МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования

Оренбургская Государственная Медицинская Академия

Факультет последипломной подготовки специалистов

Кафедра поликлинической педиатрии с курсом ППС специалистов сестринского дела

Зав. кафедры д.м.н. профессор

Т.Н.Павленко

**КУРСОВАЯ РАБОТА**

**на ТЕМУ:**

**«ПрАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПЛАНИРОВАНИЯ СЕМЬИ».**

Выполнила интерн-менеджер сестринского дела

Марычева Наталия Анатольевна

Проверил доцент Кацова Г.Б.

ОРЕНБУРГ – 2005

**СОДЕРЖАНИЕ.**

Введение

Глава 1. Охрана репродуктивного здоровья населения РФ

1.1. Правовые проблемы планирования семьи

1.2. Правовое регулирование медицинской деятельности по искусственному прерыванию беременности

1.3.Правовые проблемы медицинской стерилизации

1.4.Правовые проблемы искусственного оплодотворения и суррогатного материнства

Глава 2.Уголовная ответственность работников здравоохранения в сфере охраны репродуктивного здоровья населения РФ

Заключение

Приложение

***Введение.***

В последнее десятилетие демографические процессы, происходящие в нашей стране, имеют ярко выраженный негативный характер. Низкая рождаемость в сочетании с высокой смертностью привели к эффекту депопуляции, выразившемуся в естественной убыли населения в подавляющем большинстве регионов страны и в России в целом. На углубление демографического кризиса влияет и отсутствие четкой демографической политики государства. Статья 38 Конституции РФ, гарантирующая государственную защиту материнства, детства и семьи, носит число декларативный характер, а не является действующей нормой. В связи с этим необходимо в рамках существующей концепции демографического развития срочно необходима конкретная по целям, срокам и средствам программа поощрения полной семьи с детьми, сочетаемая с продуманной эмиграционной политикой и мерами по укреплению здоровья и снижению смертности.

Геноцидна по своей сути и система программного вещания СМИ и полового воспита-ния детей и юношества. Как отметил патриарх Московский и Всея Руси Алексей II на церковно-общественном форуме «Духовно-нравственные основы демографического раз-вития России» (Москва, октябрь, 2004), одной из причин низкой рождаемости является широко распространенная практика искусственного прерывания беременности. Ежегодно за счет государственного бюджета проводится от 6 до 8 млн. абортов, СМИ ведут необъ-явленную войну против народа России и, прежде всего, против молодежи, проповедуя нравственную вседозволенность. Последствия этой войны ужасны: современные молодые люди относятся к беспорядочным сексуальным связям, как к «норме жизни». Результаты такой нормы общеизвестны: нежелательная беременность, аборты, бесплодие, венеричес-кие заболевания, СПИД, алкогольная и наркотическая зависимость, преждевременная смерть. Как образно высказался Патриарх «сея ветер свободных от нравственности идей, мы пожинаем бурю саморазрушения».

Немалую роль в этом саморазрушении нации играют западные программы социального маркетинга, насаждаемые в России, как бы они не назывались: «Репродуктивное здоровье молодежи», или «Половое воспитание школьников», «Планирование семьи» или «Безопасное материнство» имеют одинаковые скрытые цели: во-первых, провоцируют подростков на ранее начало половой жизни, формируют отношение к ней как к средству развлечения, а друг к другу – как к партнерам по сексу, а во-вторых, блокада репродук-тивной функции и осуществление политики демографического сдерживания[[1]](#footnote-1).

В целом в соответствии с «Докладом о развитии человеческого потенциала-2004», подготовленный экспертами ООН по данным за 2002 год из 175 стран мира, по индексу развития человеческого потенциала (ИРЧП) Россия занимает 57-е место. Как известно, он составлен на основе учета трех показателей: уровня продолжительности жизни; уровня образования и размера душевого ВВП в долларах с учетом покупательной способности каждой валюты в конкретной стране. Думаю, что тема материнства, отцовства, детства и семьи касается каждого человека вне зависимости от его статуса и будет актуальной всегда. Цель данной курсовой вскрыть проблемы правового обеспечения в области охраны репродуктивного здоровья населения Российской Федерации. Далее будут рассмотрены правовые проблемы планирования семьи, медицинской стерилизации, суррогатного материнства, а также методы правового регулирования медицинской деятельности по искусственному прерыванию беременности.

***Глава 1. Охрана репродуктивного здоровья населения РФ.***

***1.1. Правовые проблемы планирования семьи.***

Раздел 7 Основ Законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан

(в ред. Указа Президента РФ от 24.12.1993 № 2288; Федеральных законов от 02.03.1998 № 30-ФЗ, от 20.12.1999 № 214-ФЗ) называется «Медицинская деятельность по планирова-нию семьи и регулированию репродуктивной функции человека». В него включены всего три статьи, по­священные искусственному оплодотворению и имплантации эмбриона, искусственному прерыванию беременности и меди­цинской стерилизации.

***Раздел 7.***

*Медицинская деятельность по планированию семьи и регулированию репродуктивной функции человека.*

***Статья 35.***

*Искусственное оплодотворение и имплантация эмбриона.*

**Каждая совершеннолетняя женщина детородного возраста имеет право на искусственное оплодотворение и имплантацию эмбриона.**

**Искусственное оплодотворение женщины и имплантация эмбриона осуществляются в учреждениях, получивших лицензию на указанный вид деятельности, при наличии письменного согласия супругов (одинокой женщины).**

**Сведения о проведенных искусственном оплодотворении и имплантации эмбриона, а также о личности донора составляют врачебную тайну.**

**Женщина имеет право на информацию о процедуре искусственного оплодотворения и имплантации эмбриона, о медицинских и правовых аспектах ее последствий, о данных медико-генетического обследования, внешних данных и национальности донора, предоставляемую врачом, осуществляющим медицинское вмешательство.**

**Незаконное проведение искусственного оплодотворения и имплантации эмбриона влечет за собой уголовную ответственность, установленную законодательством Российской Федерации.**

***Статья 36.***

*Искусственное прерывание беременности.*

**Каждая женщина имеет право самостоятельно решать вопрос о материнстве. Искусственное прерывание беременности проводится по желанию женщины при сроке беременности до 12 недель, по социальным показаниям - при сроке беременности до 22 недель, а при наличии медицинских показаний и согласия женщины - независимо от срока беременности.**

**Искусственное прерывание беременности проводится в рамках программ обязательного медицинского страхования в учреждениях, получивших лицензию на указанный вид деятельности, врачами, имеющими специальную подготовку.**

**Перечень медицинских показаний для искусственного прерывания беременности определяется Министерством здравоохранения Российской Федерации, а перечень социальных показаний - положением, утверждаемым Правительством Российской Федерации.**

**Незаконное проведение искусственного прерывания беременности влечет за собой уголовную ответственность, установленную законодательством Российской Федерации.**

***Статья 37.***

*Медицинская стерилизация.*

**Медицинская стерилизация как специальное вмешательство с целью лишения человека способности к воспроизводству потомства или как метод контрацепции может быть проведена только по письменному заявлению гражданина не моложе 35 лет или имеющего не менее двух детей, а при наличии медицинских показаний и согласии гражданина - независимо от возраста и наличия детей.**

**Перечень медицинских показаний для медицинской стерилизации определяется Министерством здравоохранения Российской Федерации. Медицинская стерилизация проводится в учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения, получивших лицензию на указанный вид деятельности.**

**Незаконное проведение медицинской стерилизации влечет за собой уголовную ответственность, установленную законодательством Российской Федерации.**

Текстуальный анализ этих норм по­зволяет сделать вывод, что содержание раздела 7 не совпадает с его названием. Нормы, содержащиеся в ст. 35-37, регулируют гораздо более узкий круг вопросов, связанных с репродуктивным здоровьем. Причем две статьи из трех посвящены регламентации негативных способов регулирова­ния рождаемости — абортам и медицинской стерилизации. Нормы, которые содержатся в ст. 22 и 23 (см. Приложение), тоже не составляют полной картины регулирования отношений в сфере репродук­ции, хотя упоминают о медико-генетических консультациях при вступлении в брак, возможность получения бесплатных консультаций по вопросам планирования семьи и т. п.

Концепция демографического развития РФ на период до 2015 г., утвержденная постановлением Правительства РФ от 24 сентября 2001 г., в числе других мер, направленных на стимулирование рождаемости и укрепление семьи, называет повышение материального благосостояния, уровня и каче­ства жизни семьи, создание благоприятных условий для рож­дения, содержания и воспитания нескольких детей. Это мо­жет быть обеспечено, в том числе за счет совершенствования системы выплаты пособий гражданам, имеющим детей: повышения их размеров и обеспечения адресности.

Права беременных женщин и матерей, имеющих малолетних детей, тоже охватываются системой охраны репродуктивного здоровья. В этом плане важно отметить введение в це-лях стимулирования ранней диспансеризации беременных женщин, способствующей своевременному выявлению пато­логии в развитии беременности и более успешному ле-чению, единовременного пособия для женщин, вставших на учет в медицинских учреж-дениях в ранние сроки беременности (до 12 недель). Это пособие выплачивается допол-нительно к пособию по беременности и родам.

Пособие по беременности и родам по своему целевому на­значению аналогично пособию по временной нетрудоспособ­ности, т. к. оно по сути дела возмещает утраченный в связи с беременностью заработок, стипендию, денежное довольствие или иной трудовой доход. Вместе с тем пособия по беременно­сти и родам имеют ряд особенностей. Так, Р.С. Гарипов под­черкивает, что «беременность и роды, хотя и влекут времен­ную нетрудоспособность, не относятся к числу заболеваний, поскольку представляют собой нормальные физиологические функции женского организма, в законодательстве они рас­сматриваются как самостоятельное основание для предостав­ления иного пособия. С юридической точки зрения беремен­ность, роды, послеродовое состояние и необходимость ухода за новорожденным влекут предоставление женщине специ­ального отпуска, а временная нетрудоспособность предпола­гает лишь освобождение от работы. Все это говорит о том, что здесь мы имеем дело не с одним видом обеспечения, а с двумя самостоятельными пособиями»[[2]](#footnote-2).

**В соответствии со ст. 255 ТК РФ женщинам предоставляются отпуска по беременности и родам продолжительностью 70 ка­лендарных дней (при многоплодной беременности — 84) до** **родов и 70 (в случае осложненных родов — 86, при рождении 2 и более детей — 110) календарных дней после родов. Отпуск по беременности и родам исчисляется суммарно и предоставля­ется женщинам полностью независимо от числа дней, фактичес­ки использованных до родов. Пособие выплачивается за период отпуска по беременности и родам. При усыновлении ребенка в возрасте до 3 месяцев пособие по беременности и родам выплачивается за период со дня его усыновления и до истечения 70 календарных дней (в случае одновременного усыновления 2 и более детей — 110 дней) со дня рождения ребенка (детей) (ст. 257 ТК РФ). Порядок предоставления отпусков работникам, усыновившим ребенка, утвержден постановлением Правитель­ства РФ от 11 октября 2001 г. Им могут предоставляться отпуска по уходу за ребенком на период со дня усыновления ребенка и до истечения 70 календарных дней со дня его рождения, а при одновременном усыновлении 2 и более детей — 110 календар­ных дней, а также до достижения ребенком 3 лет. В случае усыновления ребенка обоими супругами указанные отпуска пре­доставляются одному из них. На период отпуска по уходу за ребенком до истечения 70 (а в указанных выше случаях — 110) дней со дня его рождения назначается и выплачивается пособие при усыновлении ребенка в порядке и размере, установленных для выплаты пособия по беременности и родам.**

Женщины, подлежащие государственному социальному страхованию, для назначения пособий по беременности и родам предъявляют листок нетрудоспособности. Листок нетрудос­пособности в данном случае выдается акушером-гинеколо­гом, апри его отсутствии — врачом, ведущим общий прием. При операции «подсадка эмбриона» листок выдается опери­рующим врачом на период с момента госпитализации до уста­новления факта беременности.

Концепция улучшения положения женщин в Российской Федерации, утвержденная постановлением Правительства РФ от 8 января 1996 г., предусматривает необходимость обеспе­чения минимального уровня потребления продуктов пита­ния, в том числе для беременных и кормящих матерей, по доступным ценам, а также реализации льгот, предусмотрен­ных законодательством о труде.

Предоставление социальных гарантий и льгот беременным женщинам и женщинам, имеющим детей, является лишь одним из элементов государственной системы регулирования рождаемости. Не менее важен вопрос о предохранении от нежелательной беременности. В этом плане необходимо обеспечить не только бесплатные консультации по вопросам пла­нирования семьи, но и доступность современных высокоэффективных контрацептивов. В медицинской литературе при­водятся примеры по организации профилактики абортов на отдельных предприятиях. Так, на Шахтинском хлопчатобумажном комбинате за год удалось снизить уровень абортов на 40,4%. Женщинам не только давали необходимые консульта­ции и подбирали противозачаточные средства, но и бесплатно их выдавали. Развитию отечественной индустрии контрацеп­тивов могло бы способствовать предоставление таким произ­водителям существенных налоговых льгот.

Помимо применения современных противозачаточных средств для реализации мер по планированию семьи и охране репродуктивного здоровья необходимо обеспечить профилак­тику и раннее выявление заболеваний половой сферы. Это соответствует принципу приоритета профилактических мер, на котором должна строиться национальная система здраво­охранения. К сожалению, число граждан, обращающихся в лечебные учреждения с профилактической целью, невелико. Так, по данным статистических исследований, число женщин, обращающихся в женские консультации для профилактических осмотров, составляет около 30%*.*

Рождение здорового потомства обеспечивается не только здоровьем матери, но и отца. Репродуктивная андрология сегодня широко представлена лишь в Скандинавских странах и в Центральной Европе.

Специализированная андрологическая помощь в нашей стране только начинает разви-вать­ся. Создаются центры репродуктивной медицины, которые оказывают помощь бес-плодным парам. Причины бесплодия различны (надо сказать, что анализы, необходимые для выяснения причин бесплодия и многие лекарственные препараты, применяемые в процессе лечения последнего, стоят достаточно дорого, что также может стать причиной отказа женщины с низким заработком от продолжения лечения). У женщин — перене-сенные ранее гинекологиче­ские заболевания, аборты. У мужчин возможно секреторное (нарушение процесса выработки и созревания сперматозои­дов), экскреторное (как прави-ло, это результат травм, воспа­лений и других повреждений семявыводящих путей, кото­рые становятся непроходимыми) и аутоиммунное (недоста­точность выработки мужских половых гормонов) бесплодие. Для его лечения применяются методы микрохирургии (в том числе эндоскопической и транскатетерной), репродуктивной эндокринологии, а также искусственного оплодотворения. Важно также исключить вредное воздействие неблаго-прият­ных производственных факторов, нормализовать ситуацию в области охраны труда.

В Комитете по охране здоровья Государственной Думы довольно давно обсуждается проект Федерального закона «О репродуктивных правах граждан и гарантиях их осуще­ствления». Под репродуктивными правами в этом законопро­екте понимаются права граждан на охрану репродуктивного здоровья и свободный выбор поведения в отношении рожде­ния или отказа от рождения ребенка в браке или вне брака, а также на медикосоциальную, информационную и консуль­тативную помощь, обеспечивающую этот выбор.

В проекте расширяется перечень репродуктивных прав, и в их числе предусматривается право мужчин на отложенное родительство, если их профессиональная деятельность или выполне­ние воинской обязанности сопряжены с риском утраты реп­родуктивного здоровья. По нашему мнению, в данном случае можно говорить не только о риске утраты репродуктивного здоровья, но и о риске для жизни. Право на отложенное родительство обеспечивается возможностью помещения спер­мы на хранение в учреждение, имеющее лицензию на прове­дение искусственного оплодотворения и имплантацию эмб­риона. В проекте закона более четко определяется содержание права на предупреждение нежелательной беременности, пра­ва на безопасное материнство.

***1.2. Правовое регулирование медицинской деятельности по искусственному прерыванию беременности.***

Нравственная оценка искусственного прерывания беремен­ности изменялась на протяжении человеческой истории. Е.Г. Афанасьева приводит в подготовленном ею рефератив­ном обзоре следующие данные. В античные времена аборты были распространены очень широко. Платон и Аристотель одобряли их как средство предупреждения чрезмерного роста населения. Если аборт производился добровольно, то никакие санкции не применялись. Негативная оценка искусственного прерывания беременности как явления, представляющего опасность для здоровья женщины и нарушающего демогра­фические интересы государства, была высказана впервые Цицероном, Овидием и Сенекой. Однако независимо от отно­шения к аборту эмбрион продолжали рассматривать как часть материнского организма.

**«Концепция аборта как убийства зарождается в эллинистичес­кую эпоху и укореняется одновременно с превращением хрис­тианства в государственную религию. С ее утверждением тесно связан теоретический спор о том, является ли эмбрион душой, и если да, то с какого момента. Большинство теологов, среди них Августин и Фома Аквинский, считали, что эмбрион мужско­го пола приобретает человеческую душу на 40-й день после зачатия, а женского пола — на 80—100-й день. Поэтому преры­вание беременности сроком до 40 дней расценивалось как менее тяжкое деяние, а после этого срока — приравнивалось к убийству. Эмбрион считался уже не частью материнского организма, а самостоятельным существом. В 1588 г. папа Сикст V разъясняет, что уничтожение любого эмбриона приравнивается к убийству. Вплоть до XVIII века в большинстве стран аборт был запрещен под страхом смертной казни. Затем санкции несколь­ко смягчаются. Последние 20 лет ознаменовались в ряде стран частичной легализацией добровольного прерывания беременности»[[3]](#footnote-3).**

Право на репродукцию в равной мере принадлежит обоим родителям. Но медицинский аспект аборта (с юридической точки зрения) может касаться только матери. Проблему пре­рывания беременности вправе решать только она.

Проблему правомерности аборта и его запрета невозможно разрешить без определенного ограничения свободы распоряжения репродуктивными правами. Возможен либо полный запрет абортов, либо их разрешение при крайней необходи-мости, либо расширение этого права до пределов жизнеспособно­сти плода. Бесспорно, абсолютный запрет любых абортов неце­лесообразен, но разрешение этой операции по воле женщины без учета других обстоятельств допустимо лишь в самые ран­ние сроки.

Согласно ст. 36 Основ Законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан каждая женщина в России вправе самостоятельно решать вопрос о материнстве. Искусствен­ное прерывание беременности проводится по желанию жен­щины при сроках беременности до 12 недель, по социальным показаниям — до 22 недель, а при наличии медицинских показаний и согласии женщины — независимо от срока бе­ременности.

Перечень социальных показаний для искусственного пре­рывания беременности был утвержден постановлением Пра­вительства РФ от 11 ноября 2003 года №485 «О перечне социальных показаний для искусственного прерывания беременности» В нем предусмотрены следующие обстоятельства:

* **наличие инвалидности 1-й или 2-й группы у мужа;**
* **смерть мужа во время беременности жены;**
* **пребывание женщины или ее мужа в местах лишения свободы;**
* **признание женщины или ее мужа в установленном порядке безработными;**
* **наличие решения суда о лишении или ограничении родительских прав;**
* **наличие факта, что женщина не состоит в браке;**
* **расторжение брака во время беременности;**
* **беременность в результате изнасилования;**
* **отсутствие жилья, проживание в общежитии, на частной квартире;**
* **наличие у женщины статуса беженца или вынужденного пересе­ленца;**
* **многодетность (число детей 3 и более);**
* **наличие в семье ребенка-инвалида;**
* **размер дохода на одного члена семьи ниже прожиточного минимума, установленного в регионе.**

Перечень медицинских показаний для искусственного пре­рывания беременности определен приказом Министерства здравоохранения от 28 декабря 1993 г. К ним относятся: туберкулез (все активные формы), сифилис, ВИЧ-инфекция, наличие в настоящем или прошлом злокачественных новооб­разований всех локализаций, острый и хронический лейкоз, врожденный порок сердца, состояние физиологической незре­лости (несовершеннолетние) или угасания репродуктивной системы женщины (возраст 40 лет и более). При наличии у беременной заболевания, не указанного в перечне, но созда­ющего угрозу жизни или ущерба для здоровья женщины или новорожденного при продолжении беременности и родах, вопрос о прерывании беременности решается индивидуально. Медицинские показания к прерыванию беременности уста­навливаются в амбулаторно-поликлинических или стацио­нарных учреждениях комиссией в составе врача акушера-гинеколога, врача той специальности, к области которой от­носится заболевание (состояние), руководителя учреждения[[4]](#footnote-4).

Кроме того, волеизъявление женщин должно быть основано на информированности её о медицинских последствиях производства аборта. А за лиц моложе 15 лет и недееспособных согласие на операцию по поводу искусственного прерывания беременности должны дать их законные представители.

Прерывание беременности по социальным и медицинским показаниям является не чем иным, как преждевременными родами. Зачастую они связаны с довольно условными показа­ниями (особенно социальными). Плод уже живой и, несомнен­но, чувствующий (по сообщениям врачей, некоторые младен­цы при операции издают крик). Необходимо учитывать, что с 1993 г. Россия перешла на применение критериев живорожде­ния и мертворождения, принятых ВОЗ. Инструкция об опреде­лении критериев живорождения, мертворождения и перина­тального периода была утверждена приказом Минздрава от 4 де­кабря 1992 г. Живорождением является полное изгнание или извлечение продукта зачатия из организма матери вне зависи­мости от продолжительности беременности, причем плод после такого отделения дышит или проявляет другие признаки жиз­ни (сердцебиение, пульсация пуповины или произвольные дви­жения мускулатуры). Перинатальный период начинается с 28 недель беременности, включает период родов и заканчива­ется через 7 полных дней жизни новорожденного.

**Учреждения здравоохранения должны регистрировать в меди­цинской документации всех родившихся живыми и мертвыми, имеющих массу тела при рождении 500 г. и более, независимо от наличия признаков жизни. В органах записи актов граждан­ского состояния регистрации подлежат родившиеся живыми или мертвыми с массой тела 1000 г) и более (если масса при рожде­нии неизвестна), с длиной тела 35 см и более либо сроком беременности 28 недель и более, включая новорожденных с массой тела менее 1000 г при многоплодных родах, *а* также новорожденные с массой тела 500—999 г., прожившие более 168 часов (7 суток) после рождения.**

Полагаем, что операции по искусственному прерыванию беременности по социальным показаниям могут проводить­ся лишь в исключительных случаях. Пределы защиты чело- веческих эмбрионов и зародышей необходимо установить в законе об охране репродуктивных прав, а не в ведомствен­ной инструкции.

Искусственное прерывание беременности проводится в рам­ках программы ОМС в учреждениях, получивших лицензию на указанный вид деятельности.

Интересен опыт западных стран в решении проблемы абор­тов и в правовом регулировании возникающих отношений. Законодательства об абортах в странах Западной Европы за­крепляют три возможные модели отношения к абортам:

* **почти полного запрета;**
* **системы показаний;**
* **системы сроков.**
* **«В некоторых западноевропейских странах действует система почти абсолютного или абсолютного запрета абортов. Ирландия к 1990 году осталась единственной европейской страной, полно­стью запрещающей аборты. Даже католическая Португалия в 1984 г. приняла закон, разрешающий по решению суда преры­вание беременности, явившейся последствием изнасилования или угрожающей здоровью женщины. В 1985 г. аналогичный закон был принят в Испании. В Бельгии аборты были полностью запрещены до 1990 г., затем вступил в действие закон, легали­зующий прерывание беременности сроком до 12 недель, обус­ловленное тяжелым душевным состоянием женщины».**

В странах, частично легализовавших аборты, применяет­ся система показаний или система сроков. Система показа­ний предполагает, что законодательно определен перечень обстоятельств, которые могут служить основанием для разре­шения прерывания беременности. Довольно либеральная си­стема показаний действует в Великобритании. При решении вопроса о допустимости прерывания беременности принима­ются во внимание как исключительно медицинские, так и медико-социальные критерии: опасность для жизни бере­менной женщины, а также для ее физического и умственного здоровья, генетические показания, неблагоприятные послед­ствия для уже родившихся детей.

Система сроков применяется в Австрии, Норвегии, Фран­ции, Швеции. В законодательстве этих стран закреплено пра­во женщины на прерывание беременности до определенного срока (от10 до18 недель). Аборт может быть произведен только в государственном или частном медицинском учреждении, удов­летворяющем ряду требований. Прерывание беременности в сроки, превышающие установленные в законе, допускается только по медицинским или генетическим показаниям.

В США вопрос о правомерности прерывания беременности неоднократно привлекал внимание законодательных собра­ний штатов и судебных органов. С конца XIX века до середи­ны XX века в некоторых штатах были приняты законы, зап­рещающие не только аборты, но и использование противоза­чаточных средств. «Законодательство, криминализирующее употребление контрацептивов, было признано неконституци­онным как нарушающее право супругов на приватность, т. е. неприкосновенность частной жизни. В центре дискуссии об абортах в США всегда находился конфликт права будущего ребенка на жизнь и права беременной женщины на приват­ность, которое в данном случае выражается в возможности самостоятельно, без вмешательства извне принимать реше­ние о сохранении или прерывании беременности».

В 1973 г. Верховный суд США предпринял попытку разре­шить этот конфликт при рассмотрении конкретного дела. Когда дело разрешалось Верховным судом, нежеланный ребе­нок истицы, родившийся потому, что у его матери не было денег на нелегальный аборт или поездку в другой штат, дос­тиг уже трехлетнего возраста. Весь смысл процесса заклю­чался в проверке конституционности законодательства штата Техас о запрещении абортов, кроме случаев, когда продолже­ние беременности угрожает жизни женщины. Суд признал ограничение прав женщины на аборт допустимым по мотивам охраны ее здоровья лишь на такой стадии беременности, когда аборт более опасен для ее здоровья, чем продолжение беременности и роды (конец первого триместра); ограничение этого права во имя защиты интересов эмбриона допустимо лишь с момента достижения им жизнеспособности (начало третьего триместра). Христианские организации потом нача­ли обвинять государство в нарушении такими решениями судов права на жизнь. Межамериканская комиссия отвергла эти обвинения, ссылаясь на оговорку «как правило» и на норму «права человека ограничены правами других» — таким образом, праву эмбриона на жизнь противостоит право вына­шивающей его женщины на жизнь, благополучие и приват­ность. Правило трех триместров долгое время сохраняло силу прецедента, но постепенно в судебной практике наметился отход от него. В некоторых штатах были приняты законы, защищающие право женщины на прерывание беременности (Миннесота, Коннектикут), другие штаты продемонстрирова­ли стремление запретить или ограничить аборты. В Луизиане и Юте были дополнены и введены в действие разработанные ранее законы, практически полностью запрещающие аборты. Они были разрешены в срок, не превышающий 20 недель, в следующих случаях: если, по свидетельству врача, аборт необходим для спасения жизни или предотвращения суще­ственного вреда здоровью женщины, недопущения рождения ребенка с серьезными дефектами, а также если беременность наступила в результате изнасилования или кровосмешения (необходимые условия — врачебный осмотр в течение 5 дней с момента совершения правонарушения и уведомление право­охранительных органов).

Верховный суд США рассмотрел вопрос о конституционно­сти законодательства Пенсильвании об ограничении абортов при разрешении конкретного дела. В своем решении суд устано­вил, что вводимые штатами ограничения права на прерывание беременности до того момента, как плод стал жизнеспособным, не должны носить характера неоправданного бремени. Законы Луизианы и Юты, которые не только в большинстве случаев запретили аборты, но и создали ряд обременительных условий даже для жертв изнасилования, безусловно, не соответствовали требованию недопустимости неоправданного бремени.

В той ситуации, когда законодательство различных стран об абортах столь несхоже, многие женщины предпочитают сохранению нежелательной беременности поездку в страну, где действует более либеральное правовое регулирование. В США в те годы, когда право на прерывание беременности не защищалось на федеральном уровне, около 40% абортов про­изводилось за пределами штатов постоянного проживания женщин. До введения в действие нового германского законо­дательства немецким женщинам, желающим прервать бере­менность, приходилось выезжать в Нидерланды, ирландские женщины пользуются услугами английских медицинских учреждений. Аборты запрещены в Польше, и польки ездят в Калининградскую область РФ.

Статистика свидетельствует, что меры по запрещению абор­тов оказываются направленными главным образом против малообразованных, несовершеннолетних, неимущих женщин, ко­торые не знают о различии правового регулирования прерыва­ния беременности в разных странах или не имеют средств на поездку в другую страну. Правда, блюстителями антиабортно­го законодательства предпринимались разнообразные меры для того, чтобы помешать женщинам воспользоваться возможнос­тью сделать легальный аборт в другой стране.

**Например, в США в начале 70-х годов в штатах со строгим антиабортным законодательством были распространены судеб­ные преследования адвокатов, врачей и редакторов газет за предоставление сведений о юрисдикциях с более мягким право­вым регулированием в этой сфере. В Ирландии в 1988 г. были вынесены решения, запрещающие медикам предоставлять по­добные сведения. В 1991 г. эти решения были расценены Евро­пейской комиссией по правам человека как нарушение свободы слова, гарантированной ст. 10 европейской Конвенции о правах человека. В 1992 г. в Ирландии 14-летней жертве изнасилования было запрещено выехать в Англию для прерывания беременно­сти, и только реальная угроза самоубийства несовершеннолет­ней вынудила Верховный суд Ирландии пересмотреть решение о запрете. В некоторых странах предпринимались попытки уго­ловного преследования женщин, выезжающих для производ­ства аборта за рубеж. В соответствии с ранее действовавшим антиабортным законодательством Германии существовала прак­тика принудительного медицинского осмотра женщин, возвра­щающихся из-за границы с целью выяснения, не был ли во время пребывания за рубежом произведен аборт, что могло бы по­влечь уголовную ответственность.**

В перечисленных мерах нетрудно усмотреть нарушение ряда прав, получивших признание как на международном, так и на национальном уровнях: на приватность, телесную неприкосновенность, свободу передвижения и свободу слова. Можно предположить, что с распространением новых, ме­нее агрессивных способов прерывания беременности на ее ран­них стадиях (инъекции, оральные препараты, имплантаты) ряд запретов и ограничений, установленных в законодательстве некоторых государств, потеряет смысл, поскольку контроль их соблю­дения станет практически невозможным. Однако необходи­мо учитывать, что медикаментозные аборты, которые в отли­чие от хирургических сопряжены с меньшим риском для здоровья женщины, проводятся только в условиях стационара, под наблюдением врачей. Препараты для прерывания бе­ременности не продаются в аптеках. После фармакологичес­кого аборта обязательно проводится ультразвуковой контроль.

Разрешение вопроса о допустимости абортов тесно связано с определением круга профессиональных обязанностей врача, имеющим важное правовое значение. В законодательстве ряда стран закреплено право врача в соответствии со своими убеж­дениями не участвовать в проведении аборта. Отказ участво­вать в искусственном прерывании беременности не является нарушением профессиональных обязанностей. Вместе с тем представляется, что в случаях, когда продолжение беремен­ности угрожает жизни и здоровью женщины, аборт должен быть отнесен к стандартным лечебным мерам.

К проблеме аборта тесно примыкает проблема защиты прав и здоровья неродившихся детей, эмбрионов. Здоровье детей является величайшей ценностью для любого общества. Поэто­му вред, причиненный ребенку на эмбриональной стадии раз­вития, должен быть возмещен (например, непредоставление информации о возможности рождения неполноценного ребен­ка после медико-генетической консультации и т. д.). Должна ли мать нести ответственность за неправильное поведение, послужившее причиной рождения ребенка с врождённым уродством (курение, употребление наркотических средств и т. п.)? Законодатель­ство Российской Федерации не предусматривает такой ответ­ственности. Полагаем, что эта проблема находится на стыке права и морали и подлежит дальнейшему обсуждению не только в правовой и медицинской сферах, но и в педагогической.

***1.3. Правовые проблемы медицинской стерилизации.***

Согласно ст. 37 Основ Законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан в России разрешена медицинская стерилизация. Она определяется как специальное вмеша­тельство с целью лишения человека способности к воспроиз­водству потомства или как метод контрацепции. Для ее про­ведения необходимо письменное заявление гражданина не моложе 35 лет, имеющего не менее 2-х детей. Возможна стерилизация по медицинским показаниям. В этом случае (при наличии согласия гражданина) операция проводится независимо от возраста и наличия детей. Разрешается стери­лизация как мужчин, так и женщин. Перечень медицинских показаний определяется Минздравом РФ (Инструкция №303 от 28.12. 1993г.). Так, перечень, утверж­денный для женщин, включает 55 заболеваний, таких, как хроническая ишемическая болезнь сердца, эпилепсия, умственная отсталость, стеноз трахеи, повторное кесарево сече­ние при наличии детей и т. д.

Медицинская стерилизация проводится в учреждениях госу­дарственной и муниципальной систем здравоохранения, имею­щих лицензию на указанный вид деятельности.

**«На практике иногда имеют место случаи неудавшейся медицин­ской стерилизации либо прерывания беременности. Так, в 1980 г. в Германии виновно и неправильно была произведена стерилиза­ция женщины, вследствие чего у нее родился ребенок. Феде­ральный суд удовлетворил иск супругов о возмещении расходов на содержание родившегося ребенка (по тарифам, установлен­ным действующим законодательством на содержание внебрач­ных детей до достижения ими 18-летнего возраста) и больнич­ных расходов. Очевидно, что материальный вред, причиненный супругам рождением ребенка после неправильно произведен­ной стерилизации, может выражаться в расходах на содержа­ние ребенка. Такие расходы не приравниваются к алиментам и не могут рассчитываться со ссылкой на Семейный кодекс, но в каждом конкретном случае суд мог бы выбрать различную методику подсчета. На сегодня подобных исков в практике не было. Возможно также взыскание в пользу супругов матери­ального вреда, состоящего *в* расходах на проведение операции, и морального, возникшего в связи с незапланированной бере­менностью, неудобствами, дискомфортным состоянием, стра­хом перед рождением неполноценного ребенка»[[5]](#footnote-5).**

С юридической точки зрения в зависимости от способа проведения различают принудительную и добровольную стерилизацию. Принудительная, в настоящее время нигде в мире правом не легализована (хотя воспрепятствие рождению потомства с отягощенной плохой наследственностью было бы, наверное, гораздо гуманнее и по отношению к самому ребёнку-инвалиду, его родителям и государству).

В законодательстве ряда стран закреплена обязанность для лица, собирающегося прибегнуть к стерилизации, информировать об этом супруга и признано право на расторжение брака на основании воспрепятствования рождению ребёнка путём искусственного аборта или стерилизации.

В Российском законодательстве отсутствует норма, предписывающая получение согласия от супруга того лица, в репродуктивную способность которого проводится оперативное вмешательство.

Однако несогласный супруг, будучи не в праве запретить стерилизацию или аборт, может потребовать расторжение брака и прекратить совместную жизнь с лицом, которое с помощью врача повлияло на свою репродукцию, на на основании невозможного дальнейшего совместного проживания.[[6]](#footnote-6)

***1.4. Правовые проблемы искусственного оплодотворения и***

***суррогатного материнства***

Современная медицина позволяет преодолеть бесплодие мно­гих супружеских пар с помощью новых репродуктивных тех­нологий, в частности искусственного оплодотворения. В соот­ветствии со ст. 35 Основ Законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан каждая совершеннолетняя женщина детородного возраста имеет право на искусственное оплодотво­рение и имплантацию эмбриона. Условия, порядок проведе­ния таких манипуляций, обязательства родителей и донора определяются приказом Минздравмедпрома РФ от 28 декабря 1993 г. Основные условия проведения операции по искусствен­ному оплодотворению сформулированы следующим образом:

1. **женщина должна быть совершеннолетней и находиться в детородном возрасте;**
2. **если женщина состоит в браке, требуется двухстороннее согла­сие супругов. Оно должно быть оформлено письменно и ясно выражать желание иметь ребенка, зачатого искусственно. Минздравмедпром утвердил образец заявления-обязательства на операцию по искусственному оплодотворению. Такой документ подписывается супругами (одинокой женщиной) и руководителем учреждения, где производится операция;**
3. **наличие медицинских показаний при условии стойкого бесплодия, болезни супругов, опасности естественного способа рождения ребенка для здоровья матери и ребенка.**

Способной к естественному рождению детей женщине (или супругам) эта операция не проводится. Это нельзя расцени­вать как отказ в медицинской помощи, полагает М.Н. Малеина. «Неограниченное осуществление искусственного за­рождения способно в известной мере обесценить социальное значение семьи, материнства, отцовства. Перед проведением операции врач и супруги (или незамужняя женщина) дове­рительно обсуждают медицинские, психологические, лич­ные, семейные, правовые проблемы. В этих беседах врач не вправе внушать, что такая операция необходима, и обязан предупредить о возможном риске (аборты, рождение недоно­шенных детей, уродов при гетерономной инсеминации со­ставляют 20-25%)».

Образец заявления-обязательства предусматривает, что суп­руги не будут предъявлять претензий в случае отсутствия эффекта от проведения операции, рождения ребенка с анома­лиями развития. Лечебное учреждение обязано хранить тай­ну зачатия. Все документы постоянно хранятся в сейфе меди­цинского учреждения, но по требованию родителей выдаются им на руки. Подлежит обсуждению в связи с этим вопрос о праве ребенка знать свое происхождение. Согласно приказу министерства, родители обязаны хранить тайну зачатия. По мнению М.Н. Малеиной, следовало бы признать за ними право на тайну такого рода по аналогии с тайной усыновле­ния (по ст. 139 Семейного кодекса РФ (СК РФ).

***Статья 139. Тайна усыновления ребенка.***

**1. Тайна усыновления ребенка охраняется законом.**

**Судьи, вынесшие решение об усыновлении ребенка, или должностные лица, осуществившие государственную регистрацию усыновления, а также лица, иным образом осведомленные об усыновлении, обязаны сохранять тайну усыновления ребенка.**

**2. Лица, указанные в пункте 1 настоящей статьи, разгласившие тайну усыновления ребенка против воли его усыновителей, привлекаются к ответственности в установленном законом порядке.**

Искусственное оплодотворение и имплантация эмбрион проводятся в медицинских учреждениях, получивших лицензию на этот вид деятельности, специалистами, имеющими соответствующий сертификат. Операция проводится в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения за плату.

Донорство спермы может быть как *безвозмездным,* так и *возмездным.* Оно основано на началах добровольности. До­нор выражает свое согласие в письменном заявлении-обязательстве, которое подписывает, кроме него, также главный врач учреждения здравоохранения.

Донором не может быть носитель генитальной инфекции или лицо, наследственность которого трудно проверить. Следует также учитывать риск рождения неполноценного ребенка, связанный с работой до­нора во вредных производствах (с химикатами, радиоактив­ным излучением и т. п.). Донор письменно обязуется не скры­вать перенесенных им заболеваний, известных ему, и сооб­щать правдивые сведения о своей наследственности. Он должен соблюдать режим, предписанный врачом, уведомлять об из­менениях в состоянии своего здоровья. Донора предупрежда­ют об ответственности за опасность заведомого заражения реципиентки венерической болезнью. Полагаем, что заведо­мого заражения в данном случае быть не может, потому что донор проходит полное медицинское обследование, включая серологические тесты.

Искусственное оплодотворение в зависимости от способа его осуществления подразделяется на *in uterus* (в чреве) и *in vitro* (в пробирке), а в зависимости от используемого генети­ческого материала— на *гомологическое* (с использованием половых клеток супругов, неспособных зачать ребенка есте­ственным способом) и *гетерологическое* (с использованием донорских гамет). Так, по сообщениям в печати, все больше молодых женщин в Великобритании оплачивают обучение, продавая собственные яйцеклетки, причем цена «товара» составляет 6-10 тысяч фунтов. В качестве покупателей вы­ступают бездетные семейные пары, желающие, чтобы биоло­гической матерью их ребенка была женщина с высоким интеллектом[[7]](#footnote-7).

Гомологическое оплодотворение in uterus с юридической точки зрения не имеет принципиальных отличий от других медицинских мер. Но при применении остальных форм ис­кусственного оплодотворения возникает ряд специфических правовых проблем, которые отчасти удается решить в законо­дательстве об оказании медицинской помощи либо специаль­ных законах об искусственной репродукции человека (такие законы действуют в Испании, австралийских штатах Викто­рия, Новый Южный Уэльс и некоторых других государствах).

В законодательстве обычно устанавливаются определен­ные требования в отношении женщин, желающих забере­менеть с помощью искусственного оплодотворения, и в от­ношении доноров генетического материала. Требования, предъявляемые к женщинам-реципиенткам, как правило, таковы: дееспособность, достижение брачного возраста, не­возможность зачать ребенка естественным образом. Донор должен быть пригоден по состоянию здоровья, для него ус­танавливается нижняя и верхняя возрастные границы (по­скольку с возрастом в организме накапливаются мутации, способные передаваться потомству). Дальнейший прогресс медицины может подтолкнуть к правовому регулированию верхней возрастной границы и для женщин, желающих за­чать ребенка с помощью искусственного оплодотворения. Если раньше эта граница устанавливалась естественным об­разом при выходе из детородного возраста, то в настоящее время ситуация изменилась.

**В Италии, которая является мировым лидером в области искус­ственной репродукции, в 1992 г. женщина в возрасте 61 г. родила долгожданного первенца, и еще не менее 40 женщин, чей возраст приближался к 50 годам или чуть превышал этот порог, а самой старшей было 62 года, ждали ребенка. «Благо­даря курсу гормональных препаратов, подготовивших орга­низм к беременности, и фертилизации in vitro (FIV) с использо­ванием донорской яйцеклетки многие женщины, уже оставившие надежду родить ребенка, обрели радость материнства. Однако успехи медицины в отдалении верхней границы детородного возраста далеко не всеми оцениваются положительно. Выдвига­ются следующие соображения: население планеты достаточно быстро увеличивается естественным образом, а процедура ис­кусственного оплодотворения является сложной и дорогостоя­щей, поэтому рациональнее было бы направить усилия на улучшение условий существования уже рожденных — например, детей, лишенных родительского попечения. Положение ребен­ка столь немолодых родителей имеет ряд недостатков — он может не получить от них необходимой поддержки и вообще рано осиротеть. Но, вероятно, главную роль в решении данного вопроса должны сыграть не цели проводимой в каждом госу­дарстве демографической политики, а господствующие в ней взгляды на права человека. Поскольку число детей, рождаемых пожилыми женщинами с помощью FIV, невелико и не влияет на демографическую ситуацию в обществе, право на репродук­цию является одним из важнейших прав человека».**

Некоторые государства в законодательстве об искусствен­ной репродукции человека устанавливают обязательное тре­бование анонимности донорства половых клеток, которое направлено на охрану интересов донора, будущего ребенка и его юридических родителей (Великобритания, австралий­ские штаты Виктория и Новый Южный Уэльс). Вместе с тем анонимное донорство имеет свои недостатки. Родители, вос­питывающие ребенка, зачатого подобным образом, не только не связаны с ним генетически, но и лишены возможности получить информацию о его наследственности, которая мо­жет иметь чрезвычайно важное значение. Нельзя исключать, что при широком распространении практики искусственного оплодотворения с использованием половых клеток аноним­ных доноров в будущем (хотя в России в ближайшее время это маловероятно) может появиться угроза заключения браков между кровными родственниками — потомками одного доно­ра, которые даже не подозревают о своем генетическом родстве. К числу мер, снижающих вероятность наступления таких последствий, Е.Г. Афанасьева, основываясь на изуче­нии зарубежного законодательства, относит централизован­ный учет доноров гамет, запрет на коммерциализацию донор­ства, ограничение числа беременностей с использованием гамет одного донора. «В новом шведском законодательстве об искусственной репродукции за ребенком, зачатым с исполь­зованием донорского генетического материала, по достиже­нии определенного возраста признается право на доступ к информации о своих кровных родителях. Эта информация подлежит сохранению в течение 70 лет с момента оплодотво­рения. Такая мера, существенно подрывающая анонимность донорства, вызвала сокращение числа доноров, и многим шведским женщинам, чтобы воспользоваться услугами по искусственному оплодотворению, приходится выезжать в Ве­ликобританию».

В ряде стран, которые воздержались от установления импе­ративных норм об анонимности донорства (например, США), все более широкое распространение получает использование донорских гамет кровных родственников реципиентов (напри­мер, использование донорской яйцеклетки сестры реципиентки). В этом случае женщина, планирующая стать матерью ребенка, с биологической точки зрения является его теткой и, следовательно, находится с ним в генетической связи.

Медицинские учреждения, осуществляющие деятельность в области искусственной репродукции, должны проводить тщательный отбор доноров, чтобы исключить использование генетического материала, взятого у носителей заболеваний, которые могут отразиться на здоровье реципиента и будущего ребенка. Для зачатия ребенка не могут также использоваться гаметы лиц, имеющих дефекты внешности. Действует общее правило: специалисты должны приложить все усилия, чтобы обеспечить максимальное внешнее сходство будущего ребен­ка и его родителей.

**Е.Г. Афанасьева ссылается на случай из американской судебной практики. Белая женщина обратилась в центр искусственной репродукции для оплодотворения спермой донора. Желанная беременность наступила, но родившийся ребенок оказался черным. Мать предъявила к центру репродукции требование о возмещении ей морального вреда, указывая в исковом заяв­лении, что она любит своего ребенка, но отношение к нему окружающих будет причинять ей нравственные страдания. Кро­ме того, в ряде случаев родители склонны сохранить тайну происхождения ребенка, а разительное внешнее несходство может расстроить их планы и нарушить их интересы.**

Для супружеской пары, в которой женщина не способна не только к зачатию, но также к вынашиванию плода и деторождению, тоже существует возможность обрести соб­ственного ребенка — обратиться к услугам суррогатной матери. Под «истинным» суррогатным материнством подра­зумеваются случаи, когда женщина, вынашивающая эмбри­он, полученный с помощью FIV или сходных процедур, не является его биологической матерью и не намеревается стать юридической матерью будущего ребенка. Под суррогатным материнством в широком смысле понимаются все случаи, когда зачатие, вынашивание и рождение ребенка осуществ­ляются женщиной с целью передачи его другим лицам для усыновления. Правовых проблем обычно не возникает, если роль суррогатной матери берет на себя родственница женщи­ны, неспособной к вынашиванию и рождению ребенка. При отсутствии родственных связей между супругами, желаю­щими стать юридическими родителями будущего ребенка, и суррогатной матерью обычно заключается договор, в кото­ром закрепляется обязательство суррогатной матери передать супругам ребенка для усыновления и оговаривается размер и порядок перечисления причитающихся ей платежей.

Принимая на себя роль суррогатной матери, женщина мо­жет руководствоваться как альтруистическими, так и мер­кантильными соображениями. По российскому законодатель­ству суррогатное материнство возможно только на безвозмезд­ной основе, допускается только компенсация дополнительных расходов. Если соглашение о вынашивании ребенка предус­матривает лишь компенсацию суррогатной матери расходов на медицинское обслуживание, потери в заработке и плату за неудобства, связанные с беременностью, такое соглашение, конечно, нельзя признать коммерческим.

**«Если бездетная семья в поисках суррогатной матери обраща­ется в специальное агентство, ее расходы значительно возрастают. Кроме компенсационных выплат и вознаграждения суррогатной матери, они должны оплатить услуги агентства. В настоящее время в США ребенок, рожденный суррогатной матерью на коммерческих началах, обходится заказавшей его семье при­мерно *в 25* тыс. долларов.**

**Уклонение одной из сторон от выполнения своих договорных обязательств (например, отказ вынашивающей матери пере­дать рожденного ребенка своим контрагентам или отказ заказ­чиков взять ребенка, родившегося с дефектами) нередко стано­вится основанием для судебного разбирательства».**

Согласно п.4 ст. 51 СК РФ, лица, состоящие в браке и давшие свое согласие в письмен-ной форме на применение метода искусственного оплодотворения или на имплантацию эмбриона, в случае рождения у них ребенка в результате применения этих методов записываются его родителями в книге записей рождений.

Лица, состоящие в браке между собой и давшие свое согласие в письменной форме на имплантацию эмбриона другой женщине в целях его вынашивания, могут быть записаны родителями ребенка только с согласия женщины, родившей ребенка (суррогатной матери).

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

Супруги, давшие согласие на имплантацию эмбриона другой женщине, а также суррогатная мать (часть вторая пункта 4 статьи 51 настоящего Кодекса) не вправе при оспаривании материнства и отцовства после совершения записи родителей в книге записей рождений ссылаться на эти обстоятельства.

Таким образом, семейное законодательство России исхо­дит из принципа приоритета прав суррогатной матери, хотя в случае использования при оплодотворении половых клеток супругов, являющихся, таким образом, биологическими ро­дителями, это не совсем правильно с учетом отсутствия гене­тической связи между суррогатной матерью и ребенком. Ге­нетическая связь должна обладать приоритетом по сравнению с биологической, плацентарной связью, имевшей место меж­ду суррогатной матерью и ребенком. Необходимо более четко определить и закрепить в законодательстве природу заключа­емых между биологическими родителями и суррогатной ма­терью соглашений. Ответа ждет также вопрос об участии в заключении такого договора мужа суррогатной матери (если она состоит в браке), который в случае ее отказа передать ребенка генетическим родителям становится его отцом. Соот­ветствующие изменения должны быть внесены в СК и ГК РФ.

***Глава 2. Уголовная ответственность работников здравоохранения в сфере охраны репродуктивного здоровья населения РФ.***

Действующий УК РФ предусматривает уголовную ответственность медицинских работников за следующие виды профессиональных преступлений[[8]](#footnote-8):

* причинение смерти по неосторожности (ст. 109 здесь и далее см. Приложение) ;
* принуждение к изъятию органов или тканей человека для трансплантации (ст.120);
* заражение ВИЧ-инфекцией (ст.122);
* незаконное производство аборта (ст.123);
* неоказание помощи больному (ст.124);
* торговля несовершеннолетними (ст.152);
* подмена ребёнка (ст.153);
* разглашение тайны усыновления (ст.155);
* нарушение санитарно-эпидемиологических правил (ст.236);
* незаконное занятие частной медицинской практикой или частной фармацевтической деятельностью (ст.237);
* нарушение правил безопасности при обращении с микробиологическими либо другими биологическими агентами или токсинами (ст.248).

«К профессиональным преступлениям медицинских работников необходимо отнести и стерилизацию мужчин и женщин без медицинских показаний, которая рассматривается как умышленное причинение тяжкого вреда здоровью (ст.111)».

В.П.Новосёлов выделяет несколько причин, обуславливающих трудности при расследовании и разрешении дел о привлечении медицинских работников к уголовной ответственности: отсутствие необходимых специальных знаний в области медицины у работников суда и следствия; большая вариативность конкретных обстоятельств, которые необходимо учитывать; необходимость разграничения нарушений правовых норм и деонтологических требований. Он отмечает, что дела по обвинению медиков обычно возникают по жалобам больных, их родственников, иногда по инициативе администрации лечебного учреждения.

Возможно привлечение работников здравоохранения к уголовной ответственности за совершение преступлений, которые можно назвать должностными: злоупотребление должностными полномочиями (ст.285), превышение должностных полномочий (ст.286), получение взятки (ст.290), служебный подлог (ст.292), халатность (ст. 293).

В практике встречаются случаи привлечения медицинских работников к уголовной ответственности за преступления против правосудия, например, за ведомо ложное заключение эксперта (ст.307), а также за преступления в сфере экономики (например, за вымогательство по ст. 163).

К медицинским работникам, совершившим профессиональные преступления, могут применяться различные виды наказаний – от штрафа до лишения свободы. В качестве основного или дополнительного наказания медицинские работники могут быть лишены права заниматься профессиональной деятельностью.

На практике мы часто сталкиваемся с вопиющими нарушениями со стороны медицинских работников в плане перечисленных выше статей. Причём больше всего возмущает та круговая порука, которая существует во врачебной практике. Возникает прецедент «ненаказуемости» медицинского работника. Необходима организация независимой медицинско-правовой экспертизы.

***Заключение.***

Подытоживая вышеизложенное считаю необходимым отметить недостатки рассмотренных положений.

В отношении проведения программ экстракорпорального оплодотворения, программы ИКСИ и др. в медицинской клинике репродукции г. Москва (см. Приложение), ознакомившись с расценками на данный вид услуг, вывод напрашивается сам: оплатить данный вид услуг могут только семьи с уровнем доходов гораздо выше среднего.

Последнее время возросло число операций по прерыванию беременности на больших сроках с умерщвлением плода у несовершеннолетних. Все это происходит на фоне улуч-шения информированности подростков в области полового просвещения с одной стороны, с другой стороны несовершеннолетние беременные идут на искусственные роды, чтобы избежать осложнений аборта, не задумываясь о морально-этической стороне данного дея-ния; в данном случае можно было бы внести коррективы в УПК РФ относительно защиты прав и здоровья неродившихся детей, эмбрионов.

Говоря об усыновлении бесплодной парой ребёнка не могу не сказать о тайне усыновления, которая фактически не соблюдается медицинскими работниками, и о сокрытии полной медицинской информации о состоянии здоровья усыновляемого ребёнка. Считаю, что усыновление должно поощряться, тогда на улицах наших городов станет намного меньше маленьких сирот.

И уж совсем наболевший вопрос о величине пособий по беременности и родам, а также детских пособий. Это больная проблема уже давно требует введение соответствующих мер со стороны законодательных и исполнительных органов, причём в полном и реальном объёме(хорошим примером в этой области служат действия предприятий Газпрома).

Но всё-таки стоит отметить, что как малоимущие, так и многодетные семьи не могут быть опорой репродуктивной функции общества. На многодетность независимо от мате-риального достатка согласна всегда определённая небольшая часть населения. Поэтому приоритетное внимание государственной и местной семейной политики должно уде-ляться, прежде всего, молодым и среднестатистическим семьям, создание большой семьи (3-4 ребёнка) должно стать престижным и, главное, почётным для молодых семей, роди-тели должны чувствовать со стороны государства поддержку, при решении заводить де-тей. Пока эта принципиальная позиция не возобладает в умах властьпридержащих, пер-спективы семьи в России очень и очень смутны.

**ЛИТЕРАТУРА.**

*1. Афанасьева Е.Г.* У истоков человеческой жизни: правовые аспекты. М., 1994.

*2. Балахонов А.В.* Преодоление бесплодия. СПб., 1999.

*3. Литвинова Г*.*И.* Грани допустимого // Поиск: человек, закон, истина. М., 1989.

*4. Литвинова Г*.*И.* Право и демографические процессы в СССР. М., 1981.

*5. Литвинова Г*.*И.* Свет и тени прогресса. М.: Советская Россия, 1989.

6. Правительственная этика, деловая этика, медицинская этика/ Отв. ред. И.Л. Галинская. М.: ИНИОН, 1993.

7. Демографический кризис в России: социально-политический анализ. Манько Ю.В., д.ф.н., профессор, заведующий кафедрой философии и социальных наук Санкт-Петербургского государственного университета технологии и дизайна.

# 8. Информационный материал о ходе выполнения Концепции охраны репродуктивного здоровья населения России на 2000-2004 годы и Плана мероприятий по ее реализации.

9. Концепция охраны репродуктивного здоровья России на период 2000-2004 г.г. и план мероприятий по ее реализации.

10. ОСНОВЫ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОБ ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН

(в ред. Указа Президента РФ от 24.12.1993 № 2288; Федеральных законов от 02.03.1998 № 30-ФЗ, от 20.12.1999 № 214-ФЗ)

11. *ГариповР.С.* Пособие по временной нетрудоспособности (правовые вопросы). Екатеринбург, 1997. С. 19.

12. "УГОЛОВНЫЙ КОДЕКС РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ" от 13.06.1996 N 63-Ф (принят ГД ФС РФ 24.05.1996) (ред. от 14.03.2002)

**ПРИЛОЖЕНИЕ.**

**ОСНОВЫ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА ОБ ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН от 22 июля 1993года**

**Раздел 5.**

Права отдельных групп населения в области охраны здоровья.

**Статья 22.**

Права семьи.

Государство берет на себя заботу об охране здоровья членов семьи.

Каждый гражданин имеет право по медицинским показаниям на бесплатные консультации по вопросам планирования семьи, наличия социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих, по медико-психологическим аспектам семейно-брачных отношений, а также на медико-гигиенические, другие консультации и обследования в учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения с целью предупреждения возможных наследственных заболеваний у потомства.

Семья по договоренности всех ее совместно проживающих совершеннолетних членов имеет право на выбор семейного врача, который обеспечивает ей медицинскую помощь по месту жительства.

Семьи, имеющие детей (в первую очередь неполные, воспитывающие детей-инвалидов и детей, оставшихся без попечения родителей), имеют право на льготы в области охраны здоровья граждан, установленные законодательством Российской Федерации, республик в составе Российской Федерации и правовыми актами автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга.

Одному из родителей или иному члену семьи по усмотрению родителей предоставляется право в интересах лечения ребенка находиться вместе с ним в больничном учреждении в течение всего времени его пребывания независимо от возраста ребенка.

Лицу, находящемуся вместе с ребенком в больничном учреждении государственной или муниципальной системы здравоохранения, выдается листок нетрудоспособности.

Пособие при карантине, по уходу за больным ребенком в возрасте до семи лет выплачивается одному из родителей (иному законному представителю) или иному члену семьи за весь период карантина, амбулаторного лечения или совместного пребывания с ребенком в больничном учреждении, а пособие по уходу за больным ребенком в возрасте старше семи лет выплачивается за период не более 15 дней, если по медицинскому заключению не требуется большего срока.

**Статья 23.**

Права беременных женщин и матерей.

Государство обеспечивает беременным женщинам право на работу в условиях, отвечающих их физиологическим особенностям и состоянию здоровья. Каждая женщина в период беременности, во время и после родов обеспечивается специализированной медицинской помощью в учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения за счет средств целевых фондов, предназначенных для охраны здоровья граждан, а также за счет иных источников, не запрещенных законодательством Российской Федерации.

Женщины во время беременности и в связи с рождением ребенка, а также во время ухода за больными детьми в возрасте до 15 лет имеют право на получение пособия и оплачиваемого отпуска в установленном законом порядке.

Гарантированная продолжительность оплачиваемого отпуска по беременности и родам определяется законодательством Российской Федерации. Продолжительность отпуска может быть увеличена в соответствии с законодательными актами республик в составе Российской Федерации, правовыми актами автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга.

Государство гарантирует беременным женщинам, кормящим матерям, а также детям в возрасте до трех лет полноценное питание, в том числе в случае необходимости обеспечение их продуктами через специальные пункты питания и магазины по заключению врачей в соответствии с порядком, устанавливаемым Правительством Российской Федерации, правительствами республик в составе Российской Федерации.

**Статья 38.**

1. Материнство и детство, семья находятся под защитой государства.

2. Забота о детях, их воспитание - равное право и обязанность родителей.

3. Трудоспособные дети, достигшие 18 лет, должны заботиться о нетрудоспособных родителях.

|  |
| --- |
| **Стоимость услуг Медицинской клиники репродукции МАМА** |

Цены действительны с 10.06.2005

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование услуги | Стоимость |
|  |  |
| Первичный прием врача-репродуктолога, включая УЗИ | 515 руб. |
| Повторный прием врача-репродуктолога | 487 руб. |
| Первичный приема андролога | 394 руб. |
| Спермограмма | 683 руб. |
| Обследование перед ЭКО | от 5 000 руб. на обоих супругов |
| Эхосальпингография | 2 618 руб. |
|  |  |
| Посткоитальный тест с УЗ контролем овуляции | 1 420 руб. |
|  |  |
| Программы |  |
|  |  |
| **Программа ЭКО УНИВЕРСАЛ без лекарственных препаратов \***  В стоимость программы ЭКО без лекарственных препаратов входит:   * УЗИ мониторинг при стимуляции суперовуляции и после переноса * Трансвагинальная пункция фолликулов под контролем УЗИ * Культивирование яйцеклеток, сперматозоидов, зигот эмбрионов in vitro * Перенос эмбрионов в полость матки   \* лекарственные препараты пациент приобретает самостоятельно по рекомендации лечащего врача | 28 526 руб. |
|  | |
| **Программа ЭКО с лекарственными препаратами \***  В стоимость ЭКО с препаратами входит: | от 40 024 руб. до 82 904 руб. \* |
| * УЗ Мониторинг при стимуляции суперовуляции и после переноса эмбрионов * Гормональный мониторинг в цикле стимуляции * Трансвагинальная пункция фолликулов под контролем УЗИ * Культивирование яйцеклеток, сперматозоидов, зигот, эмбрионов in vitro * Перенос эмбрионов в полость матки * Анестезиологическое обеспечение пункции фолликулов * Консультация анестезиолога * Прием после программы ЭКО (анализ крови на гормон ХГ, консультация гинеколога и УЗИ)   \* [подробная информация о схемах ЭКО](http://www.mama.su/lechenie/cost_program.php) |  |
|  | |
| **Программа ИКСИ (не зависит от количества клеток)** | 19 845 руб. |
|  | |
| **Программа внутриматочной инсеминации спермой супруга**  В стоимость программы входит:   * Консультация гинеколога (включая УЗ исследование органов малого таза) * УЗ мониторинг * Подготовка спермы * Внутриматочная инсеминация   А также лекарственные препараты:   * Клостилбегит, * Гонал Ф, * Прегнил, * Утрожестан | 15 795 руб. |
|  | |
| **Программа внутриматочной инсеминации спермой донора**  В стоимость программы входит:   * Консультация гинеколога (включая УЗ исследование органов малого таза) * УЗ мониторинг * Подготовка спермы * Внутриматочная инсеминация * Использование криоконсервированной донорской спермы   А также лекарственные препараты:   * Клостилбегит, * Гонал Ф, * Прегнил, * Утрожестан | 17 622 руб. |

**Материалы заседаний Комиссии по вопросам улучшения положения женщин в Российской Федерации при Правительстве РФ**

**2004 год**



Материал к заседанию Комиссии

по вопросам положения женщин

в Российской Федерации

по первому вопросу повестки дня

**Информационный материал о ходе выполнения Концепции охраны репродуктивного здоровья населения России на 2000-2004 годы и Плана мероприятий по ее реализации**

Оценка состояния здравоохранения Российской Федерации в последнее десятилетие поз-волила выделить приоритетные направления его развития, имеющие важное медико-социальное значение. Одним из таких направлений явилась охрана репродуктивного здо-ровья населения.

Низкий уровень рождаемости на фоне снижения качества репродуктивного здоровья женщин негативно сказывались на уровне воспроизводства населения. В России сокра-щалось число семей, желающих иметь детей. Важнейшие интегрированные показатели состояния здоровья населения – материнская, перинатальная и младенческая смертность более чем в 2-2,5 раза превышали среднеевропейские показатели.

Именно в 90-е годы наша страна вступила на путь последовательного формирования го-сударственной политики в области материнства и детства, репродуктивных прав и охраны репродуктивного здоровья населения.

Ратифицированы важнейшие международные документы в области защиты прав и охра-ны здоровья женщин и детей - Конвенция ООН о ликвидации всех форм дискриминации женщин и Конвенция ООН о правах ребенка, в развитие которых в стране Указом Прези-дента Российской Федерации введены основные положения государственной социальной политики по улучшению положения, защите и выживанию женщин и детей. Разработаны и реализуются Концепция по улучшению положения женщин, Национальные планы Дей-ствий по улучшению положения женщин и детей, Концепция демографического развития Российской Федерации, Концепция развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации; созданы Комиссии по вопросам положения женщин и детей, ох-ране здоровья граждан при Правительстве Российской Федерации и др.

Правительством Российской Федерации, министерствами, ведомствами и учреждениями здравоохранения, образования и социальной защиты, различными общественными орга-низациями, работающими в этой области, проводилась последовательная целенаправлен-ная работа по охране репродуктивного здоровья населения – была создана служба охраны репродуктивного здоровья, современная научная и информационная база по проблеме, подготовлены кадры.

В дальнейшем необходимо было привлечение внимания органов законодательной и ис-полнительной власти на федеральном и региональном уровнях, заинтересованных учреж-дений и организаций, а также участие самого населения в решении таких важных проблем как охрана репродуктивного здоровья.

В связи с этим Комиссия по вопросам положения женщин специально обсудила вопрос о состоянии репродуктивного здоровья населения России (протокол от 27.11.1998 №3) и приняла решение о разработке Концепции охраны репродуктивного здоровья населения России как самостоятельного концептуального межведомственного документа (протокол от 03.02.2000 №1). Проект Концепции охраны репродуктивного здоровья населения России на 2000-2004 годы и План мероприятий по ее реализации обсужден и утвержден на совместной коллегии Минздрава России, Минтруда России и Минобразования России (протокол от 11 апреля 2000 г. №7).

Целью Концепции является сохранение и улучшение репродуктивного здоровья, увели-чение воспроизводства населения и повышение его репродуктивного потенциала.

В документе определены основные направления и задачи, предусмотрены механизмы и этапы реализации Концепции.

Задачи и направления Концепции включают комплекс мер по созданию эффективной системы охраны репродуктивного здоровья населения: обеспечение единой государствен-ной политики и поддержки в этой области; совершенствование законодательной и норма-тивной базы; подготовку кадров; профилактику нарушений репродуктивного здоровья; разработку приоритетных научных направлений и целевых программ по проблеме; прове-дение информационных и образовательных мероприятий по формированию общественно-го мнения, объединению усилий правительственных и неправительственных организаций и учреждений в области охраны репродуктивного здоровья, создание новых подходов к гигиеническому и нравственному воспитанию и образованию детей и подростков, повы-шение ответственности населения за состояние своего здоровья.

Для обеспечения последовательности в достижении цели и задач Концепции ее реализа-ция выполняется в два этапа.

На I этапе (2000-2001 годы) осуществлен пересмотр и разработка нормативных правовых документов; усовершенствована деятельность амбулаторно-поликлинических и стацио-нарных лечебно-профилактических учреждений, проводились научно-исследовательские работы, разработаны федеральные и региональные целевые программы по проблеме, ин-формационно-образовательные кампании среди специалистов и населения.

На II этапе (2002-2004 годы) осуществляется внедрение нормативных документов, со-временных лечебно-диагностических и профилактических научно обоснованных техно-логий в практическое здравоохранение, реализация целевых программ, мониторинг состо-яния репродуктивного здоровья, получила развитие телемедицина, шире укрепляется вза-имодействие между государственными и различными общественными структурами.

Во исполнение мероприятий Плана реализации Концепции и федеральных целевых про-грамм совершенствовалось законодательство в области охраны материнства и детства, ре-продуктивного здоровья,. Разработаны и приняты законодательные акты (федеральные за-коны от 16.07.1999 №165-ФЗ «Об основах обязательного социального страхования» от 16.07.1999 № 165-ФЗ, от 28.12.2001 №181-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный за-кон «О государственных пособиях гражданам, имеющим детей») по социальной поддерж-ке материнства, предусматривающие увеличение единовременных пособий женщинам, вставшим на учет в ранние сроки беременности, при рождении ребенка и на период отпус-ка по уходу за ребенком до достижения им возраста 1,5 лет. Наряду с сохранением ранее действующих гарантий в области материнства и детства (Трудовой кодекс Российской Федерации от 30.12.2001 №197-ФЗ) усилены меры по защите беременных от увольнения, отменено установление испытательного срока при приеме их на работу и др.

В соответствии с постановлениями Правительства Российской Федерации от 25 февраля 2000 года №162 и №163, утвердившими новый перечень тяжелых работ и работ с вредны-ми и опасными условиями труда, при выполнении которых запрещается применение тру-да женщин и лиц моложе 18 лет, в настоящее время подготовлено и направлено в субъек-ты Российской Федерации пособие для врачей «Трудоустройство беременных женщин».

Важным результатом по выполнению мероприятий Концепции является обеспечение контроля за соблюдением законодательства о труде и охране труда женщин и молодежи. Органами Федеральной инспекции труда по вопросам охраны труда женщин и несовер-шеннолетних на производстве проводятся проверки, в ходе которых выявляются и устра-няются различные нарушения, что позволяет обеспечить защиту и реальное восстанов-ление трудовых прав значительного количества работающих.

В рамках реализации Концепции осуществлялись мероприятия по стабилизации соци-ально значимых заболеваний у населения. Приняты и реализуются федеральные законы: «О наркотических средствах и психотропных веществах», «О предупреждении распро-странения туберкулеза в Российской Федерации», «Об ограничении курения табака» и др.

Реализация мероприятий по охране здоровья и улучшению положения женщин и детей осуществляется в соответствии с Национальным планом действий по улучшению положе-ния детей на 2001-2002 годы (распоряжение Правительства Российской Федерации от 21 августа 2001 года №1090-р.), Национальным планом действий по улучшению положения женщин и повышению их роли в обществе на 2001-2005 годы (распоряжение Правитель-ства Российской Федерации от 28 июня 2001 года №855-р.).

Постановлением Правительства Российской Федерации от 13.11.2001 №790 утверждена комплексная федеральная целевая программа «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера (2002-2006 годы)».

Постановлением Правительства Российской Федерации от 03.10.2002 №732 утверждена в составе комплексной программы «Дети России» на 2003-2006 годы федеральная целевая подпрограмма «Здоровый ребенок», включающая мероприятия по сохранению здоровья женщин-матерей и формированию здоровья детей.

В утверждаемую постановлениями Правительства Российской Федерации Программу государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной меди-цинской помощи, определяющей виды и объемы этой помощи населению, внесены меро-приятия по оказанию амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи женщинам и детям, а также мероприятия по профилактике заболеваний, включая диспансерное на-блюдение здоровых детей и оказание медицинской помощи в центрах планирования семьи и репродукции.

Важнейший задачей является обеспечение дорогостоящих видов медицинской помощи женщинам и детям, что ежегодно определяется специальным приказом Минздрава России и РАМН. За последние 3 года перечень этого вида помощи женщинам увеличен с 4 до 12 позиций, количество детей, получивших дорогостоящее лечение, возросло с 11 тыс. до 16 тыс.

В рамках Концепции получили развитие специализированные виды медицинской помо-щи: детская гинекология и андрология, уро- и онкогинекология, медико-генетическое кон-сультирование, а также осуществляется медико-психологическая и социальная поддержка женщин и детей. В этих целях развиваются новые типы лечебно-профилактических уч-реждений и учреждений по оказанию медико-психологической и социальной помощи женщинам и детям: центры планирования семьи и репродукции, перинатальные центры, медико-генетические консультации, молодежные центры, центры по охране репродуктив-ного здоровья и реабилитации, медико-социальной помощи детям и подросткам, кризис-ные центры, службы доверия и др. Практически во всех субъектах Российской Федерации имеется опыт работы центров психолого-педагогической и медико-социальной помощи детям.

Большое внимание уделяется охране репродуктивного здоровья детей подросткового воз-раста, проводится совместная работа с Минобразованием России по их гигиеническому и нравственному воспитанию.

Постановлением Правительства Российской Федерации от 11 августа 2003 года №485 в связи с частотой и тяжестью осложнений после абортов в поздние сроки, материнской смертностью при этом утвержден перечень социальных показаний для искусственного прерывания беременности, который включает 4 показания вместо имевших ранее 13. Минздравом России издан одноименный приказ об утверждении инструкции о порядке разрешения искусственного прерывания беременности в поздние сроки и проведения операции искусственного прерывания беременности.

Подготовлен ряд нормативных отраслевых документов по организации медицинской помощи женщинам и детям. Действует отраслевая программа «Управление качеством в здравоохранении на 2003-2007 годы». Приказами Минздрава России от 30.12.1999 №462, от 10.02.2003 №50 регламентирована организация дневных стационаров, кабинетов медицинских психологов, введение должности социальных работников; повышение роли акушерок, внедрение организационных форм, лечебно-диагностических и профилактических технологий в деятельность амбулаторно-поликлинических учреждений акушерско-гинекологического профиля; от 26 февраля 2003 года №67 - инструкция по применению вспомогательных репродуктивных технологий в терапии женского и мужского бесплодия; от 5.08.2003 №329 – совершенствование организации медицинской помощи новорожденным в акушерских стационарах и др.

В целях принятия управленческих решений, усиления взаимодействия на всех уровнях и обеспечения оперативного контроля действует Комиссия Минздрава России по повыше-нию эффективности оказания медицинской помощи матерям и детям первого года жизни, разработан и реализуется План по снижению материнской и младенческой смертности в Российской Федерации на период 2000-2003 годы.

Приказом Минздрава России за научно-исследовательскими и образовательными меди-цинскими учреждениями акушерско-гинекологического и педиатрического профиля за-креплена курация территорий в федеральных округах; создан институт главных внештат-ных специалистов Минздрава России в федеральных округах Российской Федерации.

Для обеспечения более эффективного оперативного контроля на базе ведущих научных учреждений организованы отделы мониторинга за уровнем материнской и младенческой смертности.

Важным направлением в комплексном подходе к охране репродуктивного здоровья яв-ляется взаимодействие различных специалистов (акушеров-гинекологов, урологов, андро-логов, терапевтов, психологов, специалистов по социальной работе и др.) по оказанию ме-дицинской помощи женщине, детям и семье в целом. В последние годы работа по подго-товке кадров осуществляется в рамках расширения тематической последипломной подго-товки врачей и среднего медицинского персонала по проблемам охраны репродуктивного здоровья.

В области международного сотрудничества с ВОЗ, ЮНФПА, ЮНИСЕФ, ЮНЭЙДС определены приоритеты по охране репродуктивного здоровья населения, особенно под-ростков и молодежи, планированию семьи, противодействия распространению и борьба с ВИЧ-инфекцией и СПИДом, профилактика и снижение риска передачи вируса иммуно-дефицита человека от матери ребенку и просветительская деятельность в этом направле-нии. В целях усиления взаимодействия в этой области создан Координационный совет Минздрава России по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку в Российской Федерации (приказ Минздрава России от 09.06.2003 №235).

Во исполнение Концепции подготовлены и направлены в субъекты Российской Федерации справочные информационные материалы: сборник нормативных правовых актов в области репродуктивных прав и репродуктивного здоровья, руководства по охране репродуктивного здоровья, безопасному материнству, планированию семьи и др.

В средствах массовой информации обеспечивается систематическое освещение вопросов охраны репродуктивного здоровья населения, подготовлен и направлен в субъекты Российский Федерации информационный материал (брошюры, буклеты, плакаты, видео-продукция) по этим актуальным проблемам, внедряются телекоммуникационные технологии и др.

В результате совместной целенаправленной работы на федеральном и региональном уровнях за последние три года в демографическом развитии страны наметились некото-рые позитивные сдвиги. Более значительным в 2002 году было увеличение числа родив-шихся, продолжилось снижение материнской, перинатальной и младенческой смертности.

Так, в 2002 году родилось детей на 130,2 тыс. (9,3%) больше, чем в 2000 году, общий коэффициент рождаемости на 1000 населения увеличился на 11,3% и составил 9,8 (8,7 – 2000 г.).

Абсолютное число женщин, умерших от осложнений беременности и родов, уменьши-лось с 503 до 469, показатель на 100000 живорожденных - на 15,4% (с 39,7 в 2000 году до 33,6 в 2002 году), а за последние 10 лет – в 1,5 раза и на 53,5% соответственно.

Отмечается позитивная динамика в снижении перинатальной смертности с 13,18 на 1000 родившихся живыми и мертвыми в 2000 году до 12,08 в 2002 году.

Абсолютное число абортов снизилось с 1,96 млн. в 2000 году до 1,78 млн. в 2002 году, показатель числа абортов на 1000 женщин детородного возраста с 50,5 до 45,8 соответ-ственно; материнская смертность после абортов - на 22,3%, а за последние 10 лет почти в 3 раза. Доля умерших женщин после аборта в структуре материнских потерь в 2002 году составила 18,5% (28,6% - в 1993 г.).

Постоянная тенденция к снижению в течение последних лет наблюдается в отношении важнейшего показателя службы - младенческой смертности, который в 2002 году составил 13,3 на 1000 родившихся живыми, за 10 месяцев 2003 года – 12,7 (2000 год – 15,3).

Состояние и меры по улучшению репродуктивного здоровья населения, определение пу-тей более эффективного контроля и выполнения Концепции охраны репродуктивного здо-ровья населения России на 2000-2004 годы и Плана мероприятий по ее реализации обсуж-дены на коллегии Минздрава России (протокол от 15 октября 2002 г. №15), решением ко-торой основной задачей и приоритетным направлением деятельности органов и учрежде-ний здравоохранения определено восстановление доступности, повышение качества и со- хранение государственного характера оказания медицинской помощи женщинам и детям.

Реализация Концепции рассмотрена на заседаниях Координационных советов по здраво-охранению в Федеральных округах, на коллегии органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации, по результатам обсуждения которой подготовлены и направлены в органы исполнительной власти и местного самоуправления предложения по повышению эффективности и оптимизации работы в этом направлении.

**Охрана репродуктивного здоровья граждан**

Трудовой кодекс РФ (отдельное издание). М.: Кодекс, 2002.

Семейный кодекс РФ (отдельное издание). М.: СПАРК, 2000.

Концепция улучшения положения женщин в Российской Федера­ции, утв. пост. Правительства РФ от 8 января 1996 г.// СЗ РФ. 1996. № 3. Ст. 185.

Постановление Правительства РФ от 8 мая 1996 г. «Об утвержде­нии перечня социальных показаний для искусственного прерывания беременности»// СЗ РФ. 1996. № 20. Ст. 2355.

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 11 июня 1996 г. «О перечне социальных показаний и утверждении Инструкции по искусственному прерыванию беременности»// Рос. Вести. 1996. 18 июля. № 132.

Федеральный закон от 19 мая 1995 г. «О государственных пособи­ях гражданам, имеющим детей» //СЗ РФ. 1995. №21. Ст. 1929; № 48.Ст. 4566; 1996. N° 26. Ст. 3028. №49. Ст. 5489; 1997. № 1. Ст. 3; 1998. № 30. Ст. 3613; № 31. Ст. 3812; 2000. № 29. Ст. 3002; № 33. Ст. 3348; 2001. № 23. Ст. 2284; № 53. Ст. 5017.

"УГОЛОВНЫЙ КОДЕКС РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ" от 13.06.1996 N 63-ФЗ (принят ГД ФС РФ 24.05.1996) (ред. от 14.03.2002)

Статья 109. Причинение смерти по неосторожности

1. Причинение смерти по неосторожности -

наказывается ограничением свободы на срок до трех лет или лишением свободы на тот же срок.

2. Причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей, а равно причинение смерти по неосторожности двум или более лицам -

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

Статья 111. Умышленное причинение тяжкого вреда здоровью

1. Умышленное причинение тяжкого вреда здоровью, опасного для жизни человека, или повлекшего за собой потерю зрения, речи, слуха либо какого-либо органа или утрату органом его функций, прерывание беременности, психическое расстройство, заболевание наркоманией либо токсикоманией, или выразившегося в неизгладимом обезображивании лица, или вызвавшего значительную стойкую утрату общей трудоспособности не менее чем на одну треть или заведомо для виновного полную утрату профессиональной трудоспособности, - наказывается лишением свободы на срок от двух до восьми лет. (часть первая в ред. Федерального закона от 25.06.1998 N 92-ФЗ) (см. текст в предыдущей редакции)

2. Те же деяния, совершенные:

а) в отношении лица или его близких в связи с осуществлением данным лицом служебной деятельности или выполнением общественного долга;

б) с особой жестокостью, издевательством или мучениями для потерпевшего, а равно в отношении лица, заведомо для виновного находящегося в беспомощном состоянии;

в) общеопасным способом;

г) по найму;

д) из хулиганских побуждений;

е) по мотиву национальной, расовой, религиозной ненависти или вражды;

ж) в целях использования органов или тканей потерпевшего, -

наказываются лишением свободы на срок от трех до десяти лет.

3. Деяния, предусмотренные частями первой или второй настоящей статьи, если они совершены:

а) группой лиц, группой лиц по предварительному сговору или организованной группой;

б) в отношении двух или более лиц;

в) неоднократно или лицом, ранее совершившим убийство, предусмотренное статьей 105 настоящего Кодекса, -

наказываются лишением свободы на срок от пяти до двенадцати лет.

4. Деяния, предусмотренные частями первой, второй или третьей настоящей статьи, повлекшие по неосторожности смерть потерпевшего, -

наказываются лишением свободы на срок от пяти до пятнадцати лет.

Статья 120. Принуждение к изъятию органов или тканей человека для трансплантации

1. Принуждение к изъятию органов или тканей человека для трансплантации, совершенное с применением насилия либо с угрозой его применения, -

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.

2. То же деяние, совершенное в отношении лица, заведомо для виновного находящегося в беспомощном состоянии либо в материальной или иной зависимости от виновного, -

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

Статья 122. Заражение ВИЧ - инфекцией

1. Заведомое поставление другого лица в опасность заражения ВИЧ - инфекцией -

наказывается ограничением свободы на срок до трех лет, либо арестом на срок от трех до шести месяцев, либо лишением свободы на срок до одного года.

2. Заражение другого лица ВИЧ - инфекцией лицом, знавшим о наличии у него этой болезни, -

наказывается лишением свободы на срок до пяти лет.

3. Деяние, предусмотренное частью второй настоящей статьи, совершенное в отношении двух или более лиц либо в отношении заведомо несовершеннолетнего, - наказывается лишением свободы на срок до восьми лет.

4. Заражение другого лица ВИЧ - инфекцией вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей - наказывается лишением свободы на срок до пяти лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет.

Статья 123. Незаконное производство аборта

1. Производство аборта лицом, не имеющим высшего медицинского образования соответствующего профиля, - наказывается штрафом в размере от ста до двухсот минимальных размеров оплаты труда или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период от одного до двух месяцев, либо обязательными работами на срок от ста до двухсот сорока часов, либо исправительными работами на срок от одного года до двух лет.

2. То же деяние, совершенное лицом, ранее судимым за незаконное производство аборта, - наказывается ограничением свободы на срок до трех лет, либо арестом на срок от четырех до шести месяцев, либо лишением свободы на срок до двух лет.

3. Деяния, предусмотренные частями первой или второй настоящей статьи, если они повлекли по неосторожности смерть потерпевшей либо причинение тяжкого вреда ее здоровью, - наказываются лишением свободы на срок до пяти лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового.

Статья 124. Неоказание помощи больному

1. Неоказание помощи больному без уважительных причин лицом, обязанным ее оказывать в соответствии с законом или со специальным правилом, если это повлекло по неосторожности причинение средней тяжести вреда здоровью больного, - наказывается штрафом в размере от пятидесяти до ста минимальных размеров оплаты труда или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до одного месяца, либо исправительными работами на срок до одного года, либо арестом на срок от двух до четырех месяцев.

2. То же деяние, если оно повлекло по неосторожности смерть больного либо причинение тяжкого вреда его здоровью, - наказывается 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.

Статья 152. Торговля несовершеннолетними

1. Купля - продажа несовершеннолетнего либо совершение иных сделок в отношении несовершеннолетнего в форме его передачи и завладения им - наказываются обязательными работами на срок от ста восьмидесяти до двухсот сорока часов, либо исправительными работами на срок от одного года до двух лет, либо ограничением свободы на срок до трех лет, либо лишением свободы на срок до пяти лет.

2. Те же деяния, совершенные:

а) неоднократно;

б) в отношении двух или более несовершеннолетних;

в) группой лиц по предварительному сговору или организованной группой;

г) лицом с использованием своего служебного положения;

д) с незаконным вывозом несовершеннолетнего за границу или незаконным возвращением его из-за границы;

е) в целях вовлечения несовершеннолетнего в совершение преступления или иных антиобщественных действий, а также для совершения действий сексуального характера; (в ред. Федерального закона от 25.06.1998 N 92-ФЗ) (см. текст в предыдущей редакции)

ж) в целях изъятия у несовершеннолетнего органов или тканей для трансплантации, - наказываются лишением свободы на срок от трех до десяти лет.

3. Деяния, предусмотренные частями первой или второй настоящей статьи, повлекшие по неосторожности смерть несовершеннолетнего или иные тяжкие последствия, - наказываются лишением свободы на срок от пяти до пятнадцати лет.

Статья 153. Подмена ребенка

Подмена ребенка, совершенная из корыстных или иных низменных побуждений, -

наказывается лишением свободы на срок до пяти лет со штрафом в размере от двухсот до пятисот минимальных размеров оплаты труда или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период от двух до пяти месяцев.

Статья 155. Разглашение тайны усыновления (удочерения)

Разглашение тайны усыновления (удочерения) вопреки воле усыновителя, совершенное лицом, обязанным хранить факт усыновления (удочерения) как служебную или профессиональную тайну, либо иным лицом из корыстных или иных низменных побуждений, - наказывается штрафом в размере от ста до двухсот минимальных размеров оплаты труда или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период от одного до двух месяцев, либо исправительными работами на срок до одного года, либо арестом на срок до четырех месяцев с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового.

Статья 236. Нарушение санитарно - эпидемиологических правил

1. Нарушение санитарно - эпидемиологических правил, повлекшее по неосторожности массовое заболевание или отравление людей, - наказывается штрафом в размере от ста до двухсот минимальных размеров оплаты труда или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период от одного до двух месяцев, либо лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет, либо ограничением свободы на срок до трех лет, либо лишением свободы на срок до двух лет.

2. То же деяние, повлекшее по неосторожности смерть человека, - наказывается ограничением свободы на срок до пяти лет или лишением свободы на тот же срок.

1. Манько Ю.В. д.ф.н., профессор, заведующий кафедрой философии и социальных наук Санкт-Петербургского государственного университета технологии и дизайна. Доклад «Демографический кризис в России: социально-политический анализ». Интернет-сайт KM.RU. [↑](#footnote-ref-1)
2. Гарипов *Р.С.* Пособие по временной нетрудоспособности (правовые вопросы). Екатеринбург, 1997. С. 19. [↑](#footnote-ref-2)
3. *Афанасьева Е.Г.* У истоков человеческой жизни: правовые аспекты. М., 1994. С. 12. [↑](#footnote-ref-3)
4. См.: Малеина М.Н. Человек и медицина в современном праве. С. 102. [↑](#footnote-ref-4)
5. Малеина М.Н. Человек и медицина в современном праве. С.103. [↑](#footnote-ref-5)
6. Косолапов Г.Р.,Косолапова Н.В., Никульникова О.В. основы медицинского права. Курс лекций: Учебное пособие для вузов /Г.Р.Косолапов, Н.В.Косолапова, О.В.Никульникова, -- М.: Издательство «Экзамен», 2005. – 320с. (Серия «Курс лекций»).-202-215с. [↑](#footnote-ref-6)
7. См.: И. Поделись младенцем с ближним// Рос. газ. 2001. 8 июня. [↑](#footnote-ref-7)
8. "УГОЛОВНЫЙ КОДЕКС РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ" от 13.06.1996 N 63-ФЗ

   (принят ГД ФС РФ 24.05.1996)

   (ред. от 14.03.2002) [↑](#footnote-ref-8)