

Министерство высшего образования и науки РФ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Пензенский государственный университет»

Юридический институт Кафедра Государственно-правовые дисциплины
(наименование)

Направление подготовки 40.04.01 «Юриспруденция»
(код и наименование)

Магистерская программа Конституционное право, муниципальное право
(наименование)

МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ
на тему
Конституционное регулирование права на жизнь

Студентка 20 ЗЮМ1 _____ Туктарова Эльмира Жаферовна
номер группы подпись, дата фамилия, имя, отчество полностью

Научный руководитель _____ Романовская О.В.
подпись, дата фамилия, инициалы

Консультанты:

по _____
наименование раздела, звание, должность подпись, дата фамилия, инициалы

по _____
наименование раздела, звание, должность подпись, дата фамилия, инициалы

Нормоконтролер: _____ Елистратова О.В.
должность подпись, дата фамилия, инициалы

Рецензент: _____
должность подпись, дата фамилия, инициалы

Работа допущена к защите в (протокол заседания кафедры от 2022 №)
Заведующий кафедрой ГПД _____ **Романовская О.В.**
название подпись, дата фамилия, инициалы

Работа защищена с оценкой _____ (Протокол от _____ 2022 г. №_)
Секретарь ГЭК _____
подпись, дата фамилия, инициалы

Пенза 2023 г.

ПЕНЗЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

Юридический институт

Направление «Юриспруденция»

УТВЕРЖДАЮ

Зав. кафедрой «Государственно-правовые дисциплины»

(название)

_____/О.В. Романовская/

(инициалы и фамилия)

____ 2020 г.

ЗАДАНИЕ

на выпускную квалификационную работу студентки гр.203ЮМ1

Туктаровой Эльмиры Жаферовны

1. Тема работы: Конституционное регулирование права на жизнь

2. Научный руководитель: д.ю.н., зав. кафедрой «Государственно-правовые дисциплины», Романовская О.В.

3. Дата выдачи задания: 30.11.2020 г.

4. Срок сдачи слушателем законченной работы: 21.12.2022 г.

5. Перечень подлежащих разработке вопросов:

5.1. Понятие и содержание конституционного права на жизнь

5. 2. Особенности содержания конституционного права на жизнь

5. 3. Юридическое определение момента возникновения права на жизнь

5.4. Право на жизнь и эвтаназия

5.5. Право на жизнь и репродуктивные права

5.6. Содержание права на искусственное прерывание беременности

5.7. Право на суррогатное материнство

6. Консультанты по работе, с указанием относящихся к ним разделов работы:

Раздел	Консультант	Подпись, дата	
		Задание выдал	Выполненное задание принял
Введение		30 ноября 2020 г. Романовская О.В.	11 марта 2021 г. Романовская О.В.
Понятие и содержание конституционного права на жизнь Особенности содержания конституционного права на жизнь Юридическое определение момента возникновения права на жизнь Право на жизнь и эвтаназия		15 марта 2021 г. Романовская О.В.	23 декабря 2021 Романовская О.В.
Право на жизнь и репродуктивные права Содержание права на искусственное прерывание беременности Право на суррогатное материнство		20 декабря 2021 г. Романовская О.В.	27 января 2021 г. Романовская О.В.
Заключение		20 мая 2022 г. Романовская О.В.	1 декабря 2022 Романовская О.В.

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	5
1 ПОНЯТИЕ И СОДЕРЖАНИЕ ПРАВА НА ЖИЗНЬ	8
1.1 Особенности содержания конституционного права на жизнь	8
1.2 Юридическое определение момента возникновения права на жизнь	17
1.3. Право на жизнь и эвтаназия	23
2 ПРАВО НА ЖИЗНЬ И РЕПРОДУКТИВНЫЕ ПРАВА.....	38
2.1 Содержание права на искусственное прерывание беременности.....	38
2.2 Право на суррогатное материнство.....	52
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	58
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ	60

ВВЕДЕНИЕ

Право на жизнь предусматривается различными международными документами в числе первичных прав человека. Конституция Российской Федерации открывает каталог прав человека указанием на право на жизнь (статья 20).

Долгое время советская традиция исходила из отсутствия необходимости закрепления данного права в силу некоторых объективных обстоятельств, в числе которых невозможность велением государства создать жизнь человека¹. Хотя обратная ситуация – умаление жизни находится в пределах воли государства, его органов и должностных лиц. Типичной иллюстрацией такой возможности считается применение смертной казни. В Российской Федерации смертная казнь фактически отменена. Установленные материальный и процессуальный моратории (Указом Президента РФ и решениями Конституционного Суда России) фактически ликвидировали данный вид наказания. Последний раз смертный приговор исполнялся на территории России в 1996 г., что означает более 25 лет истории государства вне смертной казни.

Право на жизнь – одно из базовых прав человека. Статья 3 Всеобщей декларации прав человека от 10 декабря 1948 года предусматривает, что каждый человек имеет право на жизнь, на свободу и на личную неприкосновенность. Статья 6 Международного пакта о гражданских и политических правах от 16 декабря 1966 года также указывает, что право на жизнь есть неотъемлемое право каждого человека. Это право охраняется законом. Никто не может быть произвольно лишен жизни.² Конституция Российской Федерации открывает каталог прав человека указанием на право на жизнь (статья 20). Аналогичные нормы предусматриваются в зарубежных конституциях. В рамках анализа отдельных элементов права на жизнь на международном уровне принято значительно число юрисдикционных актов –

¹ Чхиквадзе В.М. Гуманизм, мир, личность. М.: Наука, 1981. 286 с.;

² Мовчан А.П. Права человека и международные отношения. М.: Наука, 1982. 145 с.

Комитетом по правам человека ООН, европейским Судом по правам человека и другими международными судебными инстанциями.

Таким образом краткость формулы – каждый имеет право на жизнь – компенсируется толкованием, которое формируется правоприменительной практикой (где судебным и иным юрисдикционным органам принадлежит особое место) и научной доктриной. Исследования российских ученых показывают, что право на жизнь постепенно трансформируется под влиянием современных технологий, где биомедицина занимает свое первичное положение. Исходя из этого, в выпускной квалификационной работе представляется необходимым уделить особое внимание репродуктивным правам.

Таким образом, основной целью представленной научной работы является определение содержания права на жизнь, выявление особенностей, анализ проблемных вопросов, возникающих при трактовке указанного субъективного права.

Обозначенная цель позволила сформулировать следующие задачи научной работы:

- исследовать правовую базу, определяющую содержание права на жизнь, показать этапы развития законодательства в указанной сфере;
- выделить правовые основы защиты права на жизнь;
- исследовать особенности определения момента возникновения права на жизнь;
- структурировать проблематику регулирования эвтаназии в России и за рубежом;
- определить правовые основы искусственного прерывания беременности;
- представить рекомендации по совершенствованию российского законодательства.

Методологическую основу исследования составляют метод диалектики как общенаучного метода познания, а также ряда частнонаучных методов: историко-правовой, сравнительно-правовой, метод системного анализа и др.

Теоретическую основу исследования составили работы следующих ученых: С.А. Авакьяна, М.В. Баглая, Н.С. Бондаря, Л.Д. Воеводина, Г.А. Гаджиева, Ю.А. Дмитриева, А.И. Ковлера, А.Н. Кокотова, Г.Н. Комковой, В.И. Крусса, О.Е. Кутафина, В.Д. Мазаева, Н.А. Михалевой, Г.Б. Романовского, Б.С. Эбзеева, Л.М. Энтина и др.

Нормативную и эмпирическую основу исследования составляют Конституция Российской Федерации, конституционные акты зарубежных стран, федеральные конституционные и федеральные законы, указы Президента Российской Федерации, постановления Правительства Российской Федерации, иные акты органов законодательной и исполнительной власти, нормативные акты ряда зарубежных государств, доктринальные источники (как российские, так и зарубежные).

Представленные цель и задачи исследования обусловили структуру научной работы, состоящую из разделов: введение, понятие и содержание конституционного права на жизнь, право на жизнь и репродуктивные права, заключение.

1 ПОНЯТИЕ И СОДЕРЖАНИЕ ПРАВА НА ЖИЗНЬ

1.1 Особенности содержания конституционного права на жизнь

Статья 20 Конституции РФ закрепляет право на жизнь. Часть 2 устанавливает дополнительную гарантию, согласно которой смертная казнь впредь до ее отмены может устанавливаться федеральным законом в качестве исключительной меры наказания за особо тяжкие преступления против жизни при предоставлении обвиняемому права на рассмотрение его дела судом с участием присяжных заседателей. Если ограничиться вопросами смертной казни, то следует указать, что в нашей стране действуют два моратория: материальный и процессуальный.

Первый связан с запретом исполнения смертных приговоров и регулируется подзаконными актами:

- Указ Президента РФ от 16.05.1996 г. № 724 «О поэтапном сокращении применения смертной казни в связи с вхождением России в совет Европы»;

- Распоряжение Президента РФ «О подписании Протокола № 6 (относительно отмены смертной казни) от 28 апреля 1983 г. к Конвенции о защите прав человека и основных свобод от 4 ноября 1950 г.».

Необходимо обратить внимание, что ни в одном из названных указов прямой отказ от смертной казни не предусмотрен. Была совершена попытка внесения законопроекта об исключении смертной казни из перечня уголовных наказаний в 1997 году, но она не нашла поддержки в законодательном органе страны. Вопрос о смертной казни оказался слишком политизированным. В заявленном аспекте обратим внимание на мнение Е.В. Авдеевой: «Следует иметь в виду, что неотвратимость и справедливость мер уголовной ответственности имеет ключевое значение в сфере превенции и противодействия посягательствам на жизнь другого человека. Единообразное

толкование уголовно-правовых норм обеспечивает последовательное и поэтапное противодействие преступлениям против жизни в плане профилактики и предупреждения убийств, причинения смерти по неосторожности, доведения до самоубийства, склонения к совершению самоубийства или содействия совершению самоубийства, организации деятельности, направленной на побуждение к совершению самоубийства»¹.

Второй запрет обусловлен решениями Конституционного Суда РФ:

– Постановление Конституционного Суда РФ от 02.02.1999 г. № 3-П «По делу о проверке конституционности положений статьи 41 и части третьей статьи 42 УПК РСФСР, пунктов 1 и 2 Постановления Верховного Совета Российской Федерации от 16 июля 1993 года "О порядке введения в действие Закона Российской Федерации "О внесении изменений и дополнений в Закон РСФСР "О судостроительстве РСФСР", Уголовно-процессуальный кодекс РСФСР, Уголовный кодекс РСФСР и Кодекс РСФСР об административных правонарушениях" в связи с запросом Московского городского суда и жалобами ряда граждан»;

– Определение Конституционного Суда РФ от 19.11.2009 г. № 1344-О-Р «О разъяснении пункта 5 резолютивной части Постановления Конституционного Суда Российской Федерации от 2 февраля 1999 года № 3-П по делу о проверке конституционности положений статьи 41 и части третьей статьи 42 Уголовно-процессуального кодекса РСФСР, пунктов 1 и 2 Постановления Верховного Совета Российской Федерации от 16 июля 1993 года "О порядке введения в действие Закона Российской Федерации "О внесении изменений и дополнений в Закон РСФСР "О судостроительстве РСФСР", Уголовно-процессуальный кодекс РСФСР, Уголовный кодекс РСФСР и Кодекс РСФСР об административных правонарушениях».

¹ Авдеева Е.В. Новеллизация российского законодательства в сфере уголовно-правового обеспечения права на жизнь // Российская юстиция. 2017. № 11. С. 18 - 21.

В современной юридической науке право на жизнь рассматривается гораздо шире. В первую очередь, это связано с развитием биомедицинских и генетических технологий. Некоторые ученые высказывают свою точку зрения. Т.П. Страмилова отмечает: «По нашему мнению, законодательство, в том числе и уголовное, обязано защитить права плода еще в утробе матери, так как существование эмбриона в утробе матери, сопровождающееся плацентарным дыханием, представляет собой не что иное, как форму жизни человека, только в другой биологической среде. Признание правосубъектности плода имеет право быть законодательно закрепленным в Конституции РФ и соответствующем федеральном законе о репродукции. Уголовная ответственность за причинение вреда человеческому эмбриону или плоду должна наступать в соответствии с нормами главы 16 Особенной части УК РФ (преступления против жизни и здоровья). Право определения того, с какого момента считать возникновение права эмбриона на жизнь, принадлежит врачам»¹. Вопрос начала жизни становится ключевым во многих дискуссиях, связанных с конституционной правосубъектностью человека. Е.В. Тищенко настаивает: «1) надо признавать факт возникновения права на жизнь с момента жизнеспособности (обретения способности существовать вне организма матери) человеческого плода (т.е. права на жизнь человека на стадии жизнеспособного плода) при условии непротиворечия данного права праву на жизнь его матери; 2) необходимо совершенствовать национальное регулятивное законодательство в области биомедицины»². А.Г. Малинова предлагает свой вариант развития событий: «Очевидно, что ученые до сих пор не пришли к однозначному выводу о том, с какого момента (от зачатия или от рождения) возникает право на жизнь. Акцентирование внимания исключительно на отмеченной контрпозиции законодательных актов, так или иначе связанных с защитой права на жизнь

¹ Страмилова Т.П. Право на жизнь как объект конституционной защиты в условиях реализации уголовной политики государства // Государственная власть и местное самоуправление. 2018. № 12. С. 53 - 56.

² Тищенко Е.В. Проблемы демаркации начала человеческой жизни // Конституционное и муниципальное право. 2018. № 9. С. 63 - 66.

до рождения, существенно препятствует внятной этической и правовой легитимации применения вспомогательных репродуктивных технологий, в частности фетоида. Возможен и другой подход, позволяющий отчасти устранить выявленные противоречия. Для этого при рассмотрении вопросов о защите прав ребенка (как до, так и после рождения) во главу угла необходимо ставить право на жизнь в его неразрывной связи с правом на достойное существование. По сути, разрешение современной проблематики защиты прав ребенка сводится к поиску путей достижения безусловного единства в реализации его прав на жизнь и достойное существование»¹.

М.А. Мокосеева формулирует соответствующие направления конституционализации отраслевого законодательства в части обеспечения реализации права на жизнь:

«1. Конституционный принцип высшей ценности человека обуславливает необходимость совершенствования законодательства посредством усиления юридических гарантий обеспечения права на жизнь в России, а также определения развернутых механизмов его защиты. Поэтому представляется целесообразным принять специальный закон, регулирующий общественные отношения, возникающие при реализации гражданами прав на охрану репродуктивного здоровья с возложением на государство обязанностей по обеспечению этих прав.

2. Необходимо, в частности, законодательно определить, с какого момента право на жизнь в полной мере распространяется на эмбрион и ограничено ли данное право его физиологическими данными. Разработка и принятие соответствующих федеральных законов станут важной гарантией охраны права на жизнь.

3. Представляется необходимым создание механизма правового обеспечения корректного мониторинга качества жизни. Для этого

¹ Малинова А.Г. Право на жизнь до рождения: дискуссии о фетоциде // Российский юридический журнал. 2016. № 2. С. 78 - 81.

необходимо в законодательстве установить требование, возлагающее на государство обязанность по выработке адекватных подходов к диагностике уровня жизни и создания необходимых экономических условий для роста качества жизни.

4. Важным этапом в процессе совершенствования законодательства станет выработка позиции в отношении эвтаназии. В частности, необходимо в ближайшее время принять официальный правовой акт, устанавливающий исчерпывающее определение эвтаназии. В этом случае вероятность ошибочной трактовки того или иного деяния будет существенно меньше, чем в настоящее время»¹.

Наиболее полно проблематика права на жизнь в условиях развития новых глобальных угроз отражена в работах Г.Б. Романовского.² Им, в частности, сформулирована общая концепция права на жизнь³. Выделены репродуктивные права как элемент структурной характеристики права на жизнь с указанием на качественные признаки каждого правомочия, возникающего в ходе такой интимной стороны жизни⁴. Работы указанного автора не одиноки. А.В. Шибина отмечает: «Право на лечение бесплодия с применением методов ВРТ является самостоятельным правомочием, входящим в структуру репродуктивных прав человека. Репродуктивные права рассматриваются по законодательству РФ как право на получение специализированной медицинской помощи по оказанию услуг по лечению бесплодия»⁵. О.В. Горбунова указывает на недопустимость дискриминации в вопросах регулирования репродуктивных прав⁶. Ю.В. Павлова дополняет:

¹ Мокосеева М.А. Проблемы юридического обеспечения права человека на жизнь // Юридический мир. 2015. № 8. С. 32 - 37.

² Романовский Г. Б. Право на жизнь. Архангельск, 2002. С. 167.

³ Романовский Г.Б. Право на жизнь (общетеоретический аспект) // Известия высших учебных заведений. Правоведение. 2003. № 4 (249). С. 180-190.

⁴ Романовский Г.Б., Романовская О.В. Конституционная правосубъектность граждан и современные биотехнологии // Вопросы правоведения. 2013. № 2 (18). С. 309-333;

⁵ Шибина А.В. Некоторые проблемы обеспечения законности в сфере здравоохранения, связанные с реализацией репродуктивных прав // Медицинское право. 2015. № 6. С. 39 - 42.

⁶ Горбунова О.В. К вопросу о репродуктивных правах мужчин и женщин в России // Семейное и жилищное право. 2018. № 5. С. 9 - 11.

«Таким образом, следует констатировать, что, несмотря на развитие законодательства, регулирующего порядок применения вспомогательных репродуктивных технологий, стремительное развитие медицины значительно опережает темпы принятия соответствующих правовых норм, законодательство отстает от современных технологий, что часто ведет к нарушению прав и свобод человека и гражданина»¹.

Определение содержания данного права приобретает новую актуальность в силу распространения актов террора. Терроризм стал мировым явлением, охватывая практически все государства мира. Деструктивные организации, стремящиеся к подрыву устоев, также глобализировались, как и государства, выступающие объектом преступных посягательств. В связи с этим следует обратить внимание на некоторые международные источники, гарантирующие право на жизнь в столь сложных условиях.

Во-первых, следует обратить внимание на Доклад Генерального секретаря ООН «Защита прав человека и основных свобод в условиях борьбы с терроризмом» (28 августа 2008 г., документ A/63/337). Несмотря на то, что защита прав человека не подвергается сомнению ни при каких крайних обстоятельствах, практика показывает, что в ряде стран пытаются минимизировать собственные обязательства. На это и указывает приведённый Доклад, перечисляя недопустимые практики, которые стали проявляться для достижения антитеррористических целей, а именно «использование чрезмерной силы», «преднамеренные» или «заказные убийства» для уничтожения террористов, их идеологов и спонсоров. При проведении антитеррористических операций нередко отдаются приказы о ведении огня на поражение вне зависимости от наличия сопротивления. К таким же недопустимым практикам относят внесудебные казни,

¹ Павлова Ю.В. Современный правовой режим реализации репродуктивного права человека на применение вспомогательных репродуктивных технологий // Медицинское право. 2013. № 6. С. 27 - 32.

насильственные исчезновения, гибель в тюрьмах, следственных изоляторах при невыясненных обстоятельствах.

Во-вторых, это решения Европейского Суда по правам человека, в которых отражаются основные позиции по соблюдению государством позитивных обязательств в сфере обеспечения права на жизнь. Здесь следует выделить ряд следующих решений, связанных с проведением контртеррористических операций:

- Постановление от 24 февраля 2005 г. по делу «Хашиев и Акаева против Российской Федерации»;

- Постановление от 24 февраля 2005 г. по делу «Исаева, Юсупова и Базаева против Российской Федерации»;

- Постановление от 8 января 2009 г. по делу «Шахгириева и другие против Российской Федерации»;

- Постановление от 12 мая 2010 г. по делу «Сулейманова против Российской Федерации»;

- Постановление от 29 марта 2011 г. по делу «Эсмухамбетов и другие против Российской Федерации»;

- Постановление от 18 декабря 2012 г. по делу «Аслаханова и другие против Российской Федерации».

Приведённые решения связаны с событиями, происходившими на территории Чеченской Республики, где действовал особый правовой режим, но формально не являвшийся ни чрезвычайным положением, ни военным положением. Кстати, Российская Федерация во время наведения конституционного порядка не делала официальных заявлений об отступлении от исполнения обязательств, предусмотренных европейской Конвенцией о правах и свободах человека и гражданина. Подобное отступление, например, было объявлено Великобританией во время

противостояния с Ирландской Республиканской Армией (ИРА). Это позволило британским властям избежать ряда заявлений от граждан, пострадавших от действий военных и полицейских сил в Европейский Суд по правам человека. Подобное отступление могло бы быть заявлено и Российской Федерацией. А.И. Ковлер указал на отсутствие специального заявления, отразившееся в практике международной судебной инстанции: «Европейский суд дал понять властям Российской Федерации, что, не сделав "военной оговорки", они должны отвечать за свои действия по правилам мирного времени»¹. При этом в другой своей работе А.И. Ковлер обозначил непродуманность ситуации, которая могла бы быть решена властями Российской Федерации: «Кроме того, пункт 2 статьи 15 Конвенции дает государствам-участникам теоретическую возможность прибегать к отступлениям от своих обязательств по этой статье при определенных обстоятельствах, включая "случаи гибели людей в результате правомерных военных действий". Вспомним, что уже в первом "чеченском" деле Европейский суд отметил, что "в Чечне не вводилось военное положение и не объявлялось чрезвычайное положение, равно как там и не прибегли к отступлению от своих обязательств по Конвенции согласно статье 15 Конвенции" (Постановление от 24 февраля 2005 г. по делу "Исаева против России" (**Isayeva v. Russia**), § 191). Но "намеки" не были услышаны, и скоро Россия будет расплачиваться уже за двухсотое постановление по Чечне...»². С.Кочешев дополняет: «Применительно к контртеррористическим операциям в Чеченской Республике Европейский Суд исходит из предпосылки наличия в этом регионе "обычной обстановки", и, следовательно, применяет нормы,

¹ Ковлер А.И. Европейская конвенция по правам человека и международное гуманитарное право: о пользе демаркационных линий // Бюллетень Европейского суда по правам человека. Российское издание. 2019. № 8. С. 146 - 152.

² Ковлер А.И. Европейская конвенция: проблемы толкования и имплементации: монография. М.: ИЗиСП, Норма, ИНФРА-М, 2019. 400 с.

присущие демократическому государству без каких-либо изъятий и ограничений»¹.

В.Г. Романовский специально подчёркивает: «В решениях ЕСПЧ формулировались обязательства государства по обеспечению статьи 2 ЕКПЧ: создание соответствующей правовой и административной систем, определяющих ограниченный перечень обстоятельств, в которых сотрудники правоохранительных органов могут применить силу и огнестрельное оружие, принимая во внимание соответствующие международные стандарты. В частности, сотрудники силовых структур должны уметь оценить, является ли применение огнестрельного оружия абсолютно необходимым, не только руководствуясь соответствующими рекомендациями, но и принимая во внимание важность человеческой жизни как абсолютной ценности»².

Таким образом, перерастание террористических угроз в явление, способное нанести значительный ущерб государству актуализирует возможности официальных властей по временному отказ от исполнения базовых международных обязательств по соблюдению прав человека. Это не означает умаление основных достижений в гуманитарной сфере. Это лишь констатация того факта, что ситуации, сопоставимые с военным временем, не должны оцениваться по законам, характерным для мирного состояния. Отметим, что в некоторых конституциях стран Западной Европы такие временные отступления предусмотрены, что могло бы быть воспринято и российским конституционализмом.

Подводя итог, выделим основные выводы. Во-первых, право на жизнь – многоаспектное право, предусмотренное Конституцией Российской Федерации (статья 20). Во-вторых, содержание данного права не следует сужать до конституционного направления отмены смертной казни. Вопросы

¹ Кочешев С. Криминологические аспекты соблюдения норм международного права в условиях боевого применения войск на Северном Кавказе // Военно-юридический журнал. 2006. № 7. С. 13-19.

² Романовский В.Г. Конституционные ограничения прав человека в целях противодействия терроризму в России и за рубежом: монография. Москва: Проспект, 2021. 208 с.

прекращения жизни по велению государство – далеко не единственный элемент содержания права. В-третьих, развитие геномных и биомедицинских технологий расширяет применимость статьи 20 Конституции РФ к различным частным случаям регулирования. Одним из спорных моментов – вопрос о начале жизни человека.

1.2 Юридическое определение момента возникновения права на жизнь

Анализ феномена «жизнь» и субъективного права – права на жизнь – определяет актуальность выявления момента возникновения субъективного права на жизнь и на саму жизнь. Отличаются ли они во времени или взаимообусловлены? Та же проблема возникает при определении момента смерти и момента утраты права на жизнь.

Юристы, врачи и философы традиционно определяют саму жизнь как эмбриогенез, биологическую сущность. Так что общий вывод, очевидно, должен сводиться к тому, что как только возникает жизнь, возникают и соответствующие субъективные права.

Статья 17 Конституции Российской Федерации гласит, что «основные права и свободы человека неприкосновенны и принадлежат каждому от рождения». Это означает, что Конституция РФ связывает возникновение прав и свобод с достаточно четким юридическим фактом – фактом рождения. Право на жизнь также принадлежит только конкретному субъекту — человеку, родившемуся.

Данная часть международно-правового акта не полностью конкретизирована и лишь изменяет следующие принципы (Всеобщая декларация прав). В тексте нет прямого указания на дату начала владения правами. Однако, исходя из толкования текста, можно сделать вывод, что в качестве субъектов права он признает только лиц, уже родившихся. Эмбрионы не являются людьми в прямом смысле этого слова. Отсутствуют обязательные положения относительно зачаточных прав на признание правосубъектности. Содержание региональных международных документов

практически идентично. Исключение составляет Американская конвенция о правах человека. В ней в статье 4, предусматривающей право на жизнь, прямо говорится, что «это право в принципе охраняется законом с момента зачатия». Это говорит о том, что в отношении одного из прав человека можно говорить об ином моменте возникновения, чем установленный в общем порядке. В то же время трудно не согласиться с мнением, высказанным Н.С. Малеиным утверждая, что «правосубъектность возникает благодаря правовым нормам и поэтому признается социально-правовым, а не «естественным» (неотъемлемым, биологическим) свойством» в юридических вопросах. Потому что по своей природе вне государства он может существовать и без этого свойства¹.

Другими словами, формула воспринимается как обязательная. Человек рождается – он тоже имеет право на соответствие. Факт рождения связан с отделением плода от тела матери. Однако ребенок может родиться мертвым первым. Чтобы исключить эти случаи, врачи используют такие термины, как «живорождение». То есть наличие безусловного врожденного рефлекса. К ним относятся сосание, глотание, моргание, чихание, дефекация и мочеиспускание. Долгое время этот подход не знал исключений из-за отсутствия медицинских достижений, которые позволили бы расширить рамки понятия «живорождение» в юридическом смысле. 4 декабря 1992 г. Приказом Минздрава РФ Российской Федерацией № 318 утверждены инструкции по определению критериев рождения, мертворождения и перинатальных критериев. Независимо от срока беременности, зачатие от матери и плод после такого разделения дышит или проявляет другие признаки жизни, такие как сердцебиение, пульсация пуповины и произвольные движения мышц. Разрез или плацента отделена. Каждый такой продукт рождения считается живым рождением.

Уже в это время рамки «живорождения» сдвинуты на 19 недель. Почти весь мир знает о Кенни Кинге, который родился недоношенным в 19 недель.

¹ Малеин Н.С. Гражданский закон и права личности в СССР. М. 1981. С.84.

Кенни весил всего 510 граммов. Во многих странах детей, рожденных между 21 и 22 неделями беременности, можно спасти.

Благодаря таким научным достижениям Всемирная организация здравоохранения разработала универсальные стандарты фертильности. Он стал универсальным стандартом оценки деятельности государства по обеспечению функционирования систем родовспоможения. Соответственно согласовываются внутригосударственные правовые акты. Постановлением Минздрава РФ от 4 декабря 1992 г. эти стандарты стали обязательными для реализации на территории России. Поэтому новорожденный (плод) весом до нее 2500 г считается маловесным младенцем при рождении. До 1500 г - очень низкий. До 1000 г - очень низкий.

Медицинское учреждение регистрирует в медицинской карте всех выживших и умерших с массой тела при рождении, равной или превышающей ее 500 г, с признаками жизни или без них. Поэтому ЗАГС подлежит регистрации.

– Рожденные живыми или мертвыми с массой тела ≥ 1000 г (или длиной ≥ 35 см или гестационным возрастом ≥ 28 недель, если масса тела при рождении неизвестна), в том числе новорожденные с массой тела < 1000 г - Многоплодные роды;

– Все новорожденные, родившиеся с массой тела от 500 до 999 г, имеют право на регистрацию в ЗАГСе, если они проживут более 168 часов (7 дней) после рождения.

Конечно, правила Министерства здравоохранения диктуют обязанность медицинского персонала спасать жизни как матерей, так и детей.

В то же время известны такие случаи, когда здоровый ребенок рождался в состоянии прекращения жизнедеятельности материнского организма. Так, в Уругвае по дороге в больницу скончалась беременная женщина. Благодаря искусственному поддержанию кровообращения через 45 минут после смерти родилась здоровая девочка.

Эти обстоятельства «закрепляют обязанности медицинского персонала по обеспечению жизнедеятельности человеческого плода в утробе умершей матери с учетом сроков внутриутробного развития и других врачебных показаний и согласий»¹. Вызвало критику судебно-медицинское предложение о наличии согласия супруга. Несмотря на соблазн подобных рекомендаций, следует отметить, что в реальной ситуации в России эта норма, скорее всего, послужит лишь рекомендацией на будущее (многие лечебные учреждения не имеют современного оборудования). Поэтому нелогично добиваться согласия супруга. Если медицина добилась определенных успехов в экстенсивном выхаживании будущего ребенка в экстремальных ситуациях, то согласие супруга не следует принимать во внимание, так как в данном случае речь идет о рождении человека. Ставить жизнь человека в зависимость от прихотей его биологического отца как минимум нелогично.

При этих обстоятельствах закону известны случаи возникновения правосубъектности у зародышей человека при условии, что они родились живыми. В начале 90-х годов венгерское и чехословацкое гражданское право предусматривало, что зачатые дети обладают дееспособностью. Согласно статье 1116 ГК РФ к лицам, имеющим право на наследство, относятся гражданки, забеременевшие при жизни наследодателя и родившиеся живыми после начала вступления в наследство.

Однако эти положения не полностью признают правосубъектность человеческих эмбрионов. Эти правила на будущее. В дальнейшем, после своего рождения, зачатый ребенок имеет определенные права. В любом случае условием фактической дееспособности является рождение живым. Закон лишь реагирует на то, что два ее юридических факта, факт зачатия и факт рождения, со временем «раздираются». Римское право также содержит такие примеры. Таким образом, в Институциях Гая мы находим: «ибо

¹ Малеина М.Н. Личные неимущественные права граждан: понятие, осуществление, защита. М., 2001. С. 58. В этой же работе приводится факт рождения здорового ребёнка спустя два месяца после смерти матери.

человек, зачатый незаконно, приобретает собственность с рождения. Так что, если ты рожден от свободной женщины, ты считаешься свободным, и неважно, от кого зачала тебя твоя мать, когда была еще рабыней. Однако законно зачатое лицо приобретает имущество с момента зачатия».

Подобные примеры вовсе не наводят на мысль о прогрессивности римского законодательства. Происходит лишь наложение на регулирование неимущественных отношений принципа собственности. Так, в римском праве имущественные вопросы решались с учетом таких событий, как зачатие, беременность и роды.

Подобные примеры можно найти и в других законодательных актах России. Социальное право и налоговое право являются хорошими примерами характера таких положений.

Часть 2 Налогового кодекса (статья 218) устанавливает, что налогоплательщики имеют право на следующие стандартные налоговые льготы при определении размера налоговой базы: Включая... лиц, добровольно покидающих населенные пункты, подвергшиеся радиоактивному загрязнению в результате аварии на производственном кооперативе «Маяк» в 1957 г. и выброса радиоактивных отходов в р. Теча.

Федеральным законом «О социальной защите граждан Российской Федерации, подвергшихся радиационному облучению в связи с аварией на ПО «Маяк» 1957 г. и сливом радиоактивных отходов в реку Теча также предусматриваются социальные выплаты. Следует сказать, что решение Верховного Суда РФ, связанное с толкованием этого закона, признавало права плода на выплаты (с момента аварии на Заводе «Маяк» до ухода в декретный отпуск). Установлено, что женщина продолжала работать полный рабочий день и выполнять свои служебные обязанности на предприятии «Маяк». Согласно указанному закону, действия командира воинской части, которые уже отказали в выдаче соответствующей справки сыну этой женщины, были признаны незаконными.

Вышеизложенное показывает, что во всех случаях речь идет о восприятии периода внутриутробного развития как периода с определенными последствиями. В противном случае о записи отца, не дожившего до рождения своего ребенка, следует говорить как о факте признания дееспособности плода. Как указывала М.Н. Малеина: «Несмотря на то, что зачатый ребенок в будущем может быть субъектом права, мало надобности считать его обладателем дееспособности или иных прав еще до рождения, что может происходить только для реально существующих объектов»¹.

Однако некоторые международно-правовые акты допускают отступления от этого принципа. Американская конвенция о правах человека уже обсуждалась выше. Декларация прав ребенка, принятая Генеральной Ассамблеей Организации Объединенных Наций резолюцией 1386 (XIV) от 20 ноября 1959 года, подчеркивает в своей преамбуле: включение надлежащей правовой защиты до и после рождения». Подобные формулировки используются в преамбуле к Конвенции о правах ребенка 1989 года. В статье 6 говорится, что государства-участники признают, что каждый ребенок имеет неотъемлемое право на жизнь. Статья 1 гласит, что все лица в возрасте до 18 лет являются детьми. Это означает, что международные правовые акты направлены на установление обязательств по надлежащей защите эмбрионов. Это не тождественно признанию правосубъектности лица с момента зачатия. В подтверждение этого вывода можно привести статью 18 Конвенции о правах человека и биомедицинских науках. Хотя вышеуказанные нормы подтверждают обязательство по установлению надлежащей защиты, они никогда не признают правосубъектность лица с момента зачатия. Проблема серьезная, и ее окончательное решение потребует существенных изменений в отечественной правовой системе. Это предопределяет отказ от категориальной интеграции права на жизнь с момента зачатия. Такая консолидация отнюдь не против

¹ Малеина М.Н. О праве на жизнь // Государство и право. 1992. № 12. С. 51.

практики искусственного прерывания беременности, как многие думают. Споры о запрете абортов устарели.

В 1970-х годах были открыты методы диагностики состояния плода в утробе матери, что позволило пренатально выявлять наличие генетических заболеваний и различных аномалий. Как отмечает Жак Судо (профессор богословия), «в настоящее время медицинская наука еще не нашла метода лечения или оперативное лечение плодов в утробе матери. Пока перед врачами стоит задача изыскать возможность аборта плодов с пороками развития на ранней стадии развития. Развитие этого метода привело к разрушению значительное количество плодов».

Наука ставит качественно иной вопрос. Можно ли «выбраковывать» ребенка до его рождения? Возможна ли фетальная хирургия? Можно ли использовать абортированный материал в медицинских целях? При постановке такого вопроса принципиальное значение имеет отношение к эмбриону. То есть как объект (который потом можно купить, продать, уничтожить и т.д.) или как часть человека, требующего особой защиты (родитель-человек).

1.3 Право на жизнь и эвтаназия

Некоторые болезни вызывают тяжелые физические и душевные страдания. Боль – результат смертельной болезни. Медицина всегда думала о способах облегчения страданий больных. Врачи часто задаются вопросом, а не предрешен ли исход – только смерть. Зачем продолжать страдания больного, искусственно поддерживая жизнь? Не проще ли облегчить судьбу смертельной инъекцией? Подобные вопросы задавались на протяжении всей истории человечества с древних времен.

Как упоминалось ранее, древние общества не относились к жизни как к самой ценной вещи. Тем более, что медицина не обладала обширными знаниями и предопределяла выбор мучительных болей в пользу скорейшего

избавления от них с помощью самоубийства. Следует отметить, что функциональный подход к жизни человека предполагал обоснование удаления из общества так называемого «балласта». К последнему понятию относились невменяемые, новорожденные с врожденными дефектами, пожилые люди. Таким образом, древние общества приняли искусственные евгенические меры. Плутарх так описывает нравственность спартанского общества: «Если он оказывался сильным и здоровым, его отдавали на пропитание отцу и закрепляли за ним одну из девяти земель, а слабый и безобразный находил свою судьбу в пропасти близ Тайгета...». В их глазах жизнь новорождённого была бесполезна и для него, и для государства.

Практика умерщвления новорожденных с врожденными дефектами была характерна для многих первобытных обществ, и вообще не считалась убийством. Младенцы, отличавшиеся исключительными уродствами, легко умирали по правилам XII таблицы. Считалось, что таким образом будут преследоваться благие цели, как для общества в целом, так и для самих новорожденных. Древним людям всегда приходилось сталкиваться с трудностями в жизни. Были жестокие войны, стихийные бедствия и болезни. Не имея подходящих лекарств, дети-инвалиды были серьезной обузой. Более того, они были неспособны выполнять определенные социальные обязанности: защищать родину, добывать пропитание, вести захватнические войны и т.д. В то же время такие дети были обречены на постоянные страдания. Даже если они выживали, они фактически были социальными изгоями.

Подводя итог, можно обозначить следующее отношение древнего общества к поднятой проблеме:

1. Одобряется добровольный уход из жизни следующей категории лиц:
а) неизлечимо больных, б) переносящих тяжёлые физические мучения, в) душевнобольных, г) престарелых.
2. Допускается умерщвление новорождённых с выявленными врождёнными недостатками.

3. За врачом признаётся право не оказывать медицинскую помощь, которая не приведёт к излечению, а лишь на некоторое время способна продлить жизнь.

4. Подобные правила обосновываются как определённым гуманизмом, так и отсутствием социальной полезности от такой категории людей.

Средневековое общество придерживалось практически тех же норм. Достаточно вспомнить практику изоляции прокаженных и душевнобольных. Гуманизм тогда проявлялся в том, что у людей, заболевших инфекционными заболеваниями, был выбор: оказаться в зоне отчуждения или быть расстрелянными, как будто они не подчинялись приказам властей. Мишель Монтень также согласен с древними философами. Примерно в то же время (и чуть позже) Фрэнсис Бэкон в эссе о достоинстве и приумножении науки пошел еще дальше и определил освобождение от страданий как долг медицинского работника. Только для уменьшения страданий и боли, причиняемых болезнью, и это не только тогда, когда купирование боли как опасного симптома болезни может привести к выздоровлению, но когда нет надежды на спасение. Следует отметить, что это не означает убийство пациента, а скорее эффективное обезболивание, чтобы избавить человека от невыносимой боли. Бэкон, ссылаясь на Светония, цитирует Августа как человека, мечтавшего об эвтаназии. По-видимому, в этой части необходимо процитировать Светония, чтобы избежать двойного толкования: «В самом деле, всякий раз, когда он слышал, что кто-то рано умер без боли, он молился за себя и за себя такой же смерти - так он это выражает». Это означало, что под «эвтаназией» понималась «легкая смерть» без ускорения со стороны окружающих (euthanasia — греч. euthanasia, eu — добро, thanatos — смерть). Анализируя позже книгу Бэкона, его вывод основывается на том, что эвтаназия является мотивом для всех врачей к получению новых знаний, чтобы неизлечимые болезни перестали быть таковыми. Поэтому очень трудно говорить о Бэконе как об основоположнике эвтаназии в современном понимании.

Советская деонтология очень негативно подходила к вопросу об эвтаназии. Социалистический гуманизм этого не допускает, так как врачи обязаны продлевать жизнь, а не укорачивать ее. Даже при заболевании с очень плохим прогнозом врачи должны ежечасно бороться за облегчение страданий своих пациентов и продление их жизни.

Эвтаназия сейчас понимается как вид медицинской деятельности, выражающимся прямым действием или профессиональным бездействием). Общие определения понятия имеют пограничный аспект, который часто отождествляют с эвтаназией, но это не так. Рассмотрим их и попробуем классифицировать виды эвтаназии.

Во-первых, различают активную эвтаназию — умышленное причинение смерти («метод наполненного шприца») и пассивную эвтаназию — прекращение жизнеобеспечивающих мероприятий («метод отсроченного шприца»). Различные мероприятия осуществляются с помощью эвтаназии средствами, то есть специальными приспособлениями. В контексте концепции пассивной эвтаназии они относятся к ортотаназии (прекращение экстренных процедур для пациентов, которые не страдают чрезмерно, но уже считаются неизлечимыми) и дистаназии (прекращение жизни пациента любой ценой). На основании Федерального закона «Об охране здоровья граждан в Российской Федерации» оба вида запрещены (статья 45).

Во-вторых, они признают существование добровольной (по желанию или согласию больного) и принудительной эвтаназии (без согласия самого больного). При этом в рамках добровольной эвтаназии следует различать суицид с медицинской помощью — «СВС» (когда врач готовит смертельный препарат для инъекции пациенту). Примером принудительной эвтаназии является дело Микаэлы Рёдер из Вупперталя, которая в 1989 году была осуждена за убийство 17 пациентов. По ее показаниям, она делала своим неизлечимо больным смертельные инъекции, но не по их просьбе, а из сострадания к ним.

В-третьих, существуют различия между прямой и непрямой эвтаназией, которые отражают мотивы профессиональных решений врачей. Прямая эвтаназия — когда врачи пытаются сократить жизнь пациента. Непрямая эвтаназия - когда смерть больного ускоряется как косвенный (вторичный) результат действий врача, направленных на другую цель. В принципе, речь идет об увеличении дозы обезболивающих (опиоидов), в результате чего укорачивается жизнь больного.

Как видите, каждый вид имеет свои особенности. Трудно возразить Н. Павловской: «Поначалу явно не считается таковым явлением, но необходимо различать такое явление, которое эвтаназия проявляет с некоторой долей условности. В то же время нам необходимо определить само понятие эвтаназии»¹.

О. Ивченко анализирует состав преступления по зарубежному праву и дает определение эвтаназии: «Либо с согласия его близких, либо по личной инициативе врача или иного лица, движимого состраданием к больному, избавить его от постоянных и мучительных страданий, вызванных неизлечимой болезнью»².

Однако, хотя это определение и отражает аспекты обобщающего уголовного права, оно не отражает природу самого явления. Еще Ф. Бэкон понимал эвтаназию как аспект медицинской практики. Это означает, что эвтаназия является видом исключительно медицинской деятельности, и ее осуществление может осуществляться только со стороны или с одобрения медицинского персонала. Суть в том, что любой медицинский работник, заметивший медленное, мучительное страдание неизлечимого больного, дарит ему «легкую смерть». Поэтому до умышленного лишения жизни необходимо медицинское освидетельствование с констатацией неизлечимости болезни. Требуется длительное медицинское наблюдение, при котором наличие постоянного дистресса должно быть скорректировано и

¹ Павловская Н. К проблеме эвтаназии // Русский медицинский журнал. 1996. Том 4. № 2.

² Ивченко О. Ответственность за эвтаназию по уголовному законодательству зарубежных стран (сравнительно-правовой анализ) // Уголовное право. 2001. № 3. С. 21.

достаточно велико, чтобы быть невыносимым для пациента. Это исключительная мера, используемая, когда это невозможно. В противном случае произойдет элементарное убийство. Как можно оценить неизлечимый характер болезни, наличие мучительной боли, которую невозможно перетерпеть и устранить даже с помощью эффективного обезболивания, если убийство совершено не врачом, а субъектом? Если врачи могут совершать профессиональные ошибки, как можно доверить неспециалисту определение смерти?

Эвтаназия происходит, когда ставится конкретная цель смерти пациента. Поэтому проведение медицинских экспериментов не следует считать эвтаназией — одобрением совершенно неизученных средств и методов лечения больных с неминуемой угрозой жизни. Хотя биомедицинские исследования могут не дать положительных результатов, они фактически сокращают продолжительность жизни пациента. Первые реципиенты, решившиеся на эксперименты по трансплантации, прожили всего один месяц после трансплантации органов. Однако это не означает, что к ним применялась эвтаназия. Цель была совсем другая – спасти жизнь пациенту. У самого пациента была надежда¹.

Поэтому более ясным представляется следующее понятие эвтаназии: специальное медицинское вмешательство, направленное на прекращение жизни неизлечимо больного, лица, испытывающего тяжкие страдания, добровольно изъявившее ее, осуществляется по воле и имеет единственную цель - прекращение напрасных страданий. Но даже в этом случае не подчеркивается тот факт, что эвтаназия проводится «по усмотрению» врача. Таким образом, концепция Н.Е. Крыловой становится яснее в определении предмета: «...это преднамеренные действия или бездействие медицинских работников, принявших явные и недвусмысленные решения информированных пациентов или их законных представителей о

¹ Дмитриев Ю.А., Шленева Е.В. Право человека в Российской Федерации на осуществление эвтаназии // Государство и право. 2000. № 11. С.57.

прекращении физических и психических страданий пациента. Исполненное в соответствии с требованиями, угрожающее жизни состояние, что привело к его смерти»¹.

Вопрос в том, может ли человек с врачебной миссией лишить его этого достойнейшего блага. Американская практика указывает – Нет, потому что желающие покончить с собой должны пройти обследование у психиатра. Американская психиатрическая ассоциация отказалась от участия в этой процедуре. По этой причине в российской судебной практике высказывались мнения о том, что процедура эвтаназии должна осуществляться непосредственно другим человеком, а не самим врачом. Вопрос - "кто" - самый серьёзный. А значит: кто за неё отвечает? Может это юрист поднимает этот вопрос? Судья, прокурор? Или создать специальную службу эвтаназии? Очень сложно найти ответ на все указанные вопросы.

Обобщая вышеизложенное, можно сформулировать следующие критерии, по которым можно говорить об эвтаназии.

1. Наличие заболевания.
2. Продолжительность использования методов и средств лечения.
3. Неотвратимость безусловных фатальных последствий.
4. Наличие морального и физического неблагополучия, которое пациент оценивает как непереносимое, несмотря на выбранные методы и средства лечения.
5. Отсутствие эффективных средств облегчения страданий.
6. Требование об эвтаназии пациента является обязательным, если пациент находится в сознании.
7. Запросы должны быть осознанными, информированными и добровольными.

Это так называемые материальные предпосылки. Однако процессуальные гарантии защиты прав пациентов также необходимо изменить, чтобы исключить злоупотребления. Это включает:

¹ Крылова Н. Эвтаназия: уголовно-правовой аспект // Вестник МГУ. Серия 11. Право. 2002. № 2. С. 20.

1. Психологическое обследование больного для исключения возможности дачи согласия в связи со стечением обстоятельств, не позволяющих объективно оценить действительность

2. Обязательна консультация с независимыми специалистами для минимизации возможности врачебной ошибки. Решение об эвтаназии может быть принято только медицинской ассоциацией.

3. Согласие должно быть зафиксировано письменно или в присутствии свидетеля.

4. Обязательное уведомление о ближайших родственниках.

5. Одобрение эвтаназии судом или прокуратурой.

Многие процессуальные гарантии уже опробованы действующим законодательством некоторых стран. Итак, мы уже упоминали о психиатрическом освидетельствовании пациентов по законам штата Орегон, что привело к параличу закона. Законодательство Нидерландов определяет условия эвтаназии как обязательную консультацию лечащего врача с независимым экспертом. Письменное согласие пациента на эвтаназию пропагандируется как «воля к жизни» во многих странах. Суть его в том, что любой здоровый, сознательный гражданин может издать временный приказ, состоящий из двух частей. Если пациент в коме должен быть отключен от системы жизнеобеспечения для эвтаназии, необходима консультация с ближайшими родственниками. При активной эвтаназии решения часто принимаются пациентом и врачом. Поэтому местный совет врачей решил снять обвинения с французского врача Жана-Поля Дюфура из больницы в городе Аверон недалеко от Тулузы. Посоветовавшись с коллегами, ему прописали специальный укол, не предупредив родных¹.

Что следует отличать от эвтаназии в прямом смысле?

1. Во-первых, помощь в самоубийстве. Решения пациенты принимают самостоятельно, так же как самостоятельно осуществляют действия, направленные на прекращение их жизни. Врачи только помогают готовить

¹ Никитин З. Принятие решений и помощь в конце жизни // Русский медицинский журнал. 1996. Том 3. № 3.

смертельные лекарства. В любом случае, пациент имеет право выбора. Даже при запрете эвтаназии практически невозможно доказать причастность врача к самоубийству.

2. Во-вторых, трудно оценить отказ пациента как форму пассивной эвтаназии. Такое впечатление, что происходит подмена понятий. В соответствии с нормами Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» необходимым условием любого медицинского вмешательства является информированное и добровольное согласие гражданина. Закон предусматривает, что граждане или их законные представители вправе отказаться или потребовать прекращения медицинских вмешательств, за исключением отдельных случаев, предусмотренных законом. В случае отказа от медицинского вмешательства гражданин или его законный представитель должны разъяснить возможные последствия в доступной для него форме. Отказ от медицинского вмешательства, показывающий возможные последствия, фиксируется в медицинской карте и подписывается гражданином или его законным представителем, а также медицинским работником.

Это право предоставляется пациентам независимо от их смертельного заболевания. Это основано на том, что медицинское вмешательство является вторжением в сферу личной свободы и поэтому должно основываться на личной волеизъявлении гражданина. Кроме того, врачи могут обратно призвать внутренний голос пациента для оказания медицинской помощи. Кроме того, отказ от вмешательства может быть связан и с отказом от анестезии, если пациент вынужден терпеть мучительную боль.

3. Дж. Рэйчелс сравнивает активную и пассивную эвтаназию, поясняя, что «...просто «дайте мне умереть» означает относительно медленный и болезненный процесс для пациента». При этом смертельная инъекция - это относительно быстрый и безболезненный процесс¹. Ниже в книге приведен

¹ Рейчелс Дж. Активная и пассивная эвтаназия // Этическая мысль: Науч.-публицист. чтения. М., 1990. С.206.

пример ребенка, родившегося с синдромом Дауна. В некоторых случаях заболевание сопровождается кишечной непроходимостью. Родители сознательно не соглашаются на медицинское вмешательство, в результате которого ребенок погибает. Автор признает: проблема здесь не в кишечнике, а в синдроме Дауна. Ведь в приведенном выше случае следует отвергнуть лицемерие. Понятно: более цивилизованно проводится древний ритуал умерщвления прирожденного уроды, разрешенный законом XII таблицы. Кроме того, сами субъекты не имеют никакого отношения к принудительной эвтаназии. Его законный представитель решает за него. Это означает, что убийство ребенка-инвалида без оказания ему медицинской помощи следует отличать от эвтаназии.

Российское законодательство предусматривает общее правило: Если необходима помощь для спасения жизни этих людей, больница имеет право обратиться в суд для защиты их интересов. Но все понимают, что жизненно необходимая медицинская помощь обычно требуется как можно скорее. Процедура обращения госпиталя в суд еще не урегулирована и, видимо, потребует времени.

Незначительная смерть может в конечном итоге привести к нулевым результатам конверсии. Поэтому М.Н. Малеина правильно утверждает: «Кто-нибудь из родителей способен адекватно оценить тяжесть и возможные последствия заболевания? На самом деле в статье 63 Семейного кодекса Российской Федерации (СК РФ) четко сказано: Они обязаны заботиться о здоровье, физическом, умственном, духовном и нравственном развитии своих детей. Положение 65 СК РФ - Права родителей не могут осуществляться в противоречии с интересами их детей. Обеспечение интересов своих детей должно быть первоочередной задачей родителей. При осуществлении своих прав родители не вправе наносить ущерб физическому и психическому здоровью, нравственному развитию своих детей. Родители, осуществляющие опеку, ущемляющую права и интересы своих детей,

должны соблюдать установленный законодательством порядок и несут соответствующую ответственность»¹.

Вышеуказанные нормы устанавливают цель родительских прав - защищать права несовершеннолетних детей, которые пока не в состоянии сделать это самостоятельно. Вместо того, чтобы воспитывать детей без внешнего принуждения, государство не имеет возможности ежечасно защищать права каждого ребенка. В то же время имеют место случаи жестокого обращения родителей и прямого причинения вреда детям. Дети, особенно со стороны родителей, не могут адекватно реагировать на нарушения их прав, и такие случаи должны пресекаться. В основе норм семейного права о родительских правах лежит защита несовершеннолетних. Так почему мы должны защищать права родителей, забывая о самом главном – детях? Получается, что ребенок становится просто чем-то — достоянием семьи. Кажется, нет. И международные документы исходят именно из этой позиции. Поэтому в Декларации прав ребенка говорится, что «из-за их физической и умственной незрелости дети как до, так и после рождения нуждаются в особой защите и заботе, включая надлежащую правовую защиту». Статья 18 Конвенции о правах ребенка устанавливает принцип ответственности родителей за воспитание и развитие своих детей, поскольку их единственной главной заботой являются их наилучшие интересы.

Вышеизложенное предполагает адаптацию основных норм об охране здоровья граждан, допускающих возможность оказания жизненно необходимой медицинской помощи лицам, не достигшим 15-летнего возраста, при отсутствии законного согласия. В качестве гарантии того, что больницы не допустят злоупотреблений со своей стороны, должно быть закреплено право обжалования действий медицинских работников. В качестве альтернативы можно закрепить последующие обязательства по судебному признанию поведения больничных учреждений.

¹ Малеина М.Н. Человек и медицина в современном праве. М., 1995. С.70.

4. Выключение прибора при фиксации смерти мозга или необратимой смерти мозга не является эвтаназией. В это время возможно сохранение основных жизненных функций при смерти мозга. Благодаря искусственному дыханию поддерживается работа сердца. В этом случае происходит только создание иллюзии жизни. Следует отметить, что однажды медицина может пересечь эту черту, вернув к жизни человека с диагнозом «мертвый мозг». Психологические барьеры, которые приходится преодолевать врачам, отключая оборудование пациента, сложны. Понятно, что лечение результатов не принесет, возможности воскрешения нет, но в механическом плане может возникнуть «мираж», и решение вопросов жизни и смерти будет зависеть исключительно от действий врача. В медицинской практике прозвучало предложение принять законопроект о бесполезности медицинских услуг. Законопроект содержит довольно короткий текст. Один из двух независимых зарегистрированных практикующих врачей, один из которых является консультантом-невропатологом, не может заключить, что у пациента имеется нарушение центральной нервной системы, которое: он постоянно не может участвовать в практике взаимоотношений; продолжение лечения не может улучшить его состояние и поэтому бесполезно. Следует отметить, что подобные мероприятия не считаются эвтаназией ни медиками, ни представителями традиционных религиозных конфессий.

Приведенное выше рассуждение показывает, что любое обсуждение эвтаназии должно быть научно осмыслено философами, юристами, врачами, психологами и другими представителями науки. Как показывает медицинская практика, многие явления ошибочно отождествляются с эвтаназией. Поэтому самые жаркие споры возникают по поводу активной эвтаназии, которая носит четко описательный и идентифицируемый характер.

По мнению А.Я. Иванюшкина, активная эвтаназия аморальна и неприемлема. Этот автор сформулировал основной аргумент в пользу этой точки зрения следующим образом.

1. Понятия «отчаянное состояние» и «умирающий больной» не являются строго клиническими, а преимущественно оценочными и антропоморфными понятиями.

2. Этот метод неизбежно приводит к диагностическим ошибкам.

3. Профессионализм отдельных врачей. Это похоже на вечную проблему. Характеризуя состояние медицины, он еще Ф. Бэкон обратил внимание на лень и неграмотность медицинских работников.

4. Риск злоупотреблений.

5. Эвтаназия как форма медицинской практики оказывает деморализующее воздействие на огромное количество пациентов.

6. Эвтаназия представляет собой отказ от лечения по медицинским показаниям и оказывает деморализующее воздействие на медицинских работников¹.

Серьезной альтернативой эвтаназии является создание так называемых «хосписов» — сетей медицинских учреждений, призванных помогать умирающим. Хосписное движение зародилось в Англии в конце 19 века. В 1891 году банкир и филантроп Уильям Хоар основал хоспис Trinity He на юге Лондона для ухода за больными раком. Движение приобрело всемирную известность благодаря баронессе Сесили Сондерс, которая в 1967 году открыла церковь Св. Дианы. Позже он стал исследовательским центром паллиативной медицины, направленной на облегчение страданий безнадежно больных людей. Центр принимает около 800 пациентов в год и стоит около 2,5 миллионов фунтов стерлингов. Как видите, стоимость очень приличная. Естественно, многие задаются вопросом, зачем они тратят столько денег на того, чья судьба predetermined.

Несмотря на появление хосписов, в европейских странах возникли клиники, специализирующиеся на оказании услуг по ускорению смерти пациентов. В то же время практикуется международный туризм — «Путешествие смерти». Поэтому услуги эвтаназии предоставляет цюрихская

¹ Иванюшкин А.Я. Профессиональная этика в медицине (философские очерки). М., 1990. С. 154-155.

организация Dignitas (Швейцария), и в 2021 году он помог умереть более 50 иностранцам. Беспокоит то, что в медицинском заключении не отражено полное течение болезни, и что перед актом эвтаназии есть только одна беседа с врачом. К сожалению, многие СМИ представляют поездки на «Службу смерти» как своего рода шопинг-тур, «перцовку», забывая, что все оплачивается только в одну сторону. Нидерланды фигурируют в таких отчетах как страна с особым романтизмом, но в этом государстве никто не говорит, что это дает им право на смерть¹. Профессор А.И. Ковлер в своем монографическом исследовании цитирует важный документ (и полный документ), подготовленный Министерством иностранных дел Нидерландов в форме «вопроса и ответа», опровергающий многие мифы. В частности, «возможность отказать в просьбе об эвтаназии гарантирует, что врачи не обязаны действовать вопреки собственной системе норм и ценностей. В законе указано, что пациенты не имеют права на эвтаназию, и врач не обязан применить эвтаназию².

Представляется, что вопрос об эвтаназии может быть решен только на основе гуманитарных ценностей. Человеческое достоинство, присущее только ему, определяет иной подход к его жизни не как к форме существования, а как к высшей ценности. Поэтому поверхностный вывод кажется неприемлемым. Функциональный подход к людям, основанный на том, есть ли какая-то социальная выгода от людей, не должен сохраняться в мире. Жизнь нуждается в защите. Сама смерть приходит к каждому рано или поздно. Ей не нужна защита. Поэтому мы не можем говорить о праве на смерть как об общей категории. Смерть «безжизненна». Более того, такое право невозможно отличить от права на жизнь, поскольку речь идет об отказе от самой жизни. Утверждения о проявлении милосердия являются чистой спекуляцией.

¹ Коммерсантъ-Деньги. 2021. № 35. С. 96.

² Ковлер А.И. Антропология права. М., 2002. С. 452.

2 ПРАВО НА ЖИЗНЬ И РЕПРОДУКТИВНЫЕ ПРАВА

2.1 Содержание права на искусственное прерывание беременности

Порядок осуществления искусственного прерывания беременности определяется статьей 56 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»¹ (далее – Закон об основах охраны здоровья граждан). Для России проблема аборт является весьма актуальной, поскольку демографическая ситуация в нашей стране далека от идеальной. Были приняты различные социальные программы, направленные на поощрение материнства (не будем сейчас останавливаться на оценке их эффективности), несмотря на которые сохраняются негативные прогнозы по росту числа населения. Проблемы демографии находят свое отражение в иных нормативных актах нашего государства, нацеливая органы государственной власти на их решение.

При таких складывающихся обстоятельствах проблема искусственного прерывания беременности перестает быть делом исключительно личным, она становится политической. Отчасти поэтому аборт становится предметом обсуждения на различных политических площадках. Нередко выход из демографического кризиса видится в установлении запрета на искусственное прерывание беременности.

В 2001 г. лидер ЛДПР Владимир Жириновский предлагал запретить аборт на ближайшие десять лет «в целях улучшения демографической ситуации». В 2006 г. депутаты фракции «Родина» Александр Крутов и Николай Леонов попытались запретить замужним женщинам прерывать беременность без согласия мужа. Однако проект не был поддержан еще на первом чтении: за него проголосовало всего 39 парламентариев. Самым последовательным борцом с абортами являлся депутат от «Справедливой России» Александр Чуев. В феврале 2004 г. парламентарий предложил исчислять правоспособность граждан с момента зачатия. В сентябре 2004 г.

¹ Собрание законодательства РФ. 2004. № 31. Ст. 3215.

Чуев выступил с инициативой разрешить размещение рекламы услуг по искусственному прерыванию беременности только в специализированных медицинских изданиях. В марте 2005 г. депутат внес новый законопроект, запрещающий финансирование абортов за счет обязательного медицинского страхования. Отметим, что ни один из этих законопроектов не был принят, а голоса, поданные «за», исчислялись единицами. Сергей Бабурин в 2007 г. внес на рассмотрение палаты законопроект о запрете абортов при отсутствии медицинских показаний. Соответствующими статьями он предлагал также дополнить Уголовный кодекс.

Обратимся к выявлению содержания статьи 56 Закона об основах охраны здоровья граждан, которое выглядит несколько парадоксально. Изначально (в части 1) речь идет о закреплении права каждой женщины самостоятельно решать вопрос о материнстве. Это достаточно широкое правомочие, которое охватывает различный спектр вариантов поведения: отказ от материнства вообще, репродуктивное поведение (наличие одного, двух и более детей), прерывание беременности, использование методов контрацепции в целях недопущения нежелательной беременности и т.д. Однако далее по тексту видим, что законодатель понимает право на материнство слишком узко, поскольку во втором предложении части 1 статьи 56 закрепляется: «Искусственное прерывание беременности проводится по желанию женщины при наличии информированного добровольного согласия». Получается, право на материнство понимается лишь как отказ от провозглашаемого блага. Такой подход порочен, поскольку материнство провозглашается Конституцией РФ (статья 38) как объект специальной защиты. И в этом случае материнство понимается отнюдь не как возможность от него отказаться.

Российское государство не считает право женщины прерывать беременность абсолютным. Помимо обязательного условия – согласия ее самой – добавляются дополнительные, без наличия которых женщина уже не вправе в данном случае свободно располагать собой. Причем одни носят

первичный характер, другие – вторичный. Первичными будут сроки беременности, при наступлении которых возникают требования о наличии социальных или медицинских показаний. Закон дополняет, что перечень медицинских показаний для искусственного прерывания беременности определяется уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, а перечень социальных показаний – Правительством Российской Федерации.

При сроке беременности до 12 недель устанавливается свободный порядок проведения искусственного прерывания беременности, в этом случае достаточно только волеизъявления женщины. По истечении 12-недельного срока устанавливается разрешительный порядок проведения аборта. Женщина должна представить наличие либо социальных показаний (при сроке беременности – до 22 недель), либо медицинских показаний (независимо от срока беременности). Точка отсчета, взятая от срока беременности, основывается на возможности учета всех интересов: матери, ребенка, государства. За основу взят так называемый триместровый принцип, характерный для большинства государств, в которых аборт официально разрешен. В то же время Закон об основах охраны здоровья граждан устанавливает дополнительные условия проведения операции по искусственному прерыванию беременности. Причем они относятся и к операциям при сроке беременности до 12 недель. Как указывалось выше, основное условие искусственного прерывания беременности при таком сроке – согласие самой женщины.

При кажущейся простоте ситуации основные трудности возникают при обращении в медицинскую организацию несовершеннолетней женщины (или ее родителей). Часть 2 статьи 54 Закона об основах охраны здоровья граждан определяет возраст, с наступлением которого несовершеннолетние самостоятельно дают согласие на медицинское вмешательство. Общее правило – 15 лет, для больных наркоманией – 16 лет. Таким образом, 15-

летняя женщина решает вопрос о материнстве самостоятельно, ее родители о принятом решении не уведомляются.

Но данное правило вступает в противоречие со статьей 64 Семейного кодекса РФ, согласно которой защита прав и интересов детей возлагается на их родителей: «Родители являются законными представителями своих детей и выступают в защиту их прав и интересов в отношениях с любыми физическими и юридическими лицами, в том числе в судах, без специальных полномочий». Ребенком человек считается до достижения возраста 18 лет. Кроме того, законных представителей (родителей), как правило, двое. В соответствии со статьей 61 СК РФ родители имеют равные права и несут равные обязанности в отношении своих детей. Все вопросы, касающиеся воспитания и образования детей, решаются родителями по их взаимному согласию (п. 2 ст. 65 СК РФ). Статья 20 Закона об основах охраны здоровья граждан условием медицинского вмешательства в отношении гражданина, не достигшего 15 лет (общее правило) является согласие **одного** из родителей¹. Если нет противоречий в интересах родителей, то нет проблем и для медицинской организации. Если же таковые есть, то часть 2 статьи 64 СК РФ устанавливает: «Родители не вправе представлять интересы своих детей, если органом опеки и попечительства установлено, что между интересами родителей и детей имеются противоречия. В случае разногласий между родителями и детьми орган опеки и попечительства обязан назначить представителя для защиты прав и интересов детей». Если среди родителей нет согласия по поводу медицинского вмешательства, то медицинский работник должен отложить медицинское вмешательство до совершения действий органом опеки и попечительства, который должен назначить представителя для защиты прав и интересов детей. Еще больше сложностей возникает, если нет согласия между родителями и ребенком, даже если последний не достиг 15 лет. Врач ставится в двусмысленное положение,

¹ См. более подробно: Романовская О.В. Законные представители в здравоохранительных правоотношениях// Менеджер здравоохранения. 2013. № 11. С. 34-43.

когда ему придется делать принудительный аборт, либо передавать ситуацию на разрешение органа опеки и попечительства. Статистика показывает, что в 2013 г. было совершено 474 искусственного прерывания беременности у женщин до 14 лет включительно. Проблема аборт у несовершеннолетних также актуальна: в возрасте 15-17 лет в 2013 г. совершено 12 473 аборта.

Зарубежное законодательство нередко исходит из общего принципа уведомления родителей несовершеннолетней о ее желании прервать беременность. Подобные установления оцениваются неоднозначно.

Российское законодательство ставит дополнительное условие искусственного прерывания беременности при сроке до 12 недель – так называемый «период ожидания». Так, в Бельгии закреплён период обязательного 6-дневного ожидания с момента обращения женщины к врачу. В Голландии после обращения женщины врач даёт советы относительно операции, кроме того, предусматривается 5-дневный срок «на обдумывание» со дня подачи заявления¹. Часть 3 статьи 56 Закона об основах охраны здоровья граждан предусматривает:

Искусственное прерывание беременности проводится:

1) не ранее 48 часов с момента обращения женщины в медицинскую организацию для искусственного прерывания беременности:

а) при сроке беременности четвертая – седьмая недели;

б) при сроке беременности одиннадцатая – двенадцатая недели, но не позднее окончания двенадцатой недели беременности;

2) не ранее семи дней с момента обращения женщины в медицинскую организацию для искусственного прерывания беременности при сроке беременности восьмая – десятая недели беременности.

Кстати, депутат Е. Мизулина предлагала поправку к данному положению, обязывающую ввести для беременной женщины

¹ Стеценко С.Г. Искусственное прерывание беременности в контексте защиты прав человека // Юрист. 2002. № 5. С. 35.

прослушивание сердцебиения плода и визуализацию плода на УЗИ, а также обязательную психологическую консультацию¹.

Несоблюдение «периода ожидания» может повлечь для медицинской организации привлечение к административной ответственности. Примером может служить Постановление Второго арбитражного апелляционного суда от 4 июня 2014 г. по делу № А31-743/2014², хотя оно и не касалось реального назначения наказания. Департамент здравоохранения Костромской области обратился в Арбитражный суд Костромской области с заявлением о привлечении общества с ограниченной ответственностью «МедЭкспресс» к административной ответственности, предусмотренной частью 3 статьи 14.1 Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях (КоАП РФ). Как следует из материалов дела, 29.11.2013 г. в территориальный орган Росздравнадзора поступила жалоба от гражданки Я. на предмет некачественного оказания акушерско-медицинской помощи в ООО «МедЭкспресс». На основании приказа от 03.12.2013 г. № 1144-462/13 территориальным органом Росздравнадзора в отношении ООО «МедЭкспресс» проведена внеплановая выездная проверка, согласованная с органами прокуратуры Костромской области. В ходе проведения проверки установлено, что ООО «МедЭкспресс» осуществляет медицинскую деятельность с грубыми нарушениями лицензионных требований, выразившимися, в частности, в следующем:

– гражданке Я. проведено искусственное прерывание беременности непосредственно в день обращения, а не спустя 48 часов с момента обращения.

ООО «МедЭкспресс» избежало ответственности только в силу того, что деяние было неправильно квалифицировано Департаментом здравоохранения – по части 3 статьи 14.1 КоАП РФ, а не по части 4 статьи 14.1 КоАП РФ, поскольку суд «установил, что выявленные нарушения привели к ухудшению

¹ Независимый доклад Фонда имени Генриха Белля к 56-й сессии Комиссии по положению женщин ООН, Фонд имени Генриха Белля (Московский офис), февраль 2012 // <http://genderpage.ru/?p=600>

² Текст решения взят из базы «Консультант Плюс: Судебная практика».

здоровья пациентки и являются грубыми». Суд первой инстанции не переквалифицировал правонарушение на часть 4 статьи 14.1 КоАП РФ, так как привлечение Общества к административной ответственности по этой части статьи КоАП РФ ухудшит его положение, что не допускается.

Кроме того, следует учитывать, что Федеральным законом от 21 июля 2014 г. № 243-ФЗ введена в КоАП РФ статья 6.32, предусматривающая ответственность за нарушение требований законодательства в сфере охраны здоровья при проведении искусственного прерывания беременности. Часть 2 статьи 6.32 как раз предусматривает ответственность за нарушение сроков (в том числе при наличии медицинских и социальных показаний, а также учитывая сроки с момента обращения женщины в медицинскую организацию для искусственного прерывания беременности), установленных законодательством в сфере охраны здоровья для проведения искусственного прерывания беременности. Ответственность в виде штрафа: на граждан в размере от четырех тысяч до пяти тысяч рублей; на должностных лиц – от десяти тысяч до тридцати тысяч рублей; на юридических лиц – от ста тысяч до ста пятидесяти тысяч рублей.

Часть 1 статьи 6.32 КоАП РФ предусматривает ответственность за нарушение требований законодательства в сфере охраны здоровья о получении информированного добровольного согласия. С учетом вышеуказанных сложностей получения такого согласия у недееспособных и несовершеннолетних крайним в такой ситуации может оказаться медицинский работник, поскольку законный представитель не будет являться субъектом данного правонарушения. Добавим, что привлечение к ответственности по статье 6.32 КоАП РФ не будет исключать привлечение к ответственности по статье 14.1 КоАП РФ. Примечание к статье 6.32 предусматривает, что под гражданами (в целях данной статьи) понимаются медицинские работники, не являющиеся должностными лицами.

Во многих странах противники абортс пытаются лоббировать, если не запрещение абортс, то, по крайней мере, такой «период ожидания» (или

«период окна»¹⁾ и обязательную консультацию. Предполагается, что женщина должна взвесить все «за и против» своего поступка, остаться наедине с собой, чтобы принять обдуманное решение, основанное на тех сведениях, которые ей должен представить медицинский работник.

Зарубежное законодательство также указывает на проведение обязательного послеабортного консультирования о репродуктивном планировании и противозачаточных средствах. Например, статья 16 Закона Исландии от 27 мая 1975 года № 25 1975 устанавливает: «Женщина, которой был сделан аборт, должна быть проконсультирована о противозачаточных средствах прежде, чем она будет выписана из больницы. Если женщина замужем или если она живет с мужчиной, мужчина также должен по возможности быть проконсультирован о противозачаточных средствах. По истечении некоторого периода времени после аборта женщина обязана появиться для медицинского освидетельствования и беседы»²⁾. Обязательность консультации по вопросам контрацепции предусмотрена Законом Финляндии от 24 марта 1970 года «О прерывании беременности» (статья 4).

Российское законодательство не устанавливает обязательные консультации с супругом (половым партнером). В Японии и Турции замужняя женщина, желающая прервать беременность, должна заручиться согласием супруга³⁾. В нашем государстве представители юридической науки нередко ссылаются на часть 2 статьи 31 СК РФ: «Вопросы материнства, отцовства, воспитания, образования детей и другие вопросы жизни семьи решаются супругами совместно исходя из принципа равенства супругов». Напомним, Закон об основах охраны здоровья граждан право решать вопросы материнства закрепляет только за женщиной (статья 56). Из этого критерия исходит зарубежная европейская практика: «мать вольна

¹ Салагай О.О. Правовые подходы Совета Европы к регулированию вопросов прерывания беременности // Российская юстиция. 2012. № 12. С. 23.

² Понкин И.В. Демография: зарубежный опыт правового регулирования. М., 2005.

³ Материалы к круглому столу «Репродуктивные права в России: пределы законодательного регулирования». Москва. 30 июня 2000 года.

принимать свое решение, даже когда закон дает ей возможность произвести аборт»¹. Примером может служить также Постановление Европейского Суда по правам человека (ЕСПЧ) по «делу Херц против Норвегии». Заявитель посчитал, что норвежское законодательство, в соответствии с которым его половому партнеру-женщине было дано разрешение на аборт, противоречит нормам Европейской Конвенции о защите прав человека и основных свобод (заключена в г. Риме, 4 ноября 1950 года). Изначально была договоренность с женщиной о том, что беременность не будет прерываться, а заявитель берет на себя обязательства по содержанию и уходу за ребенком. Впоследствии мать приняла решение об аборте. В период с 12 до 18 недель беременности ее прерывание согласно закону Норвегии об абортах допустимо по разрешению комиссии из двух врачей при выполнении определенных условий. Такое разрешение было дано на основании того, что беременность, рождение и уход за ребенком могут поставить женщину в затруднительное положение. Жалоба была признана по статье 2 явно необоснованной: «...государство-ответчик не превысило свободу действия, которой, по мнению Комиссии, оно обладает в таком уязвимом вопросе, как аборт»².

Наиболее четкий аргумент по этому вопросу определен Европейской комиссией по правам человека (№ 8416/79, дело Х. против Соединенного Королевства Великобритании), которая в специальном вердикте отметила: «потенциальный муж-отец не имеет права требовать обязательной консультации с ним или обращаться в суд в связи с намерением его жены сделать аборт, так как именно женщина является главным заинтересованным лицом в продолжении и прерывании беременности»³. Иное означало бы низведение личности женщины, превращение ее в субъекта «второго сорта». В соответствии с Римским статутом, определяющим компетенцию Международного уголовного суда, принудительная беременность является преступлением против человечности.

¹ Люшер Ф. Конституционная защита прав и свобод личности. М., 1993. С. 261.

² Гомьен Д., Харрис Д., Зваак Л. Европейская конвенция о правах человека и Европейская социальная хартия: право и практика. М., 1998. С. 131.

³ Медицина и права человека. М. 1992. С.83.

В России при сроке беременности до 22 недель – к согласию женщины федеральный акт добавляет наличие такого условия как социальные показания. В настоящее время их перечень утвержден Постановлением Правительства РФ от 6 февраля 2012 г. № 98¹. Если анализировать политику российского государства в сфере регулирования искусственного прерывания беременности, то следует заключить, что она основывается на сужении правовой свободы женщины в указанной сфере. Сейчас установлено единственное социальное показание – наступление беременности в результате изнасилования. Ранее действовавший перечень включал четыре показания: наличие решения суда о лишении или об ограничении родительских прав; беременность в результате изнасилования; пребывание женщины в местах лишения свободы; наличие инвалидности I – II группы у мужа или смерть мужа во время беременности². Постановление Правительства РФ от 8 мая 1996 г. № 567³ включало тринадцать показаний. Ограничительная политика объяснима той неблагоприятной демографической ситуацией, которая создалась в стране. Но динамика количества абортов по социальным показаниям указывает, что сокращение их числа после первой волны сокращения оснований происходила вне правительственных решений. В 1999 г. было произведено 46500 таких операций, а с 2003 г. тенденция к уменьшению не прекращалась, достигнув минимума в 2010 г. – 392⁴. В.И. Сакевич задается вопросом: «Почему именно аборт по социальным показаниям привлекают столь пристальное внимание политиков. Ответа мы пока не нашли. Возможно, такое частое изменение законодательства в отношении социальных абортов призвано создать видимость активных действий в направлении сокращения абортов. Однако вклад социальных абортов в общее число абортов настолько незначителен

¹ Собрание законодательства РФ. 2012. № 7. Ст. 878.

² Постановление Правительства РФ от 11 августа 2003 г. № 485 // Собрание законодательства РФ. 2003. № 33. Ст. 3275.

³ Собрание законодательства РФ. 1996. № 20. Ст. 2355.

⁴ Петренко В. причин для аборта почти не осталось / URL:
<http://www.gazeta.ru/social/2012/02/14/4000861.shtml>

(особенно после постановления 2003 года), что не способен повлиять на уровень абортов в стране»¹.

Основные требования к процедуре искусственного прерывания беременности заключаются в следующем:

1. Аборт может быть осуществлен только врачом-акушером-гинекологом в медицинской организации, имеющей лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по «акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)»².

2. Необходимо получения направления на искусственное прерывание беременности от врача. При первичном обращении женщины для искусственного прерывания беременности по желанию женщины или по социальному показанию врач-акушер-гинеколог, а в случае его отсутствия – врач общей практики (семейный врач), медицинский работник фельдшерско-акушерского пункта, направляет беременную в кабинет медико-социальной помощи женской консультации (Центр медико-социальной поддержки беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации) для консультирования психологом (медицинским психологом, специалистом по социальной работе).

3. Врач-акушер-гинеколог при обращении женщины за направлением на искусственное прерывание беременности производит обследование для определения срока беременности и исключения медицинских противопоказаний. Искусственное прерывание беременности не проводится при наличии острых инфекционных заболеваний и острых воспалительных процессов любой локализации, включая женские половые органы. Прерывание беременности проводится после излечения указанных заболеваний. При наличии других противопоказаний (заболевания, состояний, при которых прерывание беременности угрожает жизни или

¹ Сакевич В.И. Новые ограничения права на аборт в России / URL: <http://www.demoscope.ru/weekly/2012/0499/reprod02.php>

² Романовская О.В. Особенности профессиональной деятельности медицинских работников в Российской Федерации // Трудовое право в России и за рубежом. 2013. № 3. С. 39.

наносит серьезный ущерб здоровью) вопрос решается индивидуально консилиумом врачей. Порядок не регулирует вопрос, когда женщина будет настаивать на искусственном прерывании беременности при отрицательном решении консилиума.

4. При производстве аборта по медицинским показаниям главное значение приобретает согласие женщины. Срок беременности в данном случае юридического значения не имеет. Критерием установления медицинских показаний являются сохранение жизни матери, а также рождение нормального здорового ребенка. Для подтверждения наличия медицинских показаний для прерывания беременности, в медицинских организациях формируется комиссия в составе врача-акушера-гинеколога, врача той специальности, к которой относится заболевание (состояние) беременной женщины, являющееся медицинским показанием для искусственного прерывания беременности, и руководителя медицинской организации.

6. Искусственное прерывание беременности осуществляется с обязательным обезболиванием на основе информированного добровольного согласия женщины.

Практика Европейского Суда по правам человека свидетельствует о его осторожности в оценке законодательных актов об абортах. Одним из принципиальных вопросов, который ставится перед органами европейского контроля, является вопрос о допустимости распространения права на жизнь (статья 2 Европейской Конвенции о защите прав человека и основных свобод, ЕКПЧ) на нерожденных детей. Положительный ответ повлек бы за собой далеко идущие последствия относительно полного запрета аборта. Поэтому в деле Брюггеманн и Шойтен против Федеративной Республики Германия было установлено: «... общее использование термина «каждый» в Конвенции... и контекст, в котором используется этот термин в статье 2..., направлены на подкрепление мнения о том, что он не относится к

нерожденному»¹. Общая позиция ЕСПЧ заключается в том, что государства должны обладать определенной свободой выбора в регулировании столь деликатного вопроса. При этом оценка законодательства идет, как правило, не сквозь призму права на жизнь, а через статью 8 ЕКПЧ – право на уважение частной жизни, что создает определенные удобства в варьировании европейских стандартов. Так, сама статья допускает ограничения права на частную жизнь. Это позволяет положительно оценивать антиабортное законодательство, при этом, не затрагивая фундаментальный вопрос, с какого момента следует признавать право на жизнь, с момента рождения или с момента зачатия. В решении по делу Брюггеманн и Шойтен против Федеративной Республики Германия указывалось: «Не каждое положение, регулирующее прекращение нежелательной беременности, представляет собой вмешательство в пользование правом на уважение частной жизни матери. Пункт 1 статьи 8 нельзя толковать как означающую, что беременность и ее прекращение в принципе является вопросом частной жизни матери»². Одновременно это позволяет исследовать и аспекты допустимости искусственного прерывания беременности, признавая их в тех или иных конкретных случаях как прямое продолжение реализации права свободно располагать собой.

Во многих государствах практикуется выборочное финансирование операций по искусственному прерыванию беременности. Австрия и Литва выделяют средства только на аборт по медицинским показаниям, в Болгарии оплачиваются государством только аборт несовершеннолетним и изнасилованным³. Практика Верховного Суда США свидетельствует о его позиции относительно конституционности отказа финансирования таких операций со стороны общественных властей. «Суд признал, что Конституция не налагает на власти обязанность покрывать расходы на операции для

¹ Гомьен Д., Харрис Д., Зваак Л. Европейская конвенция о правах человека и Европейская социальная хартия: право и практика. М., 1998. С. 131.

² Гомьен Д., Харрис Д., Зваак Л. Европейская конвенция о правах человека и Европейская социальная хартия: право и практика. М., 1998. С. 296.

³ Материалы к круглому столу «Репродуктивные права в России: пределы законодательного регулирования». Москва. 30 июня 2000 г.

незажиточных женщин»¹. В нашем государстве также появлялись инициативы, направленные на запрет государственного финансирования медицинских услуг по искусственному прерыванию беременности. В России делались попытки исключить аборты из перечня бесплатных медицинских услуг: осенью 2013 г. внесли такой законопроект самарские депутаты. По их замыслу, оплачивать из бюджета следует только те операции, к которым есть медицинские показания или в случаях, когда есть угроза для жизни женщины. В феврале 2014 г. законопроект об отмене бесплатных абортс подготовил известный петербургский депутат Виталий Милонов, но дальше ЗакСобрания Петербурга инициатива не ушла. Глава «Всероссийского родительского собрания» Г.С. Авдюшин в феврале 2014 г. обратился с требованием отменить бесплатные абортс в Генпрокуратуру (чтобы та внесла в правительство соответствующие представления и предостережения, а в Государственную Думу – законопроект), но оттуда его запрос переслали в Минздрав, который ответил отказом, сославшись, что помощь при беременности, родах, послеродовом периоде и абортс входит в базовую программу обязательного страхования².

Проблема искусственного прерывания беременности – это не только проблема женщины, идущей на данную операцию, а проблема всего общества. Причем общество не должно выхватывать только один аспект – сам аборт, который лишь звено в неразрывной цепи (сексуальный контакт, репродуктивное поведение, внутрисемейное планирование, брачность, роды, воспитание ребенка и др.). Выработка целостного подхода и должна выработать ту модель правового регулирования, которая бы отвечала требованиям личности, общества и государства.

¹ Франковски С., Гольдман Р., Лентовска Э. Верховный Суд США о гражданских правах и свободах. Варшава. 1997. С. 40.

² Погосян А., Подрез Т. Минздрав: введение платных абортс противоречит конституции // Известия. 2014. 16 апреля.

2.2 Право на суррогатное материнство

Акт женщин, предлагающих свое тело клиентам для создания детей, в настоящее время является глобальным коммерческим явлением, которое оценивается в сумму от 2,3 миллиарда долларов США до 6 миллиардов долларов США в год. Суррогаты, или, как многие предпочитают, «гестационные носители», являются одним из пантеона услуг, объединенных под широким заголовком вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), и обычно сопровождаются дополнительными услугами, такими как экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО), интрацитоплазматическая инъекция спермы (ИКСИ) и преимплантационная генетическая диагностика (ПГД).

В то время как ВРТ являются новыми и технологически сложными, суррогатное материнство на практике и как концепция существует уже тысячи лет. Он упоминается в Книге Бытия (16–18) в истории Сарры и Авраама, в которой служанке Агари было предложено выносить ребенка пары, поскольку Сара не могла зачать ребенка. Утверждается, что еще в первом веке еврейские философы рассматривали возможность искусственного оплодотворения человека. Первое настоящее искусственное оплодотворение человека произошло в 1884 году, в то время как первый юридический договор о суррогатном материнстве был составлен адвокатом Ноэлем Кином в 1976 году, а первое компенсационное соглашение о суррогатном материнстве было заключено в 1980 году.

Вплоть до появления ЭКО во всех операциях по суррогатному материнству участвовала суррогатная мать, которая предоставляла как яйцеклетку, так и матку, в которой созревала оплодотворенный эмбрион. Это было достигнуто с помощью техники внутриматочной инсеминации (ВМИ). Это называется «традиционным суррогатным материнством» или иногда «суррогатным материнством яйцеклетки», поскольку используются как матка суррогатной матери, так и ее яйцеклетка. Чаще всего это называется «гестационным суррогатным материнством», или то, что некоторые

называют «гестационным материнством», когда суррогатная мать не имеет генетического отношения к ребенку, которого она вынашивает. Некоторые теоретики предполагают, что гестационный носитель — это «суррогатная мать», вынашивающая ребенка для другой женщины, которая впоследствии рассматривается как «настоящая» (социальная и юридическая) мать.

Сегодня законы, касающиеся предоставления ВРТ, допустимости суррогатного материнства, запрета женщинам предоставлять или получать услуги, допустимы ли трансграничные гестационные услуги и действительно, могут ли гестационные носители платить за свои услуги, варьируются в глобальном масштабе.

По мере того как технологии становятся дешевле, эффективнее и действеннее, правовые и этические недостатки проявляются все чаще. Хотя традиционное суррогатное материнство какое-то время было частью человеческой истории, в некоторой степени обогатив наши представления о семье, наследовании и отцовстве, появление гестационного суррогатного материнства усложнило это и без того слабое понимание. Конечно, этических проблем предостаточно, и древние способы мудрости из всех сил пытаются ответить на вопросы, возникающие из этой новой технологии и образа жизни. Неопределенности, связанные с феноменом гестационного суррогатного материнства, многочисленны и охватывают множество вопросов, начиная от того, эксплуатируются ли платные суррогатные материнство, и является ли коммерческое суррогатное материнство сродни продаже ребенка, и до того, является ли ВРТ морально оправданным в мире, где множество сирот ищут родители и дома.

Наша новая эра сложных репродуктивных прав отделяет материнство от беременности, секс от воспроизводства и вводит третьи и даже четвертые стороны в процесс создания семьи, который был в основном прерогативой частных пар. Родословная и семейная идентичность были опорой на протяжении всей истории человечества, независимо от социального класса, будь то в качестве практического руководства для передачи власти и

собственности из поколения в поколение или в качестве качественного контекста для развития личной идентичности. Родительство также было фундаментальным аспектом человеческой жизненной идентичности, с гимнами материнству, в частности, увековеченными в искусстве, культуре и в том, как многие люди все еще видят свои роли, силы и идентичность.

Новые репродуктивные технологии усложнили эти опоры идентичности, а древние способы мышления непостоянны в своей способности ориентироваться в этой новой сложности.

Что касается конкретного сценария гестационных суррогатов, которые по определению инкубируют эмбрионы, с которыми они не связаны биологически, от имени клиентов, которые могут быть или не быть родственниками этих эмбрионов, на первый план выдвинулись два вопроса: что выбирают этические рамки говорят нам о (1) взаимосвязи между генетическим материнством, гестационным материнством, социальным материнством и супружеской верностью? и (2) влияние гестационного суррогатного материнства и донорства гамет на наше понимание происхождения и наследственности?

В соответствии со статьей 55 Федерального закона об основах охраны здоровья граждан суррогатное материнство представляет собой вынашивание и рождение ребенка (в том числе преждевременные роды) по договору, заключаемому между суррогатной матерью (женщиной, вынашивающей плод после переноса донорского эмбриона) и потенциальными родителями, чьи половые клетки использовались для оплодотворения, либо одинокой женщиной, для которых вынашивание и рождение ребенка невозможно по медицинским показаниям.

Суррогатной матерью может быть женщина в возрасте от двадцати до тридцати пяти лет, имеющая не менее одного здорового собственного ребенка, получившая медицинское заключение об удовлетворительном состоянии здоровья, давшая письменное информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство. Женщина, состоящая в браке,

зарегистрированном в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, может быть суррогатной матерью только с письменного согласия супруга. Суррогатная мать не может быть одновременно донором яйцеклетки.

Часть 4 статьи 51 Семейного кодекса РФ предусматривает: «Лица, состоящие в браке и давшие свое согласие в письменной 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)».

В юриспруденции на сегодняшний день сформировалось как минимум три различных научных подхода к развитию регулирования суррогатного материнства в РФ.

Первая группа исследователей считает, что суррогатное материнство нет необходимости регулировать, поскольку это частные отношения. Либо суррогатное материнство подлежит регулированию только в части медицинских манипуляций. Некоторые специалисты критически относятся к характеристике норм, регламентирующих медицинские отношения, как медицинского права, доказывая, что эта сфера вообще не область юриспруденции. Например, С.В. Гландин пишет: «Эта сфера не урегулированная и очень спорная». Он предлагает и не регулировать ее совсем¹.

Вторая группа специалистов считает, что суррогатного материнства вообще не может существовать, поскольку это противоречит нормам морали,

¹ Гландин С.В. О вспомогательных репродуктивных технологиях и суррогатном материнстве - *de minimis curat lex?* // Судья. 2016. N 11.

этики, нравственности и религиозности. Есть люди, поддерживающие позицию Е. Мизулиной, что это торговля людьми¹.

Третья экспертная позиция заключается в том, что необходимо доскональное законодательное урегулирование этих отношений².

Между суррогатной матерью и потенциальными родителями (одиноким женщиной) заключается договор, который в доктрине и на практике именуется договором о суррогатном материнстве. Легальное определение договора о суррогатном материнстве не закреплено. Законодатель не определяет ни предмет договора, ни содержание, ни меры защиты и ответственности сторон. Молчание законодателя породило в доктрине дискуссию о правовой природе договора о суррогатном материнстве, его месте в системе российского права и иных аспектах правового регулирования отношений, складывающихся между суррогатной матерью и потенциальными родителями. В науке и практике к числу обязанностей суррогатной матери, наряду с вынашиванием и рождением ребенка, относят передачу ребенка, необходимость подвергать себя медицинским вмешательствам (имплантации эмбриона, искусственному прерыванию беременности по требованию потенциальных родителей и т.п.), проживание по определенному адресу под наблюдением указанного в договоре лица, соблюдение определенного договором режима отдыха, питания, приема лекарственных средств и т.п. За нарушение обозначенных обязанностей предписываются санкции, к строгости которых призывают отдельные авторы.

Совокупность указанных обязанностей превращает суррогатную мать и ребенка в инструмент удовлетворения потребностей потенциальных родителей, приводит к вовлечению в товарный оборот физиологических способностей женщины, а значит, самой женщины, поскольку невозможно рассматривать репродуктивные способности человека в отрыве от него

¹ Петиция Союза православных женщин "Запретить суррогатное материнство совсем". 26.10.2020. URL: <https://citizengo.org/ru/lf/183073-zapretit-surrogatnoe-materinstvo-torgovlyu-detmi>

² Кайль Я.Я., Усанова В.А. Острые вопросы суррогатного материнства, требующие правового регулирования // Семейное и жилищное право. 2022. № 5. С. 17 - 20.

самого. Функции организма, среди которых значимую роль играет репродуктивная функция, точно так же, как органы и ткани организма, являются составляющими человека как субъекта права. Вынашивание и рождение ребенка, являясь функцией женской репродуктивной системы, не могут отчуждаться в пользу иных лиц по договору. Следовательно, договор о суррогатном материнстве должен регулировать иные аспекты отношений, складывающихся между суррогатной матерью и потенциальными родителями¹.

Таким образом российское законодательство, официально разрешая суррогатное материнство многие аспекты регулирования оставил вне правового поля. Этим пользуются многие мошенники, что подтверждается громкими делами из следственной практики. Только в Российской Федерации отсутствует запрет на предоставление услуг суррогатного материнства зарубежным парам. Нет и запрета на предоставление таких услуг гомосексуальным парам, которые легко могут скрыть свои отношения указанием на одиночное отцовство или материнство.

Подобные пробелы должны быть разрешены. Тем более, если в Конституции России закрепляется следование традиционным ценностям, то и материнство должно также вовлекаться вокруг этих ценностей. Это должно отражаться и в семейном российском законодательстве.

¹ Белова Д.А. Правовая природа договора о суррогатном материнстве // Законы России: опыт, анализ, практика. 2020. № 11. С. 88 - 94.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Конституция Российской Федерации фиксирует в числе одних из первых прав право на жизнь (статья 20). Такое положение закреплено и во Всеобщей декларации прав человека, принятой 10 декабря 1948 года: «Каждый человек имеет право на жизнь, свободу и на личную неприкосновенность» (статья 3).

Данное право имеет сложную структуру и содержание, так как оно не означает, что государство тем самым разрешает, позволяет жизнь собственных граждан. Жизнь возникает вне государственных велений, и биологическое рождение ребёнка меньше всего нуждается в наличии государственных институтов. Как отмечает Н.М. Колосова: «Будет ли право на жизнь человека существенно ограничено в форме лишения данного права в случае отказа ему в лечении, в том числе путем проведения модификации его наследственного гена, при условии, что иные методы лечения не способны предотвратить для пациента наступление смертельного исхода. В данном случае речь идет не о лишении, а об условиях реализации права на жизнь в заданных законодательством и международными нормами параметрах»¹.

Проведенное исследование позволило сформулировать ряд выводов:

1. Право на жизнь долгое время не провозглашалось в российских конституциях (речь идет, в первую очередь, о советском периоде развития).

2. Краткая формула – право на жизнь – предполагает, между тем, сложную структуру. Нельзя это право ограничивать ишь требованием о запрете смертной казни. В настоящее время биомедицинские технологии значительным образом усложнили понимание права на жизнь.

3. Наиболее сложный вопрос – момент возникновения права на жизнь. Конституция России указывает, что все права и свободы принадлежат каждому от рождения. Это означает, что и право на жизнь также возникает с

¹ Колосова Н.М. Прямое действие Конституции Российской Федерации и ограничение конституционных прав и свобод человека и гражданина в контексте судебной практики // Журнал российского права. 2019. №8. С. 36 - 47.

момента рождения. Но возникает ли с этого момента сама жизнь? – на этот вопрос пока отсутствует однозначный ответ.

4. Эвтаназия – многоплановое явление. Общее законодательное правило исходит из того, что эвтаназия запрещена (как пассивная, так и активная). В то же время следует отличать от эвтаназии смежные явления, но не подпадающие под его определение. В частности, не является эвтаназией отключение аппарата искусственного жизнеобеспечения у фактически умершего человека.

5. Право на жизнь во многом определяет государственную политику в сфере искусственного прерывания беременности. В настоящее время российское законодательство исходит из общего разрешения, из права женщины, но ограниченного сроками беременности. Подобный подход установлен в большинстве стран мира. Ни одно государство не предусматривает вседозволенность в таком сложном вопросе.

6. Право на суррогатное материнство определяется Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Он допускается на основании специального договора между суррогатной матерью и супружеской парой. Между тем, в российском законодательстве присутствует значительное число пробелов. В частности, отсутствуют четкие запреты на предоставление услуг суррогатного материнства иностранным парам. Здесь следует отметить, что подобный либеральный подход отсутствует практически во всех странах мира. В большинстве стран введены жесткие правила, когда свободы супругов-заказчиков жестко ограничено правовыми нормами.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

Нормативно-правовые акты

1. Конституция Российской Федерации: принята всенародным голосованием 12 декабря 1993 г. (с учетом поправок, внесенных Законами РФ о поправках к Конституции РФ от 30.12.2008 г. № 6-ФКЗ, от 30.12.2008 г. № 7-ФКЗ, от 05.02.2014 г. № 2-ФКЗ, от 21.07.2014 г. № 11-ФКЗ) // СЗ РФ. 04.08.2014. № 31. Ст. 4398.

2. Международный Пакт о гражданских и политических правах (принят резолюцией 2200 А (XXI) Генеральной Ассамблеи ООН от 16 декабря 1966) // Бюллетень Верховного Суда РФ. 1994. № 12.

3. Семейный кодекс Российской Федерации от 29.12.1995 № 223-ФЗ (ред. от 30.12.2015) // Российская газета. - 27.01.1996. - N 17.

4. Гражданский кодекс Российской Федерации (часть первая) от 30.11.1994 № 51-ФЗ (ред. от 31.07.2020) // Собрание законодательства РФ. – 1994. – № 32. – ст. 3301.

5. Уголовный кодекс РФ от 13 июня 1996 г. № 63-ФЗ // Собрание законодательства РФ. 1996. № 25. Ст. 2954.

6. Федеральный закон от 3 декабря 2008 г. № 242-ФЗ «О государственной геномной регистрации в Российской Федерации» // Собрание законодательства РФ. 2008. № 49. Ст. 5740.

7. Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Собрание законодательства РФ. 2011. № 48. Ст. 6724.

Научная и учебная литература

8. Авакьян С.А. Конституционное право России. Учебный курс: учеб. пособие: в 2 т. 5-е изд., перераб. и доп. М. : Норма : ИНФРА-М, 2014. 864 с.

9. Витрук Н.В. Общая теория правового положения личности. М.: НОРМА, 2008. 448 с.

10. Гомьен Д., Харрис Д., Зваак Л. Европейская конвенция о правах человека и Европейская социальная хартия: право и практика. М., 1998. 396 с.
11. Иванюшкин А.Я. Профессиональная этика в медицине (философские очерки). М., 1990. 412 с.
12. Ковлер А.И. Европейская конвенция: проблемы толкования и имплементации: монография. М.: ИЗиСП, Норма, ИНФРА-М, 2019. 400 с.
13. Кутафин О.Е. Неприкосновенность в конституционном праве Российской Федерации. М.: Юрист, 2004. 407 с.
14. Люшер Ф. Конституционная защита прав и свобод личности. М., 1993. 342 с.
15. Малеин Н.С. Гражданский закон и права личности в СССР. М. 1981. 184 с.
16. Малеина М.Н. Личные неимущественные права граждан: понятие, осуществление, защита. М., 2001. 122 с.
17. Малеина М.Н. Человек и медицина в современном праве. М., 1995. 232 с.
18. Медицина и права человека. М. 1992. 168 с.
19. Понкин И.В. Демография: зарубежный опыт правового регулирования. М., 2005. 192 с.
20. Рейчелс Дж. Активная и пассивная эвтаназия / Этическая мысль: Науч.-публицист. чтения. М., 1990. 252 с.
21. Романовский В.Г. Конституционные ограничения прав человека в целях противодействия терроризму в России и за рубежом: монография. Москва: Проспект, 2021. 208 с.
22. Романовский Г. Б. Право на жизнь. Архангельск, 2002. 167 с.
23. Франковски С., Гольдман Р., Лентовска Э. Верховный Суд США о гражданских правах и свободах. Варшава. 1997. 298 с.
24. Чхиквадзе В.М. Гуманизм, мир, личность. М.: Наука, 1981. 286 с.
25. Эбзеев Б.С. Конституция, власть и свобода в России. Опыт синтетического исследования. М.: Проспект, 2016. 336 с.

Публикации в научных журналах, сборниках и СМИ

26. Шибина А.В. Некоторые проблемы обеспечения законности в сфере здравоохранения, связанные с реализацией репродуктивных прав // Медицинское право. 2015. № 6. С. 39 - 42.

27. Романовский Г.Б., Романовская О.В. Насцитурус в семейно-правовых отношениях и современная биомедицина // Семейное и жилищное право. 2013. № 6. С. 23-27.

28. Лебедев В.А. Конституционные основы ограничений прав и свобод человека и гражданина // Lex russica. 2017. № 1. С. 130 - 139.

29. Салагай О.О. Правовые подходы Совета Европы к регулированию вопросов прерывания беременности // Российская юстиция. 2012. № 12. С.18-26.

30. Сазин С.Т. Понятие, сущность и взаимосвязь конституционных прав на жизнь и на охрану здоровья // Конституционное и муниципальное право. 2021. № 4. С. 39 - 45.

31. Саврыга К.П. Экстерриториальное применение права на жизнь в международном праве // Международное публичное и частное право. 2017. № 3. С. 7 - 10.

32. Малинова А.Г. Право на жизнь до рождения: дискуссии о фетоциде // Российский юридический журнал. 2016. № 2. С. 78 - 81.

33. Помазкова С.И. Соотношение права на жизнь и права на свободу при оказании медицинской помощи // Медицинское право. 2016. № 1. С. 32 - 36.

34. Зайцева А.М. Ограничение естественного права на жизнь в позитивном праве // Конституционное и муниципальное право. 2015. № 9. С. 33 - 44.

35. Комарова В.В. Защита здоровья граждан как основной элемент обеспечения права на жизнь и особенности его реализации в чрезвычайных ситуациях // Актуальные проблемы российского права. 2022. № 10. С. 15 - 23.

36. Комарова В.В. Право на жизнь в доктрине и в праве // Право и государство: теория и практика. 2013. N 5. С. 46 - 49.
37. Ализаде В.А. Позиции ЕСПЧ о соблюдении права на жизнь // Международное уголовное право и международная юстиция. 2019. № 6. С. 3 - 7.
38. Ализаде В.А. Позиции ЕСПЧ о соблюдении права на жизнь // Международное уголовное право и международная юстиция. 2020. № 2. С. 7 - 11.
39. Стеценко С.Г. Искусственное прерывание беременности в контексте защиты прав человека // Юрист. 2002. № 5. С. 32-36.
40. Страмилова Т.П. Право на жизнь как объект конституционной защиты в условиях реализации уголовной политики государства // Государственная власть и местное самоуправление. 2018. № 12. С. 53 - 56.
41. Тищенко Е.В. Проблемы демаркации начала человеческой жизни // Конституционное и муниципальное право. 2018. № 9. С. 63 - 66.
42. Романовский Г.Б., Романовская О.В. Конституционная правосубъектность граждан и современные биотехнологии // Вопросы правоведения. 2013. № 2 (18). С. 309-333.
43. Никитин З. Принятие решений и помощь в конце жизни // Русский медицинский журнал. 1996. Том 3. № 3. С. 112-118.
44. Павлова Ю.В. Современный правовой режим реализации репродуктивного права человека на применение вспомогательных репродуктивных технологий // Медицинское право. 2013. № 6. С. 27 - 32.
45. Павловская Н. К проблеме эвтаназии // Русский медицинский журнал. 1996. Том 4. № 2. С. 54-62.
46. Мокосеева М.А. Проблемы юридического обеспечения права человека на жизнь // Юридический мир. 2015. № 8. С. 32 - 37.
47. Независимый доклад Фонда имени Генриха Белля к 56-й сессии Комиссии по положению женщин ООН, Фонд имени Генриха Белля (Московский офис), февраль 2012 // <http://genderpage.ru/?p=600>

48. Малеина М.Н. О праве на жизнь // Государство и право. 1992. № 12. С. 48-54.
49. Колосова Н.М. Прямое действие Конституции Российской Федерации и ограничение конституционных прав и свобод человека и гражданина в контексте судебной практики // Журнал российского права. 2019. № 8. С. 36 - 47.
50. Кочешев С. Криминологические аспекты соблюдения норм международного права в условиях боевого применения войск на Северном Кавказе // Военно-юридический журнал. 2006. № 7. С. 13-19.
51. Крылова Н. Эвтаназия: уголовно-правовой аспект // Вестник МГУ. Серия 11. Право. 2002. № 2. С. 16-24.
52. Ивченко О. Ответственность за эвтаназию по уголовному законодательству зарубежных стран (сравнительно-правовой анализ) // Уголовное право. 2001. № 3. С. 20-24.
53. Кайль Я.Я., Усанова В.А. Острые вопросы суррогатного материнства, требующие правового регулирования // Семейное и жилищное право. 2022. № 5. С. 17 - 20.
54. Ковлер А.И. Европейская конвенция по правам человека и международное гуманитарное право: о пользе демаркационных линий // Бюллетень Европейского суда по правам человека. Российское издание. 2019. № 8. С. 146 - 152.
55. Авдеева Е.В. Новеллизация российского законодательства в сфере уголовно-правового обеспечения права на жизнь // Российская юстиция. 2017. № 11. С. 18 - 21.
56. Белова Д.А. Правовая природа договора о суррогатном материнстве // Законы России: опыт, анализ, практика. 2020. № 11. С. 88 - 94.
57. Гландин С.В. О вспомогательных репродуктивных технологиях и суррогатном материнстве - *de minimis curat lex?* // Судья. 2016. № 11. С. 23-27.

58. Романовский Г.Б. Право на жизнь (общетеоретический аспект) // Известия высших учебных заведений. Правоведение. 2003. № 4 (249). С. 180-190.

59. Малинова А.Г. Право на жизнь до рождения: дискуссии о фетоциде // Российский юридический журнал. 2016. № 2. С. 78 - 81.

60. Горбунова О.В. К вопросу о репродуктивных правах мужчин и женщин в России // Семейное и жилищное право. 2018. № 5. С. 9 - 11.

61. Дмитриев Ю.А., Шленева Е.В. Право человека в Российской Федерации на осуществление эвтаназии // Государство и право. 2000. № 11. С. 52-61.