

здесь национальный законодатель отстал от европейского.

*Пересечение границы в террористических целях* представляет собой пересечение границы государства, которое не является для лица государством его гражданства или места жительства, и осуществляется в целях совершения, содействия или участия в террористическом преступлении или предоставлении или получении террористической подготовки.

*Финансирование пересечения границы с целью терроризма* означает предоставление или сбор любыми методами, прямо или косвенно, денежных средств для осуществления пересечения границы в террористических целях (как это определено в ст. 4 Протокола) с заведомым осознанием того, что эти средства полностью или частично предназначены именно для финансирования пересечения границы в террористических целях.

*Организация или иное содействие выезжающим за границу с целью терроризма* – это любые организации или иное содействие любому лицу в пересечении границы в террористических целях (как это определено в ст. 4 Протокола) с заведомым осознанием того, что такие организация

или иное содействие осуществляются именно в террористических целях.

В УК РФ отсутствуют нормы, устанавливающие ответственность за деяния, связанные с миграцией в террористических целях. Однако следует иметь в виду один важный аспект: формально положения Дополнительного протокола не являются обязательными для РФ, поскольку Россия пока ещё не ратифицировала данный документ, однако выразила соответствующее намерение, т.е. подписала его. Таким образом, следует ожидать, что при подготовке к ратификации данного документа УК РФ пополнится рядом новых составов преступлений.

В заключение можно отметить, что на международном уровне предусмотрен обширный арсенал нормативных средств борьбы с различными проявлениями терроризма и преступлениями, носящими «вспомогательный» характер. В то же время ни одно международно-правовое средство борьбы с тем или иным преступлением не будет эффективным, пока на законодательном уровне конкретного государства не будут приняты специальные уголовно-правовые нормы, имплементирующие положения соответствующих международных актов в национальное законодательство.

**Е.Б. Лупарев**

*доктор юридических наук, профессор,  
заведующий кафедрой административного и финансового права  
ФГБОУ ВО «Кубанский государственный университет»,  
академик Евразийской академии административных наук*

## **Правовое регулирование нестраховой медицины в зарубежных странах\***

В статье дан анализ правового регулирования медицинского обслуживания в зарубежных странах, где нет обязательного медицинского страхования всех слоев населения. Рассмотрены смешанные модели правового регулирования, включающие в себя прямое бюджетное финансирование медицинского обслуживания и добровольное медицинское страхование.

The article analyses the legal regulation of medical services in foreign countries where no compulsory health insurance for all segments of the population. Mixed models are considered legal regulation, which include direct public funding of health care and medical insurance.

**Ключевые слова:** медицинское право, нестраховая медицина, бюджетное финансирование медицины, неконвенциональная медицина.

**Keywords:** medical law, not insurance medicine, budget financing medicine, alternative medicine.

Современные зарубежные системы правового регулирования медицинской деятельности связаны, прежде всего, с системой финансирования оказания медицинских услуг. Условно все современные

системы финансирования медицины возможно разделить на системы с обязательным медицинским страхованием, системы с прямым бюджетным финансированием и смешанные системы,

---

\* Публикация подготовлена в рамках поддержанного РФФИ научного проекта 18-011-00135

включающие в себя как страховые, так и нестраховые элементы финансирования медицины. Следует понимать, что речь идет, прежде всего о так называемой конвенциональной медицине, под которой принято понимать медицину, базирующаяся на доказательствах. Данный тип медицины подразумевает наличие официальной точки зрения органов государственного управления здравоохранением различных стран, включая и Российскую Федерацию на методы лечения.

Если же мы говорим о неконвенциональной медицине, то она имеет свою довольно сложную структуру, включающую в себя альтернативную, традиционную, комплементарную (дополняющую) медицину<sup>1</sup>. При этом некоторые элементы неконвенциональной медицины имеют свойство перетекать в конвенциональную, или, наоборот признаваться лженаучными, как это происходит на момент подготовки данной работы с гомеопатией в России<sup>2</sup>. В некоторых зарубежных странах, например, в Таиланде, традиционная медицина является частью официальной.

Итак, в пределах данной работы нас интересует те страны, где система финансирования медицинских услуг в её конвенциональной части (за оговоренными выше исключениями) формируется за счет соответствующего государственного бюджета. Необходимо понимать, что даже если государство гарантирует всем своим гражданам и некоторым категориям неграждан оплату медицинских услуг за счет средств бюджета, это не мешает любому лицу приобрести частную медицинскую страховку или напрямую оплатить те или иные частные медицинские услуги в данном государстве.

В этом направлении нас прежде всего интересует опыт стран с высокоразвитой медициной.

Британская система правового регулирования медицины одной из ключевых задач видит сокращение неравенства в отношении медицинских услуг между жителями Англии, что находит свое отражение в Законе Об охране здоровья и социальной помощи (The Health and Social Care Act) 2012 года<sup>3</sup>. Данный закон был принят после 200 часов парламентских консультаций и 50 дней обсуждения в Британском парламенте.

В соответствии с данным законом система государственного управления здравоохранением в Англии включает в себя национальный и локальный (местный) уровни. На национальном уровне это Министр и Министерство здравоохранения, включая общественное здравоохранение Англии (Ministers and the Department of Health including

Public Health England). Далее, это так называемая NHS (Национальная Служба по социальному здравоохранению) и орган социального ухода за пожилыми людьми (Adult Social Care).

Как закреплено в учредительном акте NHS опубликованном 27 июля 2015 года NHS принадлежит народу<sup>4</sup>. Она обеспечивает комплексное обслуживание, доступны для всех независимо от пола, расы, инвалидности, возраста, сексуальной ориентации, религии или убеждений, гендерного назначений, беременности и родам или статус семейного или гражданского партнерства.

В подчинении указанных органов находятся Национальный институт здравоохранения и ухода за старшими (National Institute for Health and Care Excellence) и Информационный центр здравоохранения и социальной помощи (Health and Social Care Information Centre).

На локальном (местном) уровне система здравоохранения в Англии представлена:

1. Органы местного самоуправления (Local authorities);
2. Клинические группы (Clinical commissioning groups);
3. Подразделения здоровья и благополучия как часть органов местного самоуправления (Health and Well-Being Boards (Part of local authorities));
4. Местные учреждения здравоохранения (Local Healthwatch), включающие в себя общественное здравоохранение (Public health providers), а также операторов Национальной системы здравоохранения (NHS providers, including: •NHS foundation trusts and NHS trusts •Primary care providers •Independent and third sector providers).
5. Поставщики услуг по социальному уходу (Social care providers).

Однако, в некоторых случаях граждане Великобритании все же оплачивают медицинские услуги. Это - ряд стоматологических услуг и офтальмологических (но есть много исключений в отношении тех поданных, которые бесплатно могут получить и эти исключенные из NHS услуги - например, лица с низким доходом). Кроме того, платными являются медицинские справки по допуску к работе и медицинские сертификаты.

Британское общее право хоть и накладывает свой прецедентный отпечаток на регулирование медицинской деятельности, нормативное регулирование развивается в контексте смешения черт континентального и англо-американского права. Из новейших на момент подготовки данной работы актов Великобритании в сфере охраны здоровья выделим следующие:

<sup>1</sup> См.: Василенко А.М., Шарипова М.М., Лузина К.Э. Комплементарная медицина в современном здравоохранении // Вестник Росздравнадзора. 2011. № 2. С. 67–72.

<sup>2</sup> См.: Меморандум №2 Комиссии РАН по борьбе с лженаукой и фальсификацией научных исследований «О лженаучности гомеопатии» // <http://klnran.ru/2017/02/memorandum02-homeopathy/>

<sup>3</sup> <https://www.gov.uk/government/publications/health-and-social-care-act-2012-fact-sheets>

<sup>4</sup> [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/480482/NHS\\_Constitution\\_WEB.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/480482/NHS_Constitution_WEB.pdf)

1. Закон о лекарственных услугах (регулировании цен и контроле за ценами) № 384 от 20 марта 2018 года (внесен в Британский Парламент Национальной Службой Здравоохранения Англии и Уэльса, Национальной Службой Здравоохранения Шотландии)<sup>5</sup>;

2. Поправки в Закон О национальной службе здравоохранения (NHS) в отношении стоматологических услуг от 9 марта 2018 года № 336<sup>6</sup>;

3. Закон О компенсациях работникам вследствие пневмокониоза от 6 марта 2018 г. № 316<sup>7</sup>;

4. Поправка в Закон о национальной службе здравоохранения в части платы за наркотические средства от 22 февраля 2018 г. № 201<sup>8</sup>;

Вообще, количественный пик законодательного регулирования медицинской деятельности в Великобритании в период «до Brexit» приходится на 2010 – 2014 годы после чего идет на определенный количественный спад.

Как и в Великобритании ирландская система здравоохранения предполагает право на бесплатное оказание большинства медицинских услуг в силу самого факта постоянного, более 1 года проживания в стране<sup>9</sup>. Недостатком выступает то, что пациенты могут относительно долго ожидать очереди на некоторые сложные хирургические операции за счет госбюджета при высокой стоимости частных медицинских услуг.

Аналогичная британской и система организации и финансирования медицины в Норвегии. По сведениям О.Т. Цуциевой и В.Т. Икоева соотношение в финансировании оказания медицинских услуг в Норвегии между государственным бюджетом и частными расходами относительно стабильно с 1980 года и составляет соответственно 85% и 15% в общем объеме расходов на здравоохранение<sup>10</sup>.

Как и в Великобритании в Норвегии система государственного управления в сфере здравоохранения охватывает и систему социальной помощи. Во главе системы специализированных органов стоит Министерство здравоохранения и социального обеспечения. Косвенно в эту систему также вовлечено Министерство труда Норвегии. Также в норвежскую систему организации здравоохранения входят региональные органы государственного управления здравоохранением, муниципальные органы, а также подчиненные органам государственного и муниципального

управления больничные трасты и поставщики медицинских услуг. Несколько особняком стоят поставщики стоматологических услуг, но похоже платная стоматология, точнее та её часть, которая носит в значительной степени эстетический характер, даже в странах с бюджетным финансированием медицинских услуг все больше перетекает в платную сферу. Причем стоматологическая медицинская помощь в Норвегии является креатурой фюльке (fylker) - округов в системе административно-территориального деления, аналог областей и краев в России.

Даже частные медицинские услуги в Норвегии финансируются за счет средств государственного бюджета через Норвежскую администрацию экономики здравоохранения (HELFO). HELFO отвечает за прямые выплаты для различных поставщиков медицинских услуг, индивидуальные возмещения за некоторые лекарства, стоматологические услуги и медицинское обслуживание за границей. Кроме того, HELFO занимается регулярной системой здравоохранения), которая дает право иметь постоянного лечащего врача, и выдачей Европейской карточки Медицинского Страхования<sup>11</sup>. Система HELFO интересна тем, что включает в себя совокупность унифицированных форм претензий и исков в сфере здравоохранения. К таковым, например, относятся: физиотерапевтические претензии, стоматологические, акушерские, хиропрактические. Последние практикуются в Северной Норвегии, где, по всей видимости, данная форма альтернативной медицины особенно развита. Например, врач хиропрактики (а проще – мануальный терапевт), к которому пациент обращается за лечением, подает иск (в норвежской терминологии, не путать с иском в смысле процессуального законодательства) к HELFO, которая принимает решение о производстве выплаты лечащему врачу.

Важно заметить, что уже упоминавшаяся в данной работе комплементарная (дополняющая) медицина не покрывается государственным финансированием, как и часть стоматологических, и офтальмологических услуг.

Единые подходы в системе скандинавского здравоохранения создают аналогичную с Норвегией систему правового регулирования и организации медицины в Королевстве Дания. Большая часть услуг финансируется из государственного бюджета (примерно 84%), а, как водится, стоматологические

<sup>5</sup> <http://www.legislation.gov.uk/uksi/2018/384/introduction/made>

<sup>6</sup> <http://www.legislation.gov.uk/uksi/2018/336/introduction/made>

<sup>7</sup> [http://www.legislation.gov.uk/uksi/2018/316/pdfs/uksi\\_20180316\\_en.pdf](http://www.legislation.gov.uk/uksi/2018/316/pdfs/uksi_20180316_en.pdf)

<sup>8</sup> <http://www.legislation.gov.uk/uksi/2018/201/introduction/made>

<sup>9</sup> Спринсян Т. Здравоохранение Ирландии // Медицинская газета «Здоровье Украины»: электронный ресурс <http://www.health-ua.com>

<sup>10</sup> Цуциева О.Т., Икоев В.Т. Норвежская система здравоохранения: система организации и финансирования // Фундаментальные исследования. 2015. № 9. С. 604.

<sup>11</sup> <https://helfo.no> (дата обращения 20.03.2018).

услуги и некоторые фармакологические препараты оплачивают собственно пациенты. Приобретение очков, контактных линз и фармацевтических препаратов безрецептурного отпуска, а также услуги косметической хирургии пациенты полностью оплачивают из собственных средств<sup>12</sup>. Одним из важнейших институтов датского медицинского права является институт реимбурсации, то есть право пациента на частичное или полное возмещение затрат на приобретенные им фармакологические препараты. Под действие норм о реимбурсации попадают только рецептурные препараты. На постсоветском пространстве реимбурсация активно начала применяться на Украине в отношении лекарств от гипертонии и диабета.

В системе действующего датского законодательства об охране здоровья согласно официальным данным портала правовой информации Королевства Дания наиболее ранним следует считать Закон о специализированных учреждениях для больных СПИД (Blødererstatningsfonden) от 4 июня 1995 года.

Также следует выделить:

1. Закон о пособии по болезни от 19.01.2018 № 38
2. Закон Об ионизирующей радиации и радиационной защите (strålebeskyttelsesloven) от 15 января 2018<sup>13</sup>

3. Закон о разрешении медицинской конопли от 26 декабря 2017 года № 1668<sup>14</sup>

4. О праве жалобы и компенсации за медицинское обслуживание от 28 августа 2017 № 1022<sup>15</sup>

5. Закон о допуске специалистов в области здравоохранения и о профессиональном медицинском бизнесе от 18 августа 2017 № 990<sup>16</sup>

6. Закон о принудительном лечении наркоманов от 8 августа 2017 № 972<sup>17</sup>

7. Закон о принудительном лечении умственно отсталых несовершеннолетних от 8 июня 2017 № 655<sup>18</sup>

8. Закон о наркотических веществах от 13 июня 2016 № 715<sup>19</sup>

9. Закон о клиническом исследовании лекарственных препаратов от 8 июня 2016 № 620<sup>20</sup>

10. Закон об электронных сигаретах от 18 мая 2016 № 426<sup>21</sup>

11. Закон о медицинских изделиях от 26 мая 2014 года;

Таким образом можно констатировать, что в Королевстве Дания на законодательном уровне отсутствует единый кодифицированный акт об охране здоровья, что, впрочем, характерно для всех стран скандинавской правовой семьи. Кроме того, мы не склонны напрямую связывать наличие или отсутствие кодифицированного медицинского законодательства с системой финансирования медицинских услуг.

<sup>12</sup> Жукова О. Медицина старейшего королевства. Каков уровень здравоохранения в Дании // Лекарственное обозрение. 2015. № 10

<sup>13</sup> <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=197054>

<sup>14</sup> <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=196748>

<sup>15</sup> <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=192623>

<sup>16</sup> <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=192522>

<sup>17</sup> <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=187171>

<sup>18</sup> <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=191818>

<sup>19</sup> <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=181735>

<sup>20</sup> <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=180117>

<sup>21</sup> <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=180119>