ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ОБЩЕСТВЕННЫХ ОТНОШЕНИЙ ПО ПОВОДУ ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЫ В КОРОЛЕВСТВЕ ДАНИЯ И В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ

ПАВЛОВ Александр Васильевич, преподаватель Ресурсного центра подготовки кадров в сфере здравоохранения, физической культуры, спорта и социальной работы Сыктывкарского государственного университета им. Питири-ма Сорокина

167001, Россия, г. Сыктывкар, Октябрьский просп., 55

E-mail: alexpavlov.56@mail.ru

Целью настоящего исследования является проведение выборочного анализа законодательства Королевства Дания, регулирующего общественные отношения по поводу врачебной тайны, по сравнению с законодательством Российской Федерации, регулирующим аналогичные отношения. Актуальность темы обусловлена необходимостью изучения особенностей правового регулирования исследуемых общественных отношений, а также возможностью извлечения положительного опыта правовой регламентации исследуемых правовых форм — правовых отношений, право-субъектных форм и т. д.

Объектом исследования являются общественные отношения, возникающие по поводу врачебной тайны в Королевстве Дания и в Российской Федерации. Предмет исследования — правовой институт врачебной тайны по сравнению с аналогичным институтом в Российской Федерации.

Методологическую основу составляют общенаучные методы исследования — анализ, синтез, аналогия, системно-структурный, формально-логический методы, а также специальные методы — исторический, описательный и др.

Правовое регулирование общественных отношений по поводу врачебной тайны гражданина в Королевстве Дания по сравнению с аналогичной категорией в Российской Федерации имеет существенные отличия, что можно объяснить специфическими особенностями правовых систем обоих государств, принадлежащих к различным правовым семьям. Несмотря на то что в Дании правовое регулирование отношений по поводу врачебной тайны относится к полномочиям органов не законодательной, а исполнительной власти (компетенция Министерства здравоохранения Королевства Дания), оно характеризуется совершенной юридической техникой, широким и комплексным охватом регулируемых отношений, являющихся актуальными и заслуживающими внимания с целью исследования и обсуждения. На международном уровне Королевство Дания практически не является участником международно-правовых актов, регулирующих общественные отношения, возникающие по поводу врачебной тайны (за исключением нескольких международно-правовых актов). В значительной мере указанные вопросы находятся в компетенции национального законодательства.

Ключевые слова: врачебная тайна, конфиденциальная информация, регистры, международно-правовые акты.

LEGAL REGULATION OF PUBLIC RELATIONS ON THE MEDICAL SECRECY IN THE KINGDOM OF DENMARK AND IN THE RUSSIAN FEDERATION: A SELECTIVE COMPARATIVE ANALYSIS

A. V. PAVLOV, lecturer at the Sorokin Syktывkar State University

55, Oktyabrsky ave., Syktывkar, Russia, 167001

E-mail: alexpavlov.56@mail.ru

The purpose of this study is to conduct a selective analysis of the legislation of the Kingdom of Denmark that regulates public relations regarding medical secrecy in comparison with the legislation of the Russian Federation regulating similar relations. The relevance of the topic is determined by the need to study the specific features of the legal regulation of the social relations selected, as well as the possibility of extracting positive experience of legal regulation of the legal forms chosen — legal relations, legal forms, etc.

The object of the study is the public relations that arise over the medical secrecy in the Kingdom of Denmark and in the Russian Federation. The subject of the study is the comparison of a legal institution of medical secrecy and a similar institution in the Russian Federation.

The methodological basis of the research consists of general scientific methods of research — analysis and synthesis, system-structural, formal-logical and analogies, as well as special methods — historical, comparative analysis, descriptive and other methods.

The legal regulation of public relations regarding the medical secrecy of a citizen in the Kingdom of Denmark — in comparison with a similar category in the Russian Federation — has significant differences, which can be explained by the specific features of legal systems of both states belonging to different legal families.

Despite the fact that in Denmark the legal regulation of relations regarding medical secrecy refers to the powers of bodies other than the legislature and the executive (competence of the Ministry of Health of the Kingdom of Denmark). It is characterized by perfect legal techniques and a wide and comprehensive coverage of regulated relations that are relevant and worthy to pay attention for the purpose of research and discussion. At the international level the Kingdom of Denmark, in fact, is not a party to international legal acts regulating social relations arising from medical secrecy (with the exception of several international legal acts). To a large extent, these issues are in the competence of national legislation.

Keywords: medical secrecy, confidential information, registers, international legal acts.

DOI: 10.12737/article_598063fabf7fc0.39030946

Выбор правового института врачебной тайны Королевства Дания (Kongeriget Danmark) в качестве предмета исследования по сравнению с аналогичным институтом в Российской Федерации можно объяснить тем, что мировым сообществом Дания признана государством Европейского Союза с высокими показателями развития экономики, науки, литературы, искусства и т. д.

С учетом того что право несет в себе отражение состояния в указанных социальных сферах, исследование законодательства о врачебной тайне (конфиденциальной медицинской информации) в данном государстве, как нам представляется, является репрезентативным для сообщества государств Европейского Союза. Одновременно исследование правового института врачебной тайны в Дании и сравнение его с аналогичным институтом в России представляется более эффективным с одновременным частичным исследованием некоторых элементов права скандинавской группы государств, к которому относится правовая система Дании.

В процессе исследования правовых систем в научной литературе делается вывод о том, что «правовые системы Скандинавских стран являются особой разновидностью романо-германской правовой семьи, так как в них широко используются ее понятия и юридическая техника. Вместе с тем право Скандинавских стран имеет много общего и с англосаксонской правовой семьей»¹.

Относя правовую систему Дании к нордической, Е. А. Патракова указывает, что «в сходстве с общим правом обращают на себя внимание менее заметная роль римского права, отсутствие кодексов, а также высокая значимость судебной практики (хотя последняя и не относится к правилам прецедента англо-американского типа)»².

Отметим, что в настоящее время в Дании кодифицировано лишь уголовное законодательство.

По мнению А. Х. Абашидзе, А. А. Клишаса, правовая система Дании недостаточно изучена в отечественной правовой доктрине³. Характеризуя право-

вую систему страны в целом, они отмечают, что «прецедентное право Дании опровергает применение судами Дании положений основных соглашений по правам человека системы ООН даже в случае, когда в жалобе имеется ссылка на положения конкретной конвенции о правах человека»⁴.

Конституция Королевства Дания 1953 г. не содержит непосредственно норм, регулирующих отношения по поводу каких-либо тайн, в том числе врачебной.

Закон Королевства Дания № 1188 от 24 сентября 2016 г. является в сфере здравоохранения наиболее значимым в силу того, что он объединил положения утративших силу некоторых предшествовавших ему законов: о правах пациентов, об аборте, о вспомогательной репродукции, о трансплантации и т. д. (далее — Закон № 1188), и по сути мог бы иметь статус кодифицированного акта — при определенных условиях, установленных датским законодательством.

Это — первое существенное отличие датского законодательства о здравоохранении от аналогичного российского законодательства, в котором, наряду с основным законом в сфере здравоохранения — Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее — Федеральный закон № 323-ФЗ), действуют несколько десятков федеральных законов.

Следующее своеобразие: в отличие от России, где законы издаются законодательным органом (Федеральным Собранием Российской Федерации), Закон Дании № 1188 издан не законодательным органом (Фолькетингом), а органом управления здравоохранением — Министерством здравоохранения Королевства Дания, им же осуществляется внесение текущих изменений в законы, отнесенные к его компетенции.

Несмотря на это обстоятельство, Закон № 1188 официально имеет статус закона с вытекающими правовыми последствиями, что представляет собой не только отличие от правовой системы России, но и специфическую особенность правовых систем государств скандинавской группы. Не случайно Закон № 1188 имеет специфическое название (наименование): термин «sundhedsloven» на русский язык пере-

¹ Рассказов Л. П. Правовые системы скандинавских стран: общее и особенное // *Философия права*. 2014. № 6. С. 75.

² Патракова Е. А. Скандинавская (нордическая) правовая семья // *Вестник РГГУ. Серия: Экономика. Управление. Право*. 2015. № 1. С. 44.

³ См.: Абашидзе А. Х., Клишас А. А. Защита прав и свобод человека в соответствии с международно-правовыми стан-

дартами в условиях новых реалий глобализирующегося мира // *Вестник РУДН. Серия «Юридические науки»*. 2013. № 2. С. 251.

⁴ Там же. С. 253.

водится как «здоровье» и по сути представляет собой раздел нормативного акта отдельной социальной сферы (здравоохранения), которая находится в компетенции Министерства здравоохранения Королевства Дания.

При характеристике закона в романо-германской правовой семье правоведами указывается, что «под законом в широком смысле (при расширительном толковании) понимаются практически все нормативные правовые акты. Другими словами, в этом случае под законом понимаются фактически все письменные юридические акты, принятые в установленном порядке компетентными субъектами правотворчества и содержащие нормы права (иногда закон в широком смысле обозначается как законодательство)»⁵.

Несмотря на передачу нормотворческой функции в сфере здравоохранения Министерству здравоохранения Дании, изданные им ведомственные нормативные акты, провозглашенные законом, характеризуются достаточно совершенной юридической техникой, объемным и комплексным охватом регулируемых общественных отношений. В мировом сообществе вопрос о возможности передачи органу управления национальным здравоохранением ряда нормотворческих функций является сложным, дискуссионным, и в каждом государстве решается дифференцированно в зависимости от наличия соответствующих условий (предпосылок) — в случае с Данией, как представляется, они имеются. Результаты нормотворческой деятельности Министерства здравоохранения Дании можно характеризовать как эффективные, что косвенно подтверждается высокими показателями в социальных сферах: здравоохранении, социальной защите, образовании и в иных смежных отраслях.

Следующее отличие от российского законодательства обнаруживается в терминологическом аппарате Закона № 1188: в нем отсутствуют понятия (категории) «врачебная тайна» или «медицинская тайна», применяется термин «конфиденциальная информация». Данное отличие не является существенным: при различиях в указанных терминах под ними усматривается единая сущность регламентируемого нематериального блага — информации, подлежащей правовой охране посредством формирования эффективного правового режима, исключающего доступ к ней лиц, не указанных в законе.

По содержанию Закона № 1188 показательным следующее: в рамках темы наиболее значимой его частью является гл. 9, параграф 40 которой определяет круг основных обязанных лиц по охране врачебной тайны пациента — это медицинские работники

и студенты медицинских специальностей. Одновременно необходимо отметить следующее: из содержания текста и объема регулируемых отношений можно сделать вывод, что понятие «параграф» в Законе № 1188 по своему юридическому содержанию соответствует понятию «статья» российского закона.

Частью 1 параграфа 41 Закона № 1188 установлено предписание, адресованное медицинским работникам, заключающееся в том, что конфиденциальную информацию, полученную в связи с уходом или лечением другого пациента, они могут раскрывать перед другими специалистами с его согласия.

В российском законодательстве подобная норма отсутствует: круг специалистов, оказывающих медицинскую помощь, а следовательно, имеющих доступ к информации, составляющей врачебную тайну пациента, установлен заранее рядом российских нормативных документов. Более того, если выяснится, что при осуществлении медицинского вмешательства необходимо выйти за его пределы и приглашать дополнительно некоторых специалистов, согласовывать с пациентом их участие не требуется. При возникновении коллизий по данному основанию медицинское учреждение должно обосновать необходимость дополнительного привлечения специалистов. Подобное требование не предусмотрено непосредственно Федеральным законом № 323-ФЗ, это следует из правовой доктрины, сложившейся практики, а также из положений некоторых законов. Например, в соответствии с ч. 3 ст. 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» обязанность предоставить доказательство получения согласия субъекта персональных данных на обработку его персональных данных или доказательство легитимности оснований их обработки возлагается на оператора.

Часть 2 параграфа 41 Закона № 1188 перечисляет основания, при которых конфиденциальная информация пациента может быть предоставлена без его согласия другому лицу. В связи с тем что данной нормой большинство оснований предусмотрены преимущественно для применения в здравоохранении Дании и с российским законодательством они практически несопоставимы, с целью обзора полностью воспроизводится их перечень:

1) это необходимо для текущего лечения пациента, и передача сведений будет осуществляться с учетом интересов и нужд пациента;

2) эти сведения содержатся в запросе о выписке от врача, работающего в медицинском учреждении, практикующему врачу, систематически наблюдающему данного пациента, или практикующему врачу-специалисту, направившему пациента на лечение в медицинское учреждение;

3) эти сведения содержатся в запросе о выписке от врача, работающего в частном медицинском учреждении, клинике и т. п., указанным в п. 2 врачам, если

⁵ Рассказов Л. П. Общие черты романо-германской правовой семьи. Правовые системы скандинавских стран как особая разновидность романо-германской правовой семьи // Научный журнал КубГАУ. 2015. № 111.

лечение проводится по соглашению с органом власти в соответствии с данным Законом;

4) передача сведений необходима для отстаивания на законном основании очевидных интересов пациента или исходя из заботы о пациенте, в том числе о таком пациенте, который сам не в состоянии отстаивать свои интересы, медицинскому работнику и другим лицам;

5) сведения передаются практикующему врачу, систематически наблюдающему данного пациента, тем врачом, который выступает в качестве его заместителя;

6) сведения о пациенте передаются врачу, зубному врачу или акушеру, который ранее участвовал в лечении, если:

а) передача сведений необходима и применима для оценки личного вклада получателя сведений в лечение или в качестве документа, подтверждающего профессиональную квалификацию в процессе обучения;

б) передача сведений осуществляется с учетом интересов и нужд пациента;

7) сведения передаются учащимся, которые в качестве одного из этапов медицинского образования участвуют в лечении пациента, не являясь при этом сотрудниками, если:

а) передача этих сведений необходима для понимания учащимся обстоятельств лечения или оценки вовлеченности учащихся в процесс лечения;

б) передача сведений осуществляется с учетом интересов и нужд пациента.

Пациенту предоставлена возможность возражать против передачи сведений, определенных в п. 1—3, 6 и 7 ч. 2 данного параграфа. Закон № 1188 не определяет правовые последствия подобного возражения, но, как представляется, подобная передача информации может быть признана незаконной в силу того, что совершена вопреки воле пациента, а законные основания игнорирования интересов пациента отсутствуют.

Часть 4 параграфа 41 Закона № 1188 устанавливает, что обоснованность передачи другим лицам без согласия пациента сведений, составляющих его тайну, в порядке, установленном ч. 2, определяет тот медицинский работник, который несет ответственность за врачебную тайну пациента.

В Российской Федерации все медицинские работники несут ответственность за сохранность врачебной тайны пациента в пределах своей компетенции.

Частью 5 параграфа 41 Закона № 1188 определены меры достаточно оперативного оповещения пациента об игнорировании (ограничении) его права на врачебную тайну. В случае если сведения передаются согласно правилу, предусмотренному п. 4 ч. 2, лицо, которого касаются эти сведения, должно быть максимально быстро осведомлено о передаче сведений и ее целях, если только процедурой осведомления можно пренебречь согласно другому законодательному акту или исходя из общественных или частных инте-

ресов в отношении тех лиц, которые находятся под защитой данного законодательства.

Российское законодательство не предусматривает института оповещения (ознакомления) пациента при ограничении его права на врачебную тайну. Федеральным законом № 323-ФЗ предусмотрены правовые процедуры (порядки):

согласования с пациентом разглашения сведений, составляющих врачебную тайну, другим лицам в целях его медицинского обследования и лечения, проведения научных исследований, их опубликования в научных изданиях, использования в учебном процессе и в иных целях (ч. 3 ст. 13);

предоставления сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя (ч. 4 ст. 13).

В основе первого порядка находится дозволение, предоставленное обладателю врачебной тайны — гражданину (пациенту), заключающееся в предоставлении согласия на разглашение сведений, составляющих его врачебную тайну; в основе второго порядка — предписание, адресованное обязанным лицам правоотношений, одновременно ограничивающее право пациента на врачебную тайну (легитимное наименование — «право на защиту сведений, составляющих врачебную тайну»).

Часть 6 параграфа 41 Закона № 1188 регламентирует сроки и условия передачи информации, составляющей врачебную тайну, в отдельных случаях. В частности, передача сведений, согласно п. 6 ч. 2, может иметь место только при непосредственном продлении процесса лечения и не позднее, чем через шесть месяцев после врачебного заключения врача, зубного врача или акушера о лечении или перенаправлении пациента. Подобная передача сведений не применяется при обучении врача-специалиста или зубного врача.

Российское законодательство подобные процедуры не предусматривает.

В правовые процедуры, предусмотренные датским Законом № 1188, могут быть внесены изменения Министерством здравоохранения Дании, которое устанавливает дополнительные нормы передачи сведений о здоровье пациента и т. п., в том числе и об объеме передаваемых сведений и процедуре их передачи (ч. 8 параграфа 41).

В российском законодательстве подобные правовые процедуры относятся к компетенции федерального законодательного органа, федеральный орган управления здравоохранением подобными полномочиями не наделен.

Параграф 42 Закона № 1188 регулирует отношения, связанные с предоставлением пациентом согласия на передачу информации, составляющей его врачебную тайну в соответствии с ч. 1 параграфа 41, которое может быть устным или письменным. Согласие может быть передано медицинскому работнику, передающему сведения, или медицинскому ра-

ботнику, принимающему сведения. Согласие должно быть внесено в Регистр пациентов. Министерство здравоохранения Дании наделено полномочиями по установлению дополнительных норм по предоставлению согласия.

Федеральным законом № 323-ФЗ форма предоставления запрашиваемой информации без согласия пациента не регламентируется, она может быть определена с помощью средств следующих правовых режимов: собственно врачебной тайны, персональных данных, правового режима информации и т. д.

В настоящее время — в век развития информации и информационных технологий — регулирование отношений по поводу врачебной тайны без формирования информационных систем достаточно затруднительно.

В Дании является юридически значимым создание Регистра пациентов, позволяющего фиксировать выраженную волю пациента как обладателя его прав в конкретных ситуациях, а также отслеживать иные его юридически значимые действия. Формирование Регистра пациентов, по нашему мнению, следует признать национальным достижением Королевства Дании, поскольку оно направлено на повышение уровня правовой охраны нематериальных благ.

В Дании существуют централизованные медицинские базы данных, которые «дают возможность министерствам здравоохранения данных стран эффективно планировать бюджетные траты на здравоохранение и направление медицинских исследований по конкретным нозологиям, актуальных для данных стран»⁶, а также возможность обрабатывать персональные данные гражданина, в том числе составляющие врачебную тайну.

По мнению некоторых авторов, в Дании в области здравоохранения сформирована «наиболее справедливая, ориентированная на интересы широких слоев населения система, не позволяющая разгуляться бизнесу в этой области». Эта система именуется системой Бивериджа⁷. Составными частями системы здравоохранения Дании являются информационные системы, отражающие ее качественное и количественное состояние.

В исследовании информационных систем учета Л. В. Андриченко отмечает, что в Дании вся необходимая информация получается главным образом на основе регистров⁸.

В Дании регистрами, задействованными со стационарной системой, являются: Национальный регистр пациентов, Центральный психиатрический регистр, Медицинский регистр рождений. Специфическими регистрами являются: Раковый регистр, Регистр мальформации и Регистр искусственного оплодотворения (для экстракорпорального оплодотворения). Регистрами, касающимися общего состояния здоровья населения, являются Регистр причин смерти и Регистр несчастных случаев на производстве.

Исследователями отмечается, что в Дании «ряд общественных регистров существуют в области здравоохранения по вопросам использования населением льгот в области здравоохранения, заболеваемости и распространенности болезней, причины смерти, и так далее»⁹.

Все вышеперечисленное свидетельствует о высоком уровне правовой охраны нематериальных благ, принадлежащих гражданину (жизни, здоровья, врачебной тайны и т. д.), несмотря на то что нормотворчество по их охране передано органу исполнительной власти.

Правовой институт врачебной тайны в Дании постоянно совершенствуется (что следует из систематических обновлений соответствующего законодательства) и в настоящее время представляет значительный объем правовых норм, затрагивающих десятки правомочий пациента по поводу распоряжения им своим нематериальным благом — врачебной тайной.

В 2002 г. организацией «Активная гражданская сеть» была разработана Европейская хартия прав пациентов, содержащая 14 прав пациента, которые призваны обеспечить правовую охрану как здоровья человека (пациента), так и ряда иных личных нематериальных благ, в том числе врачебной тайны, во всех государствах Европейского Союза.

Целью этого важного международного акта предполагалось «усиление степени защищенности прав граждан, а также гармонизация национальных систем здравоохранения»¹⁰.

Статья 6 указанной Хартии предусматривает право каждого на конфиденциальность личной информации, в том числе информации о состоянии здоровья и предполагаемых диагностических либо терапевтических процедурах. Все данные и информация о состоянии здоровья какого-либо лица, а также о проведенных медицинских и хирургических вмешательствах должны рассматриваться как приватные и надлежащим образом должны быть защищены.

⁶ Еникеев О. А., Еникеева С. А. Проблемы гражданско-правового регулирования медицинской информации и медицинских баз данных // Правовое государство: теория и практика. 2014. № 3. С. 62.

⁷ См.: Алексеев В. А., Борисов К. Н. Международная практика глобализации в системе здравоохранения // МИР (Модернизация. Инновации. Развитие). 2015. № 1. С. 100.

⁸ См.: Андриченко Л. В. Проблемы разграничения полномочий при создании информационных систем учета населения // Федерализм. 2012. № 2. С. 100.

⁹ Strandberg-Larsen M., Nielsen M. B., Vallgård S., eds. Denmark: Health System Review // Health Systems in Transition. 2007. Vol. 9. No. 6. P. 47.

¹⁰ Цыганова О. А., Светличная Т. Г., Трофимов В. В. Анализ международного законодательства, регламентирующего защиту прав пациентов // Экология человека. 2013. № 1. С. 22.

Эта статья предусматривает также право на защиту своей приватности во время проведения диагностических осмотров, посещений медицинских специалистов и в целом при медицинских и хирургических вмешательствах. Нормы Хартии призваны были стать ориентиром для членов Европейского Союза при формировании законодательства о защите прав пациента. Несмотря на это, надежды на подписание государствами — членами Европейского Союза Хартии прав пациентов не оправдались. Основная причина сложившейся ситуации заключается в том, что законодательство по развитию прав пациента остается в компетенции государств — членов Европейского Союза, которые от суверенной компетенции освободиться не стремятся. Можно предположить, что по своей природе врачебная тайна является специфическим благом, требующим деликатного подхода к ней, в том числе на уровне национального правового регулирования. Представляется, что для широкого участия в межгосударственных образованиях стран Европейского Союза и заключения наднациональных актов по поводу врачебной тайны в Дании предпосылки не сформировались. По вопросам правовой охраны врачебной тайны Данией заключено незначительное число международно-правовых актов, среди которых, например, Конвенция о защите прав человека и человеческого достоинства в связи с применением достижений биологии и медицины (ETS № 164 от 4 апреля 1997 г.) с последующими оговорками по ст. 10.

В Королевстве Дания в значительной мере вопросы охраны конфиденциальной медицинской информации (врачебной тайны) отнесены к национальной компетенции.

В настоящее время не представляется возможным сослаться в качестве примера на правовую систему какого-либо государства, в которой отсутствуют проблемы правовой охраны конфиденциальной медицинской информации (врачебной тайны) при оказании медицинской помощи пациентам и в иных связанных с ним случаях.

Проблемы правовой охраны конфиденциальной медицинской информации (врачебной тайны) характерны практически для всех государств, в том числе развитых во всех отношениях. Является общепризнанным и не требует доказательств то обстоятельство, что в любом государстве формирование национального законодательства о врачебной тайне осложнено наличием комплекса регулируемых отношений (правовых, социальных, медицинских, информационных, и т. д.), требующих к ним специфического подхода.

Категория врачебной тайны также обременена этическо-правовыми свойствами деликатного характера независимо от принадлежности правовой системы государства к конкретному виду правовой семьи, общественного устройства, географического положения и требует постоянной кропотливой законодательной, а также правоприменительной деятельности.

Так, М. Тейлор отмечает, что в Англии и Уэльсе законом установлены правила, по которым «любое использование личной медицинской документации для использования ее вне пределов непосредственного ухода за пациентами, в том числе для целей общественного здравоохранения, должно быть сделано с особой тщательностью»¹¹.

Во вступительном заявлении на слушаниях в Комитете по вопросам здравоохранения, образования, труда и пенсий Сената США Б. Фрист, сенатор США от штата Теннесси, заявил: «Охрана конфиденциальности информации о пациенте имеет важное значение, но мы также должны быть очень осторожны в этой сфере, чтобы не были созданы чрезмерные, неоправданно ограничительные правила, которые могут поставить под угрозу качество медицинской помощи и безопасность медицинской помощи пациентам»¹².

В научных публикациях также указывается, что «хранение секретов — это и социальные ограничения для врача, и его профессиональная обязанность одновременно»¹³.

Другими авторами отмечается, что учреждения здравоохранения должны гарантировать, что обеспечение безопасности пациента является их приоритетной задачей и что их врачи получают от него соответствующее согласие с целью минимизировать риск нарушения его конфиденциальности¹⁴.

Насколько правовые формы (правоотношения, правосубъектные формы и т. д.) по поводу врачебной тайны в Королевстве Дания в аспекте законотворческой деятельности представляют интерес для России и могут быть востребованы для их изучения, в том числе с перспективой их заимствования и применения в российском законодательстве?

Необходимо отметить, что правовые формы, в которые облекаются общественные отношения по поводу врачебной тайны в правовой системе Королевства

¹¹ Taylor M. J. Legal Bases for Disclosing Confidential Patient Information for Public Health: Distinguishing between Health Protection and Health Improvement // *Medical Law Review*. 2015. Vol. 23. No. 3. P. 348—374.

¹² Frist B. Hearing before the Committee on Health, Education, Labor, and Pensions United States Senate One Hundred Seventh Congress Second Session on Examining Medical Privacy Issues, Focusing on the Standards for Privacy of Individually Identifiable Health Information (Private Rule), and the Proposed Modification to those Standards, Published by the Department of Health and Human Services (April 16, 2002). Washington, 2003. P. 10.

¹³ Rieder P., Louis-Courvoisier M., Huber P. The End of Medical Confidentiality? Patients, Physicians and the State in History // *Medical Humanities*. 2016. No. 42. P. 149—154.

¹⁴ См.: Kieran G. A., Eleftheriou P., Ferguson J. A Thousand Words in the Palm of your Hand: Management of Clinical Photography on Personal Mobile Devices // *Medical Journal of Australia*. 2016. No. 205. P. 499—500. DOI:10.5694/mja16.00520.

Дания (на формирование которой исторически оказывало воздействие право европейских, в значительной мере Скандинавских, стран), существенно отличаются от аналогичных форм правовой системы России, длительные годы существовавших в формате социалистического права. С начала 1990-х гг. — в связи с прекращением существования Союза ССР — Российской Федерацией взят ориентир на отход от социалистического права и заимствование правовых идей у государств, чьи правовые системы относятся к континентальному праву.

Правовые формы, в которые облакаются общественные отношения по поводу врачебной тайны в

правовой системе Королевства Дания, существенно отличаются от аналогичных правовых форм в правовой системе России. И в настоящее время они не могут быть применены с целью соответствующей правовой регламентации из-за высокой степени их отличий.

Вышеизложенное показывает, что специфика исследуемых отношений, их недостаточная изученность, а также социальная значимость данного нематериального блага — конфиденциальной медицинской информации (врачебной тайны) в итоге и определяют актуальность темы настоящего исследования и необходимость дальнейшего изучения данного сегмента отношений.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

Frist B. Hearing before the Committee on Health, Education, Labor, and Pensions United States Senate One Hundred Seventh Congress Second Session on Examining Medical Privacy Issues, Focusing on the Standards for Privacy Of Individually Identifiable Health Information (Private Rule), and the Proposed Modification to those Standards, Published by the Department of Health and Human Services (April 16, 2002). Washington, 2003.

Kieran G. A., Eleftheriou P., Ferguson J. A Thousand Words in the Palm of your Hand: Management of Clinical Photography on Personal Mobile Devices // Medical Journal of Australia. 2016. No. 205. DOI:10.5694/mja16.00520.

Rieder P., Louis-Courvoisier M., Huber P. The End of Medical Confidentiality? Patients, Physicians and the State in History // Medical Humanities. 2016. No. 42.

Strandberg-Larsen M., Nielsen M. B., Vallgård S., eds. Denmark: Health System Review // Health Systems in Transition. 2007. Vol. 9. No. 6.

Taylor M. J. Legal Bases for Disclosing Confidential Patient Information for Public Health: Distinguishing between Health Protection and Health Improvement // Medical Law Review. 2015. Vol. 23. No. 3.

Абашидзе А. Х., Клишас А. А. Защита прав и свобод человека в соответствии с международно-правовыми стандартами в условиях новых реалий глобализирующегося мира // Вестник РУДН. Серия «Юридические науки». 2013. № 2.

Алексеев В. А., Борисов К. Н. Международная практика глобализации в системе здравоохранения // МИР (Модернизация. Инновации. Развитие). 2015. № 1.

Андриченко Л. В. Проблемы разграничения полномочий при создании информационных систем учета населения // Федерализм. 2012. № 2.

Еникеев О. А., Еникеева С. А. Проблемы гражданско-правового регулирования медицинской информации и медицинских баз данных // Правовое государство: теория и практика. 2014. № 3.

Патракова Е. А. Скандинавская (нордическая) правовая семья // Вестник РГГУ. Серия: Экономика. Управление. Право. 2015. № 1.

Рассказов Л. П. Общие черты романо-германской правовой семьи. Правовые системы скандинавских стран как особая разновидность романо-германской правовой семьи // Научный журнал КубГАУ. 2015. № 111.

Рассказов Л. П. Правовые системы скандинавских стран: общее и особенное // Философия права. 2014. № 6.

Цыганова О. А., Светличная Т. Г., Трофимов В. В. Анализ международного законодательства, регламентирующего защиту прав пациентов // Экология человека. 2013. № 1.