**К ВОПРОСУ ОБ ИНФОРМИРОВАННОМ
ДОБРОВОЛЬНОМ СОГЛАСИИ В УСЛОВИЯХ
ДЕТСКОГО ИНФЕКЦИОННОГО СТАЦИОНАРА**

Каплунов К.О.

аспирант кафедры философии, биоэтики и права с курсом социологии медицины ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет»,
kkaplunovtmss@yandex.ru

Великанова В.А.

Преподаватель кафедры философии, биоэтики и права с курсом социологии медицины ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет»
velikanovavera@bk.ru

В статье исследуется современное состояние весьма неоднозначного в социо-правовом смысле вопроса об информированном согласии на диагностику и лечебные манипуляции у несовершеннолетних детей, страдающих инфекционными заболеваниями. Представлена трактовка этого вопроса с позиций последней редакции российского закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", рассмотрены коллизии и противоречия, возникающие при его практическом правоприменении в клинике детских инфекционных болезней, приведены примеры подходов к решению вопросов информированного согласия у несовершеннолетних в ряде развитых стран.

Ключевые слова: добровольное информированное согласие, ребенок-пациент, родители ребенка-пациента, клиника инфекционных болезней.

**REGARDING THE QUESTION OF THE INFORMED
VOLUNTARY CONSENT UNDER CONDITIONS OF
CHILDREN'S INFECTIOUS HOSPITAL**

Kaplunov K.O.

postgraduate student of the Department of philosophy, bioethics and law with a course of sociology of medicine
"Volgograd state medical University"
kkaplunovtmss@yandex.ru

Velikanova V.A.

teacher of Department of the Philosophy, Bioethics and Law with the Course of Psychology and Sociology for Medicine of Volgograd State Medical University
velikanovavera@bk.ru

In article the current state of quite ambiguous question in socio-legal meaning about the informed consent to diagnostics and medical manipulations at the minor children having infectious diseases is investigated. The interpretation of this question from positions of the last edition of the Russian law of November 21, 2011 N 323-FL "About bases of health protection of citizens in the Russian Federation" is presented, collisions and the contradictions arising at its practical right application in clinic of children's infectious diseases are surveyed, examples of approaches to the solution of questions of the informed consent at minors in a number of the developed foreign countries are given.

Key words: the informed consent, the child patient, parents of the child patient, clinic of infectious diseases.

Неотъемлемой составляющей успешного развития гражданского общества является последовательное соблюдение прав и обязанностей человека. В системе здравоохранения одним из основных прав пациента является, право на добровольное согласие

(ИДС) на медицинское вмешательство. В мировой медицинской практике вопросу об информированном добровольном согласии уделяется немало внимания, что говорит о существующей проблеме, которую необходимо рассмотреть как в рамках Российской Федерации, так и в целом на мировом уровне.

Основные права и обязанности в области охраны жизни и здоровья гражданина гарантирует Конституция России. Статья 20 декларирует право на жизнь, а 22 и 23 статьи подтверждают права граждан на свободу, личную неприкосновенность, а также неприкосновенность частной жизни, личную и семейную тайны. Расширяет эти положения статья 21, которая утверждает, в частности, что никто не может быть подвергнут медицинским, научным или иным опытам без добровольного согласия. В развитие права на жизнь, статья 41 Конституции закрепляет за гражданами право на охрану здоровья и медицинскую помощь.

Помимо основного государственного закона, существует еще целый ряд документов, регламентирующих отношения между медицинскими работниками и пациентом. В частности, обязанность врача предоставить необходимую информацию больному закреплена в Гражданском кодексе Российской Федерации, а так же в ФЗ « О защите прав потребителей». При этом в 1993 году впервые в отечественном законодательстве статьей 32 Закона Российской Федерации "Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан" за гражданами было закреплено право на информированное добровольное согласие, предвещающее всякое медицинское вмешательство [3]. До этого времени в правовом поле здравоохранения существовал институт согласия на медицинское вмешательство. Однако это право пациентов распространялось исключительно на хирургические вмешательства. Более того, ведущие хирурги страны рассматривали институт согласия не столько как право пациента на участие в принятии решения о необходимости и возможности выполнения медицинского вмешательства, сколько как дополнительный инструмент, используемый медицинскими работниками в качестве способа психологической подготовки пациента к предстоящей операции с целью внушения пациенту уверенности в успешности предлагаемого хирургического лечения.

На сегодняшний день наибольший интерес для медицинского сообщества представляет Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (ФЗ).

Не смотря на то, что рассматриваемый закон уже вступил в силу, оживленные дискуссии об ИДС не прекращаются как на региональном, так и на федеральном уровнях. Недавно был опубликован Проект приказа Минздрава России от 31 августа 2012 г. «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинского вмешательства, формы информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и формы отказа от медицинского вмешательства».

Целью настоящего сообщения является изучение проблемы ИДС в условиях детского инфекционного стационара.

Объектом детского инфекционного стационара, безусловно, является жизнь и здоровье ребенка, поэтому необходимо дать определение

ребёнка. Права ребёнка и его статус определены рядом нормативно-правовых актов в их число входят: «Конвенция о правах ребёнка» принятая в Нью-Йорке 20 ноября 1989 г. гласит, что ребёнком является каждое человеческое существо до достижения 18-летнего возраста, если по закону, применимому к данному ребёнку, он не достигает совершеннолетия ранее. Такие же права ребёнка определены ФЗ от 24 июля 1998г. №124-ФЗ «Об основных гарантиях прав ребёнка в Российской Федерации» (с изм. от 02.12.13). Согласно данному закону ребёнок - лицо до достижения им возраста 18 лет (совершеннолетия).

Статья 20 ФЗ «Об охране здоровья граждан в РФ» определяет, что необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие пациента. Согласие должно даваться всегда, за исключением лишь тех случаев, когда состояние больного не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно. Тогда вопрос о его проведении в интересах пациента решает консилиум, а при невозможности организации консилиума — непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением должностных лиц лечебного учреждения.

Согласие на медицинское вмешательство в отношении лиц, не достигших возраста пятнадцати лет, дают их законные представители после сообщения им сведений о состоянии здоровья этих лиц, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ним риске, возможных вариантах медицинского вмешательства и их возможных последствиях. При отсутствии законных представителей такое решение также может вынести консилиум, а при невозможности его собрать — лечащий (дежурный) врач.

Пункт 3 статьи 20 ФЗ одновременно предоставляет право пациенту или его законному представителю отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, при этом пациенту или его законному представителю в доступной для них форме должны быть разъяснены возможные последствия. Отказ от медицинского вмешательства с указанием возможных последствий оформляется записью в документации медицинского учреждения и подписывается пациентом, либо его законным представителем, а также медицинским работником. При отказе родителей или иных законных представителей такое решение также может вынести консилиум, а при невозможности его собрать — лечащий (дежурный) врач.

Однако при кажущейся однозначности ФЗ и медицинские работники, и пациенты в процессе оказания медицинской помощи столкнулись с целым рядом проблем, которые не позволяют считать право пациента на информированное добровольное согласие окончательно решенным и удовлетворяющим современному уровню мировой регламентации взаимоотношений субъектов медицинских правоотношений. Это качественные и количественные параметры информации, предоставляемой пациенту, форма предоставления информации, способ документального оформления согласия, способы дополнительной защиты прав социально уязвимых групп населения (несовершеннолетние, лица пожилого и старческого возраста, лица, вовлеченные в медицинские исследования, военнослужащие и пр.). При реализации прав пациентов на свободу выбора и информированность, медицинский работник сталкивается с необходимостью индивидуального подхода к каждому пациенту, учета интеллектуального развития, социального окружения, тяжести состояния, локализации патологического процесса, поражения нервной системы и психики пациента.

К основным нерешенным на сегодняшний день вопросам рассматриваемого раздела взаимоотношений могут быть отнесены:

1. Объем информации, который необходимо предоставлять пациенту перед оказанием ему медицинской помощи и выполнением медицинского вмешательства для получения от него согласия, основанного на достаточной информированности, причем не только родителям, но и детям;

2. Учет способности пациента-ребёнка к осознанному восприятию и усвоению предоставленной медицинской информации и принятию на этой основе адекватного решения основанного на психолого-возрастных особенностях;

3. Защищенность врача и пациента при наличии ИДС в случае причинения вреда жизни и здоровью пациента в результате медицинского вмешательства.

Рассмотрим эти вопросы.

Относительно объема информации представляется очевидным, что чем полнее предоставлена и документирована информация пациенту, тем больше защищен как медицинский работник, так и пациент. Исходя из этого, информация, предоставляемая пациенту, обязательно должна содержать следующие основные блоки[1]:

Первый: о состоянии здоровья больного, а именно его заболевании, результатах обследования, прогнозе заболевания, возможных осложнениях заболевания, включая отдаленные последствия.

Второй: о медицинском вмешательстве, а именно методах лечения, связанном с лечением риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, его результатах и последствиях, включая отдаленные последствия.

Третий: о медицинской организации, осуществляющей медицинское вмешательство (в т.ч. наличии лицензии).

Четвертый: о правах и обязанностях пациента и медицинского персонала.

В то же время, значительное число пациентов не нуждается в столь полной и подробной информации. Определенная часть из них считает, что обратившись в клинику за медицинской помощью, они уже тем самым продемонстрировали необходимый объем доверия к врачу и понимания необходимости проведения того или иного лечения. Другие не желают получать дополнительную информацию, которая может быть им неприятна. Хотя необходимо заметить, что существует немалая группа пациентов, которые с удовольствием воспринимают любую дополнительную информацию о своем здоровье и перспективах. Тем не менее, учитывая, что в клинике инфекционных болезней встречается преимущественно ургентная патология, необходимо уметь находить золотую середину между минимально допустимым и максимально возможным объемами информации, приняв во внимание высокую загруженность медицинского персонала, а также необходимость оказания помощи в максимально короткие сроки.

В рамках анализа данной проблемы необходимо ответить еще на два вопроса.

Вопрос 1: необходимо ли использование типовых форм ИДС?

Проект ранее упомянутого приказа Минздрава России от 31 августа 2012 г. об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство предусматривает использование бланка ИДС в типовой форме. Как правило он представляет собой текст объемом не менее одного листа формата А4 (иногда и более того), для

разъяснения которого требуется немало времени. Учитывая выше обозначенные особенности инфекционной службы, нам представляется целесообразным некоторое отхождение от типовых содержаний текстов ИДС. Было бы правильно дать возможность отдельным отраслям медицины разрабатывать свои собственные бланки, отражающие особенности той или иной патологии, ее лечения и исходов (в частности, восстановление остроты зрения в офтальмологии, применение различных вариантов остеосинтеза в травматологии и ортопедии и пр.).

Также хотелось бы отметить, что п.9 ст. 20 ФЗ не допускает отказ от лечения или медицинского вмешательства лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих и если это вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни [6,7]. Данные условия вполне применимы к клинике инфекционных болезней, особенно у детей. Таким образом, можно сделать вывод, что медицинское пособие в условиях детского инфекционного стационара в ряде экстренных ситуаций может быть оказано и без получения ИДС от одного из родителей или иного законного представителя больного ребенка. Тем не менее во всех остальных случаях, не требующих безотлагательных мер, необходимо получение ИДС, бланк при этом должен содержать рациональный минимум необходимой информации для экономии времени его заполнения. В случае устного обращения пациентов, их родителей или законных представителей должна быть предоставлена необходимая информация в объеме, указанном выше.

Вопрос 2: какие вмешательства требуют отдельного согласия, а на какие возможно оформление согласия как на комплекс медицинских процедур?

До недавнего времени существовали трудности с определением понятия медицинское вмешательство. В международной практике используется определение понятия «медицинское вмешательство», приведенное в «Декларации о политике прав обеспечения пациентов в Европе», которое расшифровывается как «любое обследование, лечение или иное действие, преследующее профилактическую, лечебную или реабилитационную цель, выполняемое врачом или иным производителем медицинских услуг». Это определение признано в качестве базового и Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ,1994). Применение такой трактовки этого понятия приводит к тому, что под медицинским вмешательством подразумевается любое действие, совершаемое врачом или другим медицинским персоналом клиники по отношению к пациенту.

Согласно ст. 2 ФЗ медицинское вмешательство - выполняемые медицинским работником по отношению к пациенту, затрагивающие физическое или психическое состояние человека и имеющие профилактическую, исследовательскую, диагностическую, лечебную, реабилитационную направленность виды медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций, а также искусственное прерывание беременности.

В медицинской практике применяются различные лечебные и диагностические вмешательства. Одни из них не представляют прямой угрозы для здоровья пациента. Другие отличаются сложностью и опасностью не только для здоровья, но и жизни пациента. Если требовать от медицинских работников подробного письменного оформления согласия пациента на все вмешательства, то работа врачей, фельдшеров, медицинских сестер превратится в бесконечное заполнение форм ИДС, а на самого больного просто не останется времени.

Основными признаками, определяющими необходимость получения адресного согласия пациента на медицинское вмешательство, могут служить наличие в его ходе или результате риска причинения вреда жизни и

здоровью пациента, а также высокая степень вероятности развития осложнений как в ближайшее после проведения вмешательства время, так и в отдаленной перспективе.

Менее опасные медицинские вмешательства, не представляющие непосредственной опасности для жизни и здоровья, могут быть представлены в комплексе диагностических и лечебных мероприятий, и при этом достаточно согласия пациента на весь комплекс необходимых медицинских мер. Информация о нерисковых методах диагностики и лечения может быть предоставлена пациенту в форме стандартного бланка с указанием необходимой информации о медицинском вмешательстве и требований к поведению пациента.

Рассматривая вопрос о способности больного к осознанному восприятию и усвоению предоставленной медицинской информации и принятию на этой основе адекватного решения, можно констатировать, что каждый взрослый пациент обладает индивидуальными особенностями восприятия информации. Медицинские работники, принимающие решение о формате предоставления информации, учитывают такие критерии, как социальный статус, образовательный уровень, материальное положение, конфессиональную принадлежность пациента. При предоставлении информации врачу необходимо обладать навыками психологического тестирования, позволяющими оценить способности пациента как к восприятию сложной медицинской информации, так и предположить его реакцию на информацию о возможных осложнениях медицинского вмешательства или неблагоприятном исходе заболевания.

Все сказанное выше усложняет работу врача, особенно имеющего дело с детьми. Информированное согласие на медицинское вмешательство в отношении несовершеннолетних, как правило, дается их родителями или законными представителями. Такой подход закреплен в ст.6 Конвенции о правах человека и биомедицине, принятой Советом Европы, национальным законодательством (п. 2 ст. 20 ФЗ), а также судебной практикой [4]. Все большее распространение в биоэтике получает убеждение, что несовершеннолетним должна быть предоставлена возможность выразить свое мнение. Согласно ст.6 Конвенции о правах человека и биомедицине, мнение несовершеннолетнего следует принимать во внимание как фактор, значение которого определяется его возрастом и степенью зрелости. В части европейских стран (Нидерланды, Норвегия, Финляндия, Франция) законодательство требует от врачей выяснения воли несовершеннолетних, способных понимать информацию медицинского характера. Законодательство некоторых государств признает за несовершеннолетними, начиная с определенного возраста (как правило, 12-14 лет), право обращаться за медицинской помощью без согласия родителей в тех случаях, когда это бесспорно соответствует их интересам.

Пиццита А.Н. (2006) указывает, что несовершеннолетнему ребенку должна быть предоставлена возможность выразить свое мнение по поводу медицинского вмешательства, предлагаемого лечения как непосредственно, так и через законных представителей либо через государственные органы опеки и попечительства [7]. Более того, по достижении ребенком 15-ти летнего возраста согласие на медицинское вмешательство должно оформляться за подписью законного представителя и самого несовершеннолетнего. Участие несовершеннолетнего пациента в решении вопроса о необходимости и

возможности медицинского вмешательства должно быть не основным, но обязательным, если состояние и развитие ребенка позволяют ему осмыслить медицинскую информацию, как того требуют международные соглашения.

Более чем в половине штатов США законодательно признано право несовершеннолетних самостоятельно, без согласия родителей обращаться за медицинской помощью в случае беременности, заболевания наркоманией и в некоторых других случаях, когда по вполне понятным причинам дети стремятся скрыть свое состояние от родителей. Впрочем, и в судебной практике других штатов, где такое законодательство не принято, не было случаев привлечения врачей к ответственности за сам факт лечения несовершеннолетних в связи с беременностью, наркоманией, от венерических и иных инфекционных болезней без согласия родителей [2].

Сложной в этическом и правовом аспектах представляется ситуация, когда ребенок отказывается от применения мер медицинского характера, а родители или медицинское учреждение настаивают на этом, особенно если речь идет о спасении жизни ребенка [6]. Логичным было бы признать за несовершеннолетним, которому предоставлено право давать согласие на лечение, также и право отказываться от лечения. Английская судебная практика исходит из того, что даже в случае, когда ребенок признан дееспособным, его согласие на лечение может быть преодолено запретом родителей, равно как отказ от лечения – их согласием, если они действуют в наилучших интересах ребенка и налицо угроза серьезного и неизлечимого вреда его умственному или физическому здоровью. На практике судьи, как правило, не могут позволить ребенку умирать без медицинской помощи даже в случаях, когда и ребенок, соответствующий критериям дееспособности, и родители отказываются от лечения.

Рассматривая вопрос защиты прав пациента и врача в случае причинения вреда жизни и здоровью пациента в результате медицинского вмешательства при наличии/отсутствии ИДС, хотелось бы уточнить следующее. Юридически значимым является такое ненадлежащее осуществление диагностики, лечения, реабилитации больного, организации медицинской помощи, которое привело к негативным последствиям в форме вреда пациенту или опасности для общества. Если подобные действия медицинских работников не привели к причинению вреда жизни и здоровью пациента или опасности для общества, то это не является предметом уголовного или гражданско-правового регулирования, а лишь основанием для разбирательства данного случая в коллективе или профессиональном сообществе и, возможно, наложения на медицинского работника дисциплинарной ответственности.

Наличие ИДС не играет абсолютно никакой роли для наступления уголовной ответственности. Составы преступлений определены Уголовным кодексом Российской Федерации, а уголовная ответственность наступает только при наличии состава преступления. В гражданском праве роль ИДС иная. ИДС является обязательным, но недостаточным условием освобождения врача от гражданско-правовой ответственности в случае причинения вреда здоровью пациента. Основания и объем ответственности за причиненный вред определяются в соответствии со статьей 1084 Гражданского кодекса Российской Федерации, и информированность и добровольность согласия на причинение вреда совершенно не меняют дела. Никакие соглашения между медицинской организацией и пациентом, направленные на устранение ответственности за причинение вреда здоровью, не имеют юридической силы. Факт отсутствия ИДС даже при правильном диагнозе

и лечении говорит о несоблюдении прав пациента в процессе оказания ему медицинской помощи, а значит, характеризуется как ненадлежащее исполнение медицинским работником своих профессиональных обязанностей (противоправное поведение) и является одним из условий наступления гражданско-правовой ответственности.

Судебная практика показывает, что наличие ИДС пациента при оказании ему медицинской помощи (медицинском вмешательстве) рассматривается как заключение письменного договорного соглашения и имеет значение при вынесении решения по возмещению вреда, причиненного правомерными действиями в результате медицинского вмешательства, особенно морального вреда. При принятии решения об обоснованности претензии пациента о нанесенном ему моральном вреде суд исходит из того, был ли пациент проинформирован о методе лечения, возможных осложнениях, исходе и последствиях лечения и так далее заранее - до момента начала лечения и дал ли пациент добровольное согласие на такое лечение в рамках заключения письменных договорных отношений.

Осознанное применение доктрины ИДС именно как нормы правоприменения в России только начинает складываться. В большинстве случаев врачи надлежаще информируют пациентов, ориентируясь при этом не на вышеприведенные нормы законов, которые зачастую им неизвестны, а на медицинские стандарты, обычаи и технологию лечения. При этом не всегда врач осознает, что надлежащее информирование пациента есть не только его этический, профессиональный долг, но и выполнение обязательной нормы закона, правоприменительное действие, за невыполнение которого предусмотрена ответственность [5,6].

ЛИТЕРАТУРА

1. Акопов В.И. Медицинское право: книга для врачей, юристов и пациентов. – М.: ИКЦ «МарТ»; Ростов н/Д: Издательский центр «МарТ», 2004. – С.132–133.
2. Афанасьева Е.Г. // Современное медицинское право в России и за рубежом: сб. науч. тр. – М.: ИНИОН, 2003. – С.156–157.
3. Васильева Е.Е. Институт добровольного информированного согласия пациента на мед.вмешательство в РФ и США// Журнал российского права. – М., № 9, 2004 г.
4. Ерофеев С.В., Ерофеева И.С. Принцип информированного согласия пациента: обзор зарубежной медицинской и юридической практики// Медицинское право. – 2006. — №3 (15). – С.42—48.
5. Доника А.Д. Соответствие норм Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» нормам и принципам биоэтики / А.Д.Доника, Л.Л.Кожевников // Биоэтика. – 2011 - № 2(8) – С.26-28.
6. Доника А.Д. Альтернативы принятия решений в медицинской практике: правовые нормы и этические дилеммы / А.Д.Доника, В.И.Толкунов // Биоэтика. – 2010. –№1(5) - С.57-58
7. Пищита А.Н. Согласие на медицинское вмешательство. Медико-правовой анализ. Юридические стандарты. Практика реализации. – М.: Центральная клиническая больница РАН, 2006. – С.13–30.
8. Бударин Г.Ю., Петров А.В., Седова Н.Н. Медицинские нормы и юридические законы. - М.: Юрист, 2012. – С.113 – 126.
9. Стеценко С.Г., Пищита А.Н., Гончаров Н.Г. Очерки медицинского права. – М.: ЦКБ РАН, 2004. – С.90.

10. Седова Н.Н.Об этической экспертизе законопроектов в сфере образования/ НН.Седова, Е.В.Приз // Биоэтика. - 2011- № 2(8) – С.10-12

REFERENCES:

1. Akopov V.I. Medicinskoye pravo: kniga dl'a vrachej, yuristov i paciyentov. – M.: IKC «MarT»; Rostov n/D: Izdatel'skij centr «MarT», 2004. – S.132–133.
2. Afanas'eva YE.G. // Sovremennoye medicinskoye pravo v Rossii i za rubezhom: sb. nauch. tr. – M.: INION, 2003. – S.156–157.
3. Vasil'eva YE.YE. Institut dobrovol'nogo informirovannogo soglasiya paciyenta na med.vmeshatel'stvo v RF i SSHA // ZHurnal rossijskogo prava. – M., № 9, 2004 g.
4. YErofeyev S.V., YErofeyeva I.S. Princip informirovannogo soglasiya paciyenta: obzor zarubezhnoj medicinskoj i yuridicheskoy praktiki // Medicinskoye pravo. – 2006. — №3 (15). – S.42—48.
5. Donika A.D. Sootvetstviye norm Federal'nogo zakona «Ob osnovah ohrany zdorov"ya grazhdan v Rossijskoj Federacii» normam i principam bioetiki / A.D.Donika, L.L.Kozhevnikov // Bioetika. – 2011 - № 2 (8) – S.26-28.
6. Donika A.D, Al'ternativy prin'atiya reshenij v medicinskoj praktike: pravovyie normy i eticheskiye dilemmy / A.D.Donika, V.I.Tolkunov // Bioetika. – 2010. – № 1 (5) - S.57-58
- 7.. Pischita A.N. Soglasiye na medicinskoye vmeshatel'stvo. Medikopravovoj analiz. YUridicheskiye standarty. Praktika realizacii. – M.: Central'naya klinicheskaya bol'nica RAN, 2006. – S.13–30.
8. Budarin G.YU., Petrov A.V., Sedova N.N. Medicinskiye normy i yuridicheskiye zakony. - M.: YUrist, 2012. – S.113 – 126.
9. Stecenko S.G., Pischita A.N., Goncharov N.G. Ocherki medicinskogo prava. – M.: CKB RAN, 2004. – S.9
10. Sedova N.N.Ob eticheskoy ekspertize zakonoprojektov v sfere obrazovaniya/NN.Sedova, YE.V.Priz // Bioetika. - 2011- № 2 (8) – S.10-12