кодекс Российской Федерации, предусматривающих уголовную ответственность за проведение медицинских экспериментов (опытов) на людях без их добровольного согласия» [Электронный ресурс]. – Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

79. Краткая редакция Русской Правды // Российское законодательство X–XX веков. В 9 т. Т. 1. – М., 1984. – С. 47-49.

80. Модельный Уголовный кодекс для государств-участников СНГ // Правоведение. – 1996. – № 1. – С. 92-150.

81. Морской устав 1720 г. // Полное собрание законов Российской империи с 1649 года. Т. 6 (1720-1722). СПб., 1830.

82. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. // Ведомости СНД и ВС РФ. – 1993. – № 33. – Ст. 1318.

83. Основы законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении от 19 декабря 1969 г. // Ведомости Верховного Совета СССР. – 1969. – № 52. – Ст. 466.

84. Официальный отзыв Правительства РФ от 25 ноября 2003 г. № 7963п-П12 на проект федерального закона N 365581-3 «О внесении дополнений в Уголовный кодекс Российской Федерации, предусматривающих уголовную ответственность за проведение медицинских экспериментов (опытов) на людях без их добровольного согласия» [Электронный ресурс]. – Доступ из СПС «Консультант Плюс».

85. Постановление Государственной Думы Федерального Собрания Российской Федерации от 28 мая 2004 г. № 603-IV ГД «О проекте федерального закона № 365581-3 «О внесении дополнений в Уголовный кодекс Российской Федерации, предусматривающих уголовную ответственность за проведение медицинских экспериментов (опытов) на людях без их добровольного согласия» // СЗ РФ. – 2004. – № 23. – Ст. 2291.

86. Проект федерального закона № 365581-3 «О внесении дополнений в Уголовный кодекс Российской Федерации, предусматривающих уголовную ответственность за проведение медицинских экспериментов (опытов) на людях без их добровольного согласия» [Электронный ресурс]. – Доступ из СПС «Консультант Плюс».

87. Пояснительная записка к проекту федерального закона № 365581-3 «О внесении дополнений в Уголовный кодекс Российской Федерации, предусматривающих уголовную ответственность за проведение медицинских экспериментов (опытов) на людях без их добровольного согласия» [Электронный ресурс]. – Доступ из СПС «Консультант Плюс».

88. Уголовное уложение 22 марта 1903 года. – СПб., 1904. – 487с.

89. Уголовный кодекс РСФСР в редакции 1922 г. // Сборник документов по истории уголовного законодательства СССР и РСФСР 1917-1952 гг. / под ред. И. Т. Голякова. – М., 1953. – С. 116-143.

90. Уголовный кодекс РСФСР редакции 1926 г. // Сборник документов по истории уголовного законодательства СССР и РСФСР 1917-1952 гг. / под ред. И. Т. Голякова. – М., 1953. – С. 256-288.

91. Уголовный кодекс РСФСР редакции 1960 г. – М., 1960.

92. Указ от 14 августа 1721 г. «Об учреждении в городах аптек под смотрением Медицинской Коллегии, о вспоможении приискивающими медикаменты в Губерниях, и о бытии под надзором упомянутой Коллегии госпиталям» // Полное собрание законов Российской империи с 1649 года. Т. 6 (1720-1722). – СПб., 1830. – С. 412-413.

93. Уложение о наказаниях уголовных и исправительных 1885 года. – СПб., 1904. – 977с.

94. Церковный Устав князя Владимира Святославича // Российское законодательство X–XX веков. – М., 1984. – Т. 1. – С. 137-163.

95. Гражданский кодекс штата Калифорния (1872 г.) // Соединенные Штаты Америки: Конституция и законодательные акты : пер. с англ. / сост. В. И. Лафитский; под ред. и со вступ. ст. О. А. Жидкова. – М. : Прогресс, Универс, 1993. – С. 505-576.

96. Единый Акт об анатомическом даре от 7 августа 1987 г., одобренный Ассоциацией юристов США // *Legislative Responses to Organ Transplantation*. Dordrecht: Martinus Nijhoff Publishers. – 1994. – P. 389-412.

97. Женевская декларация Всемирной медицинской ассоциации / Принята 2-ой Генеральной Ассамблеей Всемирной медицинской ассоциации. Женева, 1948 // Сборник официальных документов Ассоциации врачей России: Врачебные ассоциации, медицинская этика и общемедицинские проблемы / под ред. В. Н. Уранова. – М. : ПАИМС, 1995. – С. 22.

98. Закон Азербайджанской Республики от 26 июня 1997 г. № 360-1Г «Об охране здоровья населения» [Электронный ресурс]. – URL: <http://crossna.narod.ru/lows/18/03.htm> (дата обращения: 23.02.2008).

99. Закон Австралии 1982 г. «О трансплантации тканей человека // *Legislative Responses to Organ Transplantation*. Dordrecht: Martinus Nijhoff Publishers. – 1994. – P. 102-115.

100. Закон Азербайджанской Республики от 28 октября 1999 г. № 726-ПГ «О трансплантации человеческих органов и (или) тканей [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.base.spinform.ru/show.fwx?Regnom=2727> (дата обращения: 23.02.2008).

101. Закон Великобритании от 27 июля 1989 г. «О трансплантации органов человека» // *Legislative Responses to Organ Transplantation*. Dordrecht: Martinus Nijhoff Publishers. – 1994. – P. 375-377.

102. Закон Великобритании 1990 г. «О человеческом оплодотворении и эмбриологии» // Wood P.G. To what extent can the law control human cloning ? // *Medicine, science f. the law*. – L., 1999. – Vol. 39, № 1. – P. 5-10.

103. Закон Израиля о правах больного от 1 мая 1996 г. [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.antidrug.health.am/news/tools/hal/phprint.php> (дата обращения: 23.02.2008).

104. Закон Кыргызской Республики от 20 декабря 1999 г. «О трансплантации органов и (или) тканей человека» [Электронный ресурс]. – URL: <http://chsd.med.kg> (дата обращения: 23.02.2008).

105. Закон об исламских уголовных наказаниях Исламской Республики Иран / науч. ред. А. И. Ахани; предисл. Ю. Н. Волкова; пер. с персид. М. С. Пелевина. – СПб., 2008.

106. Закон об уголовном праве Израиля / Предисл., пер. с иврита: магистр права (LL.M) М. Дорфман; науч. ред. Н. И. Мацнев. – СПб. : Изд-во Р. Асланова «Юридический центр Пресс», 2005. – 412 с.

107. Закон о защите эмбрионов от 13 декабря 1990 г. // Этико-правовые аспекты проекта «Геном человека» (международные документы и аналитические материалы). – М., 1998. – С. 120.

108. Закон Республики Армения от 11 мая 2002 г. № ЗР-324 «О трансплантации органов и (или) тканей человека» [Электронный ресурс]. URL:

<http://www.parliament.am/legislation.php?sel=show&ID=1308&lang=rus> (дата обращения: 14.05.2009).

109. Закон Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435-XII «О здравоохранении» // Ведомости Верховного Совета Республики Беларусь. – 1993. – № 24.

110. Закон Республики Беларусь от 1 июля 1999 г. № 274-3 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» // Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь. – 1999. – № 52, 2/49.

111. Закон Республики Беларусь от 4 марта 1997 г. № 28-3 «О трансплантации органов и тканей человека» // Ведомости Национального Собрания Республики Беларусь. – 1997. – № 9. – Ст. 196.

112. Закон Республики Казахстан от 7 июля 2006 г. № 170 «Об охране здоровья граждан» // Казахстанская правда. – 2006. – 12 июля.

113. Закон Республики Казахстан от 28 июня 2005 г. № 64 «О донорстве крови и ее компонентов» // Казахстанская правда. – 2005. – 2 июля.

114. Закон Республики Казахстан от 16 июня 2004 г. № 565-2 «О репродуктивных правах граждан и гарантиях их осуществления» [Электронный ресурс]. URL: <http://www.pavlodar.com/> zakon. 12 ноября 2005 г. (дата обращения: 14.05.2009).

115. Закон Республики Молдова об охране здоровья № 411 - XIII от 28 марта 1995 г. // Официальный монитор Республики Молдова. – 1995. – № 34. – Ст. 373.

116. Закон Республики Молдова об охране репродуктивного здоровья и планировании семьи № 185-XV от 24 мая 2001 г. // Официальный монитор Республики Молдова. – 2001. – № 90-91. – Ст. 697.

117. Закон Республики Молдова о правах и ответственности пациента от 27 октября 2005 г. № 263-XVI // Медицинское право. – 2006. – № 4 (14). – С. 49-57.

118. Закон Республики Молдова о психиатрической помощи № 1402 - XIII от 16 декабря 1997 г. // Официальный монитор Республики Молдова. – 1998. – 21 мая. – № 044.

119. Закон Республики Таджикистан от 15 мая 1997 г. № 420 «Об охране здоровья населения» [Электронный ресурс]. URL: http://tabiat.narod.ru/LAWDB/1_8.html (дата обращения: 14.05.2009).

120. Закон Республики Таджикистан от 2 декабря 2002 г. №72 «О репродуктивном здоровье и репродуктивных правах» [Электронный ресурс]. URL: <http://www.base.spinform.ru/show.fwx?Regnom=5193> (дата обращения: 14.05.2009).

121. Закон Республики Узбекистан от 29 августа 1996 г. № 265-I «Об охране здоровья граждан» [Электронный ресурс]. URL: <http://www.mzr.uz/index.php?id=1908-1&lang=ru> (дата обращения: 14.05.2009).

122. Закон Республики Узбекистан от 30 августа 2002 г. № 402-II «О донорстве крови и ее компонентов» [Электронный ресурс]. URL: <http://www.mzr.uz/index.php?id=1908-1&lang=ru> (дата обращения: 14.05.2009).

123. Закон Республики Узбекистан от 31 августа 2000 г. № 123-II «О психиатрической помощи» [Электронный ресурс]. URL: <http://www.mzr.uz/index.php?id=1908-1&lang=ru> (дата обращения: 14.05.2009).

124. Закон Республики Узбекистан от 25 апреля 1997 г. № 415-I «О лекарственных средствах и фармацевтической деятельности» [Электронный ресурс]. URL: <http://www.mzr.uz/index.php?id=1908-1&lang=ru> (дата обращения: 14.05.2009).

125. Закон Украины от 23 июня 1995 г. «О донорстве крови и ее компонентов» // Ведомости Верховной Рады Украины. – 1995. – № 23. – Ст. 183.

126. Закон Украины от 22 февраля 2000 г. «О психиатрической помощи» // Ведомости Верховной Рады Украины. – 2000. – № 19. – Ст. 143.

127. Закон Украины от 4 апреля 1996 г. «О лекарственных средствах» // Ведомости Верховной Рады Украины. – 1996. – № 22. – Ст. 86.

128. Закон Украины от 16 июля 1999 г. «О трансплантации органов и других анатомических материалов человеку» // Ведомости Верховной Рады Украины. – 1999. – № 41. – Ст. 377.

129. Закон ФРГ «О предотвращении и разрешении конфликтной ситуации, связанной с беременностью» от 27 июля 1992 г., (BGBl. I. S. 1398), с изменениями от 21 августа 1995 г. (BGBl. I 1995. S. 1050).

130. Закон ФРГ «О защите эмбрионов» от 13 декабря 1990 г. // Этические правовые аспекты проекта «Геном человека» (международные документы и аналитические материалы). – М., 1998. – С. 120.

131. Закон Эстонской Республики от 18 июня 1997 г. «Об искусственном оплодотворении и защите эмбриона» [Электронный ресурс]. URL: <http://www.euro.who.int/document/e85516r.pdf> (дата обращения: 14.05.2009).

132. Конституция Бельгии от 7 февраля 1831 г. // Конституции государств европейского Союза / под общ. ред. и со вступит. статьей Л. А. Окунькова. – М. : ИНФРА·М–НОРМА, 1997. – 816 с.

133. Конституция Венгерской Республики от 18 августа 1949 г. // Конституции государств Европы: В 3 т. Т. 1 / под общ. ред. и со вступит. статьей Л. А. Окунькова. – М. : НОРМА, 2001. – 824 с.

134. Конституция Греции от 11 июня 1975 г. // Конституции государств европейского Союза / под общ. ред. и со вступит. статьей Л. А. Окунькова. – М. : ИНФРА·М–НОРМА, 1997. – 816 с.

135. Конституция Испании от 29 декабря 1978 г. // Конституции государств европейского Союза / под общ. ред. и со вступит. статьей Л. А. Окунькова. – М. : ИНФРА·М–НОРМА, 1997. – 816 с.

136. Конституция Итальянской Республики от 22 декабря 1947 г. // Конституции государств европейского Союза / под общ. ред. и со вступит. статьей Л.А. Окунькова. – М. : ИНФРА·М–НОРМА, 1997. – 816 с.

137. Конституция Королевства Нидерландов от 17 февраля 1983 г. // Конституции государств европейского Союза / под общ. ред. и со вступит. статьей Л. А. Окунькова. – М. : ИНФРА·М–НОРМА, 1997. – 816 с.

138. Конституция Португальской Республики от 2 апреля 1976 г. // Конституции государств европейского Союза/ под общ. ред. и со вступит. статьей Л. А. Окунькова. – М. : ИНФРА·М–НОРМА, 1997. – 816 с.

139. Конституция Республики Польша от 2 апреля 1997 г. // Конституции государств Европы: В 3 т. Т. 2 / под общ. ред. и со вступит. статьей Л. А. Окунькова. – М. : НОРМА, 2001. – 840 с.

140. Конституция Республики Хорватия от 22 декабря 1990 г. // Конституции государств Европы: В 3 т. Т. 3 / под общ. ред. и со вступит. статьей Л. А. Окунькова. – М. : НОРМА, 2001. – 792 с.

141. Конституция Словацкой Республики от 1 сентября 1992 г. // Конституции государств Европы: В 3 т. Т. 3 / под общ. ред. и со вступит. статьей Л. А. Окунькова. – М. : НОРМА, 2001. – 792 с.

142. Международный кодекс медицинской этики / Принят 3-ей Генеральной Ассамблеей Всемирной медицинской ассоциации. Лондон, 1949 // Сборник официальных документов Ассоциации врачей России: Врачебные ассоциации, медицинская этика и общемедицинские проблемы / под ред. В. Н. Уранова. – М., 1995. – С. 21.

143. Основной закон Федеративной Республики Германия от 23 мая 1949 г. // Конституции государств европейского Союза / под общ. ред. и со вступит. статьей Л. А. Окунькова. – М. : ИНФРА·М–НОРМА, 1997. – 816 с.

144. Основы законодательства Украины об охране здоровья от 19 ноября 1992 г. № 2801-ХП // Ведомости Верховной Рады Украины. – 1993. – № 4. – Ст. 19.

145. Основной закон Финляндии от 11 июня 1999 г. // Конституции государств Европы: В 3 т. Т. 3 / под общ. ред. и со вступит. статьей Л. А. Окунькова. – М. : НОРМА, 2001. – 792 с.

146. Примерный уголовный кодекс США / пер. с англ. А. С. Никифорова; под ред. Б.С. Никифорова. – М., 1969. – 303 с.

147. Руководство 1985 г. для врачей Великобритании по трансплантации органов от живых доноров // Legislative Responses to Organ Transplantation. Dordrecht: Martinus Nijhoff Publishers. – 1994. – P. 380-382.

148. Уголовный кодекс Австрии / науч. ред. и вступ. статья С.В. Милокова; предисловие Эрнста Ойгена Фабриции; пер. с нем. Л.С. Вихровой. – СПб. : Юридический центр Пресс, 2004. – 352 с.

149. Уголовный кодекс Испании / под ред. Н.Ф. Кузнецовой и Ф.М. Решетникова. – М. : Изд-во ЗЕРЦАЛО, 1998. – 218 с.

150. Уголовный кодекс Индии (Закон от 10 мая 1860 г.) / под ред. Б.С. Никифорова; пер. с англ. А. С. Михлина. – М. : Изд-во иностр. лит-ры, 1958. – 239 с.

151. Уголовный кодекс Латвийской Республики: с изм. и доп. на 1 октября 2001 г. / пер. с лат. А.И. Лукашова; науч. ред. А. И. Лукашова, Э. А. Саркисова. – СПб. : Юридический центр Пресс, 2001. – 290 с.

152. Уголовный кодекс Литовской Республики / науч. ред. В. Павилониса; предисл. Н. И. Мацнева; вступ. статья В. Павилониса, А. Абрамовичюса, А.

Дракшене; пер. с лит. В. П. Казанскене. – СПб. : Юридический центр Пресс, 2003. – 470 с.

153. Уголовный кодекс Пенсильвании. Свод законов Пенсильвании – титул 18 // Соединенные Штаты Америки: Конституция и законодательные акты: пер. с англ. / сост. В. И. Лафитский; под ред. и со вступ. ст. О. А. Жидкова. – М., 1993. – С. 648-684.

154. Уголовный кодекс Республики Молдова / вступит. статья А. И. Лукашова. – СПб. : Юридический центр Пресс, 2003. – 408 с.

155. Уголовный кодекс Республики Польша / науч. ред. А. И. Лукашов, Н. Ф. Кузнецова; вступ. статья А. И. Лукашова, Э. А. Саркисовой; пер. с пол. Д. А. Барилевич. – СПб. : Юридический центр Пресс, 2001. – 234 с.

156. Уголовный кодекс Республики Сан-Марино / науч. ред. С. В. Максимов; перевод с итальянского В.Г. Максимова. – СПб. : Юридический центр Пресс, 2002. – 253 с.

157. Уголовный кодекс Республики Узбекистан (с измен. и доп. на 15 июля 2001 г.) / вступит. статья М. Х. Рустамбаева, А. С. Якубова, З. Х. Гулямова. – СПб. : Юридический центр Пресс, 2001. – 338 с.

158. Уголовный кодекс Румынии [Электронный ресурс]. URL: <http://ugolovnykodeks.ru/> (дата обращения: 11.07.2013 г.).

159. Уголовный кодекс Судана. Хартум, 1991.

160. Уголовный кодекс Украины. Киев, 2001. – 304 с.

161. Уголовный кодекс Франции / науч. ред. Л. В. Головкин, Н. Е. Крыловой; перевод с фр. Н. Е. Крыловой. – СПб. : Юридический центр Пресс, 2002. – 650 с.

162. Уголовный кодекс ФРГ / пер. с нем. – М. : Изд-во «Зерцало», 2000. – 208 с.

163. Уголовный кодекс штата Нью-Йорк // Уголовное законодательство зарубежных стран (Англии, США, Франции, Германии). Сборник законодательных материалов / под ред. И. Д. Козочкина. – М., 1998. – С. 97-186;

164. Уголовный кодекс штата Техас / науч. ред. И.Д. Козочкин; пер. с англ. Д. Г. Осипова, И. Д. Козочкина. – СПб., 2006. – 576 с.

165. Уголовный кодекс Японии / науч. ред. А. И. Коробеев. – СПб. : Юридический центр Пресс, 2002. – 226 с.

166. Федеральный закон США от 19 октября 1984 г. «О трансплантации органов» // The National Organ Transplant Act // U.S. Code Congressional and Administrative News. 1984. – № 10. – P. 2339-2348.

Специальная юридическая литература: учебники, учебные пособия, монографии, научно-практические комментарии

167. Азаров, А. Я. Права человека [Текст] / А. Я. Азаров. – М. : Знание, 1995. – 255 с.

168. Акопов, В. И. Право в медицине [Текст] / В. И. Акопов, Е. Н. Маслов. – М. : Книга-сервис, 2002. – 352 с.

169. Алексеев, А. И. Российская уголовная политика: преодоление кризиса [Текст] / А. И. Алексеев, В. С. Овчинский, Э. Ф. Побегайло. – М. : Норма, 2006. – 144 с.
170. Алексеев, С. С. Право, азбука – теория – философия: опыт комплексного исследования [Текст] / С. С. Алексеев. – М., 1999.
171. Алексеев, С. С. Восхождение к праву. Поиски и решения [Текст] / С. С. Алексеев. – М., 2001. – 752 с.
172. Алексеев, С. С. Механизм правового регулирования в социалистическом государстве [Текст] / С. С. Алексеев. – М., 1966. – 186 с.
173. Алексеев, С. С. Общая теория права [Текст] / С. С. Алексеев. – Курс в 2-х томах. Т. 1. – М. : Юрид. лит., 1981. – 360 с.
174. Алексеев, С. С. Общая теория права права [Текст] / С. С. Алексеев. – Курс в 2-х томах. Т. II. – М. : Юрид. лит. 1982. – 360 с.
175. Афанасьева, Е. Г. Права пациента и некоторые проблемы медицинской этики в США [Текст] / Е. Г. Афанасьева. – М., 1993. – 19 с.
176. Бабаков, В. А. Гражданская процессуальная обязанность США [Текст] / В. А. Бабаков. – Саратов, 2001. – 116 с.
177. Безверхов, А. Г. Имущественные преступления [Текст] / А. Г. Безверхов. – Самара, 2002. – 359 с.
178. Беккария, Ч. О преступлениях и наказаниях [Текст] / пер. М. М. Исаяева. М., 1995. – 98 с.
179. Бердичевский, Ф. Ю. Уголовная ответственность медицинского персонала за нарушение профессиональных обязанностей [Текст] / Ф. Ю. Бердичевский. – М., 1970. – 128 с.
180. Бертенсон, И. В. Об ответственности врачей за неявку по приглашению к больному [Текст] / И. В. Бертенсов. – СПб., 1886. – 22 с.
181. Благов, Е. В. Применение уголовного права (теории и практика) [Текст] / Е. В. Благов. – СПб. : Изд-во Р. Асланова «Юридический центр Пресс», 2004. – 505 с.
182. Блинов, А. Г. Уголовно-правовая охрана прав пациента: учебное пособие [Текст] / под ред. Б. Т. Разгильдиева. – Саратов, 2004. – 288 с.
183. Борисова, Т. Е. Суррогатное материнство в Российской Федерации: проблемы теории и практики: монография [Текст] / Т. Е. Борисова. – М.: Проспект, 2012. – 144 с.
184. Брайнин, Я. М. Уголовный закон и его применение [Текст] / Я. М. Брайнин. – М. : «Юридическая литература», 1967. – 240 с.
185. Бытко, Ю. И. Уголовное право России. Части Общая и Особенная [Текст] / Ю. И. Бытко, С. Ю. Бытко. – Саратов, 2005. – 240 с.
186. Вайсман, Б. Психиатрия – предательство, не знающее границ [Текст] / Б. Вайсман. – М., 2002. – 384 с.
187. Введение в биоэтику [Текст] : учебное пособие. М., 1998. – 384 с.
188. Венгеров, А. Б. Теория государства и права [Текст] / А. Б. Венгеров. – М., 2000.

189. Верина, Г. В. Объект и предмет преступлений против собственности (история и современность) [Текст] / Г. В. Верина : учеб. пособие. – Саратов, 2010. – 120 с.
190. Витрук, Н. В. Общая теория правового положения личности [Текст] / Н. В. Витрук. – М., 2008. – 448 с.
191. Воеводин, Л. Д. Юридический статус личности в России [Текст] / Л. Д. Воеводин: учебное пособие. – М., 1997. – 304 с.
192. Галиакбаров, Р. Р. Совершение преступления группой лиц [Текст] / Р. Р. Галиакбаров. – Омск, 1980. – 103 с.
193. Галюкова, М. И. Особенности уголовной ответственности медицинских работников за причинение вреда здоровью человека [Текст] / М. И. Галюкова: учебное пособие. – Омск, 2008. – 55 с.
194. Гаухман, Л. Д. Квалификация преступлений: закон, теории, практика [Текст] / Л. Д. Гаухман. – М. : АО «Центр ЮрИнфоР», 2001. – 316 с.
195. Геймбергер, Г. Уголовное право и медицина [Текст] / Г. Геймбергер. – СПб., 1900. – 48 с.
196. Генрих, Н. В. Предмет уголовного права: генезис научной мысли и проблемы современной интерпретации [Текст] / Н. В. Генрих. – М. : Юрлитинформ, 2010. – 184 с.
197. Герасименко, Н. Ф. Законодательство в сфере охраны здоровья граждан [Текст] / Н. Ф. Герасименко, О. Ю. Александрова, И. Ю. Григорьев. – М., 2005.
198. Глашев, А. А. Медицинское право [Текст] / А. А. Глашев. – М., 2004.
199. Глистин, В. К. Проблема уголовно-правовой охраны общественных отношений (объект и квалификация преступлений) [Текст] / В. К. Глистин. – Л., 1979. – 127 с.
200. Глушков, В. А. Ответственность за преступления в области здравоохранения [Текст] / В. А. Глушков. – Киев, 1987. – 199 с.
201. Горелик, И. И. Квалификация преступлений, опасных для жизни и здоровья [Текст] / И. И. Горелик. – Минск, 1973. – 184 с.
202. Горелик, И. И. Ответственность за оставление в опасности по советскому уголовному праву [Текст] / И. И. Горелик. – М., 1960. – 184 с.
203. Горелик, И. И. Ответственность за поставление в опасность по советскому уголовному праву [Текст] / И. И. Горелик. – Минск, 1964. – 184 с.
204. Горелик, И. И. Правовые аспекты пересадки органов и тканей [Текст] / И. И. Горелик. – Минск, 1971. – 184 с.
205. Горюшкин, З. А. Руководство к познанию российского законоискусства [Текст] / З. А. Горюшкин. – М., 1811-1816.
206. Гревцов, Ю. И. Проблемы теории правового отношения [Текст] / Ю. И. Гревцов. – Л., 1981.
207. Громов, А. П. Врачебная деонтология и ответственность медицинских работников [Текст] / А. П. Громов. – М., 1969. – 78 с.
208. Громов, А. П. Права, обязанности и ответственность медицинских работников [Текст] / А. П. Громов. – М., 1976. – 168 с.

209. Гюбнер, Ю. Недозволенное и неправильное врачевание в судебно-медицинском отношении [Текст] / Ю. Гюбнер. – СПб., 1878. – 43 с.
210. Давид, Р. Основные правовые системы современности (сравнительное право) [Текст] / Р. Давид. – М. : Изд-во «Прогресс». 1967. – 496 с.
211. Дагель, П. С. Субъективная сторона преступления и ее установление [Текст] / П. С. Дагель, Д. П. Котов. – Воронеж, 1974. – 243 с.
212. Дембо, Л. И. Врачебное право [Текст] / Л. И. Дембо. – СПб., 1914. – 85 с.
213. Додонов, В. Н. Сравнительное уголовное право. Особенная часть [Текст] / В. Н. Додонов, О. С. Капинус, С. П. Щерба: монография / под ред. С. П. Щербы. – М.: Юрлитинформ, 2010. – 543 с.
214. Донцов, С. Е. Возмещение вреда по советскому законодательству [Текст] / С. Е. Донцов, В. В. Глянцев. – М. : Юрид. лит., 1990. – 272 с.
215. Дргонец, Я. Современная медицина и право [Текст] / Я. Дргонец, П. Холлендер / пер. со словацкого.– М. : Юрид. лит., 1991. – 336 с.
216. Жалинский, А. Э. Современное немецкое уголовное право [Текст] / А. Э. Жалинский. – М. : Изд-во Проспект, 2006. – 560 с.
217. Жариков, Ю. С. Уголовно-правовое регулирование и механизм его реализации [Текст] / Ю. С. Жариков. – М., 2009. – 216 с.
218. Завадская, Л. Н. Механизм реализации права [Текст] / Л. Н. Завадская. – М., 1992.
219. Здоровье нации и национальная безопасность [Текст] / под ред. проф. А. И. Долговой. М. : Российская криминологическая ассоциация, 2013. – 380 с.
220. Зильбер, А. П. Этика и закон в медицине критических состояний [Текст] / А. П. Зильбер. – Петрозаводск, 1998. Т. 4: Этюды критической медицины. – 560 с.
221. Иеринг, Р. Юридическая техника [Текст] / Р. Иеринг. – СПб., 1906.
222. Иванов, Н. Г. Уголовное право России. Общая и Особенная части: учебник для вузов [Текст] / Н. Г. Иванов. – М. : Изд-во «Экзамен», 2003. – 768 с.
223. Игнатиади, А. С. Охрана репродуктивного здоровья в российском уголовном законодательстве: направления и перспективы развития [Текст] / Игнатиади А. С., Сидоренко Э. Л. – Ставрополь: Ставропольсервисшкола, 2005. – 168 с.
224. Иоффе, О. С. Вопросы теории права [Текст] / О. С. Иоффе, М. Д. Шаргородский. – М., 1961. – 381 с.
225. Карпушин, М. П. Уголовная ответственность и состав преступления [Текст] / М. П. Карпушин, В. И. Курляндский. – М. : «Юрид. лит.», 1974. – 232 с.
226. Кант, И. Соч. в 6 т. Т. 4 (1) [Текст] / И. Кант. М. : Мысль, 1965. – 544 с.
227. Керимов, Д. А. Методология права (предмет, функции, проблемы философии права) [Текст] / Д. А. Керимов. – М. : Аванта+, 2000. – 560 с.

228. Кириллов, В. И. Логика [Текст] / В. И. Кириллов, А. А. Старченко: учеб. для юрид. вузов. – М. : Юрист, 2004. – 256 с.
229. Коган, В. М. Социальный механизм уголовно-правового воздействия [Текст] / В.М. Коган. – М., 1983. – 183 с.
230. Кобзева, Е. В. Преступления против здоровья населения и общественной нравственности [Текст] / Е. В. Кобзева : учебное пособие. – М. : Юрлитинформ, 2014. – 168 с.
231. Козлов, А. П. Понятие преступления [Текст] / А. П. Козлов. – СПб., 2004. – 819 с.
232. Козлов, А. П. Уголовная ответственность: понятие и формы реализации [Текст] / А. П. Козлов. – Красноярск, 2013. – 620 с.
233. Колоколов, Г. Р. Основы медицинского права [Текст] / Г. Р. Колоколов, Н. В. Косолапова, О. В. Никульникова: курс лекций. – М., 2005. – 320 с.
234. Комаров, С. А. Теория государства и права [Текст] / С. А. Комаров, А. В. Малько : учебно-методическое пособие. М. : Норма, 1999. – 448 с.
235. Комментарий УК РСФСР 1960 г. – Л., 1962.
236. Кондрашова, Т. В. Проблемы уголовной ответственности за преступления против жизни, здоровья, половой свободы и половой неприкосновенности [Текст] / Т. В. Кондрашова. – Екатеринбург, 2000. – 348 с.
237. Концевич, И. А. Долг и ответственность врача [Текст] / И.А. Концевич. – Киев, 1983.
238. Коран / пер. смыслов и комментарии В. Пороховой . – М., 1993.
239. Коржанский, Н. И. Объект и предмет уголовно-правовой охраны [Текст] / Н. И. Коржанский. – М., 1980. – 248 с.
240. Коробеев, А. И. Преступные посягательства на жизнь и здоровье человека [Текст] / А. И. Коробеев. – М. : Юрлитинформ, 2012. – 320 с.
241. Красиков, А. Н. Ответственность за убийство по российскому уголовному праву [Текст] / А. Н. Красиков. – Саратов : Изд-во Саратов. ун-та, 1999. – 124 с.
242. Красиков, А. Н. Преступления против личности [Текст] / А. Н. Красиков: учеб. пособие для студентов учеб. заведений юрид. профиля. – Саратов: Изд-во Саратов. ун-та, 1999. – 232 с.
243. Красиков, А. Н. Преступления против права человека на жизнь: в аспектах *de lege lata* и *de lege ferenda* [Текст] / А. Н. Красиков. – Саратов: Изд-во Саратов. ун-та, 1999. – 220 с.
244. Красиков, А. Н. Сущность и значение согласия потерпевшего в советском уголовном праве [Текст] / А. Н. Красиков. – Саратов, 1976. – 120 с.
245. Красиков, А. Н. Уголовно-правовая охрана прав и свобод человека в России [Текст] / А. Н. Красиков. – Саратов, 1996. – 211 с.
246. Кропачев, Н. М. Уголовно-правовое регулирование. Механизм и система [Текст] / Н. М. Кропачев. – СПб., 1999. – 262 с.
247. Крылова, Н. Е. Уголовное право и биоэтика: проблемы, дискуссии, поиск решений [Текст] / Н. Е. Крылова. – М. : ИНФРА-М, 2006. – 320 с.
248. Кудрявцев, В. Н. Право и поведение [Текст] / В. Н. Кудрявцев. – М. : Юрид. лит., 1978. – 192 с.

249. Кузакбирдиев, С. С. Формы реализации норм права в деятельности органов внутренних дел [Текст] / С. С. Кузакбирдиев. – М., 1996.
250. Кузнецов, А. В. Уголовное право и личность [Текст] / А. В. Кузнецов. – М., 1977. – 168 с.
251. Кулапов, В. Л. Проблемы теории государства и права [Текст] / В. Л. Кулапов: учеб. пособие. – Саратов, 2009. – 428 с.
252. Курс советского уголовного права. Особенная часть. – М., 1959. Т. 2.
253. Курс уголовного права. Особенная часть: учебник для вузов [Текст] / под ред. Г. Н. Борзенкова, В. С. Комисарова. М. : ИКД Зерцало-М, 2002. Т. 3. – 468 с.
254. Лакеев, А. А. Преступник как субъект уголовного права [Текст] / А. А. Лакеев. – Рязань : Академия права и управления Федеральной службы исполнения наказаний, 2007. – 82 с.
255. Левенсон, С. М. К вопросу об уголовной ответственности врача [Текст] / С. М. Левенсон. – Одесса, 1888. – 39 с.
256. Лейст, О. Э. Санкции и ответственность по советскому праву [Текст] / О. Э. Лейст. – М. : Изд-во МГУ, 1981. – 240 с.
257. Лисюткин, А. Б. Юридическое значение категории «ошибка»: теоретико-методологический аспект [Текст] / А. Б. Лисюткин. – Саратов, 2001. – 348 с.
258. Лозовицкая, Г. П. Общий сравнительно-правовой комментарий и сравнительные таблицы уголовных кодексов государств-участников Содружества Независимых Государств (СНГ) [Текст] / Г. П. Лозовицкая: В 2 ч. / под ред. П. Г. Пономарева. Саратов : Изд-во Саратовской государственной академии права, 2002. – 682 с.
259. Лопатенков, Г. Я. Человек и здравоохранение: правила игры. Пособие для пациентов и их родственников [Текст] / Г. Я. Лопатенков. – СПб., 2002. – 288 с.
260. Лопашенко, Н. А. Основы уголовно-правового воздействия: уголовное право, уголовный закон, уголовно-правовая политика [Текст] / Н. А. Лопашенко. – СПб., 2004. – 339 с.
261. Лопашенко, Н. А. Убийства [Текст] / Н. А. Лопашенко : монография. – М. : Юрлитинформ, 2013. – 544 с.
262. Лунеев, В. В. Курс мировой и российской криминологии [Текст] / В. В. Лунеев : учебник. – В 2 т. Т. II. Особенная часть. – М. : Изд-во Юрайт, 2011. – 872 с.
263. Луничев, Е. М. Статус несовершеннолетнего в уголовном праве России: монография [Текст] / отв. ред. А.И. Чучаев. – М. : Проспект, 2012. – 144 с.
264. Малеина, М. Н. Человек и медицина в современном праве [Текст] / М. Н. Малеина. – М. : Изд-во БЕК, 1995. – 272 с.
265. Малько, А. В. Законные интересы как правовая категория [Текст] / А. В. Малько, В. В. Субочев. – СПб. : Юридический центр Пресс, 2004. – 359 с.

266. Мальцев, В. В. Принципы уголовного права и их реализация в правоприменительной деятельности [Текст] / В. В. Мальцев. – СПб. : Юридический центр Пресс, 2004. – 694 с.
267. Мальцев, В. В. Учение об объекте преступления [Текст] / В. В. Мальцев : монография: в 2-х т. Т. 1. Объект преступления: концептуальные проблемы. – Волгоград, 2010. – 264 с.
268. Мальцев, В. В. Учение об объекте преступления: монография [Текст] / В. В. Мальцев : в 2-х т. Т. 2. Объект преступления: роль в составе преступления, законодательстве и его реализации. – Волгоград, 2010. – 280 с.
269. Мастерс, У. Основы сексологии [Текст] / У. Мастерс, В. Джонсон, Р. Колодни. – М., 1998.
270. Марченко, М. Н. Курс сравнительного правоведения [Текст] / М. Н. Марченко. – М. : ООО «Городец-издат». 2002. – 1068 с.
271. Матузов, Н. И. Актуальные проблемы теории права [Текст] / Н. И. Матузов. – Саратов, 2003. – 512 с.
272. Матузов, Н. И. Личность. Права. Демократия. Теоретические проблемы субъективного права [Текст] / Н. И. Матузов. – Саратов, 1972. – 292 с.
273. Матузов, Н. И. Правовая система и личность [Текст] / Н. И. Матузов. – Саратов, 1987. – 294 с.
274. Матузов, Н. И. Теория государства и права [Текст] / Н. И. Матузов, А. В. Малько: учебник. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : Юристъ, 2005. – 541 с.
275. Медицинское право: учебное пособие [Текст] / науч. ред. Ю. А. Дмитриев. М., 2006. – 495 с.
276. Медицинское право: учебное пособие [Текст] / Г. Р. Колоколов, Н. И. Махонько. М., 2009. – 452 с.
277. Мирошниченко, Д. В. Уголовно-правовое воздействие на коррупцию [Текст] / Д. В. Мирошниченко. – М., 2010. – 200 с.
278. Мирошниченко, Н. В. Профессиональные преступления медицинских работников против жизни и здоровья пациентов [Текст] / Н. В. Мирошниченко. – Ставрополь : АГРУС, 2008. – 168 с.
279. Михайлов, В. С. История международного здравоохранительного права [Текст] / В. С. Михайлов : монография. – Владивосток : Изд-во Дальневосточного университета. 1984. – 188 с.
280. Мокринский, С. П. Медицина в ее конфликтах с уголовным правом [Текст] / С. П. Мокринский. – СПб., 1914. – 104 с.
281. Мордовец, А. С. Социально-юридический механизм обеспечения прав человека и гражданина [Текст] / под ред. Н. И. Матузова. – Саратов, 1996. – 288 с.
282. Наумов, А. В. Практика применения Уголовного кодекса Российской Федерации: комментарий судебной практики и доктринальное толкование [Текст] / под ред. Г. М. Резника. М. : Волтерс Клувер, 2005.
283. Наумов, А. В. Применение уголовно-правовых норм [Текст] / А. В. Наумов. – Волгоград, 1973.
284. Наумов, А. В. Российское уголовное право. Общая часть: курс лекций [Текст] / А. В. Наумов. М. : Изд-во Бек, 1996. – 560 с.

285. Наумов, А. В. Российское уголовное право. Курс лекций [Текст] / А. В. Наумов. – в 3 т. Т. 2. Особенная часть. М. : Волтер Клувер, 2007. – 504 с.
286. Незнамова, З. А. Коллизии в уголовном праве [Текст] / З. А. Незнамова. – Екатеринбург, 1994. – 284 с.
287. Нерсесян, В. А. Ответственность за неосторожные преступления [Текст] / В. А. Нерсесян. – СПб., 2002. – 223 с.
288. Никифоров, Б. С. Объект преступления по советскому уголовному праву [Текст] / Б. С. Никифоров. – М., 1960. – 224 с.
289. Никифоров, Б. С. Уголовное законодательство Республики Индии [Текст] / Б. С. Никифоров. – М., 1958. – 279 с.
290. Новая криминальная ситуация: оценка и реагирование / под ред. проф. А. И. Долговой. М. : Российская криминологическая ассоциация, 2009. – 356 с.
291. Новоселов, В. П. Ответственность работников здравоохранения за профессиональные правонарушения [Текст] / В. П. Новоселов. – Новосибирск, 1998. – 232 с.
292. Овчинский, В. С. Криминология и биотехнологии [Текст] / В. С. Овчинский. – М., 2005. – 192 с.
293. Огарков, И. Ф. Врачебные правонарушения и уголовная ответственность [Текст] / И. Ф. Огарков. – Л., 1966. – 196 с.
294. Оптимизация научного обеспечения и криминологической культуры борьбы с преступностью. М. : Российская криминологическая ассоциация, 2011. – 352 с.
295. Павлов, В. Г. Субъект преступления [Текст] / В. Г. Павлов. – СПб., 2001. – 318 с.
296. Папеева, К. О. Институт медицинской тайны как объект уголовно-правовой охраны [Текст] / К. О. Папеева. – Нижний Новгород, 2007. – 160 с.
297. Пашинян, Г. А. Профессиональные преступления медицинских работников против жизни и здоровья [Текст] / Г. А. Пашинян, И.В. Ившин. – М. : Медицинская книга, 2006. – 196 с.
298. Петров, Д. Е. Отрасль права / под ред. М. И. Байтина. Саратов, 2004. – 192 с.
299. Пикуров, Н. И. Квалификация преступлений с бланкетными признаками состава [Текст] / Н. И. Пикуров: монография. – М. : Российская академия правосудия, 2009. – 288 с.
300. Пирогов, Н. И. Собр. соч.: В 8 т. [Текст] / Н. И. Пирогов. – М. : Медгиз, 1959. - Т. 2: Труды по клинической хирургии (1837–1839). – 623 с.
301. Побегайло, Э. Ф. Избранные труды [Текст] / Э. Ф. Побегайло. – СПб. : Издательство Р. Асланова «Юридический центр Пресс», 2008. – 1066 с.
302. Полное собрание законов Российской империи с 1649 г. Т. 2 (1678-1688). – СПб., 1830. – 974 с.
303. Полное собрание законов Российской империи с 1649 года. Т. 4 (1700-1712). – СПб., 1830. – 881 с.
304. Полное собрание законов Российской империи с 1649 года. Т. 6 (1720-1722). – СПб., 1830. – 815 с.

305. Права человека: итоги века, тенденции, перспективы / под общ. ред. Е. А. Лукашевой. – М. : НОРМА. 2002. – 448 с.
306. Права человека и народов: учебное пособие / под ред. О. О. Миринова. Москва-Саратов : Изд-во центр ИНСР; Саратов. юрид. ин-т МВД России. – 2006. – 328 с.
307. Преступность, национальная безопасность, бизнес / под общ. ред. А. И. Долговой. М. : Российская криминологическая ассоциация, 2012. – 650 с.
308. Прохоров, В. С. Механизм уголовно-правового регулирования: норма, правоотношение, ответственность [Текст] / В. С. Прохоров, Н. М. Кропачев, А. Н. Тарбагаев. – Красноярск : Изд-во Краснояр. ун-та, 1989. – 208 с.
309. Прохоров, Л. А. Уголовное право [Текст] / Л. А. Прохоров, М.Л. Прохорова. – М., 2004. – 544 с.
310. Пудовочкин, Ю. Е. Понятие, принципы и источники уголовного права: сравнительно-правовой анализ законодательства России и стран Содружества Независимых Государств [Текст] / Ю. Е. Пудовочкин, С. С. Пирвагидов. СПб. : Изд-во «Юридический центр Пресс». 2003. – 297 с.
311. Радько, Т. Н. Теория государства и права [Текст] / Т. Н. Радько: учеб. – 2-е изд. – М. : Проспект, 2010. – 752 с.
312. Разгильдиев, Б. Т. Задачи уголовного права Российской Федерации и их реализация [Текст] / Б. Т. Разгильдиев. – Саратов, 1993. – 232 с.
313. Разгильдиев, Б. Т. Уголовно-правовые отношения и реализация ими задач уголовного права РФ [Текст] / Б. Т. Разгильдиев. – Саратов : Изд-во Саратов. ун-та. 1994. – 320 с.
314. Расторопов, С. В. Уголовно-правовая охрана здоровья человека от преступных посягательств [Текст] / С. В. Расторопов. – СПб., 2006. – 489 с.
315. Ригельман, Р. Как избежать врачебных ошибок. Книга практикующих врачей / пер. с англ. Ю. Л. Амченкова. – М., 1994. – 208 с.
316. Российское уголовное право : курс лекций. Т. 3: Преступления против личности / под ред. А. И. Коробеева. – Владивосток, 2000. – 504 с.
317. Российское уголовное право. Общая часть : учебник / под общ. ред. М. П. Журавлева. – М. : Центр юрид. литер. «Щит», 2001. – 280 с.
318. Россолимо, Г. И. Врач и больной [Текст] / Г. И. Россолимо. – М., 1906. – 15 с.
319. Рыков, В. А. Медицинское право: справочник в вопросах и ответах. [Текст] / В. А. Рыков. – Ростов н/Д. : Феникс, 2002. – 288 с.
320. Савицкая, А. Н. Возмещение ущерба, причиненного ненадлежащим врачеванием [Текст] / А. Н. Савицкая. – Львов, 1982. – 195 с.
321. Садовский, В. Н. Основания общей теории систем [Текст] / В. Н. Садовский. – М., 1974. – 280 с.
322. Самойлов, В. О. История российской медицины [Текст] / В. О. Самойлов. – М., 1997. – 200 с.
323. Сборник постановлений Президиума и определений судебной коллегии по уголовным делам Верховного суда РСФСР (1957-1959 гг.) / под ред. А. Т. Рубичева. – М., 1960. – 349 с.

324. Сергеев, Ю. Д. Профессия врача [Текст] / Ю. Д. Сергеев: Юридические основы. – Киев, 1988. – 208 с.
325. Сергиевский, Н. Д. Русское уголовное право [Текст] / Н. Д. Сергиевский: пособие к лекциям. Часть Общая. – СПб., 1911. – 395 с.
326. Скакун, О. Ф. Теория государства и права [Текст] / О. Ф. Скакун: учебник. – Харьков : Консул, 2000. – 704 с.
327. Смирнов, В. Г. Функция советского уголовного права (предмет, задачи и способы уголовно-правового регулирования) [Текст] / В. Г. Смирнов. – Л. : Изд-во Ленинградского университета, 1965. – 188 с.
328. Смышляев, В. В. Уголовно-правовой механизм реализации лишения свободы / под ред. А. И. Чучаева. – Ульяновск : УлГУ, 2000. – 181 с.
329. Соколов, П. Систематическое руководство к познанию российского законодательства. Ч. I. – М., 1819.
330. Старченко, А. А. Руководство по защите прав пациентов [Текст] / А. А. Старченко. – СПб. : Изд-во «Диалог». 2002. – 240 с.
331. Стеценко, С. Г. Медицинское право [Текст] / С. Г. Стеценко : учебник. – СПб., 2004. – 572 с.
332. Стеценко, С. Г. Очерки медицинского права [Текст] / С. Г. Стеценко, А. Н. Пищита, Н. Г. Гончаров. – М., 2004. – 170 с.
333. Субочев, В. В. Законные интересы в механизме правового регулирования / под ред. А. В. Малько. – М. : Юристъ, 2007. – 188 с.
334. Сулейманов, Т. А. Лицо, совершившее преступление, как субъект уголовного правоотношения [Текст] / Т. А. Сулейманов. – Рязань: Ин-т права и экономики МВД России, 1997. – 128 с.
335. Сулейманов, Т. А. Механизм и формы реализации норм уголовного права [Текст] / Т. А. Сулейманов, А. Н. Павлухин, Н. Д. Эриашвили. – М. : Изд-во «Закон и право». 2007. – 288 с.
336. Сумачев, А. В. Пострадавший как субъект уголовного правоотношения [Текст] / А. В. Сумачев : учебное пособие. – Тюмень, 1999. – 116 с.
337. Сюкияйнен, Л. Р. Мусульманское право. Вопросы теории и практики [Текст] / Л. Р. Сюкияйнен. – М., 1986. – 188 с.
338. Таганцев, Н. С. Лекции по русскому уголовному праву [Текст] / Н. С. Таганцев. – Часть Общая. Вып. 1. – СПб., 1887. – 380 с.
339. Таганцев, Н. С. О преступлениях против жизни по русскому праву [Текст] / Н. С. Таганцев. – СПб., 1870. – 461 с.
340. Тарбагаев, А. Н. Понятие и цели уголовной ответственности [Текст] / А. Н. Тарбагаев. – Красноярск : Изд-во Краснояр. ун-та, 1986. – 120 с.
341. Теория государства и права: учебник для вузов / отв. ред. В. Д. Первалов. М. : Норма, 2006. – 484 с.
342. Титов, Ю. П. Хрестоматия по истории государства и права России [Текст] / Ю. П. Титов. – М., 1997. – 472 с.
343. Тихомиров, А. В. Медицинское право [Текст] / А. В. Тихомиров: практическое пособие. – М. : Статут. 1998. – 418 с.

344. Тихонова, С. С. Пожизненное и посмертное донорства в Российской Федерации: вопросы уголовно-правового регулирования [Текст] / С. С. Тихонова. – СПб., 2002. – 321 с.
345. Тобес, Б. Право на здоровье: теория и практика [Текст] / Б. Тобес. – М., 2001. – 370 с.
346. Трошин, Д. М. Методологические проблемы современной науки [Текст] / Д. М. Трошин. – М., 1986.
347. Уголовный закон и преступление [Текст] / под ред. Э. С. Тенчова. – Иваново, 1997.
348. Уголовный кодекс Украины: научно-практический комментарий [Текст] / отв. ред. С. С. Яценко. 3-е изд., испр. и доп. – Киев, 2003. – 1088 с.
349. Уголовное право. Особенная часть [Текст] / под ред. И. Т. Голякова. – М., 1943.
350. Уголовное право. Особенная часть [Текст] / под ред. А. И. Рарога. М. : Изд-во «Триада, Лтд», 1997. – 480 с.
351. Уголовное право. Особенная часть [Текст] : учебник для вузов / отв. ред. И.Я. Козаченко, З.А. Незнамова, Г.П. Новоселов. – М.: ИНФРА·М-НОРМА, 1997. – 768 с.
352. Уголовное право России [Текст] : курс лекций: в 6 т. / под ред. Б.Т. Разгильдиева. – Саратов: Изд-во ГОУ ВПО «Саратовская государственная академия права». 2004. – Т. 1. Кн. 1. – 320 с.
353. Уголовное право России [Текст] : курс лекций: в 6 т. / [под ред. Б.Т. Разгильдиева]. – Саратов : Изд-во ГОУ ВПО «Саратовская государственная академия права», 2008. Т. 2. – 648 с.
354. Уголовное право России. Общая часть [Текст] : учебник / под ред. Ф.Р. Сундурова, И.А. Тарханова. 3-е изд., перераб. и доп. – М., 2009. – 751 с.
355. Уголовное право России. Практический курс [Текст] : учеб-практ. пособие / под общ. ред. Р. А. Адельханяна ; под науч. ред. А. В. Наумова. – М., 2004. – 752 с.
356. Уголовное право России: Часть Особенная [Текст] / отв. ред. Л. Л. Кругликов. М. : Изд-во БЕК, 1999. – 832 с.
357. Уголовное право Российской Федерации. Особенная часть [Текст] : учебник / под ред. Г. Н. Борзенкова и В. С. Комиссарова. М., 1997. – 752 с.
358. Уголовное право Российской Федерации: Особенная часть [Текст] / под ред. Л. В. Иногамовой-Хегай. – М. : ИНФРА·М, 2005. – 448 с.
359. Уголовное право Украины: Общая часть [Текст] : учебник / под ред. Клименко В. А., Мельника Н. И. – Киев : Изд-во «Аттика», 2002. – 448 с.
360. Уголовное право Украины. Особенная часть [Текст] : учебник / под ред. М. И. Бажанова, В. В. Сташиса, В. Я. Тация. – Киев : Юринком Интер, 2003. – 672 с.
361. Учебный комментарий к Уголовному кодексу Российской Федерации / отв. ред. Жалинский А. Э. – М. : Изд-во Эксмо, 2005. – 1088 с.
362. Фельдштейн Г. С. Главные течения в истории науки уголовного права в России [Текст] / Г. С. Фельдштейн / под ред. и с предисл. В. А. Томсинова. – М. : Изд-во «Зерцало», 2003. – 542 с.

363. Фефелов, П. А. Механизм уголовно-правовой охраны. Основные методологические проблемы [Текст] / П.А. Фефелов. – М., 1992. – 230 с.
364. Филимонов, В. Д. Охранительная функция уголовного права [Текст] / В. Д. Филимонов. – СПб. : Юридический центр Пресс, 2003. – 198 с.
365. Флетчер, Дж. Основные концепции современного уголовного права [Текст] / Дж. Флетчер, А. Наумов. – М. : Юристь, 1998. – 512 с.
366. Флоря, В. Уголовная ответственность за врачебные преступления [Текст] / В. Флоря. – Кишинев, 2004. – 160 с.
367. Фойницкий, И. Я. Курс уголовного права. Часть Особенная. Посягательства личные и имущественные [Текст] / И. Я. Фойницкий. СПб., 1900. – 422 с.
368. Фрейберг, Н. Г. Врачебно-санитарное законодательство в России [Текст] / Н. Г. Фрейберг. – СПб., 1910. – 91 с.
369. Фромм, Э. Психоанализ и этика [Текст] / Э. Фромм. – М. : ООО «Изд-во АСТ-ЛТД». 1998. – 568 с.
370. Халфина, Р. О. Общее учение о правоотношении [Текст] / Р. О. Халфина. – М., 1974. – 340 с.
371. Хрестоматия по истории медицины / сост. Э. Д. Грибанов / под ред. и примеч. П. Е. Заблудовского. М. : Медицина, 1968. – 359 с.
372. Чернышева, Ю. А. Причинение смерти лицу по его просьбе: уголовно-правовое, уголовно-политическое, криминологическое и социально-правовое исследование [Текст] / Ю. Чернышева. – М. : Юрлитинформ, 2011. – 176 с.
373. Чучаев, А. И. Уголовно-правовой статус иностранного гражданина: понятие и характеристика [Текст] / А. И. Чучаев, А. А. Крупцов. – М. : Проспект, 2010. – 184 с.
374. Чучаев, А. И. Уголовно-правовое воздействие: понятие, объект, механизм, классификация [Текст] / А. И. Чучаев, А. П. Фирсов. – М., 2010. – 320 с. Шайкенов, Н. А. Правовое обеспечение интересов личности [Текст] / Н. А. Шайкенов. – Свердловск, 1990.
375. Шамоу, И. А. Биоэтика [Текст] / И. А. Шамоу: учебное пособие. – М., 2001. – 243 с.
376. Щапов, Я. Н. Византийское и южнославянское правовое наследие на Руси в X-XII вв. [Текст] / Я. Н. Щапов. – М., 1978.
377. Шаргородский, М. Д. Преступления против жизни и здоровья [Текст] / М. Д. Шаргородский. – М., 1947. – 511 с.
378. Ширяев, В. Н. Уголовная ответственность врачей [Текст] / В. Н. Ширяев. – СПб., 1903. – 43 с.
379. Шишко, И. В. Экономические правонарушения: вопросы юридической оценки и ответственности [Текст] / И. В. Шишко. – СПб. : Юридический центр Пресс, 2004. – 307 с.
380. Шленева, Е. В. Отрасль медицинского права России – проблемы формирования самостоятельного предмета и метода правового регулирования / Медицинское право [Текст] / Е. В. Шленева : учебное пособие. – М., 2006. – 496 с.

381. Шунди́ков, К. В. Механизм правового регулирования [Текст] / К. В. Шунди́ков : учебное пособие / под ред. А. В. Малько. – Саратов, 2001. – 104 с.
382. Эбзеев, Б. С. Человек, народ, государство в конституционном строе Российской Федерации [Текст] / Б. С. Эбзеев. – М. : Юрид. лит., 2005. – 576 с.
383. Экстремизм: социальные, правовые и криминологические проблемы [Текст] / под ред. проф. А. И. Долговой. М. : Российская криминологическая ассоциация, 2010. – 530 с.
384. Эльштейн, Н. В. Ошибки в гастроэнтерологической практике [Текст] / Н. В. Эльштейн. – М. : Медицинское информационное агентство, 1998. – 224.
385. Этическая экспертиза биомедицинских исследований [Текст] / под общ. ред. Ю. Б. Белоусова. – М., 2005. – 156 с.
386. Явич, Л. С. Право и социализм [Текст] / Л. С. Явич. – М., 1982. – 175 с.
387. Якушин, В. А. Субъективное вменение и его значение в уголовном праве [Текст] / В. А. Якушин. – Тольятти : ТолПИ, 1998. – 296 с.
388. Яровинский, М. Я. Лекции по курсу «Медицинская этика» (биоэтика) [Текст] / М. Я. Яровинский : учеб. пособие. – М., 2000. – 256 с.

Научные статьи, сборники научных трудов, другие публикации, информационные сообщения.

389. Авдеева, И. Ответственность за незаконное врачевание [Текст] / И. Авдеева // Советская юстиция. – 1966. – № 2. – С. 13.
390. Арзамасцев, М. В. К вопросу о конституционном закреплении признаков общественной опасности преступления [Текст] / М. В. Арзамасцев // Конституционные основы уголовного права : матер. I Всерос. конгресса по уголовному праву, посвященного 10-летию Уголовного кодекса Российской Федерации. – М. : ТК Велби, – 2006. – С. 18-21.
391. Афанасьева, Е. Г. Соблюдение конфиденциальности и права пациента на информированное согласие при проведении медицинского исследования в Австралии [Текст] / Е. Г. Афанасьева, Р. С. Мэгнассон // Реф. жур. Сер. 4: Государство и право. – 1998. – № 2. – С. 144-148.
392. Афанасьева, Е. Г. Деликт [Текст] / Е. Г. Афанасьева, Ф. МакМэнас, Э. Рассел // Реф. жур. Сер. 4. Государство и право. – 2000. – № 2. – С. 136-139.
393. Батенева Т. Впереди планеты всей... Откровения американского доктора Джи, который когда-то жил и работал в России [Текст] / Т. Батенева // Известия. – 1998. – 24 сентября.
394. Бахин, С. В. О классификации прав человека, провозглашенных в международных соглашениях [Текст] / С. В. Бахин // Правоведение. – 1991. – № 2. – С. 41-45.
395. Бевеликова, Н. М. Правовой мониторинг в сфере здравоохранения [Текст] / Н. М. Бевеликова // Медицинское право. – 2008. – № 4. – С. 3-8.
396. Безверхов, А. Г. Системный подход в науке уголовного права [Текст] / А. Г. Безверхов // Системность в уголовном праве : матер. II Россий-

ского Конгресса уголовного права, состоявшегося 31 мая – 1 июня 2007 г. – М., – 2007. – С. 50-54.

397. Беспалько, В. Г. Уголовно-правовые аспекты обеспечения безопасности в сфере научно-исследовательской и научно-технической деятельности [Текст] / В. Г. Беспалько // Право и безопасность. – 2007. – № 1-2. – С. 81-89.

398. Блинов, А. Г. Некоторые аспекты развития законодательства об уголовно-правовой охране прав и свобод пациента [Текст] / А. Г. Блинов // Предмет уголовного права и его роль в формировании уголовного законодательства Российской Федерации : науч.-практ. конф., посвящ. памяти проф. А.Н. Красикова (25-26 апреля 2002 г.) / отв. ред. Б.Т. Разгильдиев. – Саратов, 2002. – С. 31-33.

399. Блинов, А. Г. Правовой механизм противодействия преступности в сфере здравоохранения [Текст] / А. Г. Блинов // Противодействие преступности: уголовно-правовые, криминологические и уголовно-исполнительные аспекты : матер. III Российского Конгресса уголовного права, состоявшегося 29-30 мая 2008 г. – М. : Проспект, 2008. – С. 187-189.

400. Блинов, А. Г. Право на здоровье в свете российских и международных стандартов [Текст] / А. Г. Блинов // Вестник Саратовской государственной академии права. – 2003. – № 2. – С. 17-19.

401. Блинов, А. Г. Современное состояние и тенденции российского законодательства об уголовно-правовой охране прав и свобод пациента [Текст] / А. Г. Блинов // Современное состояние и тенденции российского законодательства в условиях преемственности государственно-правового развития России : сб. науч. трудов / отв. ред. Е.В. Вавилин, Д.Е. Петров. – Саратов, 2008. – С. 83-91.

402. Блинов, А. Г. Уголовно-правовая политика в сфере охраны прав пациента и ее оптимизация [Текст] / А. Г. Блинов // Закон, человек, справедливость: философско-правовые проблемы : Всерос. науч.-практ. конф. (19-21 мая 2003 г.) / под ред. А.И. Демидова, А.В. Малько. – Саратов, 2004. – С. 41-45.

403. Бобкова-Басова, Г. Уголовная ответственность врачей [Текст] / Г. Бобкова-Басова // Советская юстиция. – 1939. – № 11. – С. 18-19.

404. Борисов, В. И. Решение вопросов Особенной части в новом Уголовном кодексе Украины [Текст] / В. И. Борисов // Уголовное право в XXI веке: материалы Междунар. науч. конф. на юрид. фак. МГУ им. М.В. Ломоносова, 31 мая-1 июня 2001 г. – М. : Изд-во «ЛексЭст», 2002. – С. 79-81.

405. Васильева, Е. В. Институт добровольного информированного согласия пациента на медицинское вмешательство в российском и американском праве [Текст] / Е. В. Васильева // Журнал российского права. – 2004. – № 9. – С. 136-141.

406. Визер, Б. Защита прав человека в Австрии [Текст] / Б. Визер // Государство и право. – 1993. – № 1. – С. 100-109.

407. Всемирная организация здравоохранения. Отчет о мировом развитии. 1996.

408. Всемирная организация здравоохранения. Отчет о мировом развитии. 1997.

409. Всемирная организация здравоохранения. Здоровье для всех: истоки и обновление, влияние на меняющийся мир (проект), Женева, 1997.
410. Гладун, З. С. Законодательство о здравоохранении: проблемы формирования новой теоретической модели [Текст] / З. С. Гладун // Государство и право. – 1994. – № 2. – С. 116-122.
411. Дагель, П. Об уголовной ответственности врачей [Текст] / П. Дагель // Сов. юстиция. – 1964. – № 19. – С. 14.
412. Декларация в защиту клонирования и неприкосновенности научных исследований [Текст] // Человек. – 1998. – № 3. – С. 26–28.
413. Дембо, Г. Ответственность врача в его профессиональной деятельности [Текст] / Г. Дембо // Судебная ответственность врачей. Л.; М., 1926. С.65-66.
414. Денисова, А. Системность и комплексный подход в правотворчестве (на примере уголовного права) [Текст] / А. Денисова, В. Малков // Уголовное право. – 2005. – № 3. – С. 124-127.
415. Доклад Уполномоченного по правам человека в Российской Федерации за 2012 г. // Российская газета. – 2013. – 29 марта.
416. Доклад Уполномоченного по правам человека в РФ за 2009 г. // Российская газета. – 2009. – 17 апреля.
417. Егорова, В. О. Относительная распространенность деяния как принцип криминализации незаконного проведения опытов над человеком // Противодействие преступности: уголовно-правовые, криминологические и уголовно-исполнительные аспекты. Материалы III Российского Конгресса уголовного права, состоявшегося 29-30 мая 2008 г. – М. : Проспект, 2008. – С. 222-224.
418. Ерофеев, С. В. Медико-правовые аспекты оценки качества медицинской помощи: сравнение отечественной и зарубежной практики [Текст] / С. В. Ерофеев // Медицинское право. – 2006. – № 1. – С. 39-43.
419. Ерофеев, С. В. Принцип информированного согласия пациента: обзор зарубежной медицинской и юридической практики [Текст] / С. В. Ерофеев, И. С. Ерофеева // Медицинское право. – 2006. – № 3. – С. 42-48.
420. Жалинская-Рерихт, А. А. Актуальные проблемы французского медицинского права (реферативный обзор) [Текст] / А. А. Жалинская-Рерихт // Реф. журнал. Серия 4. Государство и право. – 2001. – № 3. – С. 153-160.
421. Жалинская-Рерихт, А. А. Права пациента в польском медицинском праве [Текст] / А. А. Жалинская-Рерихт // Реф. журнал. Серия 4. Государство и право. – 2002. – № 1. – С. 172.
422. Заключение Уполномоченного по правам человека в Астраханской области по делу 02-0943/01 «О нарушениях конституционных прав гражданина В. при его помещении в областное государственное учреждение здравоохранения «Психиатрия» и в период его пребывания в данном психиатрическом стационаре» // Волга. – 2001. – 26 декабря.
423. Заявление Акушерско-Гинекологического Общества. Стенографический отчет заседания членов Ленинградского Общества Работников Советского Права и слушателей Криминологического Кабинета при Ленинградском

Губсуде совместно с представителями Наркомздрава и врачами «О судебной ответственности врачей» // Судебная ответственность врачей. – Л.; М., 1926. – С. 4.

424. Калиниченко, П. Запрет клонирования в европейском праве [Текст] / П. Калиниченко // Конституционное право: восточноевропейское образование. – 2002. – № 4. – С. 45-46.

425. Капинус, О. С. Ответственность за клонирование человека [Текст] / О. С. Капинус, В. Н. Додонов // Закон. – 2006. – № 1. – С. 104-110.

426. Карташкин, В. А. Вступительная статья к Международным актам о правах человека [Текст] / В. А. Карташкин, Е. А. Лукашева // Международные акты о правах человека: сборник документов. – М., 1998. С. III-XXX.

427. Конюхов, Б. В. Долли – случайность или закономерность? [Текст] / Б. В. Конюхов // Человек. – 1998. – № 3. – С. 6-19.

428. Коробеев, А. И. Неоказание помощи больному [Текст] / А. И. Коробеев // Криминологический журнал Байкальского государственного университета экономики и права. – 2007. – № 1-2. – С. 35-39.

429. Краснов, А. В. Законный интерес как средство реализации правовой политики [Текст] / А. В. Краснов // Правовая политика и правовая жизнь. – 2005. – № 2. – С. 104-112.

430. Кругликов, Л. Л. О принципах построения Особенной части уголовного закона [Текст] / Л. Л. Кругликов // Уголовно-правовые, пенитенциарные принципы и их реализация: правотворческий, правоприменительный уровни : Всерос. науч.-практ. конф. (28-29 марта 2005г., г. Саратов): В 2 ч. / под ред. Б.Т. Разгильдиева. Саратов : Изд-во ГОУ ВПО «Саратовская государственная академия права», 2005. – Ч. 1. – С.55-60.

431. Кубицкий, Л. Уголовная ответственность врача по ст. 192 Уголовного кодекса Республики Польша [Текст] / Л. Кубицкий // Российский ежегодник уголовного права. – № 1. – 2006 / под ред. Б.В. Волженкина. – СПб., 2007. – С. 491-504.

432. Лейбович, Я. Врачебные ошибки и незаконное врачевание [Текст] / Я. Лейбович // Рабочий суд. – 1925. – № 23-24. – С. 969-970.

433. Ломакина, И. Г. Обеспечение прав пациентов с точки зрения гражданского права РФ [Текст] / И. Г. Ломакина // Научные труды II Всероссийского съезда (Национального конгресса) по медицинскому праву. Россия, 13-15 апреля 2005 г. / под ред. член-корр. РАМН, проф. Ю.Д. Сергеева. – М., 2005. – С. 349-354.

434. Максимов, С. В. Фальсификация лекарственных средств в России: опыт экспертного мониторинга [Текст] / С. В. Максимов // Государство и право. – 2006. – № 12. – С. 48-60.

435. Малько, А. В. Правовые средства: вопросы теории и практики [Текст] / А. В. Малько // Журнал российского права. – 1998. – № 8. – С. 66-77.

436. Малько, А. В. Субъективное право и законный интерес [Текст] / А. В. Малько // Правоведение. – 1998. – № 4. – С. 58-70.

437. Малько, А. В. Субъективные права, свободы и законные интересы как самостоятельные объекты охраны и защиты [Текст] / А. В. Малько, В. В.

Субочев, А. М. Шериев // Правовая политика и правовая жизнь. – 2008. – № 1. – С. 70-80.

438. Мамонтов, Д. Ю. Объективные признаки неоказания помощи больному [Текст] / Д. Ю. Мамонтов // Черные дыры в Российском законодательстве. – 2008. – № 4. – С. 123-124.

439. Марковин, И. В. К вопросу о судебной ответственности врачей [Текст] / И. В. Марковин // Судебно-медицинская экспертиза. – 1928. – № 8. – С. 95-97.

440. Матузов, Н. И. Теория и практика прав человека в России [Текст] / Н. И. Матузов // Правоведение. – 1998. – № 4. – С. 22-35.

441. Михайлов, В. С. Устав Всемирной организации здравоохранения, его разработка, международно-правовое содержание и значение [Текст] / В. С. Михайлов. Уч. зап. ДВГУ. Т. 31. Ч. 2. – Владивосток, 1969.

442. Наумов, А. В. Новый Уголовный кодекс Украины [Текст] / А. В. Наумов // Государство и право. – 2002. – № 2. – С. 82-89.

443. Нахимсон, Ф. М. К судебной ответственности! [Текст] / Ф. М. Нахимсон // Судебная ответственность врачей. Л.; М., 1926. С. 4.

444. Основы социальной концепции Русской Православной Церкви (приняты на Юбилейном Архиерейском Соборе Русской Православной Церкви 13-16 августа 2000 г.) // Овчинский В. С. Криминология и биотехнологии. – М., 2005. – С. 179-185.

445. Осипов, М. Ю. Механизм правотворчества и правового регулирования: понятие и соотношение [Текст] / М. Ю. Осипов // Проблемы теории и права: личность, общество и государство: сб. науч. статей / отв. ред. С. В. Навальный, И. В. Тепляшин. Красноярск, 2011. – С. 85-96.

446. Петрова, Г. О. Уголовно-правовое регулирование как вид социального регулирования [Текст] / Г. О. Петрова // Черные дыры в Российском законодательстве. – 2011. – № 4. – С. 75-80.

447. Петров, С. В. Анестезиологическое обеспечение лапароскопических операций у пациенток с бесплодием (обзор литературы) [Текст] / С. В. Петров, А. В. Пырегов, Т. А. Назаренко // Вестник анестезиологии и реаниматологии. – 2009. Т. 6. – № 6. – С. 4-11.

448. Пищита, А. Н. Правовой статус российского пациента [Текст] / А. Н. Пищита // Журнал российского права. – 2005. – № 11. – С. 47-49.

449. Побегайло, Э. Ф. Уголовная политика современной России: концептуальный подход [Текст] / Э. Ф. Побегайло // Противодействие преступности: уголовно-правовые, криминологические и уголовно-исполнительные аспекты : матер. III Российского Конгресса уголовного права, состоявшегося 29-30 мая 2008 г. – М. : Проспект, 2008. – С. 464-467.

450. Разгильдиев, Б. Т. Задачи уголовного законодательства России: понятие, содержание [Текст] / Б. Т. Разгильдиев // Эффективность уголовного законодательства Российской Федерации и обеспечение задач, стоящих перед ним : Всерос. науч.-практ. конф. (25-26 марта 2004 г.): В 2 ч. / под ред. Б.Т. Разгильдиева. – Саратов, 2004. – Ч. 1. – С. 5-8.

451. Разгильдиев, Б. Т. Некоторые проблемы реализации уголовно-правовых норм [Текст] / Б. Т. Разгильдиев // Вестник Саратовской государственной академии права. – 1998. – № 4. – С. 3-10.

452. Разгильдиев, Б. Т. Предмет уголовного права [Текст] / Б. Т. Разгильдиев // Предмет уголовного права и его роль в формировании уголовного законодательства Российской Федерации : науч.-практ. конф., посвящ. памяти проф. А.Н. Красикова (25-26 апреля 2002 г.) / отв. ред. Б.Т. Разгильдиев. – Саратов, 2002. – С. 22-24.

453. Разгильдиев, Б. Т. Противодействие преступлениям как основа решения уголовно-правовых задач [Текст] / Б. Т. Разгильдиев // Противодействие преступности: уголовно-правовые, криминологические и уголовно-исполнительные аспекты : матер. III Российского Конгресса уголовного права, состоявшегося 29-30 мая 2008 г. – М. : Проспект, 2008. – С. 474-477.

454. Разгильдиев, Б. Т. Уголовно-правовое воздействие и его пределы [Текст] / Б. Т. Разгильдиев // Правоведение. – 2011. – № 2. – С. 174-179.

455. Разгильдиев, Б. Т. Уголовно-правовое возмещение вреда, причиненного преступлением [Текст] / Б. Т. Разгильдиев // Уголовное право: стратегия развития в XXI веке : матер. Шестой Междунар. науч.-практ. конф. 29-30 января 2009 г. М., 2009. – С. 36-40.

456. Разгильдиев, Б. Т. Уголовный закон: понятие, форма реализации, уголовно-правовая характеристика некоторых его элементов [Текст] / Б. Т. Разгильдиев // Вестник Южно-Уральского государственного университета. – 2003. – № 12. – Серия «Право». – Выпуск 4. – С. 17-27.

457. Рарог, А. И. Принцип системности права и развитие уголовного законодательства [Текст] / А. И. Рарог // Уголовное право: стратегия развития в XXI веке: материалы 3-й Международной научно-практической конференции. – М., 2006. С. 3-4.

458. Ривлин, А. Л. Об уголовно-правовых и уголовно-процессуальных отношениях [Текст] / А. Л. Ривлин // Правоведение. – 1959. – № 2. – С. 109-112.

459. Розин, Н. Н. Уголовная ответственность врача [Текст] / Н. Н. Розин // Право. – 1903. – № 24. – С. 1623-1630.

460. Романовский, Г. Клонирование: правовые аспекты [Текст] / Г. Романовский // Законность. – 2006. – № 1. – С. 50-52.

461. Рязанцева, И. Б. Совершенствование законодательства об обороте лекарственных средств [Текст] / И. Б. Рязанцева // Организованная преступность, терроризм, коррупция в их проявлениях и борьба с ними / под ред. А.И. Долговой. – М., 2005. – С. 191-194.

462. Сальников, В. П. Законодательная регламентация медицинской деятельности в России во время правления Петра I [Текст] / В. П. Сальников, С. Г. Стеценко // Правоведение. – 2001. – № 4. – С. 219-230.

463. Сапун, В. А. Механизм реализации советского права [Текст] / В. А. Сапун // Правоведение. – 1988. – № 1. – С. 3-11.

464. Сахаров, А. Д. Размышления о прогрессе, мирном сосуществовании и интеллектуальной свободе [Текст] / А. Д. Сахаров // Вопросы философии. – 1990. – № 2. – С. 4-25.

465. Сергеев, С. Н. Права пациентов и пресса [Текст] / С. Н. Сергеев // Научные труды IV Всероссийского съезда (Национального конгресса) по медицинскому праву / под ред. член-корр. РАМН, проф. Ю.Д. Сергеева, проф. С.В. Ерофеева. – М., 2009. – С. 220-221.
466. Специальный доклад Уполномоченного по правам человека в Российской Федерации «О соблюдении прав граждан, страдающих психическими расстройствами» // Рос. газета. – 1999. – 2 августа.
467. Спиридонов, В. А. Случаи неоказания медицинской помощи в Казанской губернии в XIX веке [Текст] / В. А. Спиридонов // Научные труды III Всероссийского съезда (Национального конгресса) по медицинскому праву / под ред. Ю.Д. Сергеева. – М., 2007. – С. 552-554.
468. Стенограмма обсуждения в Государственной Думе Федерального Собрания Российской Федерации проекта федерального закона «О временном запрете на клонирование человека» // Овчинский В. С. Криминология и биотехнологии. – М., 2005. – С. 158-174.
469. Сучков, А. В. Проблемы доказывания профессиональных преступлений, совершаемых медицинскими работниками [Текст] / А. В. Сучков // Медицинское право. – 2010. – № 2. – С. 27-30.
470. Таганцев, Н. С. Уголовная ответственность хирургов [Текст] / Н. С. Таганцев // Право. – 1902. – № 12. – С. 575-579.
471. Тихий, В. П. Конституционное право – основа уголовного права // Системность в уголовном праве. Материалы II Российского Конгресса уголовного права, состоявшегося 31 мая – 1 июня 2007 г. / отв. ред. В. С. Комиссаров. – М., 2007. – С. 399-401.
472. Трегубов, В. Уголовная ответственность врачевания без согласия больного [Текст] / В. Трегубов // Журнал Министерства юстиции. – 1904. – № 3.
473. Тяжкова, И. Незаконное помещение в психиатрический стационар [Текст] / И. Тяжкова // Уголовное право. – 2002. – № 3. – С. 52-54.
474. Шаргородский, М. Д. Научный прогресс и уголовное право [Текст] / М. Д. Шаргородский // Советское государство и право. – 1969. – № 12. – С. 87-95.
475. Шаргородский, М. Д. Прогресс медицины и уголовное право [Текст] / М. Д. Шаргородский // Вестник ЛГУ. – 1970. – Вып. 3. – № 17. – С. 101-105.
476. Шнур, А. Уголовно-правовая ответственность врача в ФРГ [Текст] / А. Шнур // Хирургия. – 1992. – № 11-12. – С. 8-11.
477. Шолом, Е. А. Проблемы гражданско-правового регулирования ответственности исполнителя косметологических услуг [Текст] / Е. А. Шолом // Вестник Саратовской государственной академии права. – 2010. – № 2. – С. 183-187.
478. Щегловитов, И. Г. Основания и пределы ответственности врача перед уголовным законом [Текст] / И. Г. Щегловитов // Право. – 1902. – № 51. – С. 2519-2530.

479. Щегловитов, И. Г. Основания и пределы ответственности врача перед уголовным законом [Текст] / И. Г. Щегловитов // Право. – 1902. – № 52. – С. 2601-2608.

480. Щепельков, В. Ф. Требуется признание нового объекта уголовно-правовой охраны [Текст] / В. Ф. Щепельков // Уголовное право: стратегия развития в XXI веке: материалы Пятой Международ. науч.-практ. конф. 24-25 января 2008 г. М. : Проспект, 2008. – С. 302-306.

481. Шундииков, К. В. Правовые механизмы: основы теории [Текст] / К. В. Шундииков // Государство и право. – 2006. – № 12. – С. 12-21.

482. Флоря, В. Н. Закон о правах и ответственности пациента – надежная защита от противоправных посягательств [Текст] / В. Н. Флоря // Медицинское право. – 2006. – № 4 (14). – С. 47-49.

483. Хазов, Е. Н. Конституционные гарантии прав и свобод человека и гражданина как элемент правового статуса личности в России [Текст] / Е. Н. Хазов // «Черные дыры» в Российском законодательстве. – 2004. – № 2. – С. 47.

484. Хурошвили, Г. А. Особенности Общей части Уголовного кодекса Грузии [Текст] / Г. А. Хурошвили // Пять лет действия УК РФ: итоги и перспективы : матер. II Международ. науч.-практ. конф., состоявшейся на юрид. фак. МГУ им. М.В. Ломоносова 30-31 мая 2002 г. – М. : Изд-во «ЛексЭст», 2003. – С. 109-116.

485. Эбзеев, Б. С. Конституция Российской Федерации: прямое действие и условия реализации [Текст] / Б. С. Эбзеев // Государство и право. – 2008. – № 7. – С. 5-15.

Диссертации и авторефераты

486. Авдеев, Д. А. Правовой механизм обеспечения прав и свобод человека и гражданина в субъектах Российской Федерации [Текст] / Д. А. Авдеев : автореф. дис. ... канд. юрид. наук. – Тюмень, 2004. – 20 с.

487. Андреев, А. А. Отношение к врачебным ошибкам и социальные пути их предупреждения [Текст] / А. А. Андреев : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Волгоград, 2006. – 27 с.

488. Анощенкова, С. В. Учение о потерпевшем в российском уголовном праве [Текст] / С. В. Анощенкова : автореф. дис. ... канд. юрид. наук. – Саратов, 2004. – 31 с.

489. Ардашева, Н. А. Проблемы гражданско-правового обеспечения прав личности в договоре на оказание медицинской помощи [Текст] / Н. А. Ардашева : автореф. дис. ... канд. юрид. наук. – Тюмень, 1997. – 23 с.

490. Ашихмина, А. В. Конституционно-правовой механизм ограничения прав и свобод человека и гражданина [Текст] / А. В. Ашихмина : дис. ... канд. юрид. наук. – Волгоград, 2009. – 210 с.

491. Барзилова, Ю. В. Юридические обязанности как элемент правового статуса личности [Текст] / Ю. В. Барзилова : автореф. дис. ... канд. юрид. наук. – Саратов, 2006. – 26 с.

492. Блинов, А. Г. Уголовно-правовая охрана прав и свобод пациента в России [Текст] / А. Г. Блинов : автореф. дис. ... канд. юрид. наук. – Саратов, 2001. – 27 с.
493. Вавилин, Е. В. Механизм осуществления гражданских прав и исполнения обязанностей [Текст] / Е. В. Вавилин : автореф. дис. ... д-ра юрид. наук. – М., 2009. – 54 с.
494. Генрих, Н. В. Предмет и метод уголовно-правового регулирования [Текст] / Н. В. Генрих : автореф. дис. ... д-ра юрид. наук. – Рязань, 2011. – ... с.
495. Глушков, В. А. Ответственность за преступления в области здравоохранения [Текст] / В. А. Глушков : автореф. дис. ... канд. юрид. наук. – Киев, 1987. – 23 с.
496. Глушков, В. А. Проблемы уголовной ответственности за общественно опасные деяния в сфере медицинского обслуживания [Текст] / В. А. Глушков : автореф. дис. ... д-ра юрид. наук. – Киев, 1990. – 40 с.
497. Грошев, А. В. Функция правосознания в механизме уголовно-правового регулирования [Текст] / А. В. Грошев : автореф. дис. ... д-ра юрид. наук. – Екатеринбург, 1997. – 61 с.
498. Долаев, Ш. Р. Прогресс в медицине и проблема защиты прав человека [Текст] / Ш. Р. Долаев : автореф. дис. ... канд. юрид. наук. – М., 2004. – 22 с.
499. Дуюнов, В. К. Механизм уголовно-правового воздействия: Теоретические основы и практика реализации [Текст] / В. К. Дуюнов : автореф. дис. ... д-ра юрид. наук. – М., 2001. – 50 с.
500. Дюжиков, С. А. Конституционное обеспечение права на охрану здоровья в Российской Федерации [Текст] / С. А. Дюжиков : автореф. дис. ... канд. юрид. наук. – Ростов-на-Дону, 2001. – 22 с.
501. Евстифеева, Е. В. Теоретические проблемы уголовно-правовой ответственности за торговлю людьми [Текст] / Е. В. Евстифеева : автореф. дис. ... канд. юрид. наук. – Саратов, 2002. – 26 с.
502. Ем, В. Категория обязанности в советском гражданском праве [Текст] / В. Ем : автореф. дис. ... канд. юрид. наук. – М., 1981. – 25 с.
503. Игнатенкова, К. Е. Дозволение как способ правового регулирования [Текст] / К. Е. Игнатенкова : автореф. дис. ... канд. юрид. наук. – Саратов, 2006. – 26 с.
504. Карагезян, Г. Г. Ответственность за преступления, совершенные вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей [Текст] / Г. Г. Карагезян : автореф. дис. ... канд. юрид. наук. – М., 2009. – 24 с.
505. Каримова, Р. Р. Юридические обязанности: сущность и проблемы реализации [Текст] / Р. Р. Каримова : автореф. дис. ... канд. юрид. наук. – Екатеринбург, 2008. – 22 с.
506. Кропачев, Н. М. Механизм уголовно-правового регулирования [Текст] / Н. М. Кропачев : дис. ... д-ра юрид. наук в форме научного доклада. – СПб., 2000. – 59 с.

507. Крылова, Н. Е. Уголовное право и биоэтика (уголовно-правовые проблемы применения современных биомедицинских технологий) [Текст] / Н. Е. Крылова : автореф. дис. ... д-ра юрид. наук. – М., 2006. – 54 с.

508. Кудakov, А. В. Врачебная ошибка и ее уголовно-правовая оценка: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. – Саратов, 2011. – 22 с.

509. Кудakov, А. В. Врачебная ошибка и ее уголовно-правовая оценка [Текст] / А. В. Кудakov : дис. ... канд. юрид. наук. – Саратов, 2011. – 185 с.

510. Левченко, В. Г. Исполнение конституционных обязанностей граждан СССР как гарантия укрепления общественного порядка [Текст] / В. Г. Левченко : автореф. дис. ... канд. юрид. наук. – М., 1972. – 16 с.

511. Луничев, Е. М. Уголовно-правовой статус несовершеннолетнего [Текст] / Е. М. Луничев : автореф. дис. ... канд. юрид. наук. – М., 2012. – 22 с.

512. Лысенко, Е. В. Уголовно-правовой механизм обеспечения задач уголовного законодательства России [Текст] / Е. В. Лысенко : автореф. дис. ... канд. юрид. наук. – Саратов, 2007. – 21 с.

513. Милушин, М. И. Формирование комплексных образований в системе законодательства Российской Федерации [Текст] / М. И. Милушин : автореф. дис. ... канд. юрид. наук. – М., 2003. – 16 с.

514. Мирошниченко, Н. В. Причинение медицинскими работниками смерти и вреда здоровью пациентов: уголовно-правовые аспекты [Текст] / Н. В. Мирошниченко : автореф. дис. ... канд. юрид. наук. – Саратов, 2007. – 22 с.

515. Молчанова, С. И. Преступное бездействие, посягающее на личную безопасность [Текст] / С. И. Молчанова : автореф. дис. ... канд. юрид. наук. – Тамбов, 2009. – 24 с.

516. Мотин, О. А. Частный интерес в системе объектов уголовно-правовой охраны [Текст] / О. А. Мотин : автореф. дис. ... канд. юрид. наук. – Волгоград, 2005. – 31 с.

517. Мыц, Я. А. Оставление в опасности в уголовном праве России [Текст] / Я. А. Мыц : автореф. дис. ... канд. юрид. наук. – М., 2007. – 30 с.

518. Нагорная, И. И. Уголовно-правовая охрана жизни и здоровья человека при оказании медицинских услуг (на примере России, США и Франции) [Текст] / И. И. Нагорная : автореф. дис. ... канд. юрид. наук. – М., 2013. – 34 с.

519. Никитина, И. О. Преступления в сфере здравоохранения (законодательство, юридический анализ, квалификация, причины и меры предупреждения) [Текст] / И. О. Никитина : автореф. дис. ... канд. юрид. наук. – Нижний Новгород, 2007. – 32 с.

520. Нурпеисов, Е. К. Механизм формирования правомерного поведения личности [Текст] / Е. К. Нурпеисов : автореф. дис. ... канд. юрид. наук. – М., 1980. – 15 с.

521. Осипов, А. А. Интерес и субъективное гражданское право [Текст] / А. А. Осипов : дис. ... канд. юрид. наук. – М., 2011. – 26 с.

522. Павлова, Н. В. Уголовно-правовое регулирование медицинской деятельности [Текст] / Н. В. Павлова : автореф. дис. ... канд. юрид. наук. – М., 2006. – 20 с.

523. Папеева, К. О. Институт медицинской тайны как объект уголовно-правовой охраны [Текст] / К. О. Папеева : автореф. дис. ... канд. юрид. наук. – Нижний Новгород, 2006. – 32 с.
524. Петрова, О. Г. Уголовно-правовое регулирование и его средства [Текст] / О. Г. Петрова : норма и правоотношение: автореф. дис. ... д-ра. юрид. наук. – Н. Новгород, 2003. – 47 с.
525. Семенко, Б. М. Юридические обязанности граждан СССР [Текст] / Б. М. Семенко : автореф. дис. ... канд. юрид. наук. – Саратов, 1978. – 21 с.
526. Соловьев, А. П. Предупреждение преступлений в сфере здравоохранения [Текст] / А. П. Соловьев : автореф. дис. ... канд. юрид. наук. – М., 2007. – 31 с.
527. Старостина, Я. В. Проблемы уголовной ответственности медицинских работников [Текст] / Я. В. Старостина : автореф. дис. ... канд. юрид. наук. – Ставрополь, 2005. – 21 с.
528. Ступников, А. Г. Государственно-правовой механизм охраны права интеллектуальной собственности (вопросы теории) [Текст] / А. Г. Ступников : автореф. дис. ... канд. юрид. наук. – М., 2001. – 19 с.
529. Сухарникова, Л. В. Особенности расследования неосторожного причинения вреда жизни и здоровью граждан медицинскими работниками в процессе профессиональной деятельности [Текст] / Л. В. Сухарникова : автореф. дис. ... канд. юрид. наук. – СПб., 2006. – 25 с.
530. Татаркин, В. В. Преступления медицинских работников против жизни и здоровья [Текст] / В. В. Татаркин : автореф. дис. ... канд. юрид. наук. – Ростов-н/Д., 2007. – 27 с.
531. Томашевский, В. В. Аптекарский приказ в XVII веке [Текст] / В. В. Томашевский : автореф. дис. ... канд. ист. наук. – Л., 1952. – 13 с.
532. Фабрика, Т. А. Проблемы уголовной ответственности за принуждение к изъятию органов или тканей человека для трансплантации [Текст] / Т. А. Фабрика : автореф. дис. ... канд. юрид. наук. – Челябинск, 2007. – 27 с.
533. Хачатуров, К. Е. Юридические обязанности гражданина Российской Федерации. Проблемы теории и практики [Текст] / К. Е. Хачатуров : автореф. дис. ... канд. юрид. наук. – СПб., 2000.
534. Химченко, С. А. Преступления в области осуществления профессиональной врачебной деятельности [Текст] / С. А. Химченко : автореф. дис. ... канд. юрид. наук. – Киев, 1990. – 25 с.
535. Хмельницкий, Б. Г. Преступления в сфере оказания медицинской помощи [Текст] / Б. Г. Хмельницкий : автореф. дис. ... канд. юрид. наук. – СПб., 2006. – 17 с.
536. Червонных, Е. В. Преступления, совершаемые в сфере здравоохранения, и их предупреждение [Текст] / Е. В. Червонных : автореф. дис. ... канд. юрид. наук. – Саратов, 2009. – 22 с.
537. Шишко, И. В. Взаимосвязь уголовно-правовых и регулятивных норм в сфере экономической деятельности [Текст] / И. В. Шишко : автореф. дис. ... д-ра юрид. наук. – Екатеринбург, 2004. – 38 с.

538. Язухин, А. Н. Медицинский персонал как специальный субъект в преступлениях, связанных с нарушением профессиональных обязанностей [Текст] / А. Н. Язухин : автореф. дис. ... канд. юрид. наук. – Свердловск, 1986. – 18 с.

Словари

539. Александрова, З. Е. Словарь синонимов русского языка [Текст] / З. Е. Александрова / под ред. Л. А. Чешко. Изд. 4-е, репродуцированное. – М. : «Русский язык», 1975. – 600 с.

540. Богоград, В. Б. Краткий словарь биологических терминов [Текст] / В. Б. Богоград, А. С. Нехлюдова. – М., 1963.

541. Большая медицинская энциклопедия [Текст]. – М., 1958. Т. 5.

542. Большая медицинская энциклопедия [Текст] / гл. ред. Б.В. Петровский. 3-е изд. – М., 1978.

543. Большой толковый словарь русского языка [Текст] / сост. и гл. ред. С. А. Кузнецов. – СПб.: «Норинт», 1998. – 1536 с.

544. Большой энциклопедический словарь [Текст] / гл. ред. А.М. Прохоров. М.: Большая Российская энциклопедия; СПб.: Норинт, 1998. – 1456 с.

545. Крысин, Л. П. Толковый словарь иностранных слов [Текст] / Л. П. Крысин. – М. : Эксмо, 2009. – 944 с.

546. Лопатин, В. В. Русский толковый словарь [Текст] / В. В. Лопатин, Л. Е. Лопатина. – 5-е изд., стереотип. – М. : Рус.яз., 1998. – 832 с.

547. Ожегов, С. И. Словарь русского языка [Текст] / С. И. Ожегов. 4-е изд. стереотип. – М., 1997. – 768 с.

548. Ожегов, С. И. Толковый словарь русского языка [Текст] / С. И. Ожегов, Н. Ю. Шведова. – М., 2008. – 944 с.

549. Словарь русского языка [Текст]: В 4 т. – М., 1986. Т. 2.

550. Словарь русского языка [Текст] : В 4 т. – М., 1988. Т. 4.

551. Словарь иностранных слов и выражений [Текст] / авт. – сост. Е. С. Зенович. – М. : Олимп, 1998. – 608 с.

552. Современный словарь иностранных слов [Текст]. – СПб., 1994.

553. Философский энциклопедический словарь [Текст] / под ред. Л. Ф. Ильичева, П. Н. Федосеева, С. М. Ковалева, В. Г. Панова. – М., 1983.

554. Энциклопедический словарь [Текст] / Издатели Ф. А. Брокгауз, И. А. Ефрон. Т. XII. – СПб., 1894.

Электронные источники

555. Дело о трансплантации органов в 20-й больнице Москвы передано в суд [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.newsru.com/crime/10aug2004/transpl.html> (дата обращения: 12.03.2008).

556. Заявление Церковно-общественного Совета по биомедицинской этике при Московском Патриархате «Об этической недопустимости клонирования человека» (20 октября 1999 г.) [Электронный ресурс] // Официальный сайт Московского Патриархата – URL: <http://www.patriarchia.ru>. (дата обращения: 15.06.2012).

557. Клинические исследования в России: итоги 2008 года [Электронный ресурс] // Официальный сайт Synergy Research Group (Ведущая российская контрактная исследовательская организация). – URL: <http://www.synrg-pharm.ru>. (дата обращения: 25.07.2012).

558. Клинические исследования в России: итоги 2009 года [Электронный ресурс] // Официальный сайт Synergy Research Group (Ведущая российская контрактная исследовательская организация). – URL: <http://www.synrg-pharm.ru>. (дата обращения: 24.07.2012).

559. Клинические исследования в России: итоги 2010 года [Электронный ресурс] // Официальный сайт Synergy Research Group (Ведущая российская контрактная исследовательская организация). – URL: <http://www.synrg-pharm.ru>. (дата обращения: 24.07.2012).

560. Клинические исследования в России: итоги 2011 года [Электронный ресурс] // Официальный сайт Synergy Research Group (Ведущая российская контрактная исследовательская организация). – URL: <http://www.synrg-pharm.ru>. (дата обращения: 24.07.2012).

561. Основы социальной концепции Русской Православной Церкви (приняты на Юбилейном Архиерейском Соборе Русской Православной Церкви 13-16 августа 2000 г.) [Электронный ресурс] // Официальный сайт Московского Патриархата. – URL: <http://www.patriarchia.ru>. (дата обращения: 15.06.2012).

562. Письмо Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития от 3 декабря 2010 г. №04И-1248/10 «О контрольных мероприятиях в сфере клинических исследований» [Электронный ресурс] // Официальный сайт Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения (Росздравнадзора). – URL: <http://www.roszdravnadzor.ru>. (дата обращения: 27.07.2012).

563. Письмо Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития (Росздравнадзора) от 30 декабря 2011 г. №04И-1395/11 «О предоставлении информации по проверкам доклинических и клинических исследований в 2011 г.» [Электронный ресурс] // Официальный сайт Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения (Росздравнадзора). – URL: <http://www.roszdravnadzor.ru>. (дата обращения: 25.07.2012).

Литература на иностранных языках

564. Alpmann Brockhaus. Fachlexikon Recht. Leipzig-Mannheim: F. A. Brockhaus-Alpmann Schmidt, 2004.

565. Baker T. The medical malpractice myth. The University of Chicago Press. – Chicago and London. – 2005. – 214 p.

566. Bertalanffy L. General System Theory. Foundations. Development. Applications. N.Y., 1969.

567. Boyle J.M., Jr. The Concept of Health and the Right to Health / Social Thought, Summer, Vol. 3, 1977, pp. 5-17.

568. Botnaru S., Savga A., Grosu V., Grama M. Drept penal. Partea generala. – Chisinau: Cartier, 2005. S. 24.

569. Byk C. Prawo do zdrowia jako prawo konstytucyjne. // - Państwo i Prawo. – W-wa, 2000. № 9. - S. 22-31.
570. Corbett A. A reformulation of the right to recover compensation for medically related injuries in the tort of negligence // Sydney law rev. – Vol. 19, № 2. – P. 141-178.
571. Cruz P. de A Modern Approach to Comparative Law. Kluwer, 1993. P. 89.
572. Galanzka M. Prawo francuskie wobec embrionu in vitro. - // Ibid. – № 6. – S. 63-74.
573. Glendon M., Gordon M., Osakwe Ch. Comparative Legal Traditions in Nutshell. St. Paul. Minn., 1982.
574. Hall Y. General Principles of Criminal Law. Indianapolis, 1947.
575. Holtrust N., Hendriks A.C. and Bauduin D.M.J. De betekenis van artikel 12 vrouwenverdrag voor Nederland: gezondheid als recht. Den Haag: Vuga, 1996.
576. Jones H.W., Edwards R.G., Seidel G.E. On attempts at cloning in the human // Fertil. a. Steril. – 1994. – Vol. 61. – № 3. – P. 423-426.
577. Idem. Negligent Behavior Should be Excluded from Penal Liability // Columbia law Rev. 1963. Vol. 63. № 4. P. 632.
578. Lipp M.R. Respectful Treatment: a Practical Handbook of Patient Care (2 nd Ed.). New York: Elsevier. 1986. - 383 p.
579. Liszewska A. Zgoda pacjenta na zabieg leczniczy // Państwo i Prawo. W-wa, 1997. - № 1. – S. 36-48.
580. Magnusson R. S. Confidentiality and consent in medical research: some recurrent, unresolved legal issues faced by IECs // Sydney law rev. – 1995. – Vol, № 4. – P.548-572.
581. Sigerist H.E. Medicine and Human Welfare. New Haven/London: Yale University Press/ Oxford University Press, 1941.
582. Wessels J., Hettinger M. Strafrecht. Besonderer Teil. B. 1. Straftaten gegen Persönlichkeitsund Gemeinschaftswerte. 22 Aufl. Heidelberg: C. F. Müller, 1999.
583. Yamake H. Asia and Human Rights / The international Dimensions of Human Rights. Vol. 2. P. 651-670.
584. Zoll A. Odpowiedzialność lekarza za niepowodzenie w leczeniu. Warszawa, 1988.
585. Zuhur S. Gender, sexuality and the criminal laws in the Middle East and North Africa: a comparative study. WWHR. 2005.

Архивы. Судебная практика

586. Архив Пятигорского городского Суда Ставропольского края. Дело № 1-1049/2002.
587. Кассационное определение Верховного Суда РФ от 19.04.2005 г. № 5-О05-48 // Официальный сайт Верховного Суда РФ [Электронный ресурс]. – URL: http://supcourt.ru/stor_pdf.php?id=115394 (дата обращения: 12.03.2008).

588. Кассационное определение Псковского областного суда от 23 июня 2010 г. № 22-579 [Электронный ресурс]. URL: <http://actoscope.com> (дата обращения: 19.08.2013).

589. Кассационное определение СК по уголовным делам Верховного Суда РФ от 21 декабря 2006 г. № 5-О06-179 [Электронный ресурс] // Официальный сайт Верховного Суда РФ. – URL: http://supcourt.ru/stor_pdf.php?id=160916 (дата обращения: 12.03.2008).

590. Кассационное определение Судебной коллегии по уголовным делам Астраханского областного суда от 4 апреля 2011 г. № 22-1138/2011 // Архив Астраханского областного суда за 2011 г.

591. Определение Конституционного Суда РФ от 06.06.2002 N 115-О «Об отказе в принятии к рассмотрению жалобы гражданки Мартыновой Евгении Захаровны на нарушение ее конституционных прав пунктом 2 статьи 779 и пунктом 2 статьи 782 Гражданского кодекса Российской Федерации» // Вестник Конституционного Суда РФ. – 2003. – № 1.

592. Определение СК по уголовным делам Верховного Суда РФ от 29 марта 2006 г. № 5-О06-11 // Официальный сайт Верховного Суда РФ [Электронный ресурс]. – URL: http://supcourt.ru/stor_pdf.php?id=138648 (дата обращения: 12.03.2008 г.).

593. Постановление Благовещенского городского суда Амурской области от 20 июля 2012 г. по уголовному делу № 1-712/12 // Архив Благовещенского городского суда Амурской области за 2012 г.

594. Постановление Боровского районного суда Калужской области от 17 мая 2012 г. по уголовному делу № 1-73/2012 // Архив Боровского районного суда Калужской области за 2012 г.

595. Постановление Кормиловского районного суда Омской области от 14 января 2014 г. по уголовному делу № 1-2/2014 // Архив Кормиловского районного суда Омской области за I квартал 2014 г.

596. Постановление Ленинского районного суда г. Пензы от 6 марта 2014 г. [Электронный ресурс] // Официальный сайт Ленинского районного суда г. Пензы // URL: http://leninsky.pnz.sudrf.ru/modules.php?name=press_dep&op=1&did=633 (дата обращения: 26.03.2014).

597. Постановление Президиума Верховного Суда РФ от 11 октября 2006 г. № 429-П06 // Официальный сайт Верховного Суда РФ [Электронный ресурс]. – URL: http://supcourt.ru/stor_pdf.php?id=155542 (дата обращения: 12.03.2008).

598. Постановление Южно-Сахалинского городского суда от 30 июля 2012 г. по уголовному делу № 1-386/12 // Архив Южно-Сахалинского городского суда за 2012 г.

599. Практика Верховного Суда РСФСР по рассмотрению в кассационном порядке и в порядке надзора дел о возмещении вреда // Бюллетень ВС РСФСР. – 1971. – № 10. – С. 6-8.

600. Приговор Балаковского районного суда Саратовской области от 11 сентября 2012 г. по уголовному делу № 1–443 // Архив Балаковского районного суда Саратовской области за 2012 г.

601. Приговор Вяземского районного суда Смоленской области от 15 августа 2011 г. по уголовному делу № 1-157/2011 // Архив Вяземского районного суда Смоленской области за 2011 г.

602. Приговор Златоустовского городского суда Челябинской области от 19 апреля 2011 г. по уголовному делу № 10 – 28/11 // Архив Златоустовского городского суда Челябинской области за 2011 г.

603. Приговор Кузьминского районного суда г. Москвы от 16 мая 2011 г. по уголовному делу № 1-329/11 17с // URL: <http://actoscope.com/cfo/omscow/kuzminsky-msk/ug/1/prigovor-prichinenie-smerti-ro11072011-2602286/> (дата обращения: 17.08.2013).

604. Приговор Лиманского районного суда Астраханской области от 9 марта 2011 г. // Архив Лиманского районного суда Астраханской области за 2011 г.

605. Приговор Московского городского суда от 1 марта 2005 г. №2-9/05 // Официальный сайт Московского городского суда [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.mos-gorsud.ru/> (дата обращения: 12.03.2008).

606. Приговор Промышленного районного суда г. Смоленска от 24 декабря 2010 г. по уголовному делу 1-296/10 // Архив Промышленного районного суда г. Смоленска за 2010 г.

607. Приговор Трусовского районного суда г. Астрахани от 6 августа 2012 г. по уголовному делу № 1-286/2012 // Архив Трусовского районного суда г. Астрахани за 2012 г.

608. Приговор Усольского районного суда Пермского края от 28 декабря 2010 г. по уголовному делу № 10-8/2010 АП // Архив Усольского районного суда Пермского края за 2010 г.

609. Приговор Усть-Ишимского районного суда Омской области от 2 февраля 2011 г. по уголовному делу № 10–1/2011 // Архив Усть-Ишимского районного суда Омской области за 2011 г.

Приложение 1

Результаты анкетирования населения

Респонденты: 420 человек, представляющих различные социальные группы населения Чувашской Республики, Ставропольского края, Астраханской и Саратовской областей.

Цель проводимого анкетирования – выяснить отношение населения к проблеме уголовно-правовой охраны прав и свобод пациента.

Вопрос / варианты ответов	Количество ответов	Процент от всех опрошенных
1. Считаете ли Вы, что правовой статус пациента получил достаточную регламентацию в системе отечественного законодательства?		
а) да	26	6,2%
б) да, но требует дальнейшей оптимизации	141	33,6%
в) нет	178	42,4%
г) затрудняюсь ответить	75	17,9%
д) иное	0	0,0%
2. Испытывают ли потребность в охране средствами уголовного закона права и свободы пациента?		
а) да	386	91,9%
б) нет, так как их соблюдение гарантируется нормами профессиональной медицинской этики	17	4,0%
в) нет, поскольку для их обеспечения достаточен потенциал иных отраслей права;	0	0,0%
г) затрудняюсь ответить	8	1,9%
д) иное	9	2,1%
3. Приходилось ли Вам сталкиваться с фактами нарушения прав и свобод пациента со стороны медицинских работников?		
а) сталкивался лично;	100	23,8%
б) сталкивались мои родственники, близкие друзья;	156	37,1%
в) сталкивались мои знакомые;	167	39,8%
г) не сталкивался;	73	17,4%
д) иное	0	0,0%
4. Оцените качество уголовного закона, охраняющего права и свободы пациента:		

а) очень высокое	2	0,5%
б) высокое	23	5,5%
в) среднее	284	67,6%
г) низкое	103	24,5%
д) практически нулевое	8	1,9%
5. Оцените качество реализации норм уголовного закона об охране прав и свобод пациента на правоисполнительном уровне:		
а) очень высокое	1	0,2%
б) высокое	15	3,6%
в) среднее	235	56,0%
г) низкое	168	40,0%
д) практически нулевое	1	0,2%
6. Оцените качество применения органами дознания, следствия, прокуратурой, судом уголовно-правовых норм, охраняющих права и свободы пациента:		
а) очень высокое	1	0,2%
б) высокое	41	9,8%
в) среднее	217	51,7%
г) низкое	135	32,1%
д) практически нулевое	26	6,2%
7. Укажите, пожалуйста, Ваш возраст:		
а) от 18 до 20 лет;	17	4,0%
б) от 21 до 25 лет;	286	68,1%
в) от 26 до 35 лет;	49	11,7%
г) от 36 до 50 лет;	34	8,1%
д) от 51 до 60 лет;	26	6,2%
е) старше 60 лет.	8	1,9%
8. Укажите, пожалуйста, Ваш пол:		
а) мужской;	200	47,6%
б) женский.	220	52,4%
9. Ваш социальный и профессиональный статус:		
а) работник правоохранительных органов;	46	11,0%
б) медицинский работник;	73	17,4%
в) научный работник;	76	18,1%
г) пенсионер;	18	4,3%
д) учащийся;	163	38,8%
д) иное	0	0,0%

Диаграмма 1

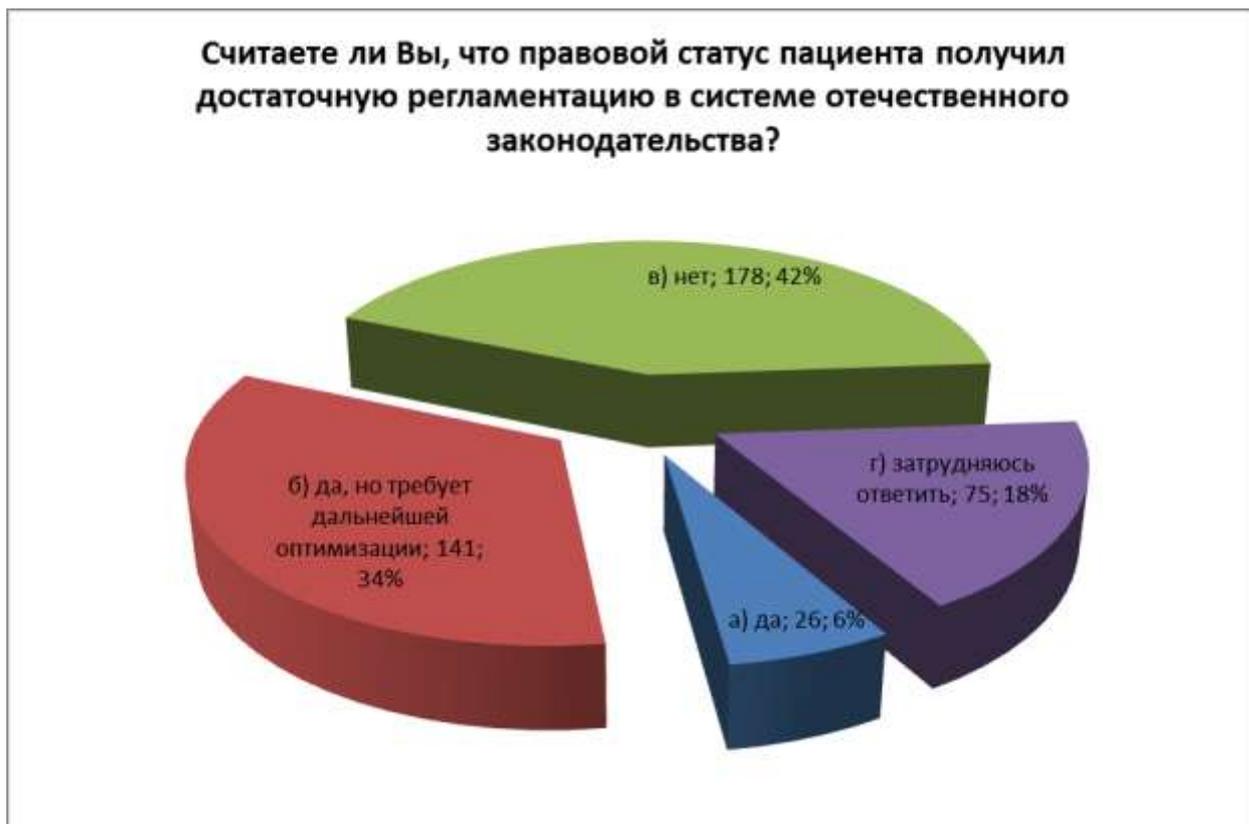


Диаграмма 2

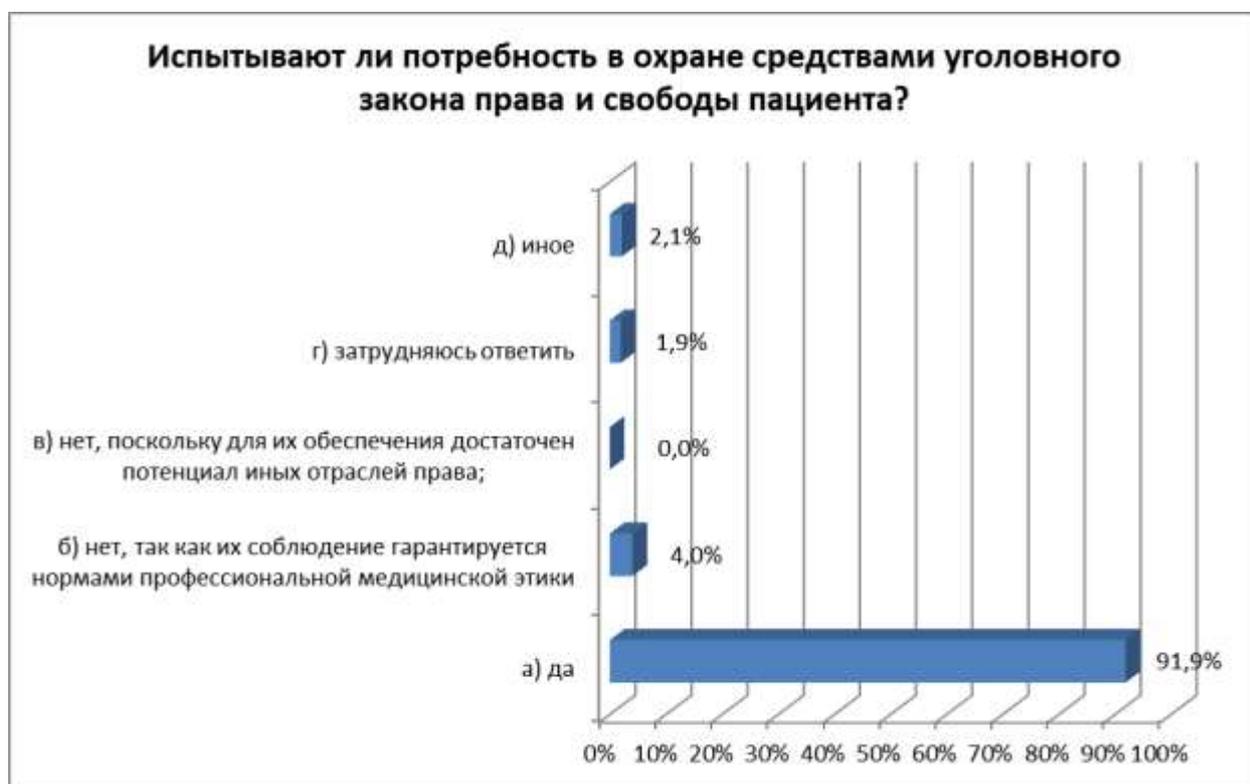


Диаграмма 3

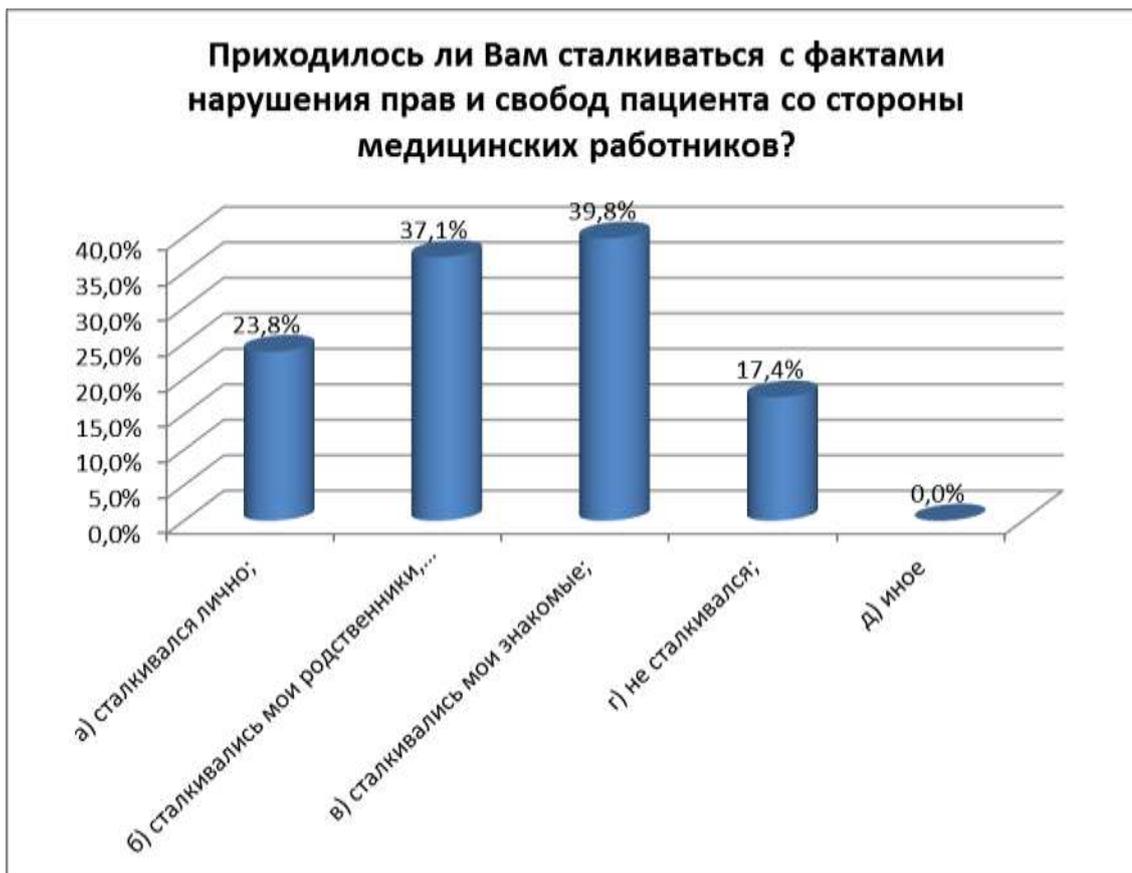


Диаграмма 4

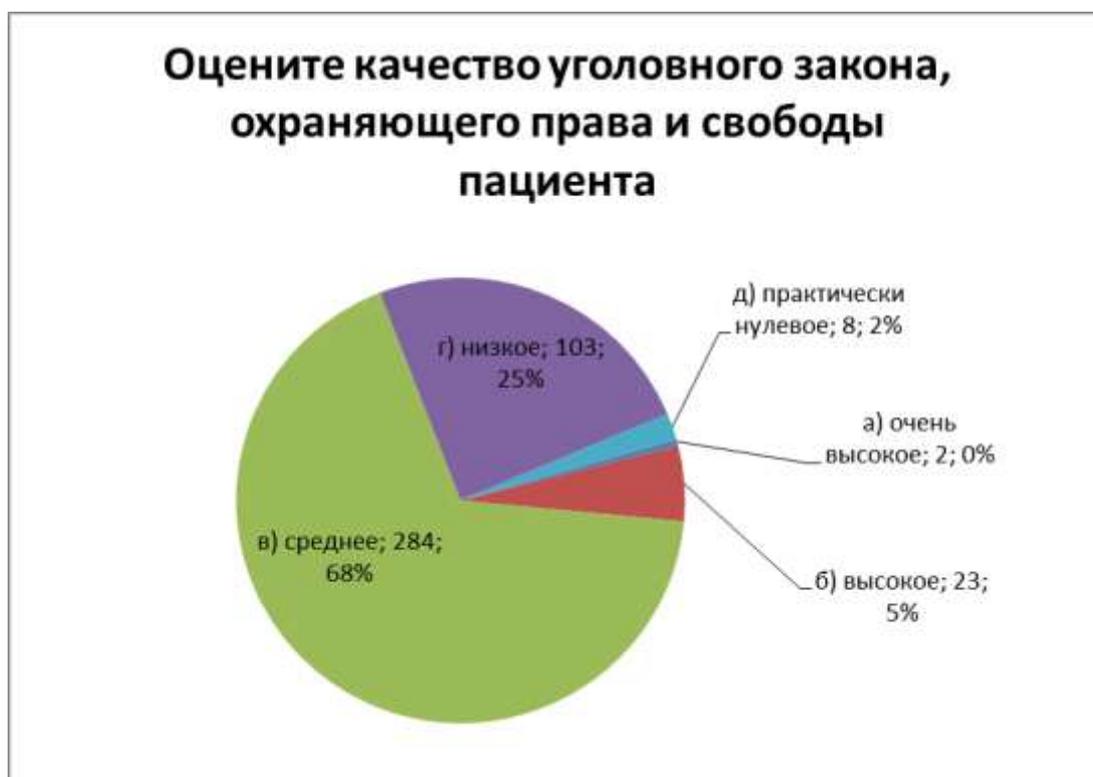
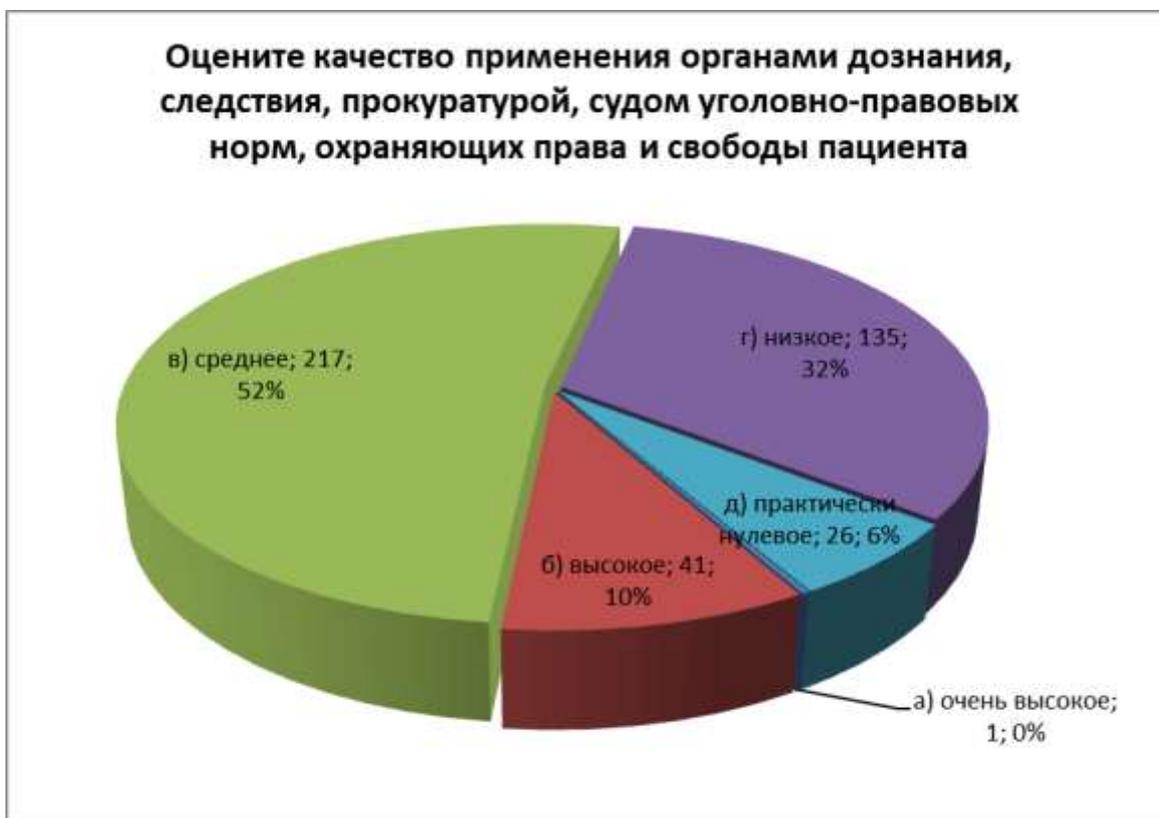


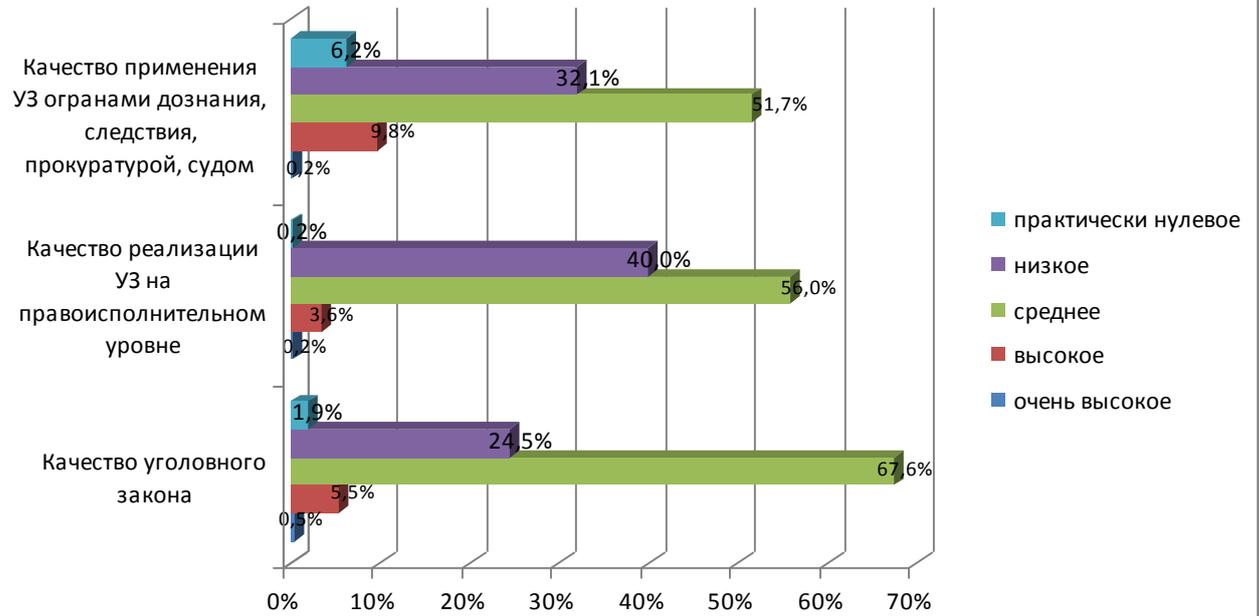
Диаграмма 5



Диаграмма 6



Оценка населением качества уголовного закона, охраняющего права и свободы пациента, на различных уровнях



Результаты анкетирования населения

Респонденты: 420 человек, представляющих различные социальные группы населения Чувашской Республики, Ставропольского края, Астраханской и Саратовской областей.

Цель анкетирования – выяснить отношение населения к возможностям современных биомедицинских технологий.

Вопрос / варианты ответов	Количество ответов	Процент от всех опрошенных
1. Осведомлены ли Вы об инновационных достижениях современной биомедицинской науки?		
а) да	93	22,1%
б) скорее да, чем нет	197	46,9%
в) скорее нет, чем да	92	21,9%
г) нет	38	9,0%
д) затрудняюсь ответить.	0	0,0%
2. Если Вам известны инновационные достижения современной биомедицинской науки, то какие ее разновидности?		
а) трансплантация органов и тканей	301	71,7%
б) вспомогательные репродуктивные технологии	115	27,4%
в) генная инженерия	166	39,5%
г) клонирование	139	33,1%
д) иное	28	6,7%
3. Как Вы оцениваете тенденции биомедицинских технологий в современном обществе?		
а) развитие биомедицинских технологий необходимо, но только для использования в научных целях	72	17,1%
б) биомедицинские технологии востребованы здравоохранительной практикой	164	39,0%
в) биомедицинские технологии способствуют повышению качества жизнедеятельности населения	142	33,8%
г) методика проведения биомедицинских исследований противоречит религиозным канонам вмешательства в сущность человека	7	1,7%
д) иное	35	8,3%
4. Допускаете ли Вы возможность использования разработок биомедицинских технологий для улучшения состояния здоровья и продления жизни своего и близких Вам лиц?		
а) да	172	41,0%

б) скорее да, чем нет	154	36,7%
в) скорее нет, чем да	80	19,0%
г) нет	9	2,1%
д) затрудняюсь ответить.	5	1,2%
5. Если Вы положительно ответили на предыдущий вопрос, то какими разновидностями биомедицинских технологий готовы воспользоваться либо уже воспользовались?		
а) трансплантация органов и тканей	224	53,3%
б) вспомогательные репродуктивные технологии	48	11,4%
в) косметология	130	31,0%
г) генная инженерия	66	15,7%
д) клеточные технологии	39	9,3%
е) клонирование	37	8,8%
ж) иное	0	0,0%
6. Допускаете ли Вы возможность принять участие в биомедицинских исследованиях?		
а) да, в качестве исследователя	36	8,6%
б) да, в качестве испытуемого	29	6,9%
в) да, только в случае объективной возможности оздоровления себя или моих близких средствами биомедицинских технологий	168	40%
г) нет.	187	44,5%
7. Какие, на Ваш взгляд, из перечисленных биомедицинских технологий не приемлемы для использования в медицинских целях?		
а) трансплантация органов и тканей	18	4,3%
б) репродуктивные технологии	65	15,5%
в) клонирование человека	286	68,1%
г) генная инженерия	55	13,1%
д) клеточные технологии	10	2,4%
е) иное	19	4,5%
8. Разделяете ли Вы позицию российского законодателя по введению моратории на клонирование человека?		
а) да	308	73,3%
б) частично, запрет на клонирование человека нужно предусмотреть в уголовном законе	73	17,4%
в) точнее нет, поскольку клонирование человека будет приносить больше пользы, чем вреда	1	0,2%
г) нет, законодатель не должен вмешиваться в процесс развития биомедицинской технологии	47	11,2%
д) иное	0	0,0%

9. Полагаете ли Вы, что за незаконное проведение биомедицинского исследования должна наступать уголовная ответственность?		
а) да, установление уголовной ответственности минимизирует вредоносное воздействие экспериментальной практики на права и свободы пациента	356	84,8%
б) установление уголовной ответственности излишне, достаточно закрепить ответственность в административном законодательстве	27	6,4%
в) не вижу смысла, поскольку в экспериментальной практике врачи руководствуются нормами профессиональной этики	9	2,1%
г) нет, установление уголовной ответственности тормозит развитие биомедицинской науки	20	4,8%
д) затрудняюсь ответить	8	1,9%
10. Какие факторы оказали на Вас влияние при формулировании ответов на поставленные вопросы:		
а) средства массовой информации	290	69,0%
б) личный жизненный опыт	186	44,3%
в) профессиональный опыт	27	6,4%
г) участие в научно-практических мероприятиях	66	15,7%
д) нравственные и религиозные предписания	83	19,8%
е) эмоциональное восприятие затронутых проблем	27	6,4%
ж) иные источники	0	0,0%
1. Возраст:		
а) от 18 до 20 лет	22	5,2%
б) от 21 до 25 лет	258	61,4%
в) от 26 до 35 лет	52	12,4%
г) от 36 до 50 лет	35	8,3%
д) от 51 до 60 лет	30	7,1%
е) старше 60 лет.	23	5,5%
2. Пол:		
а) мужской	200	47,6%
б) женский.	220	52,4%
3. Сфера занятости:		
а) рабочий,	45	10,7%
б) служащий	149	35,5%
в) учащийся	163	38,8%
г) не работающий пенсионер	18	4,3%
д) не имею работы	45	10,7%
е) иное	0	0,0%

Диаграмма 1

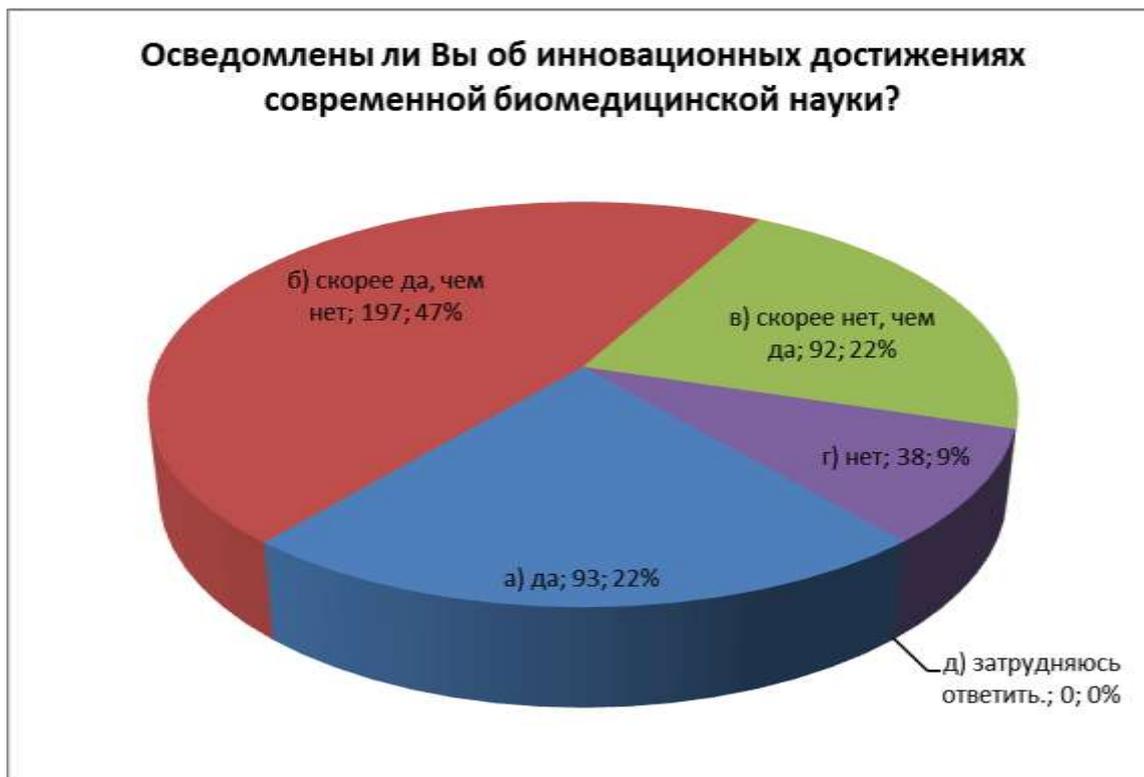


Диаграмма 2

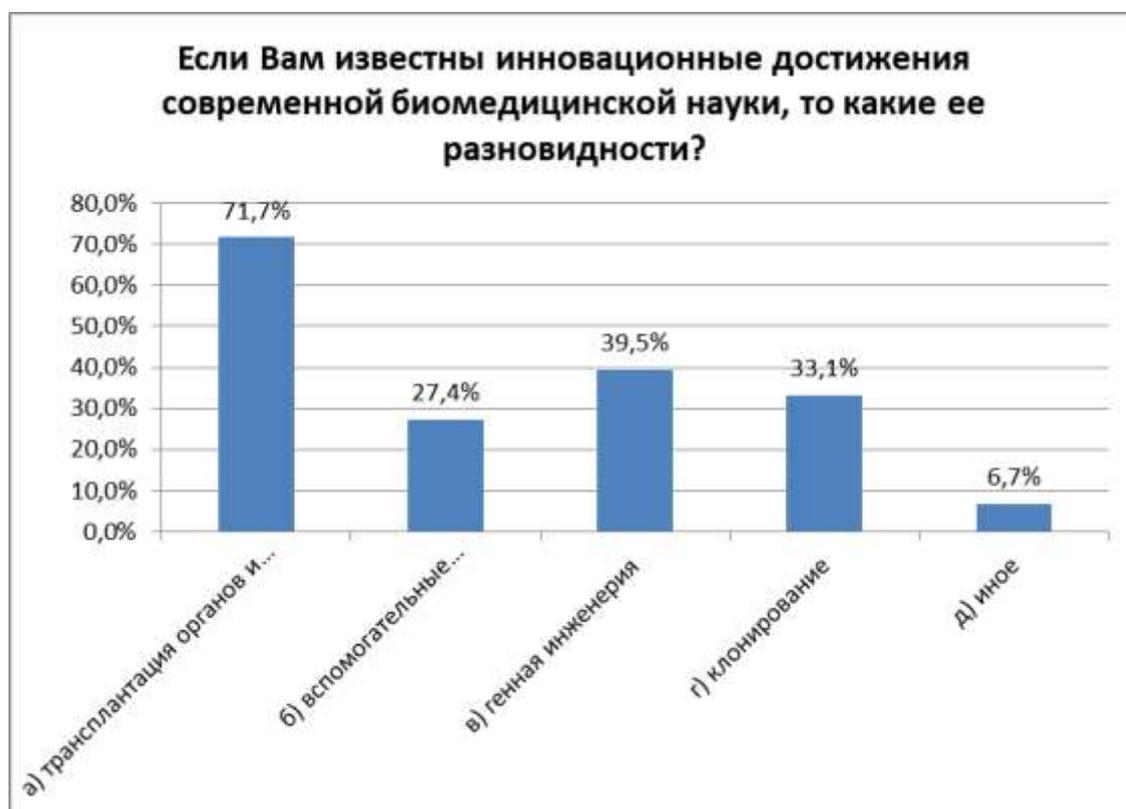


Диаграмма 3



Диаграмма 4

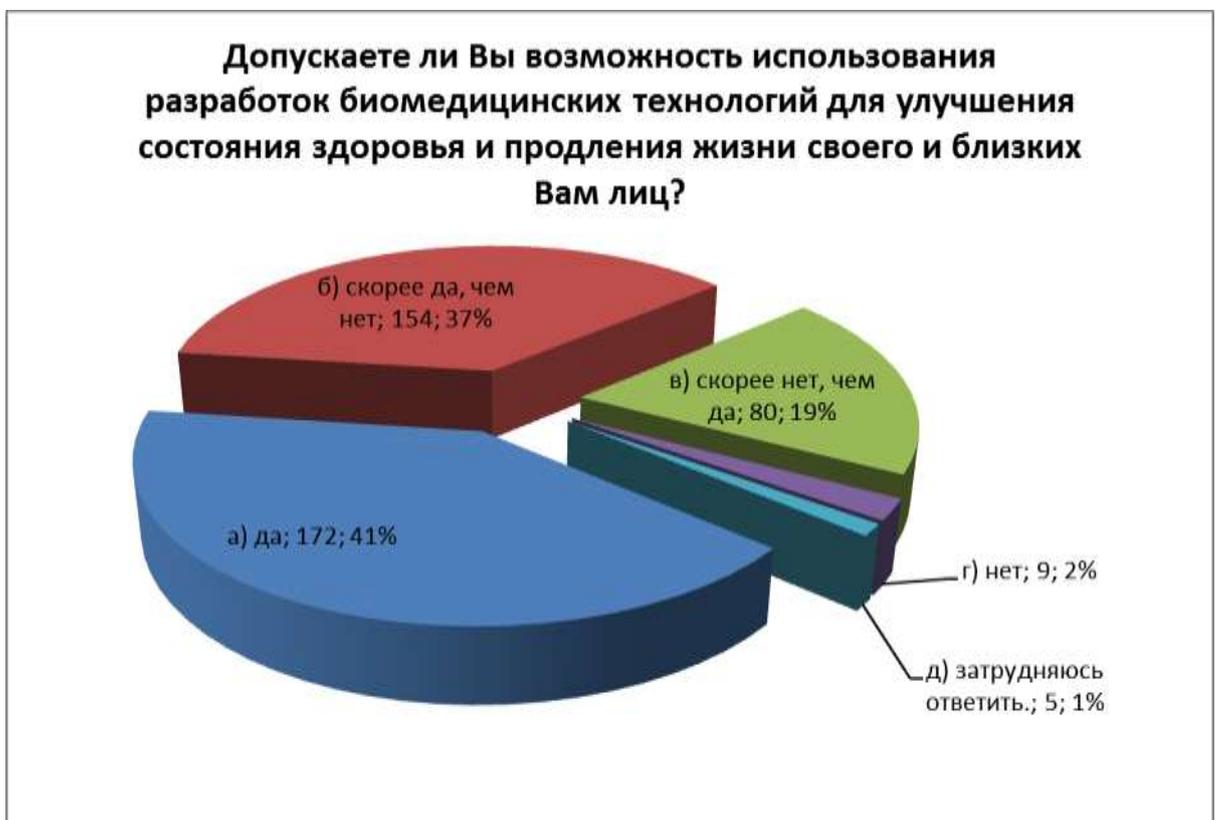


Диаграмма 5

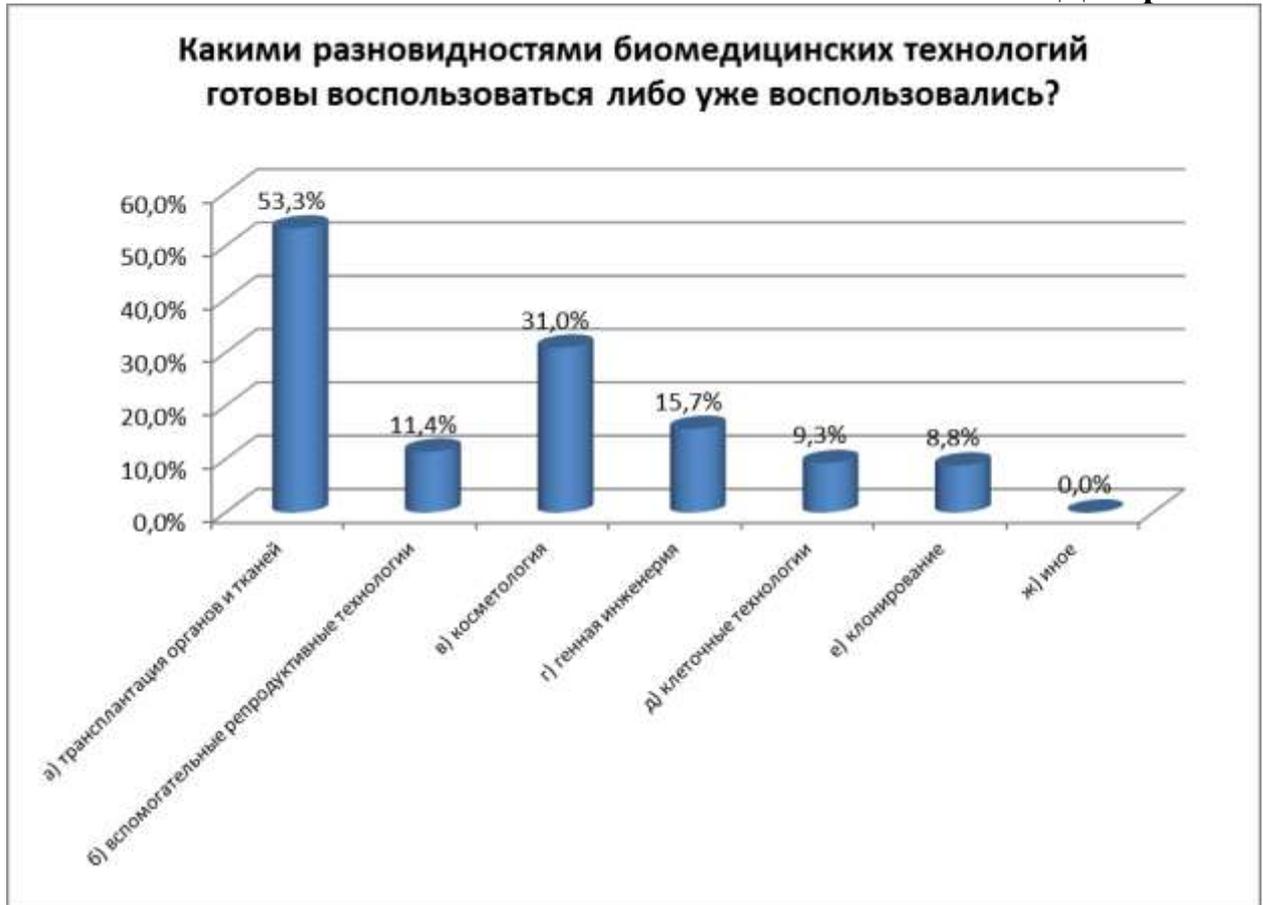


Диаграмма 6



Диаграмма 7



Диаграмма 8

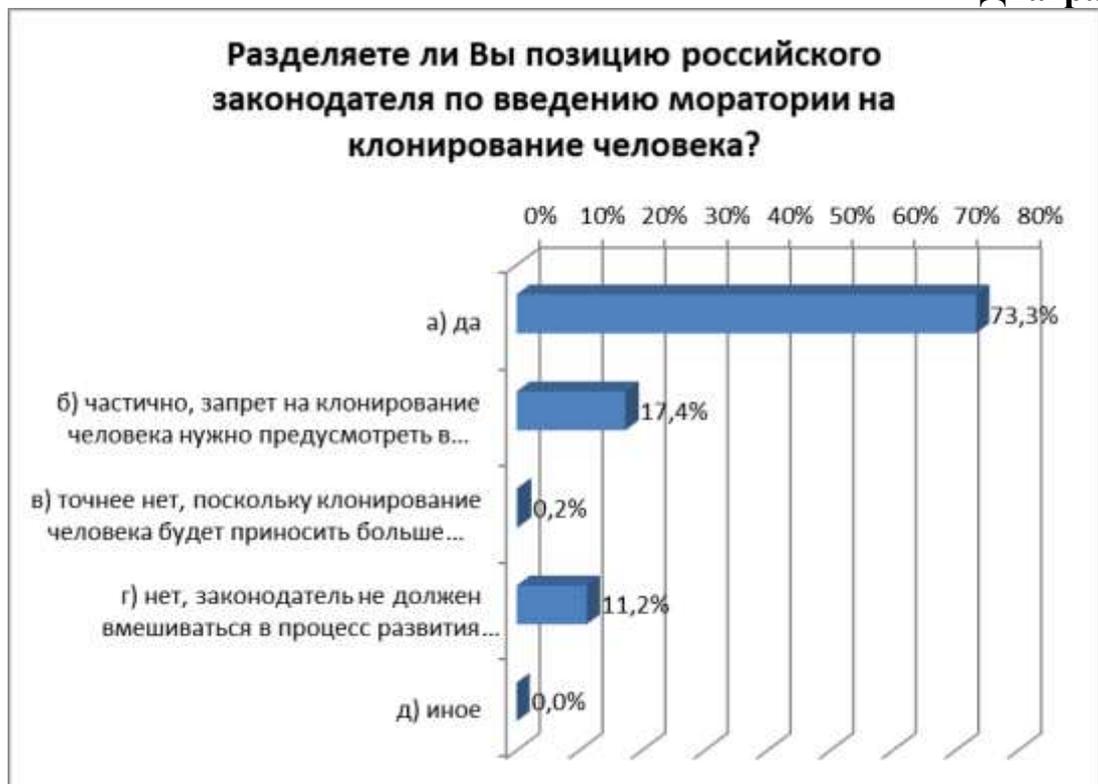
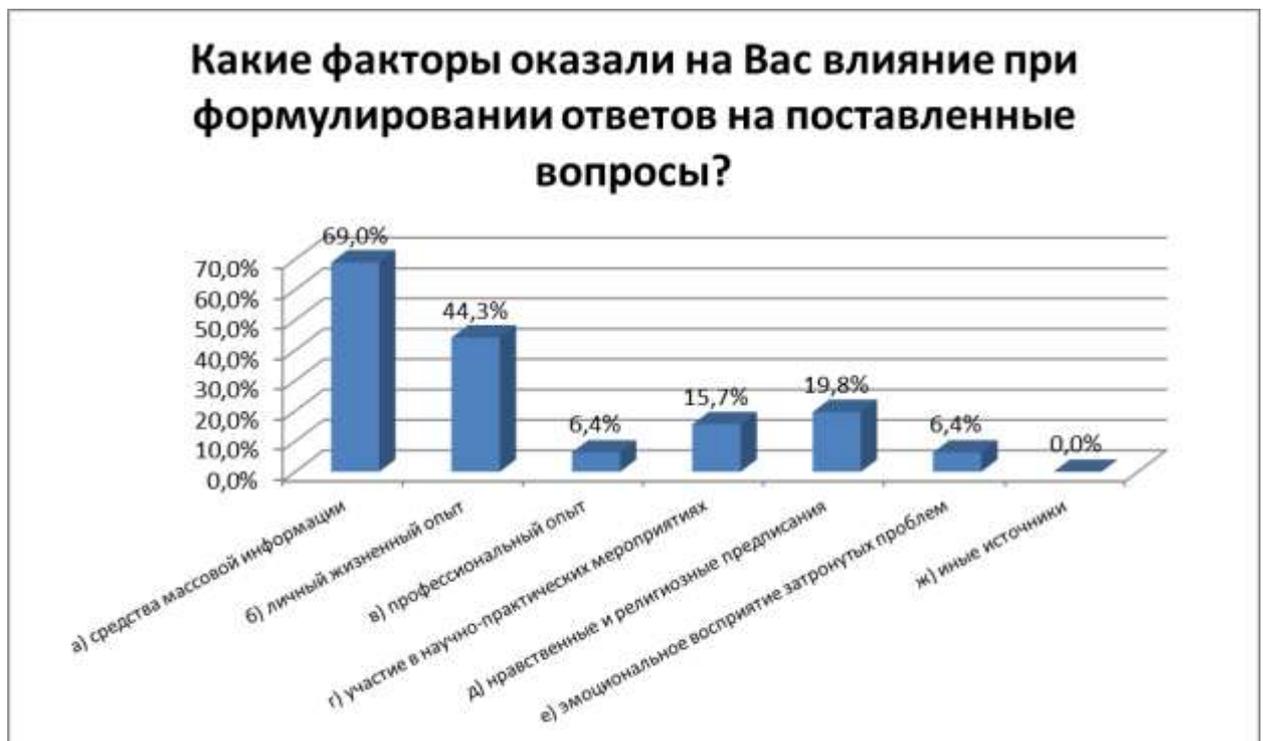


Диаграмма 9



Диаграмма 10



**Результаты опроса лиц,
профессионально занимающихся медицинской практикой**

Цель анкетирования – получение компетентных знаний для формулирования рекомендаций по повышению качества правового регулирования и охраны здравоохранительных отношений

Вопрос / варианты ответов	Количество ответов	Процент от всех опрошенных (121 человек)
1. Считаете ли Вы оправданным регламентацию профессиональной деятельности медицинских работников правовыми средствами?		
а) да, профессиональная деятельность медицинских работников испытывает потребность в регулировании юридическими нормами	52	43,0%
б) нет, поскольку в процессе исполнения профессиональных функций врачи руководствуются нормами профессиональной этики	20	16,5%
в) да, юридическое упорядочивание медицинской практики важно, но не является первостепенной задачей современной системы здравоохранения	49	40,5%
г) иное	0	0,0%
2. Что стимулирует Вас к исполнению профессиональных функций?		
а) исполняю профессиональные обязанности добровольно, следуя своему правосознанию и этике медицинского работника;	92	76,0%
б) в процессе реализации профессионального статуса руководствуюсь, прежде всего, стандартами оказания медицинской помощи, не принимая во внимание угрозу юридической ответственности;	22	18,2%
в) стимулом к качественному исполнению профессиональных функций выступает предусмотренная в трудовом, гражданско-правовом, административном или уголовном законодательстве ответственность;	4	3,3%
г) следую утвержденным профессиональным обязанностям в ситуациях, когда велик риск юридической ответственности;	3	2,5%
д) иное	10	8,3%
3. Как Вы считаете, повысит ли эффективность противодействия врачебной ошибке закрепление ее признаков в законодательстве?		
а) нет, поскольку врачебная ошибка неизбежна в медицинской практике и попытки ее предупреждение юридическими средствами заведомо бессмысленны;	53	43,8%

б) нет, так как юридическая наука и медицинская практика не сходятся в едином понимании врачебной ошибки;	38	31,4%
в) да, юридическое закрепление понятия врачебной ошибки будет стимулировать медицинских работников к надлежащему исполнению профессиональных функций;	30	24,8%
г) иное	0	0,0%

4. Должен ли, по Вашему мнению, медицинский работник нести юридическую ответственность за врачебную ошибку?

а) да, за врачебную ошибку медицинские работники обязаны нести ответственность в дисциплинарном порядке;	64	52,9%
б) должны нести ответственность в гражданско-правовом порядке;	18	14,9%
в) врачебная ошибка своим следствием предполагает административную ответственность, поскольку не обладает общественной опасностью;	7	5,8%
г) должны нести уголовную ответственность, поскольку врачебным ошибкам свойственен признак общественной опасности;	13	10,7%
д) нет, поскольку врачебная ошибка не характеризуется противоправностью.	19	15,7%

5. Приходилось ли Вам применять на пациентах экспериментальные методы диагностики, профилактики и лечения болезней?

а) никогда не применял	94	77,7%
б) редко, но приходилось	27	22,3%
в) применяю часто	0	0,0%
г) иное	0	0,0%

Пожалуйста, укажите Ваши данные:

1. Сфера Вашей медицинской деятельности:

а) акушерство и гинекология;	23	19,0%
б) кардиология;	7	5,8%
в) неврология;	8	6,6%
г) психиатрия;	31	25,6%
д) терапия;	6	5,0%
е) хирургия;	14	11,6%
ж) иная	32	26,4%

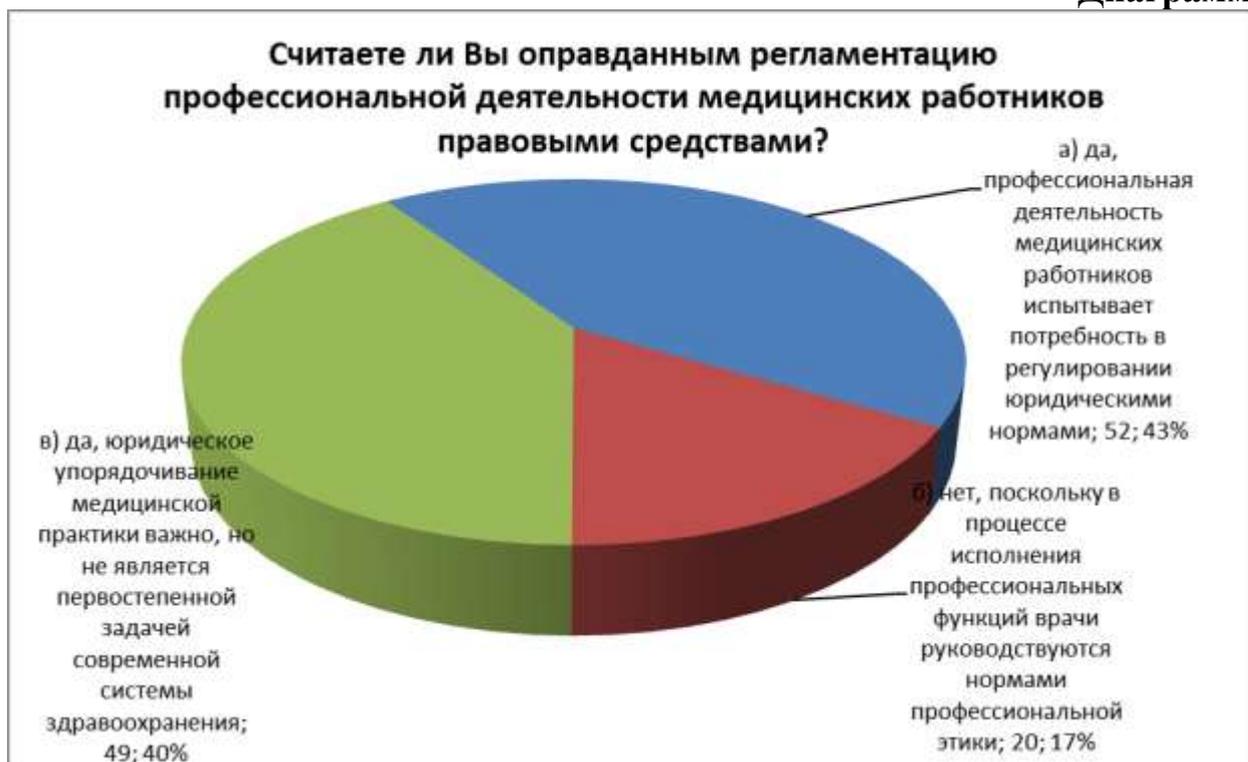
2. Стаж работы по профессии:

а) до 10 лет;	69	57,0%
б) от 10 до 20 лет;	13	10,7%
в) от 20 до 30 лет;	20	16,5%
г) более 30 лет.	19	15,7%

3. Пол:

а) мужской;	34	28,1%
б) женский.	87	71,9%

Диаграмма 1



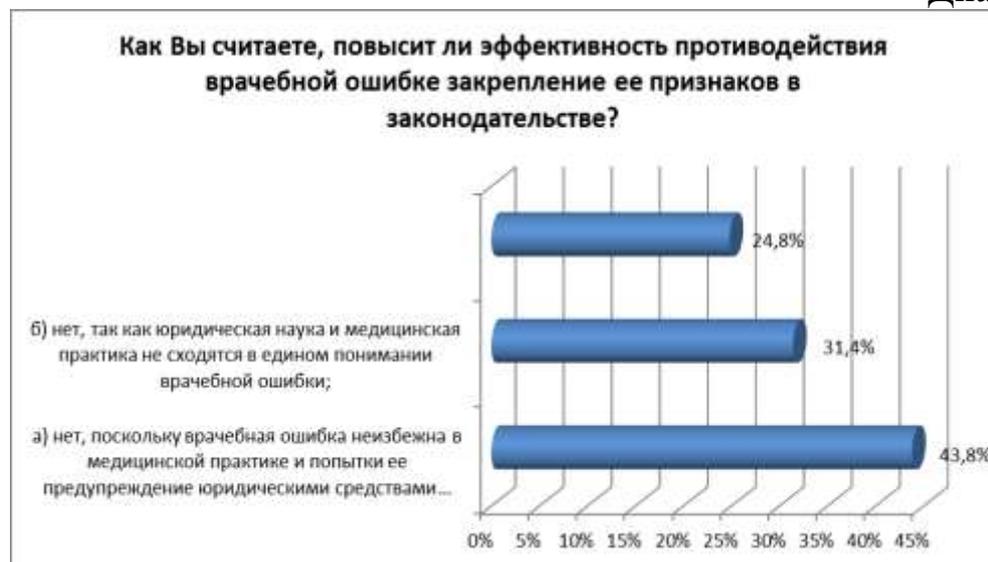


Диаграмма 4

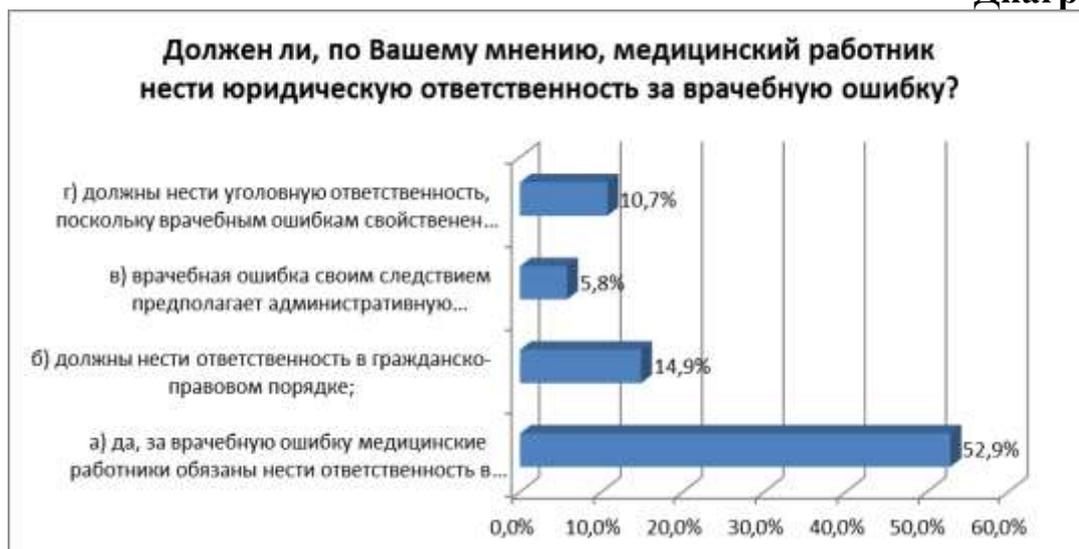


Диаграмма 5

