

УДК 614.88: 342. 92

**НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ПРАВОВОГО ОСНОВАНИЯ
ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
БЕЗ СОГЛАСИЯ ГРАЖДАНИНА В РФ**

Бышов Д.В.,

к.и.н.,

*Мордовский государственный университет имени Н.П. Огарёва,
Саранск, Россия*

Горя Я. А.,

студентка,

*Мордовский государственный университет имени Н.П. Огарёва,
Саранск, Россия*

Аннотация:

В статье проводится комплексный анализ правовых оснований оказания медицинской помощи без согласия гражданина или его законного представителя в Российской Федерации. Исследуется баланс между фундаментальным правом личности на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и случаями, когда такое вмешательство допустимо в принудительном порядке.

Также рассматривает нормативное закрепление соответствующих исключений в федеральном законодательстве, анализирует критерии их правомерного применения, а также возникающие правовые и этические коллизии. На конкретном примере из судебной практики демонстрируются сложности правоприменения и подходы к разрешению споров.

Ключевые слова: медицинское вмешательство, информированное добровольное согласие, право на охрану здоровья, интересы общества, принудительные меры

медицинского характера, опасность для окружающих, неотложная помощь, недееспособность.

LEGAL GROUNDS FOR PROVIDING MEDICAL CARE WITHOUT PATIENT CONSENT IN THE RF: THE CONFLICT BETWEEN INDIVIDUAL RIGHTS AND PUBLIC INTERESTS

Byshov D.V.,

Candidate of Historical Sciences,

Ogarev Mordovia State University,

Saransk, Russia

Gorya Ya. A.,

Student,

Ogarev Mordovia State University,

Saransk, Russia

Abstract:

This article provides a comprehensive analysis of the legal grounds for providing medical care without the consent of a citizen or his/her legal representative in the Russian Federation. It examines the balance between the fundamental individual right to informed voluntary consent to medical intervention and cases where such intervention is permissible on a compulsory basis.

The study also addresses the regulatory enshrinement of corresponding exceptions in federal legislation, analyzes the criteria for their legitimate application, and explores the resulting legal and ethical conflicts. Using a specific example from judicial practice, the article demonstrates the complexities of law enforcement and approaches to dispute resolution.

The aim of the article is to systematize the legal grounds for providing medical care without consent, analyze the conditions for their legitimacy, and identify problematic aspects of their implementation.

Keywords: medical intervention, informed voluntary consent, right to health protection, public interests, compulsory medical measures, danger to others, emergency care, incapacity.

Принцип информированного добровольного согласия (ИДС) является краеугольным камнем современной биомедицинской этики и права. В Российской Федерации он закреплен в ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – ФЗ № 323) [1], согласно которой необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача пациентом или его законным представителем ИДС. Данное право корреспондирует с конституционными гарантиями неприкосновенности частной жизни (ст. 23 Конституции РФ) [2] и права на свободу и личную неприкосновенность (ст. 22 Конституции РФ).

Однако абсолютный характер этого принципа вступает в противоречие с иными конституционно защищаемыми ценностями: правом на жизнь и охрану здоровья как самого пациента, так и третьих лиц, а также с интересами общественной безопасности. Законодатель, разрешая эту коллизию, устанавливает исчерпывающий перечень исключений, допускающих медицинское вмешательство без согласия. Актуальность исследования обусловлена высокой социальной значимостью вопроса, тонкой гранью между необходимой помощью и неправомерным вмешательством в частную жизнь, а также сложностями в правоприменительной практике, требующими четкого доктринального осмыслиния.

Основным нормативным актом, регулирующим данный вопрос, является ФЗ № 323. Статья 20 устанавливает следующие исключения из общего правила о необходимости ИДС:

1. Неотложная помощь при угрозе жизни пациента, а также его бессознательном состоянии, когда законный представитель отсутствует или недоступен. Критерием является невозможность получить согласие по объективным причинам при наличии непосредственной угрозы. Решение принимается консилиумом или (при его невозможности) лечащим (дежурным) врачом с последующим уведомлением должностных лиц медучреждения и законного представителя.

2. Наличие заболевания, представляющего опасность для окружающих.

Перечень таких заболеваний утверждается Правительством РФ (напр., холера, чума, ВИЧ-инфекция в отдельных аспектах, активная форма туберкулеза и др.). Вмешательство направлено на защиту публичного интереса в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия.

3. Тяжелое психическое расстройство пациента, в связи с которым он не способен осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия). Вопрос о неспособности дать ИДС решается врачебной комиссией или судом [3].

4. Проведение судебно-медицинской и судебно-психиатрической экспертизы по основаниям и в порядке, установленным процессуальным законодательством.

5. Оказание медицинской помощи в отношении лиц, совершивших общественно опасные деяния (преступления) и подвергнутых принудительным мерам медицинского характера на основании судебного решения (регламентируется Уголовным кодексом РФ) [4].

Отдельным и специфическим основанием является *оказание помощи без согласия родителей/законных представителей несовершеннолетним* в случаях, когда такое промедление, по мнению врачей, угрожает жизни ребенка (ч. 2 ст. 20 ФЗ № 323), а также при обращении несовершеннолетнего старше 15 лет (или больного наркоманией с 16 лет) за помощью, касающейся отдельных видов вмешательств (консультации, диагностика ВИЧ и т.д.).

Важно отметить, что основания, *связанные с психическим расстройством и опасными заболеваниями, не отменяют необходимость по возможности информировать пациента о проводимых процедурах.* Процедурные гарантии (решение комиссии, консилиума, суда) призваны минимизировать риски произвольного применения принуждения.

Пример из правоприменительной практики

Обстоятельства дела: Гражданин К., страдавший хроническим психическим расстройством, был в неотложном порядке госпитализирован в психиатрический стационар без его согласия по решению врача-психиатра в связи с тем, что его обследование и лечение были возможны только в стационарных условиях, а оставление без помощи являлось опасным для него самого. В дальнейшем госпитализацию продлила судебная комиссия. К. оспорил законность госпитализации, считая, что его состояние не представляло непосредственной опасности для него или окружающих [6, 205].

Позиция суда: Верховный Суд РФ указал, что для недобровольной госпитализации по основаниям, предусмотренным Законом РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», недостаточно лишь тяжести состояния и необходимости стационарного лечения. Необходимо и достаточно наличие *непосредственной опасности самого пациента для себя или окружающих.* Суд тщательно проанализировал медицинские документы и заключил, что представленные доказательства не подтверждали с достаточной конкретностью наличие такой непосредственной опасности на момент первичной госпитализации. Таким образом, были нарушены требования закона, и госпитализация была признана незаконной.

Данный случай подчеркивает, что исключительные основания для вмешательства без согласия, особенно в чувствительной сфере психиатрии, *толкуются судами ограничительно.* Бремя доказывания наличия всех критериев (непосредственная опасность, тяжесть расстройства) лежит на медицинской

Дневник науки | www.dnevniknauki.ru | СМИ ЭЛ № ФС 77-68405 ISSN 2541-8327

организации. Расплывчатые формулировки в медицинских документах могут привести к признанию вмешательства неправомерным, даже если медицинские показания для лечения объективно существовали [6, 325].

Пример из судебной практики

Принудительное лечение пациента в отделении реанимации и проблема «мнимого» согласия супруга.

Обстоятельства дела: Пациент С., 68 лет, был экстренно доставлен в стационар с клиникой острого нарушения мозгового кровообращения (инфаркта). На момент поступления он был в состоянии сопора, контакт с ним был резко затруднен. Лечащий врач, объяснив супруге пациента критичность состояния и необходимость срочного перевода в реанимационное отделение (ОРИТ) для проведения интенсивной терапии и респираторной поддержки, получил от нее устное согласие на все необходимые манипуляции. В течение 10 дней пациент находился в ОРИТ, где ему проводилась искусственная вентиляция легких (ИВЛ), медикаментозная терапия и другие вмешательства. После стабилизации состояния и перевода в общую палату пациент С. подал иск к медицинской организации о возмещении морального вреда. Он утверждал, что медицинская помощь была оказана ему без его добровольного информированного согласия, а согласие супруги в его ситуации было юридически ничтожным, так как он, хотя и с затруднениями, но мог воспринимать реальность и не был признан недееспособным в установленном законном порядке. Состояние сопора, по мнению истца, не лишило его полностью способности принимать решения, а врачи обязаны были более тщательно оценить его возможность дать согласие [7, 198].

Правовая позиция медицинской организации: Ответчик (больница) ссылался на п. 1 ч. 9 ст. 20 ФЗ № 323, утверждая, что ситуация была неотложной и угрожала жизни пациента. Отсутствие оформленного письменного согласия было обусловлено именно этой чрезвычайной ситуацией. Согласие супруги рассматривалось как согласие законного представителя в ситуации, когда сам

пациент не мог его выразить ввиду тяжести состояния. Медики действовали в интересах спасения жизни.

Судебное решение и его обоснование: Суд первой инстанции в удовлетворении иска отказал, приняв сторону медицинской организации. Однако апелляционная инстанция частично удовлетворила требования пациента, существенно снизив запрашиваемую сумму компенсации, но признав факт нарушения процедуры.

В своем решении суд апелляционной инстанции провел следующий правовой анализ, который мог бы быть подробно разобран в монографии:

Квалификация «неотложного состояния»: Суд согласился, что первоначальные действия (экстренная госпитализация, первые часы в реанимации) полностью подпадают под критерий оказания помощи при угрозе жизни, когда согласие не требуется. На этом этапе нарушения нет.

Переход из «неотложного» в «плановый» режим: Ключевым стал вывод суда о том, что после стабилизации жизненно важных функций (через 24-48 часов) состояние пациента, хотя и оставалось тяжелым, перестало быть сиюминутно жизнеугрожающим в смысле неизбежности смерти в ближайшие минуты/часы без вмешательства. Таким образом, исключительное основание для оказания помощи без какого-либо согласия перестало действовать.

Правовой статус супруги как «законного представителя»: Суд указал, что супруг не является автоматически законным представителем взрослого дееспособного (не признанного судом недееспособным) пациента, в отличие от родителей несовершеннолетних или опекунов. Ее согласие могло быть учтено как мнение близкого человека, но не заменяло собой процедуру, предусмотренную на тот случай, когда пациент не способен выразить волю, но ситуация уже не является неотложной. В такой ситуации (тяжелое состояние, но не экстренная угроза жизни) закон (ст. 20 ФЗ № 323) предписывает решение консилиума или (при его невозможности) лечащего врача с последующим уведомлением официально

назначенного законного представителя (которого у пациента не было) или органов опеки. Этой процедуры больница не выполнила.

Нарушение презумпции дееспособности: Суд отметил, что врачи не предприняли достаточных усилий, чтобы установить возможность самого пациента, находящегося в сопоре, дать хотя бы простое согласие на продолжение пребывания в ОРИТ и ИВЛ после минования остройшей фазы.

Данный казус наглядно демонстрирует важность динамической правовой оценки состояния пациента. Юридические основания для вмешательства без согласия могут меняться с течением времени. Медицинские показания для лечения не тождественны юридическим основаниям для его принудительного проведения. Распространенная практика получения согласия у близких родственников в случаях с недееспособными де-факто, но не де-юре пациентами создает серьезные правовые риски для лечебных учреждений. Суд требует не просто медицинской целесообразности, но и строгого соблюдения процессуальных гарантий, предусмотренных законом для защиты автономии воли пациента, особенно когда непосредственная угроза жизни миновала. Этот пример подчеркивает необходимость развития в клинической практике института временной недееспособности и четких внутрибольничных протоколов перехода от режима неотложной помощи к режиму, требующему иного юридического оформления [8, 114].

Таким образом, правовой институт оказания медицинской помощи без согласия представляет собой необходимый, но требующий максимально взвешенного подхода механизм разрешения конфликта между автономией личности и интересами общества и самого пациента. Российское законодательство в целом соответствует международным стандартам, закрепляя исчерпывающий перечень строгих исключений [9, 144].

Основные проблемы лежат в плоскости правоприменения: это критерии оценки «непосредственной опасности», качество доказательств в суде, оперативность получения судебных решений, а также этические дилеммы при

оказании неотложной помощи. Для минимизации рисков нарушения прав необходимы:

1. Четкие внутренние протоколы в медучреждениях на случай применения исключений.
2. Повышение правовой грамотности медицинских работников в части документального фиксирования обстоятельств, оправдывающих вмешательство без согласия.
3. Активное использование института независимой врачебной комиссии как гарантии объективности принятия решения.
4. Дальнейшая детализация разъяснений высших судов по вопросам оценки достаточности оснований для недобровольного вмешательства.

Только строгое соблюдение принципа законности и процессуальных гарантий позволяет использовать данный правовой инструмент исключительно в целях защиты основных конституционных ценностей, избегая произвола и сохраняя доверие к системе здравоохранения.

Библиографический список

- 1 Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ // Собрание законодательства РФ. – 2011. – № 48. – Ст. 6724.
2. Конституция Российской Федерации от 12 декабря 1993 г. // Российская газета. – № 144. – 4 июля 2020.
3. О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании: Закон Российской Федерации от 02.07.1992 № 3185-1 // Ведомость Съезда народных депутатов РФ и Верховного Совета РФ – 1992. – № 33 – Ст. 1913.
4. Уголовный кодекс Российской Федерации от 13 июня 1996 г. // Собрание законодательства РФ. – 1996. – № 25. – Ст. 2954.

ЭЛЕКТРОННЫЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ «ДНЕВНИК НАУКИ»

6. Григорьев И.Ю., Мохов А.А. Медицинское право: учебник для вузов. – М.: Статут, 2020. – 478 с.
7. Сергеев Ю.Д., Мохов А.А. Правовые основы здравоохранения в России. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 560 с.
8. Тихомиров А.В. Информированное добровольное согласие в медицине: пределы действия принципа // Медицинское право. – 2021. – № 4. – С. 12-18.
9. Этические и правовые проблемы оказания психиатрической помощи: коллективная монография / под ред. Т.Б. Дмитриевой. – М.: Проспект, 2018. – 256 с.