

ВЕРХОВНЫЙ СУД РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
СЕВЕРО-ЗАПАДНЫЙ ФИЛИАЛ  
Федерального государственного бюджетного образовательного  
учреждения высшего образования  
«РОССИЙСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ПРАВОСУДИЯ»

**УГОЛОВНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ  
МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ:  
ВОПРОСЫ ТЕОРИИ И ПРАКТИКИ**

Сборник статей по материалам  
Всероссийского научно-практического круглого стола  
3 марта 2017 года

Санкт-Петербург  
2017

УДК 343  
ББК 67.5  
У 26

Уголовная ответственность медицинских работников: вопросы теории и практики. Сборник статей по материалам Всероссийского научно-практического круглого стола: 3 марта 2017 г. // Северо-Западный филиал ФГБОУВО «Российский государственный университет правосудия» / Под общ. ред. Е. Н. Рахмановой, доктора юридических наук, доцента. — СПб: ИД «Петрополис», 2017. — 216 с.

Под общей редакцией *Екатерины Николаевны Рахмановой*, заведующей кафедрой уголовного права Северо-Западного филиала ФГБОУВО «Российский государственный университет правосудия», доктора юридических наук, доцента

В сборник включены доклады выступлений участников Всероссийского научно-практического круглого стола «Уголовная ответственность медицинских работников: вопросы теории и практики», проходившего в Северо-Западном филиале ФГБОУВО «Российский государственный университет правосудия» (г. Санкт-Петербург) 3 марта 2017 г.

Сборник рассчитан на судей, участников законодательного процесса, ученых-правоведов, аспирантов, магистрантов и студентов юридических вузов.

*Данная работа выполнена при информационной поддержке  
компании «Консультант-Плюс»*

ISBN 978-5-9676-0851-3

© Северо-Западный филиал ФГБОУВО «Российский  
государственный университет правосудия», 2017

© Коллектив авторов, 2017

© ИД «Петрополис», 2017

## СОДЕРЖАНИЕ

<i>Абрамов А. Л.</i> УСЛОВИЯ ПРАВОМЕРНОСТИ ОБОСНОВАННОГО РИСКА В МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ .	9
<i>Андреева Л. А.</i> КОРРУПЦИОННЫЕ ПРЕСТУПЛЕНИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ: ПРОБЛЕМЫ ТЕОРИИ И ПРАКТИКИ.....	16
<i>Антонова Е. Ю.</i> МЕДИЦИНСКИЕ УГОЛОВНЫЕ ПРАВОНАРУШЕНИЯ ПО УГОЛОВНОМУ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВУ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН.....	23
<i>Бавсун М. В.</i> ПРОБЛЕМЫ РЕАЛИЗАЦИИ УГОЛОВНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ЗА НЕНАДЛЕЖАЩЕЕ ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ БОЛЬНОМУ .....	29
<i>Безбородов Д. А., Кравченко Р. М.</i> К ВОПРОСУ О ВИДАХ ПРАВООТНОШЕНИЙ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИХ ОХРАНУ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН ПРИ МЕДИЦИНСКОМ ВМЕШАТЕЛЬСТВЕ .....	36
<i>Берестовой А. Н.</i> ОБОСНОВАННЫЙ РИСК В МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЕГО УГОЛОВНО-ПРАВОВАЯ РЕГЛАМЕНТАЦИЯ.....	44
<i>Голубовский В. Ю.</i> ПРОБЛЕМЫ УГОЛОВНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ЗА ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ПРЕСТУПЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ.....	52
<i>Гордеев В. И., Филимонов А. Е.</i> ГРАНЬ НЕОСТОРОЖНОСТИ И УМЫСЛА В КВАЛИФИКАЦИИ ПРЕСТУПНЫХ ДЕЯНИЙ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ПРИ НЕВЕЖЕСТВЕННОМ (БЕЗГРАМОТНОМ) ИСПОЛНЕНИИ ИМИ СВОИХ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ОБЯЗАННОСТЕЙ .....	58
<i>Данилов Е. О.</i> К ВОПРОСУ ОБ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ЗА НЕЗАКОННОЕ ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ.....	68
<i>Дворянсков И. В.</i> О ПРОБЛЕМЕ УГОЛОВНО-ПРАВОВОГО СТАТУСА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ .....	75

<i>Комарницкий А. В.</i>	
НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИЕ В СФЕРЕ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ: ВОПРОСЫ УГОЛОВНО-ПРАВОВОЙ ЗАЩИТЫ.....	82
<i>Куниц Е. В.</i>	
ПРОБЛЕМЫ ОТГРАНИЧЕНИЯ ПРЕСТУПНОГО ДЕЯНИЯ ВРАЧА И ВРАЧЕБНОЙ ОШИБКИ.....	92
<i>Лапшина О. Н.</i>	
КРИМИНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОТИВОПРАВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В СФЕРЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО И ЛЮБИТЕЛЬСКОГО СПОРТА.....	96
<i>Лобан И. Е., Исаков В. Д.</i>	
О ПОНЯТИЯХ: ЯТРОГЕНИЯ И ДЕФЕКТ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ .....	101
<i>Нараев М. С.</i>	
ИСТОРИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ УГОЛОВНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В РОССИИ.....	106
<i>Нафикова Г. А.</i>	
ПРАКТИКА ПРИМЕНЕНИЯ МЕР УГОЛОВНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ЗА РАЗГЛАШЕНИЕ ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЫ .....	113
<i>Попова Ю. А.</i>	
ПРОБЛЕМЫ УСТАНОВЛЕНИЯ ПРИЧИННО-СЛЕДСТВЕННОЙ СВЯЗИ В ПРЕСТУПЛЕНИЯХ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ.....	117
<i>Рахманова Е. Н.</i>	
БЕЗОПАСНОСТЬ ПАЦИЕНТОВ — ОСНОВНАЯ ЦЕЛЬ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ .....	122
<i>Репин М. Е.</i>	
НЕКОТОРЫЕ ТАКТИЧЕСКИЕ И МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАССЛЕДОВАНИЯ ПРЕСТУПЛЕНИЙ, СВЯЗАННЫХ С «ВРАЧЕБНОЙ ОШИБКОЙ» .....	130
<i>Сафонов В. Н.</i>	
ПРЕСТУПНОСТЬ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: НЕОБХОДИМАЯ СИСТЕМНОСТЬ ИССЛЕДОВАНИЙ И ПРОТИВОДЕЙСТВИЕ.....	137
<i>Семенов С. Л., Божченко А. П.</i>	
СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЕ ЭКСПЕРТНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ РЕШЕНИЯ ЮРИДИЧЕСКИХ ВОПРОСОВ ПО ДЕЛАМ О ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ПРАВОНАРУШЕНИЯХ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ .....	144
<i>Сенокосова Е. К.</i>	
НАРУШЕНИЕ ТРЕБОВАНИЙ БЕЗОПАСНОСТИ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: УГОЛОВНО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ.....	148

<i>Смирнова О. М.</i>	
Уголовная ответственность за незаконное производство лекарственных средств и медицинских изделий .....	155
<i>Соляник А. В.</i>	
Профессиональный риск медицинских работников как разновидность обоснованного риска.....	159
<i>Степанов Ю. В., Титов А. Н.</i>	
Классификация преступлений, совершаемых медицинскими работниками, по законодательству Донецкой Народной Республики.....	167
<i>Сучков А. В.</i>	
К вопросу о противоречивости оснований квалификации преступных деяний медицинских работников при исполнении профессиональных (должностных) обязанностей по статье 293 «Халатность» Уголовного кодекса РФ .....	173
<i>Топильская Е. В.</i>	
О понятии причинения вреда здоровью при оказании медицинской помощи	185
<i>Топильская Е. В., Ялышев С. А.</i>	
О преподавании дисциплины «Расследование и судебное рассмотрение дел о медицинских преступлениях» в вузе.....	192
<i>Фадеева М. А.</i>	
К вопросу об уголовной ответственности за преступления в сфере здравоохранения.....	198
<i>Ханевич М. М.</i>	
Некоторые итоги опроса хирургов Санкт-Петербурга о врачебных ошибках .	204
<i>Чаплыгина В. Н.</i>	
Терминологический подход к понятиям «врачебная ошибка» и «ятрогения» при расследовании ятрогенных преступлений.....	211

## CONTENT

<i>Abramov A. L.</i> CONDITIONS OF LEGITIMACY OF REASONABLE RISK IN MEDICAL PRACTICE .....	9
<i>Andreeva L.A</i> CORRUPTION CRIMES IN HEALTH CARE: PROBLEMS OF THEORY AND PRACTICE.....	16
<i>Antonova E. Yu.</i> MEDICAL CRIMINAL OFFENSES UNDER THE CRIMINAL LEGISLATION OF THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN .....	23
<i>Bavsun M. V.</i> PROBLEMS OF IMPLEMENTATION OF CRIMINAL LIABILITY FOR IMPROPER ASSISTANCE TO THE PATIENT .....	29
<i>Bezborodov D. A., Kravchenko R. M.</i> ON THE ISSUE OF LEGAL RELATIONS TYPES THAT ENSURE THE PROTECTION OF PUBLIC HEALTH DURING MEDICAL INTERVENTION .....	36
<i>Berestovoi A. N.</i> SUBSTANTIATED RISK IN MEDICAL ACTIVITY AND ITS CRIMINAL-LEGAL REGULATION .....	44
<i>Golubovsky V. Yu.</i> PROBLEMS OF CRIMINAL LIABILITY FOR PROFESSIONAL CRIMES OF MEDICAL SPECIALISTS.....	52
<i>Gordeev V. I., Filimonov A. E.</i> THE VERGE OF NEGLIGENCE AND INTENT IN QUALIFICATION OF THE MEDICAL STUFF CRIME BY IGNORANT EXECUTION OF THEIR PROFESSIONAL DUTIES .....	58
<i>Danilov E. O.</i> TO THE QUESTION OF LIABILITY FOR ILLEGAL EXERCISE OF MEDICAL ACTIVITY.....	68
<i>Dvoryanskov I. V.</i> ON THE PROBLEM OF CRIMINAL AND LEGAL STATUS OF MEDICAL WORKERS.....	75
<i>Komarnitsky A. V.</i>	

MINORS IN THE FIELD OF MEDICAL PRACTICE: ISSUES OF CRIMINAL AND LEGAL PROTECTION.....	82
<i>Kunts E. V.</i>	
PROBLEMS OF DELIMITATION OF CRIMINAL ACT OF THE DOCTOR AND MEDICAL ERROR. 92	
<i>Lapshina O. N.</i>	
CRIMINOLOGICAL CHARACTERISTICS OF ILLEGAL ACTIVITIES OF HEALTH WORKERS IN THE FIELD OF PROFESSIONAL AND AMATEUR SPORTS.....	96
<i>Loban I. E., Isakov V. D.</i>	
ON THE CONCEPTS: IATROGENIC AND THE DEFECT IN THE PROVISION OF MEDICAL CARE .....	101
<i>Naraev M. S.</i>	
HISTORICAL ANALYSIS OF CRIMINAL LIABILITY OF MEDICAL WORKERS IN RUSSIA .....	106
<i>Nafikova G. A.</i>	
THE PRACTICE OF APPLYING CRIMINAL SANCTIONS FOR THE DISCLOSURE OF MEDICAL SECRETS .....	113
<i>Popova Yu. A.</i>	
THE PROBLEMS OF ESTABLISHING A CAUSAL LINK IN THE CRIMES OF HEALTH CARE WORKERS .....	117
<i>Rakhmanova E. N.</i>	
THE SAFETY OF PATIENTS IS THE MAIN GOAL OF HEALTH CARE.....	122
<i>Repin M. E.</i>	
SOME TACTICAL AND METHODOLOGICAL FEATURES OF CRIMES INVESTIGATION RELATED TO THE «MEDICAL MISTAKE» .....	130
<i>Safonov V. N.</i>	
CRIMINALITY IN THE FIELD OF HEALTH: A NECESSARY SYSTEMATIC RESEARCH AND COUNTERACTION .....	137
<i>Semenov S. L., Bozhchenko A. P.</i>	
THE FORENSIC POSSIBILITIES OF LEGAL ISSUES SOLUTIONS ON CASES OF PROFESSIONAL OFFENSES OF MEDICAL WORKERS .....	144
<i>Senokosova E. K.</i>	
VIOLATION OF SAFETY REQUIREMENTS PROVIDING MEDICAL CARE: CRIMINAL LAW ASPECTS .....	148

<i>Smirnova O. M.</i>	
CRIMINAL LIABILITY FOR THE ILLEGAL MANUFACTURE OF MEDICINES AND MEDICAL PRODUCTS .....	155
<i>Solyanik A. V.</i>	
THE PROFESSIONAL RISK OF MEDICAL WORKERS AS A VARIETY OF JUSTIFIED RISK.....	159
<i>Stepanov Yu. V., Titov A. N.</i>	
CLASSIFICATION OF CRIMES COMMITTED BY MEDICAL WORKERS, ACCORDING TO THE LEGISLATION OF THE DONETSK PEOPLE'S REPUBLIC.....	167
<i>Suchkov A. V.</i>	
TO A QUESTION ON DISCREPANCY OF THE BASES OF QUALIFICATION OF MEDICAL WORKERS' CRIMINAL ACTIONS AT EXECUTION OF PROFESSIONAL (OFFICIAL) DUTIES UNDER ARTICLE 293 «NEGLIGENCE» OF THE RF CRIMINAL CODE .....	173
<i>Topilskaya E. V.</i>	
ABOUT A CONCEPT OF DAMNIFICATION TO HEALTH IN CASE OF HEALTH CARE DELIVERY .....	185
<i>Topilskaya E. V., Yalishhev S. A.</i>	
ON LECTURING THE DISCIPLINE «THE INVESTIGATION AND THE TRIAL OF MEDICAL CRIMES» AT HIGHER EDUCATION INSTITUTION .....	192
<i>Fadeeva M. A.</i>	
ON THE ISSUE OF CRIMINAL RESPONSIBILITY FOR CRIMES IN THE SPHERE OF HEALTH CARE .....	198
<i>Khanevich M. M.</i>	
SOME RESULTS OF POLL OF SURGEONS OF ST. PETERSBURG ABOUT MEDICAL FAULTS .....	204
<i>Chaplygina V. N.</i>	
TERMINOLOGICAL APPROACH TO THE CONCEPTS OF «MEDICAL ERROR» AND «IATROGENY» IN THE INVESTIGATION OF IATROGENIC CRIMES .....	211



*Абрамов А. Л.<sup>1</sup>*

*Abramov A. L.*

**УСЛОВИЯ ПРАВОМЕРНОСТИ ОБОСНОВАННОГО РИСКА  
В МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

**CONDITIONS OF LEGITIMACY OF REASONABLE RISK  
IN MEDICAL PRACTICE**

**Аннотация:** Статья посвящена анализу условий правомерности обоснованного риска в медицинской деятельности. Работа выполнена на основе действующего законодательства и научных работ по уголовному праву.

**Abstract:** The Article is devoted to analysis of conditions of legitimacy of reasonable risk in medical practice. The work is performed on the basis of existing legislation and scientific works on criminal law.

**Ключевые слова:** уголовный закон; обоснованный риск; условия правомерности; медицинская деятельность.

**Keywords:** criminal law; reasonable risk; legitimacy conditions; medical activities.

В современном мире угрозы для безопасности человека при осуществлении над ним медицинских манипуляций существенно возрастают по причинам агрессивной коммерциализации медицинской науки и практики. Не секрет, что давление бизнеса (инвесторов) усиливает стремление специалистов получить положительный результат «любой ценой», в том числе путем проведения исследований с нарушением регулятивного законодательства в сфере здравоохранения, обеспечивающего права и законные интересы пациентов. В этой связи особую актуальность приобретает вопрос

---

<sup>1</sup> АБРАМОВ Ашот Леонович, аспирант кафедры уголовного права Московского государственного машиностроительного университета (Москва).

о четком определении условий правомерности обоснованного риска в медицинской деятельности.

На международном нормативном уровне вопросы правомерности медицинского экспериментирования были четко регламентированы в известных десяти принципах Нюрнбергского кодекса 1947 г. На основе этого документа был принят ряд международно-правовых актов: Хельсинская декларация «Этические принципы медицинских исследований с участием человека в качестве испытуемого» 1964 г., принятая 18-й ассамблеей ВМА, Конвенция о защите прав человека и человеческого достоинства в связи с применением биологии и медицины 1996 г. и Дополнительные протоколы к ней: в 1998 г. — о запрете клонирования человека, в 2002 г. — о трансплантации органов и тканей человека; в 2005 г. — о биомедицинских исследованиях.

Первым и основополагающим условием правомерности обоснованного риска в медицинской деятельности выступает наличие специальной цели — получение нового знания или эмпирических данных, необходимых для развития медицинской науки, а также совершенствования методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации пациентов с определенным заболеванием.

Необходимой составляющей условия об общественно полезной цели является вывод о том, что риск наступления неблагоприятных последствий должен быть обоснованным в сравнении с потенциальным полезным результатом. При этом, если при медицинском эксперименте с терапевтическим эффектом это соответствие предполагает не только оценку возможного научного достижения, но и тех улучшений, которые могут быть достигнуты в лечении конкретного больного, то в случае медицинского исследования, не преследующего терапевтических целей, риск наступления неблагоприятных последствий должен быть сведен к минимуму.

Вторым условием правомерности является отсутствие известных в медицинской науке и успешно реализованных в лечебной или исследовательской практике нерискованных (менее рискованных) способов достижения общественно полезной цели. А. П. Дмитренко отсутствие возможности достижения общественно полезной цели не связанными с риском действиями (бездействием) раскрывает через выделение объективного и субъективного признаков.

Объективным, по его мнению, может выступать один из следующих: а) достижение общественно полезной цели деянием, связанным с риском причинения вреда, было единственным способом; б) достижение общественно полезной цели могло осуществляться несколькими способами, каждый из которых был связан с риском причинения вреда. Субъективным признаком является осознание лицом отсутствия возможности достижения общественно полезной цели способом, не связанным с риском причинения вреда<sup>2</sup>.

Как представляется, применительно к медицинской деятельности данное условие правомерности обоснованного риска не может иметь корректировки на обстоятельства конкретной ситуации и убеждение отдельного врача-исследователя. Являясь в каждом случае спланированным, альтернативным, коллективным и согласованным, правомерный медицинский научно-экспериментальный риск должен основываться исключительно на объективных данных.

Невозможность достижения общественно полезной цели при медицинском риске непосредственным образом связана с третьим условием правомерности: решение о проведении медицинского эксперимента (клинического исследования) должно соответствовать современным научно-техническим знаниям и опыту. Однако любой эксперимент всегда представляет попытку исследователя (группы исследователей) сделать что-то «по-другому», то есть выйти за пределы имеющихся знаний и накопленного опыта. Тогда возникает вопрос: что понимать под этим соответствием?

Само по себе отсутствие в прошлом положительного опыта применения того или иного вида оказания медицинской помощи, конечно же, еще не свидетельствует о необоснованности риска. При констатации данного условия правомерности на самом деле необходимо установить то, что специалисты называют «клиническим равновесием», то есть «очевидное профессиональное разногласие в сообществе экспертов-практиков»<sup>3</sup> относительно того или иного

---

<sup>2</sup> *Дмитренко А. П.* Институт обстоятельств, исключающих преступность деяния в уголовном праве России: основы теории, законодательной регламентации и правоприменения: дис. ... д-ра юрид. наук. — М., 2010. — С. 443.

<sup>3</sup> *Weijer C., Miller P. B.* When are research risks reasonable in relation to anticipated benefits? *Nat Med.* 2004. 10(6). — P. 570.

метода лечения. Следует признать, что врач-исследователь, который, увлекшись той или иной теорией, не имеющей серьезного доказательного подтверждения и какой-либо значительной поддержки в профессиональном сообществе, пытается реализовать ее на практике, действует неправомерно и не может ссылаться на состояние обоснованного риска.

На наш взгляд, соблюдение данного условия правомерности обоснованного риска в медицинской деятельности, прежде всего, основывается на прохождении формальной процедуры согласования проведения соответствующих клинических испытаний путем получения разрешения Экспертного совета, выданного на основании предварительного заключения Этического комитета об этической обоснованности возможности применения соответствующих методов оказания медицинской помощи.

Отсутствие одобрения соответствующих контрольных ведомств, конечно же, не может предрешать вывод о том, что решение о проведении эксперимента (исследования) не соответствовало достижениям современной медицинской науки. Поэтому в случаях наступления общественно опасных последствий обоснованность риска таких «теневых» исследователей должна проверяться на общих основаниях.

Четвертым условием правомерности является отсутствие заведомой угрозы для жизни многих людей, угрозы экологической катастрофы или общественного бедствия. Вопросы определения экологической катастрофы и общественного бедствия, пожалуй, не требуют дополнительного комментария. Подробного анализа заслуживает условие о недопустимости создания заведомой угрозы для жизни многих людей. Большинство ученых поддерживают позицию, в соответствии с которой угроза причинения смерти многим людям — это создание заведомой опасности причинения вреда для жизни двух и более лиц<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> См., например, *Бабурин В. В.* Понятие и виды риска в уголовном праве. — Омск, 2006. — С. 74; *Чистяков А. А., Павлухин А. Н., Захаров С. С., Эриашвили Н. Д.* Обоснованный риск в уголовном праве Российской Федерации. — М., 2007. — С. 33.

Однако количественный признак представляет лишь часть анализируемого условия. Вовлечение нескольких испытуемых в проведение рискованного эксперимента еще не свидетельствует о его необоснованности. Таким он становится только в случае создания заведомой угрозы для жизни участников. Следовательно, правомерность исследовательского риска в медицине основывается на отсутствии заведомой угрозы для жизни привлекаемых добровольцев. Нельзя забывать, что проведение таких экспериментальных работ осуществляется только после доклинических испытаний (как правило, на животных), подтвердивших безопасность препарата.

Самостоятельным условием правомерности обоснованного риска в медицинской деятельности является предварительное получение добровольного информированного согласия человека на проведение медицинского вмешательства. Данное условие имеет конституционно-правовую природу. Как известно, ч. 2 ст. 21 Конституции Российской Федерации определяет, что «никто не может быть без добровольного согласия подвергнут медицинским, научным или иным опытам».

Согласие лица на участие в проведении медицинского эксперимента не может быть признано добровольным, если оно получено с использованием материальной или иной зависимости. Как справедливо отмечает Грегори Добер, информированное согласие не следует понимать как некий документ. Оно должно быть чем-то большим, чем просто слова на листке бумаги. Испытуемый должен в полной мере понять эксперимент, его объективные риски и выгоды, при этом согласие должно быть дано без малейшего принуждения, в том числе основанного на материальной зависимости<sup>5</sup>.

Следующее условие правомерности заключается в том, что медицинский эксперимент должен проводиться только лицами, имеющими соответствующую квалификацию (профессиональную и научную).

И наконец, обоснованный риск в медицинской деятельности является правомерным только при условии, что исследователем приняты все возможные и в своей совокупности достаточные меры

---

<sup>5</sup> *Dober Gregory*. Cheaper than chimpanzees: expanding the use of prisoners in medical experiments // *Prison legal news*. 2008. № 3. — P. 5.

для предотвращения вреда испытуемому (испытуемым). Данное условие, прежде всего, предполагает, что медицинскому эксперименту должна предшествовать подобающая подготовка, а само его проведение должно соответствовать общепринятым стандартам. В практической плоскости это означает, что эксперимент должен осуществляться в соответствии с разработанной методикой, оформляться документально, регистрироваться техникой, иногда проводиться в присутствии свидетелей. При проведении эксперимента должен быть обеспечен приоритет интересов испытуемого (испытуемых) перед интересами науки и общества. Если в ходе его проведения увеличился риск гибели испытуемого или стойкого необратимого ухудшения его здоровья, эксперимент должен быть прекращен. На любом этапе проведения исследования испытуемому должна быть гарантирована возможность отказаться от участия<sup>6</sup>.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. *Бабурин В. В.* Понятие и виды риска в уголовном праве. — Омск, 2006.
2. *Гецманова И. В.* К вопросу о создании уголовно-правового запрета на незаконные медицинские эксперименты на людях // Проблемы экспертизы в медицине. 2010. № 1.
3. *Дмитренко А. П.* Институт обстоятельств, исключающих преступность деяния в уголовном праве России: основы теории, законодательной регламентации и правоприменения: дис. ... д-ра юрид. наук. — М., 2010.
4. *Чистяков А. А., Павлухин А. Н., Захаров С. С., Эриашвили Н. Д.* Обоснованный риск в уголовном праве Российской Федерации. — М., 2007.
5. *Weijer C., Miller P. B.* When are research risks reasonable in relation to anticipated benefits? *Nat Med.* 2004. 10(6).

---

<sup>6</sup> *Гецманова И. В.* К вопросу о создании уголовно-правового запрета на незаконные медицинские эксперименты на людях // Проблемы экспертизы в медицине. 2010. № 1. — С. 10.

6. *Dober Gregory*. Cheaper than chimpanzees: expanding the use of prisoners in medical experiments // Prison legal news. 2008. № 3.

*Андреева Л.А.<sup>1</sup>*

*Andreeva L. A.*

**КОРРУПЦИОННЫЕ ПРЕСТУПЛЕНИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ: ПРОБЛЕМЫ  
ТЕОРИИ И ПРАКТИКИ**

**CORRUPTION CRIMES IN HEALTH CARE: PROBLEMS OF THEORY  
AND PRACTICE**

**Аннотация:** Статья посвящена вопросам, влияющим на реформирование уголовного законодательства в области противодействия коррупционным преступлениям в здравоохранении. Автор рассматривает основные составы преступлений в области медицины, а также особенности правового положения отдельных субъектов, совершивших преступления.

**Abstract:** The article is sanctified to the questions influencing on reformation of criminal statute in area of counteraction to the corruption crimes in a health protection. The first teams of crimes in the area of medicine author examines, also feature of legal position of separate subjects, committing crime.

**Ключевые слова:** здравоохранение, должностное лицо, преступление, коррупция, врачебная деятельность.

**Keywords:** health protection, public servant, crime, corruption, medical activity.

Коррупционные преступления широко распространены в сфере здравоохранения, как непосредственно по охране жизни и здоровья населения либо качества медицинских услуг. Среди основных форм коррупции в медицине можно, во-первых, выделить растрату и расхищение средств, выделенных на здравоохранение, или доходов, полученных за счет платежей со стороны потребителей услуг медицины, коррупцию в сфере государственных и муниципальных

---

<sup>1</sup> АНДРЕЕВА Любовь Александровна, доцент кафедры теории и практики управления Новгородского филиала Российской Академии народного хозяйства и государственной службы, кандидат юридических наук (г. Великий Новгород).



закупок, в системе поставок лекарственных препаратов, во-вторых — коррупцию в сфере оплаты медицинских услуг, взятки.

Сложившаяся ситуация в здравоохранении объясняется многими причинами, в частности, укоренившимся в сознании решением вопросов посредством взятки, низким жизненным уровнем медицинских работников, сложившимся мнением, что услуги врача всегда требуют «благодарности». Данные проблемы связаны с недостаточной разработанностью законодательного обеспечения по выявлению, раскрытию и расследованию преступлений в области медицины, сложной характеристикой субъектов коррупционных преступлений и их латентностью. Уголовно-правовые аспекты противодействия коррупции в сфере здравоохранения исследованы в трудах ученых-юристов Т. А. Балебановой<sup>2</sup>, А. Н. Варыгина, Е. В. Червонных<sup>3</sup>, С. В. Плохова<sup>4</sup>, А. В. Полукарова<sup>5</sup>, Е. В. Епифановой, Т. Е. Павлисовой<sup>6</sup>. Однако комплексных исследований, посвященных проблемам выявления, раскрытия и расследования коррупционных преступлений в сфере здравоохранения, в настоящее время недостаточно. В частности, отсутствуют исследования, в которых при совершении коррупционных преступлений изучен правовой статус медицинского работника, отличие противоправных действий врача от провизора, руководителя лечебного учреждения (поликлиники) от практикующего хирурга, в то же время занимающего должность

---

<sup>2</sup> Балебанова Т. А. Современное состояние коррупции в здравоохранении России и меры ее предупреждения: криминологическое исследование: Автореф. дис. ... канд. юрид. наук. — М., 2013. — 31 с.

<sup>3</sup> Варыгин А. Н., Червонных Е. В. Преступления, совершаемые в сфере здравоохранения, и их предупреждение: Монография. — М.: Юрлитинформ, 2013. — 200 с.

<sup>4</sup> Плохов С. В. Противодействие коррупционной преступности в социальной сфере: криминологический анализ коррупции в областях здравоохранения и образования: Монография / Под ред. Н. А. Лопашенко. — М.: Юрлитинформ, 2015. — 264 с.

<sup>5</sup> Полукаров А. В. Уголовно-правовые и криминологические меры противодействия коррупции в сфере здравоохранения: Автореф. дис. ... канд. юрид. наук. — М., 2013. — 28 с.

<sup>6</sup> Епифанова Е. В., Павлисова Т. Е. Коррупция: основные тенденции противодействия. Коллективная монография / Под ред. Л. А. Андреевой. — Новосибирск: СибАК, 2015. — 196 с.

главного врача больницы. Коррупционные преступления, совершаемые медицинскими работниками, занимают особое место, так как преступления обладают высоким уровнем общественной опасности, а деятельность медицинских работников напрямую связана с жизнью и здоровьем людей.

В федеральном законе от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» указываются основные принципы охраны здоровья: соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий; ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления, должностных лиц организаций за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья; приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи; недопустимость отказа в оказании медицинской помощи, доступность и качество медицинской помощи<sup>7</sup>. Вместе с тем в медицине применимы нормы, указанные в Федеральном законе от 25.12.2008 № 273-ФЗ «О противодействии коррупции»<sup>8</sup>.

Коррупция в учреждениях, предоставляющих медицинские услуги, принимает разные формы: вымогательство или согласие на получение незаконного вознаграждения за услуги, официально оказываемые бесплатно; взимание платы за особые привилегии или медицинские услуги; вымогательство или согласие на получение взяток за лицензирование, аккредитацию или сертификацию структур в здравоохранении. Рынок коррупционных услуг в медицине обусловлен тем, что граждане гораздо чаще имеют дело с медицинскими учреждениями, нежели с какими-либо другими муниципальными и государственными учреждениями. В настоящее время преступность в сфере здравоохранения носит групповой характер, включающий в себя врачей, руководителей медицинских учреждений, чиновников, а преступления носят длящийся характер.

---

<sup>7</sup> Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». URL: [www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_121895](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895) (дата обращения 15.02.2017).

<sup>8</sup> Федеральный закон от 25.12.2008 № 273-ФЗ «О противодействии коррупции». — URL: [www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_82959](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_82959) (дата обращения 15.02.2017).

Для медицинских организаций характерна «бытовая» коррупция, которая проявляется при взаимодействии гражданина с медицинским работником при получении медицинской услуги.

Перечень коррупционных преступлений Уголовным кодексом Российской Федерации прямо не устанавливается. Преобладает — взятка. Получение взятки — один из самых опасных видов коррупционных преступлений. Взятничество сопряжено с другими преступлениями, представляет собой двустороннюю сделку между подкупающей стороной и тем, кто продает свои полномочия и возможности. Типичные случаи привлечения медицинских работников за получение взятки: при выдаче листка нетрудоспособности, заполнении медицинской книжки, при принятии решения о помещении пациента на стационарное лечение. Отягчающим обстоятельством при получении взятки является совершение преступления по предварительному сговору группой лиц, многократность получения взятки, вымогательство. Личность коррумпированного медицинского работника имеет особенности: наличие профессиональных знаний в области медицины, что делает совершенные коррупционные преступления труднодоказуемыми (например, выдача фиктивного листка временной нетрудоспособности с указанием диагноза, который может быть установлен на основании субъективных жалоб больного, диагностика которого проблематична либо симптомы которого скоротечны и по прошествии времени не могут быть проверены клинически). Проведение отдельных следственных действий в отношении таких преступников в большинстве случаев представляет немало трудностей для следователя и часто порождает необходимость в привлечении специалистов, обладающих специальными медицинскими познаниями, проведения судебно-медицинских экспертиз.

При решении вопроса об уголовной ответственности медицинских работников за коррупционные преступления значение приобретает вопрос о признании их субъектами данных деяний. Применительно к основной группе коррупционных преступлений в сфере здравоохранения, предусмотренных нормами главы 30 УК РФ, таковыми являются медицинские работники — должностные лица, а в некоторых случаях — государственные служащие или служащие органов местного самоуправления. К преступлениям

коррупционной направленности относятся противоправные деяния, связанные со злоупотреблением служебным положением, дачей взятки, получением взятки, злоупотреблением полномочиями, коммерческим подкупом либо иным незаконным использованием физическим лицом своего должностного положения вопреки законным интересам общества и государства. Основную группу коррупционных преступлений в сфере здравоохранения составляют: злоупотребление должностными полномочиями; нецелевое расходование бюджетных средств и средств государственных внебюджетных фондов; превышение должностных полномочий. Факультативная группа коррупционных преступлений в сфере здравоохранения представлена тремя подгруппами преступлений: преступления против свободы личности: незаконное помещение в психический стационар; преступления против собственности: мошенничество с использованием лицом своего служебного положения; присвоение или растрата с использованием служебного положения; преступления против здоровья населения и общественной нравственности: незаконное производство, сбыт или пересылка наркотических средств, психотропных веществ или их аналогов, незаконная выдача либо подделка рецептов или иных документов, дающих право на получение наркотических средств; хищение либо вымогательство наркотических средств и другие.

Нецелевое расходование бюджетных средств и средств государственных внебюджетных фондов представляются схожими составами. Субъект преступлений специальный — это должностное лицо, в отличие от расходования бюджетных средств, государственные внебюджетные фонды осуществляют расходование без процедуры контроля со стороны финансовых органов. С субъективной стороны преступление характеризуется прямым умыслом. Преступление считается оконченным с момента списания со счета на нецелевое расходование бюджетных средств. На практике совершаются многочисленные преступления, связанные с нецелевым расходованием средств государственных внебюджетных фондов. Признак «существенности» причиненного вреда — оценочное понятие, зависящее от обстоятельств конкретного дела. Материальный ущерб, причиненный должностным лицом, может быть исчислен в денежном выражении,

всякий иной вред оценивается судом с учетом степени влияния неправомерного поведения должностного лица на тяжесть причиненного морального или физического вреда гражданам либо интересам соответствующей организации. Формы и способы злоупотреблений должностными лицами могут быть разными: издание приказов, распоряжений, противоречащих закону, повлекших последствия; необоснованное расходование денежных и других ресурсов без признаков хищения, сокрытие хищений, недостач, попустительство совершению преступлений иными лицами. В практике здравоохранения привлекаются к уголовной ответственности должностные лица, а рядовые медицинские, фармацевтические и санитарные работники при исполнении своих профессиональных обязанностей не обладают ни административно-хозяйственными, ни организационно-распорядительными полномочиями, присущими должностным лицам. Следовательно, при получении вознаграждения за выполнение профессиональных обязанностей указанные лица не попадают под уголовную ответственность, в то же время лица, занимающие должностное положение, выполняющие организационно-распорядительные или административно-хозяйственные обязанности, могут привлекаться по ст. 285 УК РФ. Следует отметить, что вопросы квалификации преступлений, предусмотренных ст. ст. 285 и 286 УК РФ, указаны в Постановлении Пленума Верховного Суда Российской Федерации № 19 от 16 октября 2009 года «О судебной практике по делам о злоупотреблении должностными полномочиями и о превышении должностных полномочий»<sup>9</sup>. Особую сложность вызывает разграничение системы построения и взаимодействия различных органов и учреждений в осуществлении функции здравоохранения, что создает значительные трудности в определении статуса и установления субъекта преступления.

---

<sup>9</sup> Постановление Пленума Верховного Суда Российской Федерации № 19 от 16 октября 2009 года «О судебной практике по делам о злоупотреблении должностными полномочиями и о превышении должностных полномочий». — URL: <http://base.garant.ru/1792859> (дата обращения 15.02.2017).

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:**

1. Уголовный кодекс Российской Федерации. — URL: [www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_10699/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_10699/) (дата обращения 15.02.2017).
2. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». — URL: [www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_121895/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/) (дата обращения 15.02.2017).
3. Федеральный закон от 25.12.2008 № 273-ФЗ «О противодействии коррупции». — URL: [www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_82959/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_82959/) (дата обращения 15.02.2017).
4. Постановление Пленума Верховного Суда Российской Федерации № 19 от 16 октября 2009 года «О судебной практике по делам о злоупотреблении должностными полномочиями и о превышении должностных полномочий». — URL: <http://base.garant.ru/1792859/> (дата обращения 15.02.2017).
5. *Балебанова Т. А.* Современное состояние коррупции в здравоохранении России и меры ее предупреждения: криминологическое исследование: Автореф. дис. ... канд. юрид. наук. — М., 2013. — 31 с.
6. *Варыгин А. Н., Червонных Е. В.* Преступления, совершаемые в сфере здравоохранения, и их предупреждение: Монография. — М.: Юрлитинформ, 2013. — 200 с.
7. *Епифанова Е. В., Павлисова Т. Е.* Коррупция: основные тенденции противодействия: Коллективная монография / Под ред. Л. А. Андреевой. — Новосибирск: СибАК, 2015. — 196 с.
8. *Плохов С. В.* Противодействие коррупционной преступности в социальной сфере: криминологический анализ коррупции в областях здравоохранения и образования: Монография / Под ред. Н. А. Лопащенко. — М.: Юрлитинформ, 2015. — 264 с.
9. *Полукаров А. В.* Уголовно-правовые и криминологические меры противодействия коррупции в сфере здравоохранения: Автореф. дис. ... канд. юрид. наук. — М., 2013. — 28 с.

*Антонова Е. Ю.<sup>1</sup>*

*Antonova E. Yu.*

**МЕДИЦИНСКИЕ УГОЛОВНЫЕ ПРАВОНАРУШЕНИЯ ПО УГОЛОВНОМУ  
ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВУ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН**

**MEDICAL CRIMINAL OFFENSES UNDER THE CRIMINAL LEGISLATION  
OF THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN**

**Аннотация:** В настоящей статье анализируются медицинские уголовные правонарушения по уголовному законодательству Республики Казахстан. Автор отмечает отсутствие единых критериев в дифференциации профессиональных медицинских преступлений и системного подхода в их систематизации.

**Abstract:** Medical criminal offenses under the criminal legislation of the Republic of Kazakhstan are analyzed in the article. The author notes the lack of uniformed criteria in the differentiation of professional medical crimes and systematic approach to their classification.

**Ключевые слова:** профессиональные преступления; медицинские уголовные правонарушения; медицинский работник; субъект преступления; уголовная ответственность.

**Keywords:** the professional crimes; the medical criminal offenses; the health worker; the subject of the offense; criminal liability.

В последние годы особую актуальность приобретают вопросы, связанные с ненадлежащим выполнением медицинскими работниками своих профессиональных обязанностей. Общественно опасные последствия, наступающие в результате такого поведения медиков, как правило, вызывают большой общественный резонанс, при том, что не всегда такие деяния влекут за собой должную правовую оценку. Поэтому обращение к вопросам законодательной регламентации норм об ответственности медицинских работников является актуальным.

---

<sup>1</sup> АНТОНОВА Елена Юрьевна, заведующая кафедрой уголовного права и криминологии ФГБОУВО «Хабаровский государственный университет экономики и права», доктор юридических наук, доцент (г. Хабаровск).

В большинстве стран, к числу которых относится и Российская Федерация, законодатель не выделяет отдельно группу преступлений, совершаемых медицинскими работниками. Чаще всего нормы об ответственности за профессиональные медицинские преступления можно встретить в главе (разделе) уголовного законодательства, регламентирующей преступления против личности (как правило, против жизни и здоровья), либо в главе (разделе), посвященной преступлениям против здоровья населения.

Исключением в этом плане стал Уголовный кодекс Республики Казахстан (далее — УК РК) от 03 июля 2014 г. № 226-V (в ред. от 22.12.2016), вступивший в силу с 01 января 2015 г. Казахский законодатель пошел по пути выделения норм об ответственности медицинских работников в самостоятельную главу 12, назвав ее «Медицинские уголовные правонарушения» и разместив после уголовных правонарушений против здоровья населения и нравственности.

Анализ общественно опасных деяний, которые казахский законодатель отнес к медицинским уголовным правонарушениям, демонстрирует отсутствие системного подхода к их систематизации.

Так, к медицинским уголовным правонарушениям по УК РК относятся: ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей медицинским или фармацевтическим работником (ст. 317); нарушение порядка проведения клинических исследований и применения новых методов и средств профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации (ст. 318), незаконное производство аборта (ст. 319); неоказание помощи больному (ст. 320); разглашение врачебной тайны (ст. 321); незаконная медицинская и фармацевтическая деятельность и незаконная выдача либо подделка рецептов или поддельных документов, дающих право на получение наркотических средств или психотропных веществ (ст. 322), обращение с фальсифицированными лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения или медицинской техникой (ст. 323).

Таким образом, казахский законодатель отнес к медицинским уголовным правонарушениям общественно опасные деяния, которые по УК РК 1997 г. относились к преступлениям против личности (ст. 317–320 УК РК 2014 г. — ст. 114, 1141, 117, 118 УК РК 1997 г.), против конституционных прав и свобод человека и гражданина (ст. 321 УК РК 2014 г. — ст. 144 УК РК 1997 г.), против здоровья



населения и нравственности (ст. 322 УК РК 2014 г. — ст. 266 УК РК 1997 г.). Обращение с фальсифицированными лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения или медицинской техникой (ст. 323 УК РК 2014 г.) — впервые криминализировано в УК РК 2014 г.

Отметим, что перечень преступлений, которые казахский законодатель отнес к медицинским уголовным правонарушениям и поместил в гл. 12 УК РК, нельзя признать исчерпывающим. В иных главах УК РК также можно обнаружить преступления, которые по своей сути являются профессиональными медицинскими. Так, в главу 11 УК РК 2014 г. «Уголовные правонарушения против здоровья и нравственности» помещена статья 315, предусматривающая ответственность за незаконные изъятие органов и тканей человека. Диспозиция данной нормы предполагает, в том числе, совершение данных деяний для трансплантации (правда, речь идет только о посмертной трансплантации), а равно для иного использования указанных предметов.

Глава 1 УК РК «Уголовные правонарушения против личности» регламентирует нормы об ответственности за убийство с целью использования органов или тканей потерпевшего (п. 12 ч. 2 ст. 99), умышленное причинение тяжкого вреда здоровью с целью использования органов или тканей потерпевшего (п. 9 ч. 2 ст. 106), принуждение к изъятию или незаконное изъятие органов и тканей человека (ст. 116; в отличие от ст. 315 УК РК, в этой норме речь идет о незаконном изъятии органов и тканей живого лица для трансплантации (прижизненная трансплантация) либо иного использования), торговля людьми с целью использования органов или тканей потерпевшего для трансплантации или иного использования (п. 7 ч. 2 ст. 128), клонирование человека (ст. 129). Глава 2 УК РК «Уголовные правонарушения против семьи и несовершеннолетних» предусматривает ответственность за торговлю несовершеннолетними с целью использования органов или тканей потерпевшего для трансплантации или иного использования (п. 6 ч. 2 ст. 135).

Представляется, что трансплантацию органов и тканей человека без участия медицинского работника совершить невозможно. Что касается иного использования. Конечно, использовать эти предметы можно, например, в ритуальных целях, проведения обрядов,

каннибализма и т. д. Но в то же самое время такое изъятие возможно и для совершения научных экспериментов, и тогда опять-таки встанет вопрос о привлечении к ответственности медицинского работника.

Непонятно и то, чем руководствовался законодатель, поместив нормы о незаконной прижизненной и посмертной трансплантации органов и тканей потерпевшего в разные главы уголовного закона, а также почему преступления в сфере трансплантологии не отнесены к медицинским уголовным правонарушениям. Возникает и другой вопрос — что легло в основу выделения группы медицинских уголовных правонарушений в самостоятельную главу УК РК?

Можно предположить, что таким основанием является субъект преступления, в качестве которого, в зависимости от особенностей деяния, должен по логике выступать медицинский или фармацевтический работник. Но, во-первых, мы видим, что медицинский работник может совершить в процессе осуществления своей профессиональной деятельности и иные преступления, не регламентированные в гл. 12 УК РК. Во-вторых, в ч. 1 и 2 ст. 319 УК РК «Незаконное производство аборта» в качестве субъекта выступает любое физическое вменяемое лицо, достигшее возраста уголовной ответственности и не имеющее высшего медицинского образования соответствующего профиля. В ст. 320 УК РК «Неоказание помощи больному» субъект обозначен как лицо, обязанное ее оказывать в соответствии с законом Республики Казахстан или по специальному правилу. А такими лицами могут быть не только медицинские работники (например, водитель обязан принять возможные меры для оказания доврачебной медицинской помощи пострадавшим в дорожно-транспортном происшествии).

Аналогичный вопрос возникает и при анализе ч. 1–4 ст. 322 УК РК, в которых речь идет о незаконном занятии медицинской или фармацевтической деятельностью. Субъектом данного деяния может быть любое физическое вменяемое лицо, достигшее возраста уголовной ответственности, не имеющее сертификата и (или) лицензии на осуществление медицинской или фармацевтической деятельности.

Субъект подделки рецептов или иных документов, дающих право на получение наркотических средств или психотропных веществ

(ч. 5 ст. 322 УК РК), также является общим (то есть без относительности к тому является ли он медицинским работником или нет).

Интересно и то, что ст. 317 УК РК называется «Ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей медицинским или фармацевтическим работником». В части 5 же этой нормы предусматривается ответственность за ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей не только медицинским работником, но и работником организации бытового или иного обслуживания населения вследствие небрежного или недобросовестного отношения к ним, если это деяние повлекло заражение другого лица ВИЧ/СПИД. Таким образом, название нормы уже не отражает ее содержания. К тому же в случае совершения данного деяния работником организации бытового или иного обслуживания отнесение его к медицинским уголовным правонарушениям представляется некорректным.

Производить, изготавливать или хранить в целях сбыта фальсифицированные лекарственные средства, изделия медицинского назначения или медицинскую технику (ст. 323 УК РК) также может любое лицо — это не обязательно медицинский работник.

Сказанное позволяет заключить, что название главы 12 УК РФ некорректно, поскольку субъектами данных преступлений являются не только лица, имеющие юридический статус медицинского или фармацевтического работника. Соответственно, объектом рассматриваемых уголовных правонарушений не могут являться общественные отношения в сфере здравоохранения, равно как и общественные отношения между пациентом и медицинским или фармацевтическим работником.

Представляется, что попытка казахского законодателя в регламентации профессиональных медицинских преступлений является неудачной. Во-первых, считаем нецелесообразным выделение в самостоятельную группу только одного вида профессиональных преступлений. Во-вторых, систематизируя данные преступления законодателю, в первую очередь, следовало выработать их единые критерии.

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:**

1. Уголовный кодекс Республики Казахстан от 03 июля 2014 г. № 226-V (с изм. и доп. по состоянию на 22.12.2016). — URL: [http://online.zakon.kz/Document/?doc\\_id=31575252#pos=0;0](http://online.zakon.kz/Document/?doc_id=31575252#pos=0;0).
2. Уголовный кодекс Республики Казахстан от 16 июля 1997 г. № 167-I (с изм. и доп. по состоянию на 03.07.2014) (утратил силу). — URL: <http://online.zakon.kz/>.
3. Об утверждении Правил дорожного движения, Основных положений по допуску транспортных средств к эксплуатации, перечня оперативных и специальных служб, транспорт которых подлежит оборудованию специальными световыми и звуковыми сигналами и окраске по специальным цветографическим схемам: постановление Правительства Республики Казахстан от 13 ноября 2014 года № 1196 (с изм. и доп. от 23.06.2015 г.). — URL: <http://online.zakon.kz/>.

*Бавсун М.В.<sup>1</sup>*

*Bavsun M. V.*

**ПРОБЛЕМЫ РЕАЛИЗАЦИИ УГОЛОВНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ  
ЗА НЕНАДЛЕЖАЩЕЕ ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ БОЛЬНОМУ**

**PROBLEMS OF IMPLEMENTATION OF CRIMINAL LIABILITY  
FOR IMPROPER ASSISTANCE TO THE PATIENT**

**Аннотация:** В работе поднимается спорный вопрос квалификации действий ненадлежащего характера по оказанию медицинской помощи, которые повлекли за собой наступление уголовно-наказуемых последствий. Отмечается, что на сегодняшний день российский уголовный закон на данную проблему должным образом не реагирует, что вызывает серьезные проблемы в правоприменительной деятельности.

**Abstract:** The article raises the controversial issue of qualification of actions inappropriate nature of doctors to provide medical care, that caused the onset of criminal offenses consequences. It is noted that today the Russian criminal law does not respond adequately to this problem, which causes serious problems in enforcement activities.

**Ключевые слова:** неоказание помощи, ненадлежащее оказание помощи, уголовная ответственность, пациент.

**Keywords:** failure to render aid, improper assistance, criminal responsibility, the patient.

Действующее уголовное законодательство в рамках ст. 124 УК РФ предусматривает уголовную ответственность лишь за неоказание помощи больному. При этом собственно случаи неоказания, что называется, в чистом виде в практической деятельности встречаются не столь часто, а более характерными являются ситуации некачественной медицинской помощи, повлекшей последствия,

---

<sup>1</sup> БАВСУН Максим Викторович, начальник кафедры уголовного права Омской академии МВД России, доктор юридических наук, доцент, подполковник полиции (г. Омск).

имеющие уголовно-правовое значение. Их наличие, обусловленное ненадлежащим образом выполненной медицинским работником обязанностью, вызывает правовую коллизию, когда формальное поведение врача и наступившие последствия не подпадают под признаки специальной нормы, т. е. ст. 124 УК РФ, и требуют соответствующей оценки содеянного по одному из общих предписаний УК РФ. В частности, речь идет о квалификации ситуаций подобного рода по признакам статей уголовного закона, предусматривающих ответственность за те или иные последствия в виде вреда здоровью или смерти пациента. Однако выбор такой нормы также далеко не всегда очевиден, что обусловлено целым рядом причин как правового, так и организационного характера. Например, высокий уровень корпоративности в медицинской сфере зачастую не позволяет с большой долей вероятности установить наличие причинной связи между совершенным деянием и наступившим последствием или с абсолютной определенностью подтвердить прямую обязанность медицинского работника по выполнению тех или иных действий в каждой конкретной ситуации оказания медицинских услуг.

Хотя следует отметить, что безусловный интерес представляют, в первую очередь, вопросы юридической оценки ненадлежащих действий врача по оказанию медицинской помощи пациенту, когда формально они не соответствуют признакам ст. 124 УК РФ. Исходя из буквального толкования признаков данной статьи, случаи оказания некачественной медицинской услуги не могут быть оценены как неоказание помощи больному. Термин «неоказание» традиционно определяется как полное невыполнение чего-либо, в данном случае невыполнение обязательной для субъекта общественных отношений помощи больному. Игнорирование данной обязанности и должно выступать в качестве необходимого условия наступления одного из указанных в уголовном законе последствий. Следовательно, ее реализация, но ненадлежащим образом, ответственности по данной статье влечь не может. При отсутствии зафиксированного факта отказа от выполнения установленной законом обязанности как такового невыполнения быть не может априори, и квалификация содеянного по признакам ст. 124 УК РФ должна исключаться.

Вместе с тем, если посмотреть на формулировки статей УК РФ, предусматривающих ответственность за те или иные виды вреда

здоровью или смерти по неосторожности, то все они содержат термин «причинение», то есть предполагают активную форму поведения. Бездействие традиционно сложно вписывается в содержание данной категории, зачастую вполне обоснованно, ставя в тупик правоприменителя. В случае с ненадлежащим оказанием медицинской помощи данная проблема актуализируется в особенности. Дело в том, что фактически такая помощь хотя и ненадлежащим образом, но все же оказывается, при этом смерть в результате естественного течения болезни наступит неизбежно, и говорить, что она стала следствием некачественно выполненного действия или допущенного бездействия, далеко не всегда оказывается возможным. То есть смерть лица находится в причинной связи с ранее наступившими событиями, а ее предотвращение зачастую носит условный характер, далеко не всегда подтверждаясь практически. Для правоприменителя ситуация сложна тем, что она, во-первых, исключает квалификацию по признакам ст. 124 УК РФ, а во-вторых, выглядит крайне запутанной с позиции установления причинной связи между действиями врача и наступившими последствиями, когда совершенное действие врача собственно никаких последствий не вызвало. При этом не совершенные лицом действия, бездействие, которые требовались в данной конкретной ситуации, на самом деле не способствовали предотвращению наступления смерти или вреда здоровью, но при этом и не выступили в роли его главной, основной причины. С учетом сложности диагноза и спорности ситуации даже для группы узких специалистов, наличия самого факта оказания медицинской помощи пострадавшему или больному и неизбежности наступления указанного в законе последствия в случае естественного течения события, говорить именно о причинении того или иного последствия (как это указано в законе) нередко бывает крайне сложно.

Вопрос о привлечении к уголовной ответственности решается несколько проще в том случае, когда неквалифицированные действия врачей привели к наступлению указанных в законе последствий и «причинение» как таковое действительно имеет место быть. В этой ситуации юридическое закрепление признаков того или иного состава преступления оказывается не столь затруднительным. Характерным в этом отношении является следующий

пример. Так, в результате неверно принятого решения о необходимости переливания крови, ошибочного определения ее группы и резус-фактора, а также в связи с несогласованными действиями двух врачей (акушеры-гинекологи С. и Ш.), действовавших в разные смены, наступила смерть роженицы после проведенной операции «кеесарево сечение»<sup>2</sup>. В данном случае речь о причинении весте действительно можно, так как наступление смерти, во-первых, произошло в результате указанных выше действий, а во-вторых, при естественном течении события смерть роженицы не произошла бы ни при каких обстоятельствах. Ненадлежащим образом оказанная врачебная помощь выступила в виде главной причины наступления смерти, что и позволяет вести речь именно о причинении, как это указано в законе.

Между тем в ситуациях, когда некачественно оказанная медицинская услуга не являлась первопричиной наступления смерти, а наступившее последствие оказалось результатом недостатка знаний у медицинского работника или его невнимательности в ходе оказания услуги, квалификация содеянного зачастую оказывается в прямой зависимости от ранее наступившего события. Интересным в этом отношении представляется следующий пример из судебной практики. Гр-н Н. после совместного распития спиртных напитков с гр-ом С. и возникшей ссоры нанес ему один удар шилом в область брюшной полости. Практически сразу после этого виновный сам же доставил потерпевшего в больницу, где после проведенного рентгена было сделано заключение об отсутствии проникающего ранения и оказана первая медицинская помощь согласно поставленному диагнозу. Через несколько часов С., находясь дома, скончался от острой кровопотери, возникшей в связи с внутренним кровотечением<sup>3</sup>.

---

<sup>2</sup> Обвинительное заключение по уголовному делу № 345294 от 04.08.2011 г. по обвинению гр-н С. и Ш. в совершении преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 109 УК РФ.

<sup>3</sup> См.: Архив Щербакульского районного суда Омской области за 2010 г. Уголовное дело № 1/145–10. В конечном итоге действия лица, нанесшего удар в область брюшной полости, были квалифицированы по признакам ч. 4 ст. 111 УК РФ. Следовательно, смерть виновного по сделанному выводу находится в прямой зависимости от совершенного действия указанного лица, а не в связи с ненадлежащим образом оказанной медицинской помощью.



Безусловно, в данном случае нельзя вести речь об отсутствии действий, направленных на оказание медицинской помощи, такая помощь оказывалась. В то же время последствие, несмотря на его условную предотвратимость, наступило самостоятельно в ходе естественного течения события, и говорить, что медицинский работник причинил, как это указано в ст. 109 УК РФ, смерть, также не совсем верно. Отсюда и парадоксальность ситуации, когда у правоприменителя отсутствует реальная возможность привлечения к уголовной ответственности по признакам неоказания помощи больному, при этом действия лица далеко не всегда могут быть оценены как активные, направленные именно на причинение смерти пациенту. И если в первом случае собственно действия врачей выступили в качестве первопричины последствия, то во втором, будучи связанными со смертью больного, совершенные действия в роли такой первопричины, тем не менее, не выступают. Отсюда и противоречивость практики, и различное толкование, по сути, типовых ситуаций.

Достаточно ярким примером, иллюстрирующим такую противоречивость, является обвинительный приговор Вяземского городского суда Смоленской области в отношении гр-на С., врача городской больницы. Согласно обстоятельств дела, за медицинской помощью к нему обратился гр-н Н., получивший производственную травму. В ходе работы на токарном станке отскочившая металлическая деталь ударила Н. в область груди, причинив незначительную ссадину. Больному было измерено артериальное давление, посчитан пульс, проведена пальпация, аускультация. На боли в области живота он не жаловался, при пальпации данной области болей не было. В области реберной дуги слева была небольшая ссадина, при пальпации болезненна. Крепитация (потрескивание) ребер не определялась. С. выслушал легкие и сердце фонендоскопом, в легких дыхание было в норме, притупления не определялось, сердечные тоны были ритмичны. Артериальное давление было в норме. Никаких признаков внутреннего кровотечения не было. Больной не был бледным, живот был мягкий и безболезненный. Также была проведена рентгенография. На рентген Н. ходил самостоятельно. Перелома ребер у больного не было. Исследование крови в динамике не проводилось, так как оно проводится при

подозрении на внутреннее кровотечение. Бледности у больного не было, одышки не было, болей при пальпации живота также не было. На следующий день Н., находясь дома, скончался от внутреннего кровотечения, обусловленного переломом ребра и разрывом селезенки. Действия С. в данной ситуации были квалифицированы по признакам ч. 2 ст. 124 УК РФ<sup>4</sup>.

Суд в данном случае оказался, по всей видимости, в той самой затруднительной ситуации, когда причинная связь между совершенными действиями врача и наступившими последствиями по обстоятельствам дела усматривалась, однако вести речь о признаках ч. 2 ст. 109 УК РФ оснований не было. Говорить о причинении в приведенной выше ситуации действительно крайне сложно. Специалистом не были назначены какие-то препараты или осуществлены манипуляции, которые бы привели к смерти больного, следовательно, не было и причинения. Впрочем, в данном случае вряд ли можно рассуждать и относительно оставления больного без медицинской помощи. Однако вопрос даже не в оценке данной конкретной ситуации и спорности принятого решения, а в законодательном пробеле, такую спорность создающем. Восполнение существующего пробела, как представляется, возможно лишь за счет внесения изменений в ст. 124 УК РФ, в которой речь должна идти не только о неоказании, но и о ненадлежащем оказании помощи больному, повлекшем соответствующие последствия. Помощь именно ненадлежащего характера была оказана и в приведенных выше примерах, когда фактически совершенные действия оказались либо недостаточными, либо не теми, какими должны были быть с учетом конкретных условий. Причинная связь при этом имеется как раз между действиями ненадлежащего характера и наступившими последствиями в виде смерти пациента и в одном, и во втором случаях, а не в результате их полного отсутствия. Типичность сегодняшней ситуации заключается в том, что как такового неоказания помощи, что называется, в чистом виде практически не бывает, в то время как ее некачественный (ненадлежащий) характер — вполне распространенное явление, которое пока в уголовном законе не находит

---

<sup>4</sup> См.: Архив Вяземского районного суда Смоленской области за 2011 г. Уголовное дело № 1–157/2011.

соответствующего отражения. В свою очередь, отсутствие такого положения вызывает серьезные затруднения в ходе квалификации деяний подобного рода, зачастую вынуждая правоприменителя действовать по аналогии, используя при этом общие нормы (либо ст. 124 УК РФ как наиболее близкую), которые далеко не всегда соответствуют складывающимся обстоятельствам. Между тем наличие у лица, имеющего соответствующую квалификацию, подтвержденную дипломом о наличии медицинского образования, необходимых знаний для оказания требуемой помощи должно презюмироваться. Презумпция наличия таких знаний должна выступать в качестве предпосылки установления уголовной ответственности за ненадлежащее оказание помощи, а их отсутствие при наличии медицинского образования *соответствующего профиля* не может служить основанием для ее исключения.

*Безбородов Д. А.,<sup>1</sup> Кравченко Р. М.<sup>2</sup>*  
*Bezborodov D. A., Kravchenko R. M.*

**К ВОПРОСУ О ВИДАХ ПРАВООТНОШЕНИЙ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИХ ОХРАНУ  
ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН ПРИ МЕДИЦИНСКОМ ВМЕШАТЕЛЬСТВЕ**

**ON THE ISSUE OF LEGAL RELATIONS TYPES THAT ENSURE  
THE PROTECTION OF PUBLIC HEALTH DURING MEDICAL  
INTERVENTION**

**Аннотация:** В статье рассматривают вопросы обеспечения безопасности пациентов при оказании медицинской помощи, а также юридической оценки случаев причинения вреда в результате ненадлежащего осуществления медицинского вмешательства.

**Abstract:** The article deals with the issues of ensuring the safety of patients in the provision of medical care, as well as the legal assessment of harm cases caused by the inadequate provision of medical care.

**Ключевые слова:** здоровье граждан, причинение вреда здоровью, медицинская помощь.

**Keywords:** health of citizens, harm to health, medical care.

Вопросы юридической оценки случаев причинения вреда в результате ненадлежащего осуществления медицинского вмешательства вызывают все больший интерес среди представителей научного сообщества. Актуальность исследований в рамках обозначенной темы признают не только «юристы-теоретики», но также правоприменители и работники сферы здравоохранения.

Особый интерес вызывают факты квалификации деяний медицинских сотрудников, повлекших причинение вреда здоровью пациента, по ст. 238 УК РФ. В число деяний, охватываемых

---

<sup>1</sup> БЕЗБОРОДОВ Дмитрий Анатольевич, профессор кафедры уголовного права Северо-Западного филиала ФГБОУВО «Российский государственный университет правосудия», кандидат юридических наук, доцент (г. Санкт-Петербург).

<sup>2</sup> КРАВЧЕНКО Роман Михайлович, аспирант кафедры уголовного права, криминологии и уголовно-исполнительного права Санкт-Петербургского юридического института (филиал) Академии Генеральной прокуратуры РФ (г. Санкт-Петербург).

альтернативной диспозицией данного состава, входит выполнение работ или оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности. Сложности при квалификации подобного рода деяний обусловлены бланкетностью упомянутого состава преступления, диспозиция которого описана в упомянутой статье путем использования термина «требования безопасности», в связи с чем представляется весьма важным изучение места базового законодательства в механизме уголовно-правовой охраны общественно значимых благ и интересов.

Для того чтобы дать ответ на этот вопрос, необходимо проанализировать процесс выполнения работ и оказания услуг с позиции теории общественных отношений и их правового регулирования.

Так, Конституция РФ гарантирует гражданам право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений.

Реализация человеком данного права порождает соответствующие общественные отношения. Предметом такого рода отношений выступает оказание пациенту медицинской помощи, состоящей в осуществлении комплекса мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг<sup>3</sup>. Однако специальное законодательство содержит нормы, содержащие требования о безопасности процесса и результата осуществления медицинской деятельности.

Ст. 2 указанного закона определяет, в том числе, и понятие качества медицинской помощи как совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата<sup>4</sup>.

Кроме того, в качестве одного из принципов охраны здоровья граждан выступает доступность и качество медицинской

---

<sup>3</sup> Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: федер. закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ; в ред. от 03.07.2016 № 286-ФЗ // «Консультант Плюс». Версия Проф [Электронный ресурс]. — Электрон. дан. — [М., 2017].

<sup>4</sup> Там же.

помощи. В свою очередь, организация охраны здоровья осуществляется в первую очередь путем государственного регулирования в сфере охраны здоровья, в том числе нормативного правового регулирования<sup>5</sup>.

Таким образом, государство, предусматривая право пациента на безопасность осуществления медицинского вмешательства, опосредует соответствующую обязанность медицинских работников.

Следовательно, вместе с общественными отношениями, заключающимися в получении медицинской помощи или в оказании медицинских услуг, возникают и неразрывно сосуществуют общественные отношения, предметом которых выступает обеспечение безопасности при осуществлении медицинской деятельности. Данные отношения, в свою очередь, имеют исключительно публичный характер и заключаются в основном в соблюдении медицинскими сотрудниками установленных по отношению к процессу и результату медицинской помощи и медицинских услуг требований.

Специальными правилами определяются нормы и требования обязательного поведения, выражающегося в совершении предписанных правилами действий или в запрете на их совершение, установленном этими правилами. Источниками специальных правил являются специальные правовые акты, как законодательные, так и подзаконные<sup>6</sup>.

Законодатель учитывает характер и особенности медицинской деятельности при нормативном регулировании: во-первых, процесса осуществления медицинского вмешательства и, во-вторых, ее результатов. Поэтому, предусматривается возможность более подробного и четкого нормативного регулирования данных аспектов рассматриваемой группы общественных отношений путем издания подзаконных правовых актов.

Также, учитывая потенциальную возможность причинения существенного вреда наиболее значимым интересам личности,

---

<sup>5</sup> Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: федер. закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ: в ред. от 03.07.2016 № 286-ФЗ // «Консультант Плюс». Версия Проф [Электронный ресурс]. — Электрон. дан. — [М., 2017].

<sup>6</sup> *Закомолдин Р.В.* Преступные нарушения специальных правил и требований безопасности. — Тольятти, 2013. — С. 19.

законодатель устанавливает уголовную ответственность за нарушение правил и требований безопасности при выполнении работ и оказании услуг. Наличие в Уголовном кодексе РФ соответствующих составов преступлений, сфера применения которых охватывает ненадлежащее осуществление медицинской деятельности, позволяет сделать вывод о том, что одновременно с общественными отношениями по получению/оказанию медицинской помощи и медицинских услуг, а также с общественными отношениями по обеспечению безопасности в данной сфере возникают и специфические уголовно-правовые отношения.

В данном случае речь идет об общепреventивных уголовно-правовых отношениях, имеющих перспективный характер. Стоит заметить, что ряд ученых отрицают возможность признания уголовно-правовым отношением существование нормы уголовного закона до совершения конкретного преступления. Ключевым аспектом разногласий в научном сообществе являются подходы к определению юридического факта, порождающего соответствующие общественные отношения.

Так, например, Н. М. Кропачев утверждает, что регулятивные уголовно-правовые отношения возникают с наступлением типичных юридически значимых ситуаций, предусмотренных гипотезой уголовно-правовой нормы. Эти ситуации складываются в самых различных областях общественной жизни. Разрешая их, уголовное право тем самым осуществляет регулирование общественных отношений. С возникновением конкретных жизненных ситуаций правовая связь начинает выполнять свою активно-творческую роль, становится формой фактического уголовно-правового поведения<sup>7</sup>.

В свою очередь, В. Д. Филимонов, являясь сторонником выделения общепреventивных уголовно-правовых отношений, утверждает, что юридическим фактом, порождающим... уголовно-правовые отношения, является издание уголовного закона, устанавливающего уголовную ответственность за совершение преступления,

---

<sup>7</sup> Кропачев Н. М. Уголовные правоотношения: Дис. канд. юрид. наук. — Л., 1984. — С. 97.

и вступление его в силу. Объектом таких правоотношений является поведение неустойчивых граждан<sup>8</sup>.

Безусловно заслуживающей внимания является позиция Ю. С. Жарикова, который утверждает, что закон лишь определяет эти факты, дает их перечень. В частности, изданием уголовного закона криминализируются или декриминализируются какие-либо действия (бездействия). А юридическим фактом будет выступать момент совершения вполне конкретного общественно опасного деяния — преступления... Полагаем, что, поскольку уголовно-правовые отношения являются результатом законодательного выражения функций уголовного права (через нормы права), предположение о наличии общепреventивных правоотношений не может быть признано состоятельным в силу отсутствия в праве подобной функции... В сущности, под уголовно-правовым предупреждением понимается институт, описанный в нормах соответствующего закона, требования которого подлежат претворению в жизнь главным образом в процессе назначения и исполнения наказания<sup>9</sup>.

Представляется, что вряд ли можно согласиться с ограничением методов предупреждения преступности лишь назначением наказания. В данном вопросе мы придерживаемся позиции, разделяемой большинством ученых, о наличии охранительно-предупредительных отношений, порождаемых установлением уголовного запрета и адресованного всем членам общества. Более того, даже если не признавать вступление в силу нормы, содержащей уголовно-правовой запрет, юридическим фактом, то возникновение общественных отношений в сфере осуществления медицинского вмешательства, на наш взгляд, полностью соответствует общетеоретическому содержанию данного понятия. Подобные юридические факты, порождая уголовно-правовое отношение, распространяют действие норм уголовного закона на конкретную жизненную ситуацию, а именно, на конкретный факт оказания медицинской помощи и медицинских услуг. Такое действие, безусловно, имеет

---

<sup>8</sup> Филимонов В. Д. Охранительная функция уголовного права. — СПб.: Юридический центр Пресс, 2003. С.— 81.

<sup>9</sup> Жариков Ю. С. Уголовно-правовое регулирование и механизм его реализации. М.: Юриспруденция, 2009. — С. 128–132.



свою специфику: во-первых, оно раскрывается в потенциальной возможности применения уголовного закона в случае совершения преступления, а во-вторых, оказывает предупредительный характер на участников соответствующих отношений.

Раскрывая суть таких уголовно-правовых отношений, можно сделать вывод, что если общественные отношения по обеспечению безопасности состоят в регламентации деятельности участников осуществления медицинской деятельности, то в рамках уголовного права раскрываются элементы состава преступления. Проще говоря, общепреventивные уголовно-правовые отношения заключаются в потенциальном перспективном воздействии на лицо, обладающее признаками субъекта преступления, в случае виновного совершения им соответствующего общественно опасного деяния, которое состоит в причинной связи с общественно опасными последствиями.

Анализ конкретных составов преступлений должен осуществляться с учетом описанного понимания механизма уголовно-правовой охраны общественных отношений, связанных с обеспечением безопасности при оказании медицинской помощи и медицинских услуг. Ввиду наделения законодателем соответствующих составов преступлений признаком бланкетности общественно опасное деяние в полной мере не описывается в тексте уголовного закона; вместе с тем, базовое законодательство не имеет своей целью формулирование запрещенного поведения. Правила и требования безопасности, наоборот, раскрывают модель правомерного и необходимого поведения в рамках обеспечения безопасности в соответствующей сфере.

Следовательно, описание элементов составов преступлений, охватывающих факты причинения вреда в результате ненадлежащего оказания медицинской помощи или медицинских услуг, осуществляется с помощью метода «от противного». То есть, при нарушении установленного порядка и процесса осуществления подобного рода деятельности и при наличии иных признаков, закрепленных уже в уголовном законе, можно сделать вывод о том, что деяние лица содержит в себе признаки состава преступления рассматриваемой категории.

Таким образом, при осуществлении медицинского вмешательства возникают и неразрывно сосуществуют три группы общественных

отношений: 1) общественные отношения, складывающиеся между их участниками по поводу получения/оказания медицинской помощи или медицинских услуг; 2) общественные отношения, направленные на обеспечение безопасности при оказании медицинской помощи или медицинских услуг путем регламентации их процесса и результата; 3) охранительно-предупредительные (общепреентивные) уголовно-правовые отношения, носящие перспективный характер и заключающиеся в возможности привлечения виновного лица к уголовной ответственности за преступное нарушение правил и требований безопасности при осуществлении медицинского вмешательства.

На основании изложенного стоит заметить, что юридическая оценка фактов ненадлежащего следования установленным нормативным требованиям, особенно при осуществлении такой общественно важной деятельности, как оказание медицинской помощи и медицинских услуг, должна осуществляться на основе тщательного изучения базового законодательства, регламентирующего законный порядок осуществления подобного рода деятельности, и с учетом механизма законодательного регулирования соответствующих общественных отношений.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Конституция Российской Федерации: принята всенародным голосованием 12.12.1993 // «Консультант Плюс». Версия Проф [Электронный ресурс]. — Электрон. дан. — [М., 2017].
2. Уголовный кодекс Российской Федерации: федерации. Закон от 13.06.1996 № 63-ФЗ; в ред. от 30.12.2015 № 441-ФЗ // «Консультант Плюс». Версия Проф [Электронный ресурс]. — Электрон. дан. — [М., 2017].
3. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: федер. закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ; в ред. от 03.07.2016 № 286-ФЗ // Консультант Плюс. Версия Проф [Электронный ресурс]. — Электрон. дан. — [М., 2017].
4. *Жариков Ю. С.* Уголовно-правовое регулирование и механизм его реализации / Ю. С. Жариков — М.: ИД «Юриспруденция», 2009. — 216 с.

5. *Закомолдин Р. В.* Преступные нарушения специальных правил и требований безопасности: монография / Р. В. Закомолдин. — Тольятти: Филиал РГСУ в г. Тольятти, 2013.— 168 с.
6. *Кропачев Н. М.* Уголовные правоотношения: Дис. канд. юрид. наук. Специальность 12.00.08 — Уголовное право и процесс; исправительно-трудовое право / Н. М. Кропачев; науч. рук. Н. А. Беляев; Ленинградский государственный университет им. А. А. Жданова. Юридический факультет. — Л., 1984.
7. *Филимонов В. Д.* Охранительная функция уголовного права / Филимонов В. Д. — СПб.: Юрид. центр Пресс, 2003.— 198 с.

*Берестовой А. Н.<sup>1</sup>*

*Berestovoi A. N.*

**ОБОСНОВАННЫЙ РИСК В МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЕГО  
УГОЛОВНО-ПРАВОВАЯ РЕГЛАМЕНТАЦИЯ**

**SUBSTANTIATED RISK IN MEDICAL ACTIVITY AND ITS  
CRIMINAL-LEGAL REGULATION**

**Аннотация:** В статье исследуются тенденции развития в отечественном уголовном законодательстве такого правового явления, как обоснованный риск. В частности, указывается на незыблемость позиций данного института в уголовно-правовом регулировании прав каждого человека на защиту собственных интересов, а также интересов других лиц. Отмечается устойчивость его позиций в российском уголовном законодательстве вне зависимости от вносимых в него изменений качественного и количественного характера. Дается уголовно-правовая характеристика отдельным видам обоснованного риска.

**Abstract:** The development tendencies of such a legal phenomenon as justified risk in the domestic criminal legislation are studied in the article. It points to the inviolability of the positions of this institution in the criminal law regulation of the right of each person to protect their own interests, as well as the interests of others. Stability of such institution in the Russian criminal legislation is noted irrespective of changes of qualitative and quantitative character introduced into the legislation. Criminal-legal characteristics of certain types of justified risk are given below.

**Ключевые слова:** обстоятельства, исключаящие преступность деяния, обоснованный риск, преступление, условия правомерности, правомерный поступок, уголовно-правовая квалификация.

---

<sup>1</sup> БЕРЕСТОВОЙ Андрей Николаевич, доцент кафедры уголовного права Северо-Западного филиала ФГБОУВО «Российский государственный университет правосудия», кандидат юридических наук (г. Санкт-Петербург).

**Keywords:** circumstances that exclude the criminal character of the act, justified risk, crime, conditions of lawfulness, lawful act, criminal-legal qualification.

В литературе, посвященной проблеме обстоятельств, исключающих преступность деяния, и, в частности, обоснованному риску, значительное внимание уделяется и вопросу о видах последнего. Отметим при этом, что различные авторы именовали его по-разному: производственным, допустимым, нормальным, правомерным, профессиональным, хозяйственным и т. д. Выделяются даже такие сугубо специальные виды, как атомный, прокурорско-следственный<sup>2</sup>. Это вполне объяснимо, поскольку общественная практика связана с различными видами деятельности, поэтому в ней возможны различные виды риска.

В практической деятельности риск проявляется в двух аспектах. «Во-первых, как необходимость предпочтения одного какого-либо действия из нескольких возможных, каждое из которых в силу неочевидности обстановки и неполноты данных, послуживших основой для принятия решения, может повлечь негативные последствия. Во-вторых, как выбор между применением нового метода, обещающего эффективный результат, но сопряженного с возможностью наступления вреда, и использованием эффективного, но заведомо не несущего опасности способа»<sup>3</sup>.

Риск — это, прежде всего, активная деятельность человека с осознанием возможности выбора в условиях опасности. Степень необходимости такого выбора может быть различной, однако в любом случае имеется необходимость такого выбора. Этот признак в целом характеризует такое важное свойство риска, как способность снимать напряженность в общественных отношениях и служить способом разрешения малоуправляемых ситуаций, и, в конечном счете, определяет формы риска.

Говоря о степени вынужденности риска, в его уголовно-правовом понимании, следует отметить, что он может происходить

---

<sup>2</sup> Кабанов П. С. Риск при расследовании преступлений // Социалистическая законность. 1989. № 2. — С. 56–58.

<sup>3</sup> Михайлов В. И. Указ. соч.(?) Согласие лица как обстоятельство, исключающее преступность деяния // Законодательство. 2002, № 2, 3. — С. 74.

в нейтральной форме эксперимента либо в форме экстремального действия. Естественно, что обычное и экстремальное рискованное поведение будут по-разному оценены с точки зрения их правомерности. Думается, что к нормальному рискованному поведению должны предъявляться повышенные требования безопасности, условий осуществления рискованных действий и необходимости. Для риска в экстремальных условиях, наоборот, должны устанавливаться мягкие условия правомерности, учитывающие чрезвычайность ситуации, в которой вынужден действовать рискующий человек.

Обращаясь к практической стороне риска и его социально-правового содержания, выделим такие значимые признаки обоснованного риска, как возможности выбора у рискующего и наличие определенной необходимости такого выбора. Существующая возможность выбора варианта поведения свидетельствует о наличии у субъекта объективной возможности действовать в определенной ситуации. Безальтернативность поведения рискующего субъекта или неосознание субъектом возможности выбора демонстрирует отсутствие самого риска.

«Экспериментальные, рискованные действия и решения, — как верно указывает А. И. Байков, — осуществляются в любой сфере человеческой деятельности».

Действующее уголовное законодательство оперирует понятием «обоснованный риск». Такая формулировка достаточно широка и охватывает все возможные разновидности риска. Данное обстоятельство предопределяет необходимость классификации видов обоснованного риска, ибо, как справедливо замечает Г. В. Овчинникова, «классификация риска и выделение его видов имеют не только познавательное значение в процессе общественной деятельности человека, но и позволяют в определенной мере решить вопрос о правомерности риска в процессе этой деятельности».

Каждая сфера человеческой деятельности, каждое ее направление, имеет свой уровень развития, свои цели и перспективы, различный уровень и формы регламентации.

Поэтому рассмотренные условия правомерности обоснованного риска могут быть наполнены реальным содержанием лишь

применительно к особенностям конкретной сферы человеческой деятельности<sup>4</sup>.

Таким образом, в основу классификации обоснованного риска может быть положен характер, а точнее, сфера человеческой деятельности. Разумеется, в этом плане речь может идти не о конкретном характере этой деятельности, а ее типичных видах, причем тех из них, где возникают ситуации риска, где необходим выбор между традиционными и нестандартными путями достижения поставленных целей и где соответственно встает вопрос об обоснованности или, наоборот, о необоснованности и, следовательно, о преступности рискованных действий.

В литературе в числе таких сфер выделяются: сферы связанные с использованием техники (технично-эксплуатационный риск), медицины (медицинский риск), научных исследований (научно-экспериментальный или новаторский риск), хозяйственной деятельности (хозяйственный риск)<sup>5</sup>.

Разделяя такой подход к классификации обоснованного риска, рассмотрим содержание медицинского риска.

**МЕДИЦИНСКИЙ РИСК** близок к новаторскому, но поскольку он непосредственно связан с возможностью причинения вреда жизни и здоровью людей и имеет прямое отношение как к профессиональной деятельности врачей, так и к научно-исследовательской работе в области медицины, в юридической литературе вопросы медицинского риска обоснованно выделяются как самостоятельный предмет исследования<sup>6</sup>.

Специфика медицинских экспериментов состоит в том, что они не могут быть окончательно завершены в искусственных условиях, без проверки лечебно-диагностических средств и методов лечения непосредственно на человеке. Это — существенная особенность как экспериментальной, так и лечебно-диагностической деятельности

<sup>4</sup> Овчинникова Г. В. Виды профессионально-хозяйственного риска // Правоведение. Ленинградский Университет. № 4. 1990. — С. 62.

<sup>5</sup> Овчинникова Г. В. Указ. раб. — С. 61.

<sup>6</sup> Малеин Н. С. Право на медицинский эксперимент // Советское государство и право. 1975 г. № 11. — С. 35–41; Язухин А. Н. Медицинский персонал как специальный субъект в преступлениях, связанных с нарушением профессиональных обязанностей. Автореферат. Дисс... канд. юр. наук. — Свердловск. 1986.

медиков. Запрещение такого рода экспериментов, исключение их из медицинской науки и практики тормозят прогресс в сфере здравоохранения.

В настоящее время в мире проводятся десятки тысяч сложнейших операций, в том числе на таких традиционно «запретных» органах, как сердце, легкие, печень, головной мозг и др. Медицина активно вторгается в сложнейшие процессы, происходящие в организме человека. При этом используются не только традиционные способы диагностики и лечения, но и методики, приборы и лекарственные препараты, не допущенные к всеобщему применению.

В зависимости от преследуемых целей следует различать вмешательства в функционирование человеческого организма двух видов: во имя развития науки и для оказания помощи конкретному больному. Первые направлены на решение научно-исследовательских задач, как правило, не связанных с оказанием медицинской помощи человеку, а, напротив, могут причинить ущерб его здоровью. Это — новаторский риск в медицинских исследованиях во имя излечения будущих больных. Его сфера должна быть ограничена и четко регламентирована в соответствии с оправданностью и степенью риска для здоровья человека. Для проведения экспериментов подобного рода необходимы такие условия, как научная обоснованность опыта, гласность, коллегиальность принимаемого решения, определение категорий медицинских учреждений, где такие опыты могут проводиться, свободное осознанное согласие лица, здоровье которого подвергают риску. Врач обязан не просто получить согласие на вторжение в сферу здоровья человека, но и предоставить участнику эксперимента полную и доступную для него информацию о предстоящей медицинской процедуре и ее возможных последствиях<sup>7</sup>. Пациент-доброволец должен сознательно подвергать свое здоровье опасности. Медицинская наука знает сотни примеров, когда сами врачи были первыми добровольцами, шедшими на риск во имя науки и излечения будущих больных<sup>8</sup>. Если согласия нет или оно не может быть получено добровольно и осознанно (эксперименты

---

<sup>7</sup> *Бахин С. В.* Международно-правовая защита прав человека и эксперименты на людях // *Вестник Ленинградского университета.* 1987. Сер. 6. Вып. 3. — С. 96.

<sup>8</sup> *Глязер Г. В.* Драматическая медицина. — М., 1965.



над психическими больными, заключенными, приговоренными к смертной казни, военнопленными), то такой эксперимент является преступным. Недопустимы и массовые медицинские эксперименты с ограниченной обратной связью<sup>9</sup>.

Решая вопрос об оправданности риска, следует отметить, что при медицинских экспериментах на здоровых людях врачом-экспериментатором должны быть предусмотрены все меры, исключая гибель человека, т. е. максимально допустимым вредом может быть ущерб здоровью человека, причем в определенных пределах. Поскольку при медицинских опытах на здоровых людях возникает опасность для таких важных благ, как жизнь, здоровье человека, необходимо, чтобы вопросы допустимости экспериментов, их границ и условий проведения, степени риска и т. д. были детально урегулированы правом, были бы гласными, доступными общественному контролю.

При экспериментах терапевтического характера риск оправдывается общественно полезной целью — излечить конкретного больного, когда традиционные средства бессильны. Возможность экспериментов такого вида и условия их проведения установлены в ст. 34 Основ законодательства о здравоохранении, согласно которой в интересах больного и с его согласия (в отношении лиц до 16 лет и психически больных — с согласия родителей, опекунов, попечителей) врач может применить новые, научно обоснованные, но еще не допущенные ко всеобщему применению методы диагностики, профилактики, лечения и лекарственные средства в порядке, установленном Минздравом. Подобные эксперименты также связаны с риском, степень которого должна быть соотнесена с состоянием здоровья больного (чем безнадежнее состояние больного, тем выше допустимый риск). Врач должен предпринять все меры для предотвращения вреда. В ситуациях с терапевтическим риском несколько проще решается вопрос об оправданности эксперимента (его целью является спасение или излечение больного), но остаются проблемы степени риска, предотвращения всех возможных вредных последствий. Кроме научной обоснованности экспериментального лечения, проведения его в специальных медицинских учреждениях,

---

<sup>9</sup> Лесков С. А. Сеанс массового внушения. Известия. 1989. 9 декабря.

врачами высокой квалификации, необходимы полная информированность больного о характере лечения, возможном риске для его жизни или здоровья и согласие больного на этот риск<sup>10</sup>.

Поскольку подобные эксперименты проводятся на человеке и также связаны с риском для жизни и здоровья людей, они, как и первые, нуждаются в детальной правовой регламентации (например, согласие на эксперимент больного или его родных в случаях крайне тяжелого состояния, когда любое промедление недопустимо).

Медицинский риск может быть связан с самыми различными направлениями врачебной деятельности, которые регулируются специальными правилами (методики операций, трансплантации органов и тканей, переливания крови, применения новых препаратов и т. п.).

В целях предотвращения вредных для больного последствий и определения допустимой степени риска врач должен руководствоваться соответствующими инструкциями, правилами, методиками. Эти специальные медицинские установления служат основой при определении правомерности и оправданности риска. Врач не вправе рисковать там, где прямо запрещены подобные действия, и несет ответственность за саму постановку жизни больного в опасность.

Меры, принимаемые врачом в условиях этого вида риска, по правовой природе близки к действиям в состоянии крайней необходимости. Отличие состоит в том, что при крайней необходимости в сложившейся ситуации у врача нет иного выхода. Ради спасения жизни больного он вынужден причинить вред самому больному (или третьим лицам, с их согласия). Необходимо лишь, чтобы причиненный вред был меньше предотвращенного (например, ампутация при гангрене). В ситуациях с терапевтическим риском у врача, во-первых, есть выбор между традиционными и рискованными средствами лечения, во-вторых, вероятность наступления вреда (например, смерти больного) выше, если будет избрано не рискованное средство лечения.

Правовое регулирование профессиональной деятельности медицинских работников слабо разработано, поэтому даже в случаях

---

<sup>10</sup> *Маргацкая Н. А.* Гражданско-правовые проблемы донорства и трансплантации. Автореферат Дис... канд. юр. наук. — М., 1984. — С. 8.

обычного традиционного медицинского лечения судебно-следственная практика встречается со значительными трудностями при квалификации фактов ненадлежащего лечения, разграничении преступления, врачебной ошибки и несчастного случая<sup>11</sup>. Что же касается новых рискованных методов лечения и диагностики, то эта область практически оказалась вне соответствующего правового регулирования. Параллельно развитию самих экспериментов должна совершенствоваться и их правовая регламентация.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. *Бахин С. В.* Международно-правовая защита прав человека и эксперименты на людях // Вестник Ленинградского университета. 1987. Сер. 6. Вып. 3. — С. 94–99.
2. *Глязер Г. В.* Драматическая медицина. — М., 1965.— 216 с.
3. *Ковалев М., Вермель И.* Критерии ответственности медицинских работников за ненадлежащее лечение // Социалистическая законность. 1987. № 4. — С. 57–58.
4. *Малеин Н. С.* Право на медицинский эксперимент // Советское государство и право. 1975. № 11. — С. 35–41.
5. *Маргацкая Н. А.* Гражданско-правовые проблемы донорства и трансплантации. Автореферат дис... канд. юр. наук. — М., 1984.
6. *Овчинникова Г. В.* Виды профессионально-хозяйственного риска // Правоведение. 1990. № 4. — С. 60–66.
7. *Язухин А. Н.* Медицинский персонал как специальный субъект в преступлениях, связанных с нарушением профессиональных обязанностей. Автореферат. Дисс... канд. юр. наук. — Свердловск, 1986.

---

<sup>11</sup> *Ковалев М., Вермель И.* Критерии ответственности медицинских работников за ненадлежащее лечение // Социалистическая законность. 1987. № 4. — С. 57–58.

*Голубовский В. Ю.<sup>1</sup>*

*Golubovsky V. Yu.*

**ПРОБЛЕМЫ УГОЛОВНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ЗА ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ  
ПРЕСТУПЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ**

**PROBLEMS OF CRIMINAL LIABILITY FOR PROFESSIONAL CRIMES  
OF MEDICAL SPECIALISTS**

**Аннотация:** В статье рассматриваются проблемы, связанные с привлечением к уголовной ответственности медицинских работников за профессиональные преступления. Подлежат исследованию проблемы как на стадии предварительного расследования, так и в процессе принятия решения.

**Abstract:** The problems connected with the criminal liability of medical workers for professional crimes are considered in the article. They are subject to research, both at the stage of preliminary investigation and in the decision-making process.

**Ключевые слова:** профессиональные преступления, медицинский работник, судебно-медицинская экспертиза.

**Keywords:** professional crimes, medical worker, forensic medical examination.

Эффективность применения норм уголовного законодательства, устанавливающих уголовную ответственность за профессиональные преступления, напрямую зависит от правильного понимания не только уголовно-правовых институтов, но и применения медицинского законодательства.

Врач, оказывающий медицинскую помощь, несет полную ответственность за квалифицированный выбор медицинского исследования пациента. На практике зачастую встречаются ситуации, которые не оправдывают действия медицинского работника, что

---

<sup>1</sup> ГОЛУБОВСКИЙ Владимир Юрьевич, заведующий кафедрой уголовно-правовых дисциплин ФГБОУВО «Российский государственный социальный университет», доктор юридических наук, профессор (г. Москва).

влечет неблагоприятные правовые последствия для медицинского работника.

Так, гр-ка К. признана виновной в том, что, являясь должностным лицом — заведующей родовым отделением, врачом акушером-гинекологом, получила взятку от гр-ки Т. в виде денег в сумме 5000 рублей за незаконное проведение операции по прерыванию беременности на сроке 17 недель, а также в ненадлежащем исполнении своих должностных обязанностей вследствие небрежного отношения к службе, повлекшем по неосторожности причинение гр-ке Т. тяжкого вреда здоровью.

Преступление было совершено 16 июля 2013 г. Гр-ка считает, что приговор следует отменить и вынести оправдательный приговор. В обоснование своих доводов указывается на нарушение судом уголовно-процессуального закона, несоответствие выводов суда фактическим обстоятельствам дела. В частности, установленные обстоятельства дела свидетельствуют лишь о том, что у гр-ки К. специализация врача акушера-гинеколога, а не как заведующая родовым отделением. Гр-ка Т. поступила именно в гинекологическое отделение, в котором гр-ка К. являлась лишь врачом. При этом гр-ка К. выполняла действия профессионального характера недолжностных лиц.

Выводы суда о том, что гр-ка К. является должностным лицом, сделаны без учета того, что взаимоотношения врача и среднего, младшего медперсонала связаны не трудовыми отношениями, а в связи с выполнением ими своих функциональных обязанностей, связанных с лечебным процессом. В ходе судебного разбирательства не предоставлено доказательств того, что гр-ка К. выполняла организационно-распорядительные действия. Суд в нарушение требований уголовно-процессуального закона о пределах судебного разбирательства вышел за пределы предъявленного обвинения, указав на использование гр-ки К. при выполнении операции помещения гинекологического отделения, препаратов и нахождение операционной не в собственности гр-ки К., чем ухудшил положение подсудимой и нарушил ее право на защиту.

Прерывание беременности на сроке 17 недель не противоречит Приказу Министерства здравоохранения<sup>2</sup>, поскольку, согласно п. 115 Приказа, прерывание беременности по медицинским показаниям при сроке до 22 недель проводится в условиях гинекологического отделения многопрофильной больницы, имеющей возможность оказания специализированной помощи женщине, к которой и относится данная больница.

Согласно «Руководству по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии» прерывание беременности по медицинским показаниям выполняется при любом сроке беременности<sup>3</sup>. Доказательств того, что гр-ка Т. не имела медицинских показаний для проведения аборта, не добыто.

Приводят показания одного из свидетелей и ссылаются на то, что они не отражены в приговоре, им не дана оценка, как наличию хронического заболевания у потерпевшей, дефекты медицинского инструмента, которые также могли повлечь наступившие последствия.

Вывод суда о том, что у гр-ки Т. срок беременности составлял 17 недель, сделан лишь на основании результатов УЗИ, тогда как определение срока по УЗИ после 12 недель теряет точность, и ошибки в определении срока могут составлять от 2-х недель и более. Ставят под сомнение объективность и правильность проведенного УЗИ.

Не согласны с выводами суда о том, что гр-ка К. в нарушении существующих правил не вынесла вопрос о прерывании беременности свыше 12 недель на консилиум врачей и не получила соответствующее решение консилиума. Обращаясь к показаниям свидетеля, указывают, что данный порядок возможен только при плановой операции, в случае же с гр-кой Т. речь шла об экстренном проведении операции, и направление ее на консилиум

---

<sup>2</sup> Приказ Минздравсоцразвития РФ от 03.12.2007 № 736 (ред. от 27.12.2011) «Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности» // СПС «Консультант Плюс».

<sup>3</sup> Кулаков В. И., Прилепская В. Н., Радзинский В. Е. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — 1054 с.

не требовалось, поскольку это могло повлечь за собой кровопотерю и гибель женщины.

Доказательства того, что гр-ка Т. передавала какие-либо деньги гр-ке К., отсутствуют. Эту информацию знает со слов.

Не было принято во внимание судом, что причиной перфорации мог стать не только аборт, но и наличие хронического заболевания, выявленного у гр-ки Т.

Эксперты не проверяли правильность выводов комиссии при проведении ведомственного контроля качества, несмотря на то, что в составе комиссии не было врача-акушера, и все выводы судебно-медицинских экспертов основывались уже на ранее полученных выводах ведомственной комиссии.

Это свидетельствует о неполноте и необъективности проведенной экспертизы, а следовательно, и об отсутствии доказательства вины гр-ки К. в совершении преступления.

Вина осужденной подтверждается рядом обстоятельств.

Заключение комиссионной комплексной судебно-медицинской экспертизы, согласно которому при оказании медицинской помощи гр-ке Т. допущены следующие дефекты: сбора анамнеза; объективного исследования, постановки диагноза, которые привели УК выбору неправильной тактики прерывания беременности. Выявлены технические дефекты при выполнении операции, приведшие к развитию осложнения, которое вследствие отсутствия должного наблюдения после операции поздно диагностировано, что не позволило применить органосохраняющую операцию. Между допущенными медицинским персоналом нарушениями и неблагоприятно развившимся исходом прослеживается прямая причинно-следственная связь. Имевшее место у гр-ки Т. удаление матки относится к категории тяжкого вреда здоровью.

Согласно Приказу Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 736 от 03 декабря 2007 года «Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности» прерывание беременности при сроке более 12 недель по жизненным показаниям решается индивидуально консилиумом врачей при непосредственном участии врача гематолога.

Также согласно приказу Министерства здравоохранения РФ № 572н от 12 ноября 2012 года «Об утверждении порядка оказания

медицинской помощи по профилю акушерство и гинекология» врач акушер-гинеколог при обращении женщины за направлением на искусственное прерывание беременности проводит обследование для определения срока беременности и исключения медицинских противопоказаний. Для подтверждения наличия медицинских показаний для прерывания беременности формируется комиссия, которой и выдается заключение<sup>4</sup>.

Судом объективно установлено, что какие-либо экстренные медицинские показания для прерывания беременности у потерпевшей отсутствовали, что подтверждается протоколом УЗИ, показаниями потерпевшей и свидетелей, приведенными в приговоре. А выявленные технические дефекты при выполнении операции привели к развитию осложнения, которое вследствие отсутствия должного наблюдения после операции поздно диагностировано, что не позволило применить органосохраняющую операцию.

Обстоятельства, которые могут послужить основанием для того, чтобы поставить под сомнение достоверность показаний потерпевшей и свидетелей (в том числе в части передачи денежных средств осужденной за операцию по прерыванию беременности), положенных в основу приговора.

Проведенная по делу судебно-медицинская экспертиза соответствует требованиям, предъявляемым к ней уголовно-процессуальным законом, не содержит каких-либо противоречий и неясностей.

С учетом указанных обстоятельств, суд квалифицировал действия гр-ки К. правильно и назначил справедливое наказание.

Безусловно, ни одна проблема подобная не может быть решена без специальных познаний в области медицины, необходимо назначение и проведение судебно-медицинской экспертизы. При этом основой для разработки научно-обоснованных методологических подходов для надлежащего разрешения этих вопросов, влияющих на качество производства экспертиз, является вопрос о целенаправленной подготовке экспертов. Имеется в виду получение

---

<sup>4</sup> Приказ Министерства здравоохранения РФ № 572 от 12 ноября 2012 года «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю акушерство и гинекология». — URL: [rosminzdrav.ru](http://rosminzdrav.ru) Банк документов'572Н (дата обращения 11 февраля 2017).



второго — юридического образования. Данная подготовка должна включать в себя изучение основ теории и истории права, вопросов уголовного права и уголовного процесса, теории судебной экспертизы и криминалистики, медицинского права применительно к рассматриваемой категории профессиональных преступлений медицинских работников.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 3 декабря 2007 г. № 736 (ред. от 27.12.2011) «Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности» // СПС «Консультант Плюс».
2. Приказ Министерства здравоохранения РФ № 572 от 12 ноября 2012 года «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю акушерство и гинекология». — URL: [rosminzdrav.ru](http://rosminzdrav.ru) Банк документов'572Н (дата обращения 11 февраля 2017).
3. Кулаков В. И., Прилепская В. Н., Радзинский В. Е. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.— 1054 с.

*Гордеев В. И.,<sup>1</sup> Филимонов А. Е.<sup>2</sup>*  
*Gordeev V. I., Filimonov A. E.*

ГРАНЬ НЕОСТОРОЖНОСТИ И УМЫСЛА В КВАЛИФИКАЦИИ  
ПРЕСТУПНЫХ ДЕЯНИЙ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ПРИ  
НЕВЕЖЕСТВЕННОМ (БЕЗГРАМОТНОМ) ИСПОЛНЕНИИ ИМИ СВОИХ  
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ОБЯЗАННОСТЕЙ

THE VERGE OF NEGLIGENCE AND INTENT IN QUALIFICATION  
OF THE MEDICAL STUFF CRIME BY IGNORANT EXECUTION OF THEIR  
PROFESSIONAL DUTIES

**Аннотация:** Статья посвящена квалификации преступлений медицинских работников при исполнении ими профессиональных обязанностей. Авторы считают, что квалификация преступных деяний медицинских работников не может ограничиваться преступной неосторожностью, в рамках которой в настоящее время рассматриваются эти дела. Основная мера профилактики преступного невежества — профессиональное образование со строгим контролем результатов и с не менее строгими выводами, в том числе медико-юридическими.

**Abstract:** This article is devoted to qualification of the medical stuff crimes while execution of their professional duties. The medical jurists consider this qualification to be inadequate one since it cannot be limited only by criminal negligence as it is being interpreted now in criminal court proceedings. The basic measure of prevention of this criminal ignorance is professional education with hard control of results and medico-legal conclusions.

---

<sup>1</sup> ГОРДЕЕВ Владимир Ильич, заведующий кафедрой анестезиологии-реаниматологии и неотложной педиатрии ФГБУ «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет МЗ РФ», доктор медицинских наук, профессор, директор медико-правового агентства Балтийской коллегии адвокатов им. А. Собчака (Санкт-Петербург).

<sup>2</sup> ФИЛИМОНОВ Александр Евгеньевич, врач анестезиолог-реаниматолог высшей категории клиники ФГБНУ «Институт экспериментальной медицины», заместитель директора медико-правового агентства Балтийской коллегии адвокатов им. А. Собчака (Санкт-Петербург).

**Ключевые слова:** преступная неосторожность, легкомыслие, небрежность, косвенный умысел, преступное невежество, двойная форма вины, профессиональное образование.

**Keywords:** criminal negligence, lightness, inadvertence, indirect criminal intent, criminal ignorance, dual form of guilt, professional education.

В большом толковом словаре современного русского языка Д. Н. Ушакова<sup>3</sup> и словаре синонимов русского языка З. Е. Александровой<sup>4</sup> «**безграмотный**» и «**невежественный**» являются синонимами и означают «исполненный грубых ошибок против правил какой-нибудь области знаний (например, медицины. — Прим. авторов)...», т. е. профессионально неграмотный.

Исходя из тех же источников, «**неосторожный**» означает: «действующий без необходимой осторожности»<sup>5</sup>, «неосмотрительный»<sup>6</sup>.

**В уголовном праве неосторожность представляет собой:**

1. Самостоятельную форму вины. По отношению к медицинским работникам чаще применяются: ст. 109 УК РФ. *Причинение смерти по неосторожности*; ст. 118 УК РФ. *Причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности*; ст. 122 УК РФ. *Заражение ВИЧ-инфекцией*; ст. 238 УК РФ. *Производство, хранение, перевозка либо сбыт товаров и продукции, выполнение работ и оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности*; ст. 293 УК РФ. *Халатность*.
2. Ответственность за преступления, совершенные по неосторожности, обычно наступает только в случае реального причинения общественно опасных последствий.
3. Преступлением, совершённым по неосторожности, признается деяние, совершённое по легкомыслию или небрежности (ч. 1 ст. 26 УК РФ).

Вновь обращаясь к тем же словарям, находим:

<sup>3</sup> Ушаков Д. Н. Большой толковый словарь русского языка. — М.: Альта-Принт, 2006. — С. 31.

<sup>4</sup> Александрова З. Е. Словарь синонимов русского языка: практический справочник: около 11000 синоним. рядов. 16-е изд., стереотип / Русский язык—Словари/ — М.: Дрофа-Медиа, 2008. — С. 235.

<sup>5</sup> Ушаков Д. Н. Большой толковый словарь русского языка... — С. 529.

<sup>6</sup> Александрова З. Е. Словарь синонимов русского языка... — С. 250.

- «**легкомыслие**» — это «необдуманность, несерьёзность в словах и поступках»<sup>7</sup>;
- «**небрежность**» — это «отсутствие тщательности, старания, нерадивое отношение к чему-либо»<sup>8</sup>; «невнимательность, неаккуратность, неряшливость, недобросовестность, халатность»<sup>9</sup>.

Таким образом, в характеристиках *неосторожности* нет речи о *профессиональной безграмотности*, а имеются в виду только личностные качества, нарушающие общепринятый деловой порядок со стороны, допустим, вполне компетентных в своём деле специалистов, что отражено и в нижеследующих нормативных документах и комментариях к ним.

Согласно ч. 2 ст. 26 УК РФ «Преступление признаётся совершенным по легкомыслию, если лицо предвидело возможность наступления общественно опасных последствий своих действий (бездействия), но без достаточных к тому оснований самонадеянно рассчитывало на предотвращение этих последствий».

Элементы преступления по легкомыслию<sup>10</sup>:

- интеллектуальный: «субъект предвидит возможность общественно опасных последствий, но полагает, что в данном случае они не наступят»;
- волевой: «у субъекта отсутствует и желание наступления общественно опасных последствий, и сознательное предотвращение этих последствий».

Согласно ч. 3 ст. 26 УК РФ «Преступление признаётся совершённым по небрежности, если лицо не предвидело возможность наступления общественно опасных последствий своих действий (бездействия), хотя при необходимой внимательности и предусмотрительности должно было и могло предвидеть эти последствия».

Элементы преступления по небрежности<sup>11</sup>:

<sup>7</sup> Ушаков Д. Н. Указ. соч. — С. 401.

<sup>8</sup> Там же. — С. 515.

<sup>9</sup> Александрова З. Е. Указ. соч. — С. 235.

<sup>10</sup> Пикалов И. А. Уголовное право. Общая часть: учебное пособие в схемах и таблицах. — М.: ЭСМО, 2011. — С. 66.

<sup>11</sup> Пикалов И. А. Указ. соч. — С. 67.

- интеллектуальный: «лицо не осознаёт опасности совершаемого деяния»;
- волевой: «лицо при необходимой внимательности и предусмотрительности должно было и могло предвидеть преступные последствия».

Выделяются также признаки и критерии небрежности: **признаки небрежности**: положительный: «лицо должно было и могло проявить необходимую внимательность и предусмотрительность и предвидеть наступление преступных последствий»; отрицательный: «отсутствие осознания общественной опасности совершаемого преступного деяния, а также отсутствие предвидения преступных последствий».

#### **Критерии небрежности:**

- объективный: «носит нормативный характер и означает обязанность лица предвидеть возможность наступления преступных последствий с соблюдением требований необходимой внимательности и предусмотрительности»;
- субъективный: «означает способность именно данного лица в конкретной ситуации и с учётом индивидуальных качеств этого лица предвидеть возможность наступления преступных последствий».

Таким образом, и в нормативных правовых актах, и в комментариях к ним нет прямых указаний на профессиональную безграмотность или невежественность как причину преступных деяний.

Теперь обратимся к форме вины — «**умысел**». В толковом словаре современного русского языка Д. Н. Ушакова «**умысел**» означает «обдуманное заранее намерение совершить что-нибудь (преимущ. дурное, предосудительное)<sup>12</sup>. Умысел — это наиболее распространённая форма вины как в законе, так и на практике. Из УК РФ по отношению к медицинским работникам в основном применимы: ст. 105. **Убийство (NB!)**; ст. 292. *Служебный подлог*.

Согласно ч. 1 ст. 25 УК РФ «Преступлением, совершенным умышленно, признаётся деяние, совершённое с прямым или косвенным умыслом».

---

<sup>12</sup> Ушаков Д.Н. Большой толковый словарь русского языка. — М.: Альта-Принт, 2006. — С. 1103.

«**Прямой**» по Д. Н. Ушакову это — «непосредственно, прямо направленный на что-нибудь, вытекающий из чего-нибудь; осуществляемый непосредственно, без промежуточных стадий, инстанций». «**Косвенный**» — «осуществляемый окольными путями, не непосредственный; не прямой... Второстепенный, побочный».

Практическое значение деления умысла как формы вины на *прямой и косвенный состоит в том, что он:*

1. учитывается при индивидуализации ответственности и наказания;
2. позволяет определить степень вины субъекта;
3. позволяет определить степень общественной опасности деяния и личности виновного.

В продолжение семантической характеристики дадим юридическое толкование этих форм умышленного преступления.

Согласно ч. 2 ст. 25 УК РФ «Преступление признается совершённым с прямым умыслом, если лицо осознавало общественную опасность своих действий (бездействия), предвидело возможность или неизбежность наступления общественно опасных последствий и желало их наступления».

*Элементы преступления по прямому умыслу включают в себя:*

1. интеллектуальный: осознание общественно опасного характера совершаемого деяния (понимание фактического содержания и общественного значения совершаемого деяния); предвидение возможности или неизбежности наступления общественно опасных последствий совершаемого деяния (представление о фактическом содержании предстоящих изменений в объекте посягательства; понимание их социального значения; осознание причинно-следственной связи между действием/бездействием и общественно опасными последствиями);
2. волевой: *желание наступления общественно опасных последствий (сознательное направление умственных и физических усилий на принятие решения, достижение поставленных целей и устранение препятствий)*<sup>13</sup>.

Согласно ч. 3 ст. 25 УК РФ «Преступление признаётся совершённым с косвенным умыслом, если лицо осознавало общественную

<sup>13</sup> Пикалов И. А. Цит. соч. — С. 62.

опасность своих действий (бездействия), предвидело возможность наступления общественно опасных последствий, не желало, но сознательно допускало эти последствия либо относилось к ним безразлично».

**Элементы косвенного умысла, соответственно:**

1. интеллектуальный: осознание общественно опасного характера совершаемого деяния (*понимание фактического его содержания и общественного значения*) и предвидение возможности наступления общественно опасных последствий совершаемого деяния (*предвидение только возможности наступления общественно опасных последствий, которые являются закономерным результатом развития причинной связи именно в данном конкретном случае*);
2. волевой: *отсутствие желания наступления общественно опасных последствий (виновный, во-первых, вызывает своими действиями ряд событий и сознательно допускает развитие причинно-следственной связи, приводящее к наступлению общественно опасных последствий; во-вторых, он относится безразлично к наступлению вредных последствий, хотя возможность их причинения представляется ему реальной)*.

Таким образом, для квалификации преступных деяний медицинских работников на почве профессиональной безграмотности или профессионального невежества из двух видов умысла, по нашему мнению, наиболее подходит **косвенный умысел**, при котором имеет место незнание конкретных факторов, способных предотвратить наступление опасных последствий своих деяний, чего нет ни при легкомыслии, ни при небрежности.

Альтернативой вышеперечисленным формам вины для квалификации преступных деяний медицинских работников на почве профессиональной безграмотности или профессионального невежества могут быть преступления с двумя формами вины, которые представляют собой юридическое объединение двух самостоятельных преступлений, в котором одно является умышленным, а второе — неосторожным<sup>14</sup>.

<sup>14</sup> Пикалов И. А. Цит. соч. — С. 69.

Согласно ст. 27 УК РФ «Если в результате совершения умышленного преступления причиняются тяжкие последствия, которые по закону влекут за собой более строгое наказание и которые не охватывались умыслом лица, уголовная ответственность за такие последствия наступает только в случае, если лицо предвидело возможность их наступления, но без достаточных к тому оснований самонадеянно рассчитывало на их предотвращение, или в случае, если лицо не предвидело, но должно было и могло предвидеть возможность наступления этих последствий, в целом такое преступление признаётся совершённым умышленно».

По отношению к медицинским работникам двойная форма вины чаще представлена двумя статьями УК РФ: ст. 124. *Неоказание помощи больному*; ст. 125. *Оставление в опасности*. К признакам двойной формы вины относятся: субъективный «умысел (прямой или косвенный)»; квалифицирующий: «неосторожность (в виде легкомыслия или небрежности)».

Более подходящим сочетанием для квалификации преступления медицинских работников по причине профессиональных безграмотности или невежества нам представляется юридическое объединение в виде **«косвенного умысла или небрежности»**.

Тем не менее, многие юристы и специалисты других профилей, занимающиеся правом, склонны рассматривать преступления медицинских работников по причине профессиональных безграмотности или невежества в рамках **преступной неосторожности**. В частности, заслуженный деятель науки РФ, Почётный работник высшего профессионального образования РФ, народный врач Республики Карелия, доктор медицинских наук, профессор, автор монографии «Этюды медицинского права и этики»<sup>15</sup>. А. П. Зильбер пишет: «Полагаем, что к преступной неосторожности следовало бы, помимо **легкомыслия и небрежности**, отнести и **преступное невежество**, которое мы определяем как *недостаточность профессиональных знаний и навыков при возможности и необходимости их получения*. Преступное невежество пока не входит в УК РФ, но в той формулировке, которую мы предлагаем, ликвидация невежества

---

<sup>15</sup> Зильбер А. П. Этюды медицинского права и этики / А. П. Зильбер. — М.: МЕДпресс-информ, 2008. — С. 190.



становится активной задачей не только администрации (ст. 196 ТК РФ), но и активным требованием государства к врачу, а не просто напоминанием о его праве на профессиональную подготовку (ст. 197 ТК РФ)».

Далее в вышеназванной монографии А. П. Зильбер по сути касается вопросов *криминализации и декриминализации* деяний медицинских работников: «Должно быть доказано, что между действиями (бездействием) врача или сестры и вредными последствиями здоровью больного есть причинная связь. Само по себе ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей должно повлечь за собой *дисциплинарную*, но не уголовную ответственность. Если же тяжкий или средней тяжести вред здоровью больного причинно связан с действием (бездействием) врача или сестры, то эти лица подлежат уголовной ответственности, если не доказано, что возникший вред входит в комплекс неизбежных ятрогенных повреждений...»<sup>16</sup>.

Продолжая тему профессиональных безграмотности или невежества, их профилактики и ликвидации, следует заметить, что по материалам социологических исследований лишь 20–30% выпускников специальных учебных заведений, в том числе медицинских, достойны получения дипломов и прочих документов, дающих право на работу. Благодаря оставшимся в абсолютном большинстве «недоучкам» пациенты имеют большие шансы встретиться со «специалистом-невеждой», который может навредить не столько в силу неосторожности, сколько по причине безграмотности. Известно, что этот контингент «псевдоспециалистов» не имеет базы даже для самообразования в целях ликвидации дефицита знаний и навыков, а потому многие из них не имеют привычки к чтению специальной литературы и доводят это до абсолютного нуля сразу по окончании учебного заведения. Поэтому «*презумпция знаний*», о чем, как о недопустимой ситуации, заявил на круглом столе 3 марта 2017, состоявшемся в Северо-Западном филиале ФГБОУВО «РГУП», начальник кафедры уголовного права Омской академии МВД России, доктор юридических наук, доцент Бавсун Максим Викторович, является реальией, с которой нельзя не согласиться.

---

<sup>16</sup> Зильбер А. П. Цит соч. — С. 191.

Чтобы подчеркнуть роль труда в получении медицинского образования А. П. Зильбер предлагает читателю «...7 принципов, составляющих основу становления любого специалиста и обеспечивающих безопасность его работы»<sup>17</sup>:

- учёба и узнавание нового никогда не должны прерываться;
- специальность может быть узкой, образование — не должно;
- здоровье и образование должны способствовать взаимному совершенствованию;
- рост знаний и умения должны сочетаться с работой над собственной культурой;
- учёба, как и работа, должны быть в радость: умственная и физическая нагрузка должны чередоваться с разгрузочным весельем;
- информация доступна всем: каждый берёт себе столько, сколько он хочет и может взять;
- учёба может быть плодотворной только при желании учащегося: можно подвести лошадь к водопою, но нельзя её заставить пить».

...перечисленные 7 принципов характеризуют образование как процесс получения знаний и навыков. Охарактеризовать же образование как результат можно совсем коротко: «**Образование — это то, что остаётся у человека, когда всё выученное напрочь забыто**», — а потому — «**Учиться, учиться и ещё раз учиться!**»<sup>18</sup>

#### Список литературы:

1. Трудовой кодекс Российской Федерации от 30.12.2001 №197-ФЗ (ред. от 03.07.2016) (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2017) // СПС «Консультант Плюс».
2. Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 №63-ФЗ (ред. от 07.02.2017) // СПС «Консультант Плюс».

<sup>17</sup> Зильбер А. П. Цит соч. — С. 529–530.

<sup>18</sup> В. И. Ленин. Полное собрание сочинений, изд. 5-е.— М.: Издательство политической литературы, 1967. Т. 4. — С. 269.

3. *Александрова З.Е.* Словарь синонимов русского языка: практический справочник: около 11000 синоним. рядов. 16-е изд., стереотип / Русский язык–Словари/. — М.: Дрофа-Медиа, 2008. — 592 с.
4. *Ленин В.И.* Полное собрание сочинений, изд. 5-е. — М.: Издательство политической литературы, 1967. — Т. 4.
5. *Зильбер А.П.* Этюды медицинского права и этики / А.П. Зильбер/. — М.: МЕДпресс-информ, 2008.— 848 с.
6. *Пикалов И. А.* Уголовное право в схемах и таблицах: Общая и Особенная части — М.: Эксмо, 2014. — 688 с.
7. *Ушаков Д. Н.* Большой толковый словарь русского языка. — М.: Альта-Принт, 2006. — 1239 с.

*Данилов Е. О.<sup>1</sup>*

*Danilov E. O.*

**К ВОПРОСУ ОБ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ЗА НЕЗАКОННОЕ ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ  
МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

**TO THE QUESTION OF LIABILITY FOR ILLEGAL EXERCISE OF MEDICAL  
ACTIVITY**

**Аннотация:** В статье рассматривается проблема ответственности за незаконную медицинскую деятельность. Проводится ретроспективный сравнительно-правовой анализ законодательных актов. Особое внимание уделено проблеме применения норм действующего законодательства.

**Abstract:** The problem of liability for illegal medical activities is considered in the article. There is a retrospective comparative legal analysis of legislation. Special attention is paid to the problem of application of norms of criminal legislation.

**Ключевые слова:** незаконная медицинская деятельность, уголовная ответственность.

**Keywords:** illegal medical activity, criminal liability.

Общество традиционно предъявляет к врачам высокие требования, направленные на недопущение в их деятельности профессиональных ошибок, влекущих невосполнимые последствия. В России XVII в. за смерть от неправильного лечения или «важный вред здоровью» виновные предавались церковному покаянию; врачам воспрещалась практика, «доколе они не выдержат нового испытания и не получают свидетельства в надлежащем знании своего дела».

Впервые преступления, связанные с нарушением установленного порядка осуществления медицинской деятельности, обнаруживаются в Уставе о наказаниях, налагаемых мировыми судьями, принятом в 1864 г. Так, ст. 104 данного Устава предусматривала наказание в виде ареста не свыше трех месяцев или денежное взыскание

---

<sup>1</sup> ДАНИЛОВ Егор Олегович, доцент кафедры детской стоматологии СЗГМУ им И. И. Мечникова, кандидат медицинских наук (г. Санкт-Петербург).

не свыше трехсот рублей за «врачевание из корыстных видов, в случае последовавшего от того вреда, если оно осуществлялось виновным, не имеющим права заниматься врачебной практикой».

Первоначально Уложение о наказаниях уголовных и исправительных 1845 г. не включало нормы об ответственности за незаконное занятие частной медицинской практикой (исключение составлял лишь такой вид деятельности, как оспопрививание). В дальнейшем в Уложение была включена ст. 771.1, согласно которой «если от врачевания лицами, не имеющими на то права и употреблявшими при лечении ядовитыми или сильнодействующими веществами, произойдет вред для здоровья, то виновные подвергаются заключению в тюрьме от двух до четырех месяцев, или аресту от семи дней до трех месяцев, или денежному взысканию не свыше трехсот рублей». Следует отметить, что, в отличие от современного российского законодательства, Уложение в редакции 1885 г. возлагало ответственность за незаконное занятие медицинской практикой в первую очередь на чиновников, допустивших к соответствующей деятельности не имеющих на то права лиц.

В Уголовном уложении 1903 г. также предусматривалась ответственность за незаконное врачевание. В соответствии со ст. 195 данного уложения «не имеющий права заниматься врачебной практикой или лишенный этого права, виновный во врачевании веществами ядовитыми или сильнодействующими, наказывается: арестом не свыше трех месяцев или денежную пеню не свыше 300 руб. При этом наказание не применяется к лицу, безвозмездно оказавшему врачебную помощь».

В советский период впервые ответственность за незаконное врачевание была установлена в Уголовном кодексе РСФСР 1926 г. (п. 180). Там за занятие врачеванием как профессией лицами, не имеющими надлежаще удостоверенного медицинского образования, а равно занятие медицинским работником такого рода медицинской практикой, на которую он не имеет права, были предусмотрены принудительные работы на срок до шести месяцев или штраф до 500 рублей.

В Уголовном кодексе РСФСР 1960 г. в главе «Преступления против общественной безопасности, общественного порядка и здоровья населения» также располагалась норма, устанавливающая

ответственность за незаконное врачевание (ст. 221). Согласно данной норме в редакции 1992 г. занятие врачеванием как профессией лицом, не имеющим надлежащего медицинского образования, наказывалось исправительными работами на срок до двух лет, или штрафом до трех минимальных месячных размеров оплаты труда, либо влекло применение мер общественного воздействия.

Сравнительно-правовой анализ норм прежнего и современного российского законодательства позволяет проследить изменчивость в определении условий наступления ответственности за незаконную медицинскую практику. Так, для наступления ответственности за незаконное врачевание в дореволюционной России изначально необходимо было наличие таких признаков, как оказание услуг с корыстной целью и причинение вреда здоровью пациента. Однако эти условия были вовсе не обязательны в советский период, когда для привлечения к уголовной ответственности достаточно было уже самого факта занятия врачеванием лицом без надлежащего образования.

В Уголовном кодексе Российской Федерации 1996 г. (далее — УК РФ) «незаконное врачевание» трансформировалось в «незаконное занятие частной медицинской практикой или частной фармацевтической деятельностью» (ст. 235 УК РФ). При этом ответственность была установлена за занятие частной медицинской практикой лицом, не имеющим лицензии на избранный вид деятельности, если это повлекло по неосторожности причинение вреда здоровью или смерть человека. Следует отметить, что в соответствии со ст. 56 Основ законодательства об охране здоровья граждан (утв. 22.07.1993 № 5487–1), действовавших до 1 января 2012 г., под частной медицинской практикой понималось оказание медицинских услуг медицинскими работниками вне учреждений государственной и муниципальной систем здравоохранения за счет личных средств граждан или за счет средств предприятий и организаций, в том числе страховых медицинских организаций, в соответствии с заключенными договорами. Занятие частной медицинской практикой без лицензии расценивалось государством как общественно опасное деяние, запрещенное не только уголовным, но и административным законом. В Кодексе Российской Федерации об административных правонарушениях 2001 г. (далее — КоАП РФ) изначально также

указывалось на незаконность занятия частной медицинской практикой без лицензии (ст. 6.2 КоАП РФ).

В 2012 г. вступил в силу Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее — Закон № 323-ФЗ), в котором отсутствует понятие частной медицинской практики. Между тем, в ст. 2 Закона № 323-ФЗ дано определение медицинской деятельности, под которой понимается профессиональная деятельность по оказанию медицинской помощи, проведению медицинских экспертиз, медицинских осмотров и освидетельствований, санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий и профессиональная деятельность, связанная с трансплантацией (пересадкой) органов и (или) тканей, обращением донорской крови и (или) ее компонентов в медицинских целях. Постановлением Правительства РФ от 16.04.2012 № 291 установлены виды медицинской деятельности, подлежащие лицензированию. Согласно п. 7 ст. 69 Закона № 323-ФЗ лица, незаконно занимающиеся медицинской деятельностью, несут уголовную ответственность в соответствии с законодательством.

В связи с этим в 2013 г. в ст. 235 УК РФ были внесены изменения: в наименовании слова «занятие частной медицинской практикой или частной фармацевтической деятельностью» заменены словами «осуществление медицинской деятельности или фармацевтической деятельности». При этом из объективной стороны состава преступления, предусмотренного ст. 235 УК РФ, был исключен возмездный характер оказываемой медицинской помощи. Ныне действующая редакция указанной статьи предусматривает ответственность за осуществление медицинской деятельности лицом, не имеющим лицензии на данный вид деятельности, если это повлекло по неосторожности причинение вреда здоровью или смерть человека. Одновременно произошло полное исключение из КоАП РФ административной ответственности за незаконное осуществление частной медицинской практики, и в настоящее время ст. 6.2 КоАП РФ предусматривает ответственность только за незаконное занятие народной медициной.

Таким образом, сегодня любая медицинская деятельность без лицензии, вне зависимости от ее возмездного характера, повлекшая за собой причинение вреда здоровью или жизни человека, может

быть признана уголовно наказуемой. Путем очередной трансформации нормы закона, по сути, был исключен существенный признак наступления уголовной ответственности за незаконную медицинскую практику.

С одной стороны, это может облегчить задачу формирования доказательной базы стороной обвинения, которая теперь освобождена от необходимости доказывать направленность деятельности на получение дохода и систематичность ее осуществления. С другой стороны, как отмечают Е. К. Баклушина и Д. В. Бурсикова, «не приведет ли данная ситуация к коллапсу правоприменительной практики, когда медицинские работники обязаны под угрозой применения уголовной ответственности (ст. 124 УК РФ «Неоказание помощи больному») оказывать экстренную медицинскую помощь при любых обстоятельствах, но при этом воздерживаться от оказания медицинской помощи, не охваченной лицензией?»

При расследовании уголовных дел по ст. 235 УК РФ важное значение, наряду с документами, подтверждающими наличие у медицинской организации (или частнопрактикующего врача) надлежащей лицензии, имеет вопрос о степени вреда здоровью человека. Следует отметить, что в законе в качестве обязательного признака состава преступления, предусмотренного ч. 1 ст. 235 УК РФ, названо причинение вреда здоровью по неосторожности без уточнения, о какой степени вреда здоровью идет речь. Видимо, поэтому одни криминалисты полагают, что данным понятием охватывается любой тяжести вред здоровью, другие — только тяжкий и средней тяжести, а третьи — только тяжкий.

Так, например, Б. А. Спасенников считает, что ответственность, предусмотренная ч. 1 ст. 235 УК РФ, наступает при причинении вреда любой тяжести здоровью одного человека. По мнению М. А. Кауфмана, причинение любого другого вреда здоровью по неосторожности, кроме тяжкого, уголовной ответственности не влечет: за причинение легкого вреда здоровью по неосторожности она изначально не предусмотрена, а причинение средней тяжести вреда здоровью декриминализовано (исключение составляет только ч. 1 ст. 124 УК РФ). Такой вывод о виде вреда здоровью, как единственно возможный и прямо вытекающий из уголовного закона, находит поддержку в специальной литературе.



Между тем, в правоприменительной практике преступление, квалифицируемое по ч. 1 ст. 235 УК РФ, считается оконченным с момента причинения вреда здоровью человеку вне зависимости от степени вреда. Так, приговором Ремонтненского районного суда (Ростовская область) от 10.05.2011 по делу № 1–37/11 гр. Е. был признан виновным в совершении преступления, предусмотренного ч. 1 ст. 235 УК РФ, при следующих обстоятельствах. Являясь индивидуальным предпринимателем, он, не имея необходимой лицензии, оказал гр. К., обратившейся к нему с острой зубной болью, стоматологическую услугу по удалению зуба. В результате был допущен дефект (неполное удаление зуба), из-за чего у гр. К. наступило ухудшение состояния здоровья (асимметрия лица, отек мягких тканей, сильная боль и нарушение функции жевания), которое согласно заключению судебно-медицинской экспертизы, было расценено как легкий вред, причиненный здоровью человека.

Для совершенствования правоприменительной практики по делам о незаконном осуществлении медицинской деятельности необходимо обобщение судебных и экспертных решений по данной категории дел и, возможно, рассмотрение данного вопроса на Пленуме Верховного Суда Российской Федерации.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. *Баклушина Е. К., Бурсикова Д. В.* К вопросу об ответственности за незаконную частную медицинскую практику // *Медицинское право.* 2016. № 3. — С. 23–27.
2. *Гецманова И. В.* Актуальные вопросы правовой оценки и расследования преступлений, связанных с дефектами оказания медицинской помощи // *Медицинское право.* 2007. № 2. — С. 33–40.
3. *Грачева Ю.* Возможно ли судебское усмотрение при пробеле в уголовном праве? // *Уголовное право.* 2010. № 3. — С. 108–112.
4. *Кауфман М. А.* Пробелы в уголовном праве и судебское усмотрение. М.: Юрлитинформ, 2009. — 344 с.
5. *Малахова М. М.* Становление законодательства об ответственности за незаконное занятие частной медицинской практикой или частной фармацевтической деятельностью в дореволюционной России // *История государства и права.* 2006. № 11. — С. 30–31.

6. Приговор Ремонтненского районного суда (Ростовская область) от 10.05.2011 по делу № 1–37/11. URL: <https://rospravosudie.com/court-remontnenskij-rajonnyj-sud-rostovskaya-oblast-s/act-100650903/>.
7. Российское законодательство X–XX веков: В 9 томах / Под ред. О. И. Чистякова. Т. 8. Судебная реформа. — М., 1991. — 496 с.
8. Спасенников Б. А. Незаконное занятие частной медицинской практикой или частной фармацевтической деятельностью (комментарий к ст. 235 Уголовного кодекса РФ) // Медицинское право. 2012. № 4. — С. 47–49.
9. Фрейбергъ Н. Г. Врачебно-санитарное законодательство в России. — СПб.: Практическая медицина, 1913. — 1072 с.

*Дворянсков И. В.<sup>1</sup>*

*Dvoryanskov I. V.*

**О ПРОБЛЕМЕ УГОЛОВНО-ПРАВОВОГО СТАТУСА МЕДИЦИНСКИХ  
РАБОТНИКОВ**

**ON THE PROBLEM OF CRIMINAL AND LEGAL STATUS OF MEDICAL  
WORKERS**

**Аннотация:** В статье рассматриваются проблемы уголовно-правовой регламентации статуса медицинских работников в качестве специального субъекта преступления. Выявляются пробелы в регулировании ответственности этой категории лиц, формулируются предложения по внесению дополнений в уголовный закон.

**Abstract:** The article deals with problems of criminal legal regulation of the status of health workers as a special subject of the crime. Gaps in the regulation of the liability of this category of persons are identified; proposals for amending the criminal law are being formed.

**Ключевые слова:** медицинские работники, фармацевтические работники, специальный субъект, уголовная ответственность, освобождение от наказания, принудительные меры медицинского характера.

**Keywords:** health care workers, pharmaceutical workers, the special subject of criminal responsibility, exemption from punishment, coercive measures of a medical nature.

В российском уголовном праве особое место занимает институт специальных субъектов преступления. Его значение определяется, во-первых, возможностью устанавливать и дифференцировать ответственность за «профессиональные» преступления; во-вторых, создавать специальные нормы, устанавливающие ответственность за общественно-опасные деяния в узкой сфере деятельности; в-третьих, облегчением квалификации деяния, так как зачастую

---

<sup>1</sup> ДВОРЯНСКОВ Иван Владимирович, главный научный сотрудник НИЦ-2 ФКУ «НИИ ФСИН России», доктор юридических наук, доцент (г. Москва).

по признакам специального субъекта легче определить родовую и видовую принадлежность состава преступления, нежели чем по объекту<sup>2</sup>.

Однако, к сожалению, до сих пор отсутствуют унифицированные правила закрепления признаков специальных субъектов в нормах Особенной части УК РФ. Это приводит к тому, что в одних случаях они прямо указываются в законе, в других дается ссылка на общее определение (как это сделано, например, в примечании к ст. 285 УК РФ), в-третьих, делается отсылка к другим нормативным правовым актам (она может быть как прямой, с указанием конкретного закона или подзаконного акта, так и косвенной, когда говорится об обязанностях, правомочиях или других признаках правового статуса лица).

Наконец, в ряде случаев наличие специального субъекта может лишь подразумеваться, что требует дополнительного разъяснения при помощи легального, судебного или доктринального толкования.

В этой связи весьма непростая ситуация сложилась вокруг уголовно-правового статуса медицинского работника. Начнем с того, что уже сам этот термин обозначает довольно неоднородную группу субъектов — это и врачи (нередко имеет значение специальность, например, врач-акушер, санитарный врач и т. п.), вспомогательный медперсонал, фармацевты и др.

Как показывает анализ уголовного законодательства, оно регулирует достаточно широкий спектр общественных отношений, в которых субъектами выступают медики. Причем речь идет не только о регламентации составов преступлений с их участием, но и о позитивном регулировании их деятельности, имеющей уголовно-правовое значение в Общей части УК РФ. Как правило, предусматривается их участие в качестве экспертов или специалистов, принимающих юридически значимые решения.

---

<sup>2</sup> Хотя мы не согласны с утверждением, что границы объекта преступления определяются признаками субъектов общественных отношений. — См.: *Винокуров В. Н.* Квалификация преступлений, совершенных в соучастии специальным субъектом // Современное право. 2015. № 8. — С. 108.

Говоря об этом аспекте, следует обратиться к регламентации оснований освобождения от наказания. Первая группа таких оснований влечет освобождение от уголовно-правовых последствий преступления с факультативным применением каких-либо других уголовно-правовых мер (по усмотрению суда). Так, ст. 81 УК РФ устанавливает освобождение от наказания в связи с болезнью. Лицам, у которых после совершения преступления наступило психическое расстройство, лишаящее его возможности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими, суд может назначить принудительные меры медицинского характера.

Лица, заболевшие после совершения преступления иной тяжелой болезнью, препятствующей отбыванию наказания, могут быть освобождены судом от отбывания наказания (факультативно). Военнослужащие же, отбывающие арест либо содержание в дисциплинарной воинской части, императивно освобождаются от дальнейшего отбывания наказания в случае заболевания, делающего их негодными к военной службе. Однако неотбытая часть наказания может быть заменена им более мягким видом наказания.

В ст. 82<sup>1</sup> УК РФ говорится об отсрочке отбывания наказания больным наркоманией.

И в том, и в другом случае большая роль принадлежит медикам, которые дают заключение о наличии заболевания.

Ещё одна группа оснований освобождения связана с применением принудительных мер медицинского характера, содержащихся в 97–104 УК РФ, которые в большинстве своем посвящены одному из социально значимых заболеваний — психическим расстройствам. Примечателен тот факт, что ч. 1 ст. 104 УК РФ прямо определяет медицинские организации государственной системы здравоохранения, оказывающие психиатрическую помощь в амбулаторных условиях, как органы, реализующие принудительные меры медицинского характера в отношении лиц, которым назначены наказания, не связанные с изоляцией осужденного от общества. Для уяснения процедуры выдачи медицинского заключения необходимо обратиться к Постановлению Правительства Российской Федерации от 06.02.2004 № 54 «О медицинском освидетельствовании

осужденных, представляемых к освобождению от отбывания наказания в связи с болезнью»<sup>3</sup>.

Вместе с тем, уголовный закон не содержит эффективного механизма, обеспечивающего добросовестное выполнение медицинскими работниками своих обязанностей в рамках рассматриваемых отношений по освобождению осужденных от наказания. При этом законодатель пользуется достаточно широким по смыслу термином, не позволяющим работникам уголовно-исполнительной системы конкретизировать для себя не только виды (формы) тяжелых заболеваний, но и сами эти заболевания. Таким образом, принятие такого серьезного юридического решения как освобождение от наказания непосредственно зависит от усмотрения профессионального медицинского работника. Однако, несмотря на сложность и почетность их труда, к сожалению, нельзя исключать злоупотреблений ими своими полномочиями, которые могут привести не только к необоснованному освобождению осужденного от наказания, но и спровоцировать последующий рецидив преступлений, привести к существенным негативным последствиям. Не исключена вероятность подкупа медицинских работников в целях выдачи ими «нужных» заключений.

Кроме общих норм о должностных преступлениях, других оснований привлечения недобросовестных медицинских работников, давших заведомо ложное заключение о наличии у осужденного заболевания, не существует. К тому же, далеко не всегда их статус соответствует признакам должностного лица.

Возможность квалификации таких деяний по ст. 307 УК РФ, как заведомо ложные показания, заключение эксперта, специалиста или неправильный перевод, существует только в случаях, когда возбуждено новое уголовное дело и оно находится на стадии предварительного следствия или судебного рассмотрения. Да и предмета преступления в данном случае не будет, поскольку в этом случае показания или заключение будут касаться нового преступления, а не оснований освобождения от наказания за предыдущее.

---

<sup>3</sup> Постановление Правительства РФ от 06.02.2004 № 54 «О медицинском освидетельствовании осужденных, представляемых к освобождению от отбывания наказания в связи с болезнью» // Российская газета. № 28, 13.02.2004.

Очевидно, что существует необходимость уголовно-правовой новации, закрепляющей ответственность медицинских работников за заведомо ложные заключения о наличии у осужденного заболевания, дающего основание для освобождения его от наказания.

Еще одна проблема, о которой мы упоминали ранее, — заключается в отсутствии уголовно-правового понятия медицинского работника и, как следствие, в возникающих проблемах квалификации.

В ряде статей используются различные наименования медицинских работников. Вот лишь некоторые варианты обозначения медицинских работников в качестве специальных субъектов: лицо, не имеющее высшего медицинского образования соответствующего профиля (ст. 123 УК РФ); лицо, обязанное оказывать помощь больному в соответствии с законом или со специальным правилом (ст. 124 УК РФ); лицо, обязанное хранить факт усыновления (удочерения) как служебную или профессиональную тайну (ст. 155 УК РФ); специалист по спортивной медицине (ст. 230<sup>1</sup>, 230<sup>2</sup>, УК РФ).

Существуют уголовно-правовые нормы, в которых специальный субъект вообще не упоминается, хотя по содержанию преступления их совершают именно медицинские работники, в том числе санитарные врачи, патологоанатомы, а также фармацевты: ст. 128 УК РФ («Незаконная госпитализация в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях»); ст. 233 УК РФ («Незаконная выдача либо подделка рецептов или иных документов, дающих право на получение наркотических средств или психотропных веществ»); ст. 234 УК РФ («Незаконный оборот сильнодействующих или ядовитых веществ в целях сбыта»); ст. 234<sup>1</sup> УК РФ («Незаконный оборот новых потенциально опасных психоактивных веществ»); ст. 235 УК РФ («Незаконное осуществление медицинской деятельности или фармацевтической деятельности»); ст. 2351 УК РФ («Незаконное производство лекарственных средств и медицинских изделий»); ст. 237 УК РФ («Соккрытие информации об обстоятельствах, создающих опасность для жизни или здоровья людей»); ст. 2381 УК РФ («Обращение фальсифицированных, недоброкачественных и незарегистрированных лекарственных средств, медицинских изделий и оборот фальсифицированных биологически активных добавок»);

ст. 244 УК РФ («Надругательство над телами умерших и местами их захоронения»).

Таким образом, несмотря на довольно хорошо разработанное в отечественной уголовно-правовой науке учение о специальном субъекте, оно не всегда находит отражение в уголовном законе. Это наглядно демонстрируют нормы об ответственности медицинских работников. Выходом из сложившейся ситуации может быть создание нормы в УК РФ с определением «медицинский работник» и «фармацевтический работник», данным в ст. 2 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2017)<sup>4</sup>.

Думается, что такая норма может быть сформулирована следующим образом:

### **Статья 228<sup>5</sup> «Злоупотребление полномочиями медицинскими или фармацевтическими работниками**

Использование медицинским или фармацевтическим работником своих полномочий в нарушение законодательства об охране здоровья в целях извлечения выгод и преимуществ для себя или других лиц либо нанесения вреда другим лицам, если это деяние повлекло причинение существенного вреда правам и законным интересам граждан или организаций либо охраняемым законом интересам общества или государства, —

наказывается...

Примечания:

1. Под медицинским работником в статьях настоящего Кодекса понимается физическое лицо, которое имеет медицинское или иное образование, работает в медицинской организации и в трудовые (должностные) обязанности которого входит осуществление медицинской деятельности, либо физическое лицо, которое является индивидуальным предпринимателем, непосредственно осуществляющим медицинскую деятельность.

---

<sup>4</sup> См.: Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 03.07.2016) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2017) // Собрание законодательства РФ. 2011. № 48. Ст. 6724.



2. Под фармацевтическим работником в статьях настоящего Кодекса понимается физическое лицо, которое имеет фармацевтическое образование, работает в фармацевтической организации и в трудовые обязанности которого входят оптовая торговля лекарственными средствами, их хранение, перевозка и (или) розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения (далее — лекарственные препараты), их изготовление, отпуск, хранение и перевозка.

**Список литературы:**

1. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 03.07.2016) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2017) // Собрание законодательства РФ. 2011. № 48. Ст. 6724.
2. Постановление Правительства РФ от 06.02.2004 № 54 «О медицинском освидетельствовании осужденных, представляемых к освобождению от отбывания наказания в связи с болезнью» // Российская газета. № 28, 13.02.2004.
3. *Винокуров В. Н.* Квалификация преступлений, совершенных в соучастии специальным субъектом // Современное право. 2015. № 8. — С. 108–111.

*Комарницкий А. В.<sup>1</sup>*

*Komarnitsky A. V.*

**НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИЕ В СФЕРЕ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ:  
ВОПРОСЫ УГОЛОВНО-ПРАВОВОЙ ЗАЩИТЫ**

**MINORS IN THE FIELD OF MEDICAL PRACTICE: ISSUES OF CRIMINAL  
AND LEGAL PROTECTION**

**Аннотация:** Проблема уголовной ответственности медицинских работников за профессиональные правонарушения против жизни и здоровья несовершеннолетних является важной социальной, сложной юридической и актуальной судебно-медицинской проблемой, что требует ее тщательного изучения на основе современных достижений как правовой, так и медицинской науки. Законное привлечение к уголовной ответственности медицинских работников, виновных в причинении смерти несовершеннолетним, вынесение обвинительного приговора является мерой восстановления социальной справедливости и важной составляющей системы виктимологической профилактики подобных преступлений.

**Abstract:** The issue of criminal responsibility of health care workers for professional offenses against life and health of minors is considered as an important social, complex legal and timely forensic medical problem that requires its careful study based on modern achievements both legal and medical science. The legitimate criminal prosecution of medical workers guilty of causing the death of minor citizens, a conviction, is a measure of the restoration of social justice and an important component of the system victimological prevention of such crimes.

**Ключевые слова:** ятрогения, медицинские преступления, несовершеннолетние.

**Keywords:** iatrogeny, medical crimes, minors.

---

<sup>1</sup> КОМАРНИЦКИЙ Анатолий Васильевич, профессор кафедры уголовного права юридического факультета РГПУ им. А. И. Герцена, кандидат юридических наук, доцент (г. Санкт-Петербург).

Несовершеннолетние, писал Г. Гентинг, «... слабы физически и с наибольшей степенью вероятности могут стать жертвой... Детство — самый опасный период жизни»<sup>2</sup>. В связи с этим необходимость специально исследовать вопросы взаимодействия преступника и его несовершеннолетней жертвы, вопросы возможного провоцирующего воздействия на отдельные категории преступных лиц очевидной беззащитности и внушаемости ребенка, характера его поведения, а также на разработку мер виктимологической профилактики преступлений против детства<sup>3</sup>. На 1 января 2016 года, по оценке Росстата, численность несовершеннолетних (от 0 до 18 лет), постоянно проживающих в России, составила 29014 тыс. человек, в том числе 9512 тыс. в возрасте от 0 до 5 лет; 3407 тыс.— 5–6 лет; 13440 тыс.— 7–15 лет; 2655 тыс.— 16–17 лет<sup>4</sup>.

В 2015 году отмечается увеличение показателя общей заболеваемости среди детей в возрастной группе от 0 до 14 лет на 0,4% или 223920,7 на 100 тыс. населения данного возраста (в 2014 г. данный показатель составлял 222962,2; в 2013 г.— 230429,0). В структуре общей заболеваемости первые ранговые места занимают болезни органов дыхания, органов пищеварения, болезни глаза и его придаточного аппарата, травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин, болезни кожи и подкожной клетчатки и болезни нервной системы. За пределы территории Российской Федерации за счет средств федерального бюджета были направлены 8 детей (2014 г.— 7 человек; 2013 г.— 9 человек)<sup>5</sup>.

Вместе с тем расходы федерального бюджета на развитие специализированной медицинской помощи несовершеннолетним, предусмотренные в рамках государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» по подпрограмме «Охрана здоровья матери и ребенка», в 2015 году сократились и составили 4128,5 млн рублей (2014 г.— 9928,2 млн рублей). Необходимо

---

<sup>2</sup> Hentig H. The Criminal and his Victim. — Newhaven, 1948. — С. 404.

<sup>3</sup> Karmen A. Crime Victims. An Introduction to Victimolog. Brooks/Cole, 1995. — С. 22.

<sup>4</sup> Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации. Государственный доклад о положении детей и семей, имеющих детей, в РФ. — М., 2015.

<sup>5</sup> Там же.

отметить, что и Закон о бюджете Министерства финансов РФ предполагает резкое сокращение расходов на здравоохранение в 2017 году<sup>6</sup>. Если в уточненной росписи бюджета 2016 года на эти цели потрачено 544 миллиарда рублей, то в 2017 году лишь 362 миллиарда рублей.

В соответствии с ч. 1 ст. 38 Конституции РФ материнство и детство, семья находятся под защитой государства. В охране конституционных прав несовершеннолетних на жизнь и здоровье исключительное значение имеет своевременная и качественная медицинская помощь. Согласно ч. 1 ст. 41 Конституции РФ, каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь.

Ст. 10 ФЗ от 24 июля 1998 г. №124-ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации» обеспечивает гарантию права детей на охрану здоровья. Ст. 18 ФЗ от 24 июня 1999 г. №124-ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних» возлагает на органы управления здравоохранением и учреждения здравоохранения их защиту.

Качество медицинской помощи в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 №232-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обеспечивается наличием необходимого количества медицинских работников и уровнем их квалификации, а также предоставлением медицинской организацией гарантированного объема медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания несовершеннолетним медицинской помощи.

Неисполнение либо ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей медицинскими работниками не только нарушает конституционное право на медицинскую помощь, но и посягает на первостепенные социальные ценности жизнь и здоровье несовершеннолетних. Законодательное обеспечение государственной политики всесторонней охраны жизни предполагает детальное рассмотрение преступлений медработников и поиск способов снижения вероятности таких случаев в медицинской деятельности.

Уголовно-правовая характеристика преступлений, совершаемых в сфере медицинской деятельности, требует анализа специфических

---

<sup>6</sup> Портал [finanz.ru](http://finanz.ru).

признаков данной группы деяний, их классификации. Именно системный подход позволяет видеть изучаемые явления в научно обоснованном и структурированном виде, выявлять их взаимосвязи и соподчинения, понять их как части целого и, базируясь на представлении об этой целостности, прогнозировать наличие недостающих звеньев, т. е. осуществлять диагностирование и предсказание новых явлений<sup>7</sup>.

Доктор медицинских наук, профессор Н. А. Огнерубов понятие «преступления в сфере здравоохранения» считает значительно шире, нежели понятие «преступления в сфере медицинской деятельности». Последние, как он считает, охватывают лишь те деяния, которые находятся в рамках взаимоотношений «врач-пациент» и совершаются в процессе поддержания и восстановления здоровья граждан, осуществляемых путем профилактики, диагностики и лечения заболеваний пациентов, а также ухода за больными и их реабилитации<sup>8</sup>.

В этой связи полагаем, что в основу определения понятия «преступления в сфере медицинской деятельности» необходимо закладывать дефиницию «ятрогения», которая была введена немецким психиатром О. Бумке в 1925 г. для обозначения причинения вреда пациенту неосторожным, необдуманном, бестактным словом врача<sup>9</sup>.

Фактическое представление о состоянии преступности в сфере оказания профессиональной медицинской помощи можно получить преимущественно из материалов, публикуемых в средствах массовой информации, либо из обращений граждан.

Так, в частности, по данным медицинских источников, криминальные ятрогении наиболее часто встречаются при диагностировании в результате постановки неверного диагноза (11–34%) и ошибочном лечении. Так, например, при хирургическом лечении в Санкт-Петербурге — 72,9%, в Москве — 73,03%;

---

<sup>7</sup> Кудрявцев В. Н., Лунеев В. В. О криминологической классификации преступлений // Государство и право. 2005. № 6. — С. 54.

<sup>8</sup> Огнерубов Н. А. Проблемы и основания дифференциации преступлений в сфере медицинской деятельности // Вестник ТГУ. — Тамбов, 2010. № 8. — С. 46.

<sup>9</sup> Большая медицинская энциклопедия. — М., 1979. — С. 819.

терапевтическом — соответственно 13,84 и 18,54%; при лечении физическими методами — 4,38 и 5,06%<sup>10</sup>.

Рассматривая ятрогенное воздействие как преступное необходимо учитывать, что в качестве объекта преступления в науке уголовного права принято рассматривать охраняемые уголовным законом общественные отношения, которым оно причиняет или может причинить вред<sup>11</sup>.

На наш взгляд, наиболее емкое определение, было предложено А. В. Шапошниковым, который, анализируя медико-правовые аспекты рассматриваемого явления, пришел к выводу, что под ятрогенией следует понимать «негативные прямые и косвенные последствия действий, а также высказываний медицинских работников, обладающих прямыми распорядительными и исполнительными функциями в период и на месте выполнения ими профессиональных или служебных обязанностей, на здорового или больного человека, повлекшие за собой изменения его психического или физического состояния независимо от времени их наступления»<sup>12</sup>.

Именно такое понимание проблемы положено в основу классификации ятрогений, предложенной Ю. Д. Сергеевым и С. В. Ерофеевым, которые выделяют «виновный» и «естественный» риски, что предполагает наличие ятрогенного умышленного причинения вреда любой тяжести. Подобный подход вызывает возражения в профессиональной среде на том основании, что предложенная классификация подменяет уже имеющиеся юридические понятия, что заставит юристов «подстраиваться под новую медико-правовую терминологию и употреблять особые термины только на том основании, что события, действия и факты имели место в медицине при оказании помощи больному»<sup>13</sup>.

---

<sup>10</sup> Никитина И. О. Преступления в сфере здравоохранения (законодательство, юридический анализ, квалификация, причины и меры предупреждения): автореф. дис. ... канд. юр. наук. — Нижний Новгород, 2007. — С. 43.

<sup>11</sup> Уголовное право. Актуальные проблемы теории и практики: сборник очерков / Под ред. В. В. Лунеева. — М., 2010. — С. 117.

<sup>12</sup> Шапошников А. В. Ятрогенная. Терминологический анализ и конструирование понятия. — Ростов-на-Дону, 1998. — С. 79–80.

<sup>13</sup> Ардашева Н. А. Словарь терминов и понятий по медицинскому праву. — СПб., 2007. — С. 528.

По мнению Н. А. Огнерубова, подобная аргументация представляется не вполне убедительной, поскольку юридическая наука не застывшее явление, она должна развиваться в соответствии с потребностями практики, и разработка новых понятий, изменение на их основе действующего законодательства являются основными задачами правовой доктрины<sup>14</sup>.

Для решения вопроса об уголовной ответственности медицинских работников за профессиональные преступления следователю и суду необходимо выяснить: 1) неправильность или несвоевременность оказания медицинской помощи; 2) наступление смерти пострадавшего; 3) причинную связь между перечисленными действиями (бездействием) медицинских работников и смертью; 4) наличие вины медицинского работника; 5) причины и условия, способствовавшие совершению преступления<sup>15</sup>.

Среди всех преступных действий медицинских работников халатность, в результате которой по неосторожности наступает смерть несовершеннолетнего, и причинение смерти по неосторожности при оказании медицинской помощи рассматриваются как преступления с неосторожной по отношению к последствиям виной.

Закон предусматривает две формы неосторожности: легкомыслие, когда медицинский работник предвидел возможность наступления общественно опасных последствий своих действий или бездействия, но без достаточных к тому оснований самонадеянно рассчитывал на предотвращение этих последствий, и небрежность, когда медицинский работник не предвидел возможности наступления общественно опасных последствий своих действий или бездействия, хотя при необходимой внимательности и предусмотрительности должен был и мог предвидеть их<sup>16</sup>.

Е. В. Червонных, анализируя сведения, характеризующие осужденных медицинских работников с социальной позиции, приходит

---

<sup>14</sup> Огнерубов Н. А. Проблемы и основания дифференциации преступлений в сфере медицинской деятельности // Вестник ТГУ. — Тамбов, 2010. № 8. — С. 48.

<sup>15</sup> Леонтьев О. В. Ответственность за преступления, совершаемые медицинскими работниками. — СПб. 2008. — С. 35.

<sup>16</sup> Пашипян Г. А., Ившин И. В. Профессиональные преступления медицинских работников против жизни и здоровья. — М., 2006. — С. 54.

к следующим результатам: в целом медицинские работники характеризуются положительно как по месту жительства (66,4%), так и по месту работы (54,1%). При этом респонденты, давая отрицательную характеристику виновных медицинских работников, ссылались на такие качества, как замкнутость характера, грубость, безответственность, отсутствие заинтересованности и в ряде случаев на злоупотребление с их стороны спиртными напитками, что, например, в большинстве преступлений, совершаемых в сфере лечебной и эстетической медицины, стало решающим фактором для наступления опасных для жизни и здоровья пациентов последствий<sup>17</sup>.

Важное значение для уголовно-правовой защиты несовершеннолетних имеет особенность проведения проверок в порядке ст. 144 УПК РФ по сообщениям о совершении правонарушений, связанных с неисполнением (ненадлежащим исполнением) медицинскими работниками профессиональных обязанностей, повлекших смерть несовершеннолетних<sup>18</sup>.

На наш взгляд, именно на этом этапе формируется ядро доказательственной базы будущего уголовного дела, очерчивается круг участников уголовного судопроизводства со стороны обвинения и со стороны защиты, круг основных свидетелей, выявляются основные нарушения, допущенные медицинскими работниками при оказании медицинской помощи пациенту, делается вывод о наличии причинной связи между нарушениями и смертью несовершеннолетнего.

При изучении документации необходимо установить круг подлежащих опросу медицинских работников и составить перечень вопросов к ним; получить объяснения медицинских работников. Полученные объяснения целесообразно также направить в орган, проводящий внутриведомственную проверку, хотя в отчете о проверке данные объяснения могут не найти отражения, поскольку проверка в каждом случае сводится к исследованию медицинской,

---

<sup>17</sup> *Червонных Е. В.* Криминологическая характеристика личности преступника — медицинского работника // *Общество и право.* 2008. № 3. — С. 45.

<sup>18</sup> *Сучков А. В.* О предмете доказывания по профессиональным преступлениям, совершенным медицинскими работниками // *Медицинское право.* — М., Юрист, 2011. № 3 (37). — С. 31.



служебной и хозяйственной документации и констатации факта нарушения медицинскими работниками стандартов оказания медицинской помощи<sup>19</sup>.

Решение вопроса о возбуждении уголовного дела основывается на анализе нарушений лечебной деятельности и организационных нарушений. При этом необходимо объективно оценивать сущность нарушений, наличие причинной связи между установленными нарушениями и смертью, для чего в ряде случаев целесообразно получение объяснений лиц, участвовавших в проведении проверки<sup>20</sup>.

Следственно-судебная практика показывает, что установление мотивации преступной деятельности медицинских работников является достаточно сложным ввиду того, что неосторожная форма вины, характерная, как уже было отмечено, для большинства криминальных ятрогений, предполагает бессознательный характер мотивов, поскольку медицинские работники не всегда точно понимают внутреннее содержание своей психической деятельности. Тем не менее, наиболее часто встречаются следующие мотивы: реальная или мнимая боязнь противоположного результата медицинских манипуляций; лень, выражающаяся в поиске кратчайших путей выполнения стоящих задач с минимальными усилиями; опора на неэффективные, устаревшие, но привычные методы диагностики и лечения; равнодушное отношение к пациентам.

По делам о преступлениях врачей проводится медицинская судебная экспертиза качества оказания медицинской помощи (СМЭ КМП), которая исследует фактические данные об обстоятельствах происшествия, устанавливаемые на основе специальных медицинских познаний. Указанная экспертиза проводится комиссионно, ввиду ее сложности и необходимости привлечения авторитетных клиницистов по данному вопросу. Проведение комиссионной экспертизы обеспечивает объективность заключения, так как ее

---

<sup>19</sup> Кошелева И. С. Медицинская документация как объект исследования при расследовании уголовных дел в отношении медицинских работников // Российский следователь. — М.: Юрист, 2010, № 4. — С. 6.

<sup>20</sup> Сучков А. В. О предмете доказывания по профессиональным преступлениям, совершенным медицинскими работниками // Медицинское право. — М.: Юрист, 2011, № 3 (37). — С. 35.

предметом является лечебная деятельность, в которой более компетентны врачи соответствующей специальности<sup>21</sup>.

В ходе экспертизы эксперты должны учитывать не только медицинские документы, но и показания допрошенных по делу лиц и другие источники доказательств, свидетельствующие о характере оказанной медицинской помощи, поскольку медицинская документация не всегда полностью отражает все интересующие следователя вопросы. Все медицинские документы должны быть представлены следователем в подлинниках.

Следует подчеркнуть, что экспертная комиссия решает лишь те вопросы, которые входят в ее компетенцию, не отвечая на вопросы юридического порядка (например, какой врач виновен и в какой степени), ибо вопросы вины подлежат решению органов следствия и суда.

Считаем целесообразным рекомендовать в каждом случае констатации в ходе проведения первоначальной экспертизы отсутствия причинной связи между нарушениями медицинских работников профессиональных обязанностей и смертью пациентов, назначение повторной экспертизы. Проведение повторной экспертизы позволит полностью исключить возможность проявления корпоративной солидарности экспертов-медиков с врачами, вопрос о привлечении которых решается следственными органами, работающих в одном субъекте Российской Федерации.

На наш взгляд, проведение доследственных проверок и расследование уголовных дел необходимо поручать наиболее опытным следственным работникам, имеющим опыт расследования уголовных дел рассматриваемой категории. Поверхностное отношение к расследованию преступлений врачей, отсутствие планирования действий следователя может привести к потере доказательств еще на этапе до следственной проверки, когда, в основном, формируется доказательственная база уголовного дела.

---

<sup>21</sup> Меркулова Л. Е., Черкасова Л. И. Вопросы судебно-медицинской экспертизы при расследовании преступлений о причинении смерти по неосторожности, совершенных медицинскими работниками // Расследование преступлений: проблемы и пути их решения: сборник научно-практических трудов. — М., 2013. Вып. 1. — С. 129.

Профнепригодность структуры управления здравоохранением, низкий уровень материального обеспечения медицинских работников, недостаточное финансирование всей системы здравоохранения, несовершенство законодательства, отток высокопрофессиональных кадров — далеко не весь перечень проблемных вопросов российской медицины в современных условиях.

Законное привлечение к уголовной ответственности медицинских работников, виновных в причинении смерти несовершеннолетним, вынесение обвинительного приговора является мерой восстановления социальной справедливости и важной составляющей системы виктимологической профилактики подобных преступлений.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. *Ардашева Н. А.* Словарь терминов и понятий по медицинскому праву. — СПб., 2007. — 528 с.
2. Большая медицинская энциклопедия. — М., 1979. — 819 с.
3. *Кудрявцев В. Н., Лунеев В. В.* О криминологической классификации преступлений // Государство и право. 2005. № 6. — С. 60–65.
4. *Леонтьев О. В.* Ответственность за преступления, совершаемые медицинскими работниками. — СПб., 2008. — 157 с.
5. *Никитина И. О.* Преступления в сфере здравоохранения (законодательство, юридический анализ, квалификация, причины и меры предупреждения): автореф. дис. ... канд. юр. наук. — Нижний Новгород, 2007.
6. *Огнерубов Н. А.* Проблемы и основания дифференциации преступлений в сфере медицинской деятельности // Вестник ТГУ. — Тамбов. 2010. № 8. — С. 46.
7. *Пашинян Г. А., Ившин И. В.* Профессиональные преступления медицинских работников против жизни и здоровья. — М., 2006. — С. 54.
8. *Шапошников А. В.* Ятрогения. Терминологический анализ и конструирование понятия. — Ростов-на-Дону, 1998. С. 79–80.
9. *Hentig H.* The Criminal and his Victim. — Newhaven, 1948. — С. 404.
10. *Karmen A.* Crime Victims. An Introduction to Victimology. Brooks/Cole, 1995. — С. 22.

*Кунц Е. В.<sup>1</sup>*

*Kunts E. V.*

**ПРОБЛЕМЫ ОТГРАНИЧЕНИЯ ПРЕСТУПНОГО ДЕЯНИЯ ВРАЧА  
И ВРАЧЕБНОЙ ОШИБКИ**

**PROBLEMS OF DELIMITATION OF CRIMINAL ACT OF THE DOCTOR AND  
MEDICAL ERROR**

**Аннотация:** В работе рассматривается понятие врачебной ошибки и возможность их устранения в практической деятельности медицинских работников. Указываются упущения в работе медицинских работников.

**Abstract:** The article deals with the concept of medical error and how to eliminate them in the practical work of medical workers. The omissions in the work of medical personnel are indicated.

**Ключевые слова:** врачебная ошибка, преступления медицинских работников, упущения по работе, профилактика.

**Keywords:** medical error, crimes of medical workers, omissions in work, prevention.

Когда речь идет о профессиональных преступлениях, совершаемых медицинскими работниками, необходимо понимать, в чем же заключается преступное действие или бездействие врача и врачебной ошибки.

Врачебная ошибка, которая не влечет за собой причинение вреда здоровью или жизни пациента, нарушение его гражданских прав, остается на совести медицинского работника и говорит скорее о его компетентности или некомпетентности.

При определении врачебной ошибки очень часто используют определение И. В. Давыдовского. Врачебная ошибка — это добросовестное заблуждение врача, основанное на несовершенстве современного состояния медицинской науки и ее методов исследования,

---

<sup>1</sup> КУНЦ Елена Владимировна, профессор кафедры уголовно-правовых дисциплин Уральского филиала ФГБОУВО «Российский государственный университет правосудия», доктор юридических наук (Челябинск).

либо вызванное особенностями течения заболевания, определенного больного, либо объясняемое недостатком знаний и опыта врача<sup>2</sup>.

Врачебные ошибки по-разному проявляются у разных медицинских специалистов, а именно: неправильный диагноз; ошибки хирургов; ошибки с медицинскими препаратами; внутрибольничные инфекции; несвоевременное оказание медицинской помощи; недочетки.

Академик Е. И. Чазов врачебные ошибки делит на имеющие объективный и субъективный характер<sup>3</sup>. К объективным причинам ошибок он относит: недостаточность сведений в медицинской науке о сути и механизме патологического процесса, позднюю госпитализацию и тяжесть состояния больного, редкость некоторых заболеваний, болезнь без выраженной симптоматики, отсутствие возможности проведения специальных исследований, невозможности получения консультации специалиста. К субъективным причинам относятся: недостаточная квалификация врача, неполнота собранного анамнеза, недостаточное или неполное обследование больного.

Упущения по врачебной работе:

- 1) злоупотребление своими правами, например, незаконное проведение искусственного прерывания беременности;
- 2) дефекты по невежеству, допускаемые малоопытными врачами;
- 3) дефекты по небрежности (оставление инородного тела в брюшной полости, случайное введение одного вещества вместо другого);
- 4) бездумное отношение к больному, грубое обращение с больными;
- 5) чрезмерное передоверие своих обязанностей среднему и младшему медицинскому персоналу;
- 6) ошибки по неосторожности;
- 7) так называемые несчастные случаи;
- 8) ошибки от чрезмерного увлечения, происходящие в поисках иных средств;
- 9) дефекты организации.

---

<sup>2</sup> Давыдовский И. В. Врачебные ошибки // Советская медицина. 1941. — С. 12.

<sup>3</sup> Врачебный диагноз — трудности и ошибки // Литературная газета. 1978. 11 января.

Организационно-управленческие причины являются одними из основных в комплексе детерминант преступлений в области медицины. Своевременные эффективные решения руководителей позволяют устранить количественные показатели преступлений, совершаемых медицинскими работниками в области здравоохранения. Наиболее опасным является то, что зачастую имеет место двойное финансирование.

Как показывают результаты проверок, проводимых правоохранительными структурами, в Фонде обязательного медицинского страхования отсутствуют нарушения в использовании бюджетных средств, абсолютная прозрачность счетов и правильность ведения бухгалтерской документации. Все это есть следствие грамотной политики руководства фонда, в том числе и в подборе кадров.

В целях обеспечения надлежащего оказания медицинской помощи пациентам и недопущения врачебных ошибок необходимы следующие мероприятия: обеспечение профессиональной подготовки, переподготовки и повышение квалификации медицинских работников в соответствии с трудовым законодательством Российской Федерации; регулярное проведение внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности и принятие соответствующих мер по результатам такого контроля; разработка и внедрение внутренних алгоритмов; регламентированного порядка действий работников в той или иной ситуации, правилах ведения медицинской документации; организация семинаров, лекций для работников медицинских организаций, касающихся правового аспекта организации медицинской помощи; введение обязательных норм для сотрудников о своевременном извещении руководства медицинской организации о совершенных правонарушениях для принятия мер, смягчающих последствия правонарушений; проведение тренингов медицинских работников; раскрытие полной и достоверной информации пациентам относительно предписанного им лечения; раскрытию полной и достоверной информации относительно предписанного лечения<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> URS: <http://www.kormed.ru> (дата обращения 12.02.2017).

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:**

1. *Давыдовский И. В.* Врачебные ошибки // Советская медицина. 1941. — С. 12.
2. Врачебный диагноз — трудности и ошибки // Литературная газета. 1978. 11 января.
3. URS: [www.kormed.ru](http://www.kormed.ru) (дата обращения 12.02.2017).

*Лапшина О.Н.<sup>1</sup>*

*Lapshina O.N.*

**КРИМИНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОТИВОПРАВНОЙ  
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В СФЕРЕ  
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО И ЛЮБИТЕЛЬСКОГО СПОРТА**

**CRIMINOLOGICAL CHARACTERISTICS OF ILLEGAL ACTIVITIES  
OF HEALTH WORKERS IN THE FIELD OF PROFESSIONAL AND AMATEUR  
SPORTS**

**Аннотация:** В условиях современных допинговых скандалов особое значение приобретает профилактика незаконной деятельности медицинских работников, обеспечивающих охрану здоровья спортсмена. В определённых случаях возможны ситуации, когда в организм спортсмена с целью победы на предстоящих соревнованиях вводится допинговый препарат, способный впоследствии вызвать фармакологическую зависимость. В этом случае действия врача могут содержать в себе признаки соответствующих составов преступлений, совершаемых в сфере оборота наркотических средств и психотропных веществ.

**Abstract:** In the conditions of modern doping scandals the most important is the prevention of illegal activities of health workers, ensuring the protection of athletes' health. In certain cases, there may be situations when the athlete gets the doping drug in order to win in the upcoming competitions and that subsequently can cause a pharmacological dependence. In this case the doctor acts may contain signs of the relevant offenses committed in the field of narcotic drugs and psychotropic substances.

**Ключевые слова:** преступность в сфере спорта, допинг, уголовная ответственность медицинских работников, преступления против здоровья населения.

**Keywords:** crime in the field of sport, doping, criminal responsibility of medical workers, crimes against public health.

---

<sup>1</sup> ЛАПШИНА Ольга Николаевна, специалист отдела камеральных проверок Инспекции Федеральной налоговой службы России по г. Костроме (г. Кострома).



В настоящее время проблема противодействия употреблению спортсменами-профессионалами и спортсменами-любителями допинговых препаратов для увеличения физических возможностей организма и победы на предстоящих соревнованиях сверхактуальна. По оценкам различных специалистов, подавляющее большинство лиц — участников спортивных состязаний — принимают различные фармакологические препараты с целью искусственного увеличения физической выносливости, повышения болевых порогов организма, ускорения процесса физического восстановления и др.<sup>2</sup>

В свете последних событий, связанных с массовым отстранением спортсменов от участия в международных спортивных состязаниях<sup>3</sup>, равно как и бойкотирования проведения мировых чемпионатов на территории отдельных государств, представители которых были уличены в использовании допинг-препаратов, можно утверждать, что предупреждение употребления спортсменами запрещённых медицинских препаратов является проблемой международного значения<sup>4</sup>.

Однако, несмотря на высокую актуальность обозначенной проблемы, современные правовые и криминологические исследования, преимущественно, не предлагают нам комплексных исследований, направленных на её изучение и выработку системных предложений по её нивелированию. Возможно, что отчасти и по этой причине допинг-преступность в сфере спортивных достижений прочно заняла своё место и характеризуется повышенной степенью латентности.

Здесь же следует обратить внимание на сверхвиктимизацию представителей группы спортсменов-потерпевших от противоправных действий спортивных функционеров и медицинских работников. С одной стороны, введение в их организм препаратов, которые по результатам воздействия на организм сравнимы со многими запрещёнными наркотическими средствами

<sup>2</sup> См.: *Ветров Н. И.* Охрана интересов семьи уголовно-правовыми средствами: Пособие для слушателей народных университетов. — М., 1990. — С. 61–62.

<sup>3</sup> См.: *Александр Жуков:* Есть угроза недопуска России к Олимпиаде-2018. — URL: [www.sport-express.ru/olympics/pyeongchang2018/news/aleksandr-zhukov-est-ugroza-nedopuska-rossii-k-olimpiade-2018-1085783/](http://www.sport-express.ru/olympics/pyeongchang2018/news/aleksandr-zhukov-est-ugroza-nedopuska-rossii-k-olimpiade-2018-1085783/) (дата обращения 15.01.2017).

<sup>4</sup> См.: 170 биатлонистов потребовали от IBU решительных действий в борьбе с допингом. — [www.lenta.ru/news/2017/01/15/170letter/](http://www.lenta.ru/news/2017/01/15/170letter/) (дата обращения 15.01.2017).

и психотропными веществами, осуществляется помимо их воли, а иногда и с их согласия (по просьбе), поскольку является дополнительной возможностью для победы в спортивном состязании. С другой стороны, использование отдельных допинг-препаратов может привести к самым тяжёлым последствиям для здоровья человека или даже к смерти. Разумеется, что всех возможных последствий спортсмен-потерпевший не может знать, а потому даже в случаях дачи согласия на введение в организм того или иного стимулирующего препарата он не представляет в полном масштабе той угрозы, которой подвергается по решению тренера и (или) врача спортивной команды.

Официальные статистические данные в совокупности с проводимыми криминологическими исследованиями подтверждают факт значительного количества наркозависимых лиц, которые ранее активно занимались спортом и имели достаточно серьёзные достижения в данной сфере<sup>5</sup>. При этом большинство из бывших спортсменов отрицают факт употребления запрещённых препаратов перед спортивными состязаниями, а возникновение наркозависимости никак не связывают с прошлой активной деятельностью в сфере спорта. Разумеется, что каждый спортсмен прошёл «свой путь» к наркозависимому состоянию, однако во всех случаях данный процесс осуществлялся и контролировался специалистом в области медицины, т. е. индивидуальным врачом или врачом спортивной команды, в которой выступал спортсмен-потерпевший.

Думается, что весьма распространена ситуация, при которой врач скрывает от спортсмена истинное содержание предлагаемых к употреблению препаратов и (или) последствия их действия для организма спортсмена, а представляет их в качестве безобидных витаминных комплексов. В подобных случаях врач, который допускает совершение подобных действий, при наличии иных юридически значимых признаков подлежит уголовной ответственности по ст. 230 Уголовного кодекса РФ. В принципе, действующее уголовное законодательство содержит ряд норм, устанавливающих

---

<sup>5</sup> См.: *Спицев М. В.* Наркотизм в среде спортсменов // Российский следователь. 2007. № 8. — С. 25.

ответственность за причинение вреда здоровью различной степени тяжести, распространение одурманивающих и стимулирующих средств (веществ), склонение потерпевшего к их употреблению и др. Это позволяет сделать вывод о достаточности уголовно-правовых средств для обеспечения надлежащей охраны здоровья населения в сфере профессионального и любительского спорта от незаконных действий как медицинских работников, так и иных представителей спортивной номенклатуры.

Предупреждение наркопреступности в рассматриваемой сфере представляет собой крайне сложный вид правоохранительной деятельности, поскольку, несмотря на причинение вреда здоровью от употребления допинговых препаратов, в их сиюминутном эффекте заинтересованы все без исключения представители спортивного сообщества: и сам спортсмен, и лица, обеспечивающие результативность его спортивной деятельности. Особых правовых (уголовных) разбирательств по данным фактам вряд ли следует ожидать даже в условиях громких спортивных анитидопинговых скандалов. Это связано, во-первых, со сложностями в формировании доказательственной базы по каждому из подобных уголовных дел, а во-вторых, с имеющим место нейтральным отношением и общества, и государства к фактам приёма допинга спортсменом-чемпионом. К сожалению, «шоу» и «зрелище» ценятся в настоящее время гораздо выше, нежели честные спортивные достижения и здоровье отдельно взятого спортсмена<sup>6</sup>, который уже к следующим соревнованиям при относительно незначительном возрасте может прекратить свою спортивную карьеру по указанным причинам. Отсюда следует, что международное спортивное сообщество, при поддержке международных специализированных организаций, должно выработать новые научно обоснованные механизмы оценки спортивных достижений и предупреждения употребления допинговых препаратов для установления рекордных показателей во всех видах спорта.

---

<sup>6</sup> См.: Лапшин В. Ф. Равенство граждан перед законом и дифференциация уголовной ответственности // Российский юридический журнал. 2010. № 1. — С. 169.

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:**

1. *Ветров Н. И.* Охрана интересов семьи уголовно-правовыми средствами: Пособие для слушателей народных университетов. — М., 1990. — 80 с.
2. *Александр Жуков.* Есть угроза недопуска России к Олимпиаде-2018. — URL: [www.sport-express.ru/olympics/pyeongchang2018/news/aleksandr-zhukov-est-ugroza-nedopuska-rossii-k-olimpiade-2018-1085783/](http://www.sport-express.ru/olympics/pyeongchang2018/news/aleksandr-zhukov-est-ugroza-nedopuska-rossii-k-olimpiade-2018-1085783/) (дата обращения 15.01.2017).
3. 170 биатлонистов потребовали от IBU решительных действий в борьбе с допингом. — [www.lenta.ru/news/2017/01/15/170letter/](http://www.lenta.ru/news/2017/01/15/170letter/) (дата обращения 15.01.2017).
4. *Спирев М. В.* Наркотизм в среде спортсменов // Российский следователь. 2007. № 8. — С. 25–26
5. *Лапин В. Ф.* Равенство граждан перед законом и дифференциация уголовной ответственности // Российский юридический журнал. 2010. № 1. — С. 169–170.

*Лобан И. Е.,<sup>1</sup> Исаков В. Д.<sup>2</sup>*  
*Loban I. E., Isakov V. D.*

**О ПОНЯТИЯХ: ЯТРОГЕНИЯ И  
ДЕФЕКТ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**  
**ON THE CONCEPTS: IATROGENIC AND THE DEFECT IN THE PROVISION  
OF MEDICAL CARE**

**Аннотация:** Решение вопроса об ответственности медицинских работников в связи с расследованием врачебных дел невозможно без чёткого понимания и единообразного использования соответствующей терминологии (дефект, недостаток, ятрогения, врачебная ошибка, качество).

**Abstract:** The issue of responsibility for medical malpractice in connection with the investigation of medical cases is impossible without a clear understanding and consistent use of appropriate terminology (defect, fault, iatrogenic, medical error, quality).

**Ключевые слова:** терминология, качество, дефект, недостаток, ятрогения.

**Keywords:** terminology, quality, defect, deficiency, iatrogenic.

Полноценное проведение судебно-медицинской экспертизы и решение вопроса об ответственности медицинских работников в связи с расследованием врачебных дел невозможно без чёткого понимания и единообразного использования соответствующей терминологии (дефект, недостаток, ятрогения, врачебная ошибка, качество). Однако на практике с этим имеются большие трудности.

Согласно устоявшимся представлениям понимают:

---

<sup>1</sup> ЛОБАН Игорь Евгеньевич, начальник СПб ГБУЗ «Бюро судебно-медицинской экспертизы», доктор медицинских наук (Санкт-Петербург).

<sup>2</sup> ИСАКОВ Владимир Дмитриевич, заместитель начальника СПб ГБУЗ «Бюро судебно-медицинской экспертизы», доктор медицинских наук, профессор (Санкт-Петербург).

- **недостаток:** любой изъян, недочёт, брак в работе медицинской службы, организации, подразделения, должностного лица, медицинского работника;
- **дефект:** является классификационным понятием. Дефект устанавливается, классифицируется и оценивается только после выполнения контроля качества медицинской деятельности либо судебно-медицинской экспертизы.

В проекте Федерального закона «Об обязательном страховании гражданской ответственности медицинских организаций перед пациентами» **дефект медицинской помощи** определяется как «допущенное медицинской организацией нарушение качества или безопасности оказываемой медицинской услуги, а равно иной её недостаток, независимо от вины такой медицинской организации и её работников» (пункт 1 статьи 1)<sup>3</sup>.

Иначе, под **дефектом** оказания медицинской помощи понимают ненадлежащее осуществление диагностики, лечения больного, организации процесса оказания медицинской помощи, *которое привело или могло привести* к неблагоприятному исходу медицинского вмешательства.

Близким по отношению к термину «дефект оказания медицинской помощи» является понятие **ятрогения**. Согласно МКБ-10, под **ятрогией** понимают: любые нежелательные или неблагоприятные последствия профилактических, диагностических и лечебных вмешательств либо процедур, которые приводят к нарушениям функций организма, ограничению привычной деятельности, инвалидизации или смерти, а также осложнения медицинских мероприятий, развившиеся в результате как **ошибочных, так и правильных действий врача**.

Под **качеством медицинской помощи** понимают — совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата (ст. 2

---

<sup>3</sup> <http://pravo-med.ru/legislation/fz/4845/>.

ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации») <sup>4</sup>.

В Приложении к приказу Минздрава России от 7 июля 2015 г. № 422ан «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» <sup>5</sup> указано, что **критерии оценки качества медицинской помощи** сформированы на основе:

- порядков оказания медицинской помощи;
- стандартов медицинской помощи, утверждённых Минздравом России;
- клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, разработанных и утверждённых медицинскими профессиональными некоммерческими организациями.

Аналогичные критерии качества медицинской помощи приводятся в Приказе Минздрава России № 20 и ФФОМС № 13 от 21.01.1997 г. «О совершенствовании контроля качества медицинской помощи населению Российской Федерации» <sup>6</sup>.

В Приложениях 1 и 2 к этому Приказу раскрываются положения о Системе ведомственного и вневедомственного контроля качества медицинской помощи в Российской Федерации.

Взаимное соотношение приведённых понятий и алгоритм проведения судебно-медицинской экспертизы (оценки) качества оказанной медицинской помощи представлены в табл. 1.

Согласно методическим рекомендациям ФГБУ «Российский центр судебно-медицинской экспертизы» Минздрава России «Порядок проведения судебно-медицинской экспертизы и установления причинно-следственных связей по факту неоказания или ненадлежащего оказания медицинской помощи» <sup>7</sup> (М., 2015) — «При отсутствии причинной (прямой) связи недостатка оказания медицинской помощи с наступившим неблагоприятным исходом степень тяжести вреда, причинённого здоровью человека, не устанавливается. В случаях,

---

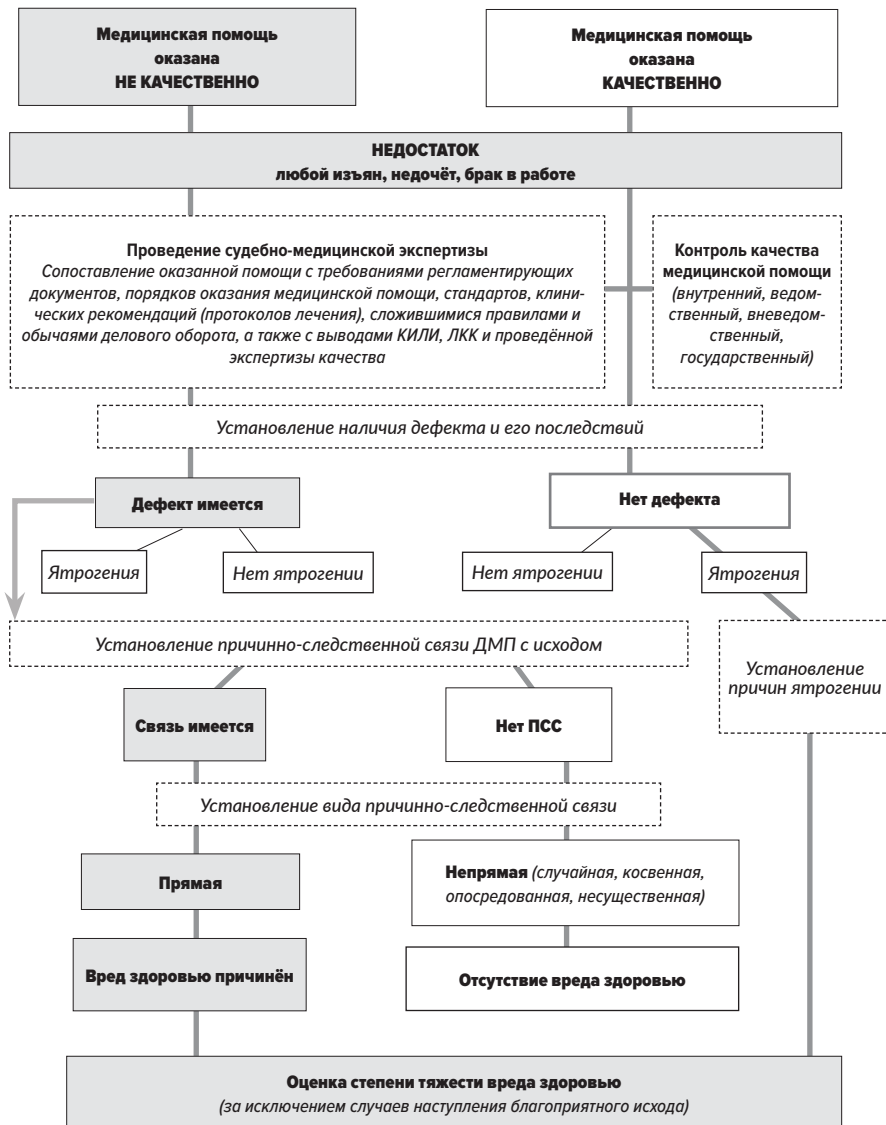
<sup>4</sup> [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_121895/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/).

<sup>5</sup> <http://base.garant.ru/71162662/>.

<sup>6</sup> <http://docs.cntd.ru/document/9038508>.

<sup>7</sup> Электронный ресурс. Режим доступа: <http://www.forens-med.ru/book.php?id=3659> (дата обращения: 2.10.2016).

Таблица 1





когда причинная связь не может быть установлена по имеющимся объективным медицинским данным, в заключении эксперта указываются причины, по которым она не может быть установлена. В случаях наступления благоприятного исхода при лечении, даже при наличии недостатков оказания медицинской помощи, степень тяжести вреда, причинённого здоровью человека действием (бездействием) медицинского работника, не устанавливается».

Особым понятием является врачебная ошибка. Под врачебной ошибкой разные авторы понимают:

- **неумышленное действие** или **бездействие** медицинского работника (лечащего врача), субъективно характеризующееся как **преступная самонадеянность** или **преступная небрежность** по отношению к исполнению своих обязанностей в отношении обратившегося за медицинской помощью, причинившее последнему физический, материальный или моральный вред;
- ошибка врача при исполнении своих профессиональных обязанностей, являющаяся следствием добросовестного заблуждения и не содержащая состава преступления или признаков проступков;
- **незлоумышленное** заблуждение врача (или любого другого медицинского работника) в ходе его профессиональной деятельности, если при этом исключается **халатность и недобросовестность**.

Как видно из вышеприведённых определений, это понятие содержит ряд **юридических категорий** и не может рассматриваться (оцениваться) при судебно-медицинской экспертизе.

*Нараев М. С.<sup>1</sup>*

*Naraev M. S.*

**ИСТОРИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ УГОЛОВНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ  
МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В РОССИИ**

**HISTORICAL ANALYSIS OF CRIMINAL LIABILITY OF MEDICAL  
WORKERS IN RUSSIA**

**Аннотация:** Работа посвящена изучению уголовной ответственности медицинских работников в период царской, советской и современной России. Цель исследования — выявление особенностей уголовно-правовой формы контроля обеспечения населения медицинской помощью в различные периоды исторического развития.

**Abstract:** The work is devoted to the study of the criminal liability of medical workers in the period of tsarist, Soviet and modern Russia. The purpose of research — to determine the characteristics of criminal-legal form of control ensuring public health care in different periods of historical development.

**Ключевые слова:** охрана здоровья, профессиональные обязанности, уголовная ответственность медицинских работников.

**Keywords:** protection of citizens' health, professional duties, the criminal responsibility of health professionals.

Проблема ответственности медицинских работников за профессиональную деятельность не может рассматриваться только с точки зрения права. Поднимая этот вопрос, необходимо ориентироваться не только во многих политических и социально-экономических аспектах здравоохранения, но и в самой медицине, как в системе концепций и научного познания, истории ее развития. Вместе с тем необходимо учитывать, что лечение больного и его выздоровление

---

<sup>1</sup> НАРАЕВ Михаил Сергеевич, врач-патологоанатом КГБУЗ «Детская краевая клиническая больница» им. А. К. Пиотровича МЗХК, магистрант ФГБОУ ВО «Хабаровский государственный университет экономики и права» (г. Хабаровск).

реализуется в сложной системе взаимоотношений медицинского работника и пациента.

Развитие медицины как совокупности знаний было обусловлено становлением системы охраны государством здоровья своих подданных — коллективной системы охраны здоровья людей<sup>2</sup>.

Государственный характер здравоохранения выразился не только в стремлении четко определить и регламентировать систему мер, направленную на оказание медицинской помощи всему населению и сохранению здоровья, но и в контроле над реализацией этой системы. Контроль предусматривал ответственность медицинского работника за невыполнение или ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей.

Система уголовной ответственности медицинских работников царской России проделала путь от единичных показательных примеров наказаний конкретных лекарей за ненадлежащее врачевание в XVII веке и ведомственных документов XVIII века до специализированных медицинских разделов в уголовно-правовых источниках XIX – начала XX вв.

Ранними источниками явились Боярские приговоры № 1171 и № 1756 царя Петра Алексеевича 1686 г. и 1700 г. соответственно, «О наказании лекарей за умерщвление больных по умыслу и по неосторожности», «О наказании незнающих Медицинских наук, и по невежеству в употреблении медикаментов, причиняющих смерть больным». В них сформулирована норма уголовно-правового характера, возлагающая на врачей обязанность по воздержанию от посягательства на жизнь больного. В Морском Уставе 1718 г. девятом артикле десятой главы книги третьей упоминается об ответственности медицинского работника под угрозой наказания за неблагоприятный исход при установленной вине, но не определяется вид и размер наказания. В Уложении о наказаниях уголовных и исправительных, утвержденном в 1845 г. императором Николаем I, законодатель объединил однородные преступления в разделы и главы. Отделения с 1 по 8 главы I раздела 8 посвящены вопросам здравоохранения, а также ответственности медицинских

---

<sup>2</sup> *Богма К. А.* Система здравоохранения как социальный институт: роль и значение в обществе // Сборник конференций НИЦ Социосфера. 2014. № 27. — С. 6–11.

работников, видам и размерам наказаний за нарушения. В 8 отделе ст. 1078–1104 устанавливается ответственность врача, акушера, повивальной бабки, фармацевта за незаконную медицинскую деятельность, за причинение смерти в результате незаконной медицинской деятельности, за неоказание медицинской помощи, за манипуляции, не соответствующие квалификации даже в условиях необходимости, за преждевременное родоразрешение. Отметим, что в данном документе (ст. 872, 873, 1522) впервые устанавливалась ответственность врача в случае неявки к больному по призыву. Анализируя Уложение, Н. С. Таганцев отмечал излишнюю казуистичность изложения. По его мнению, «... такой прием привел прежде всего к невероятной многостатейности Уложения, превышающего количество статей раза в четыре любого из современных уголовных кодексов»<sup>3</sup>.

Уголовное уложение 1903 г. уже не выделяло преступления, связанные с оказанием медицинской помощи, в отдельный раздел, а включало данную категорию в группу преступлений, объединённых по одному видовому объекту. Так, глава «О лишении жизни» предусматривала нормы об ответственности за убийство по настоянию убитого или из сострадания (ст. 460), неосторожное причинение смерти, если причинение смерти было последствием несоблюдения виновным правил, установленных законом или обязательных постановлений для его рода деятельности (ст. 464), умерщвление плода беременной женщины врачом или повивальной бабкой (ст. 466), в том числе и без предварительного согласия женщины. Но все эти нововведения в Российской Империи так и не вступили в силу.

Советский период развития правового регулирования сферы оказания медицинской помощи населению сопровождался стремлением к подробной регламентации всех областей практической медицины, определению порядка оказания помощи.

Одним из первых общих нормативных правовых актов в РСФСР, регулирующих порядок оказания медицинской помощи, был Декрет ВЦИК и СНК РСФСР от 1 декабря 1924 г. «О профессиональной

---

<sup>3</sup> Таганцев Н. С. Лекции по русскому уголовному праву: Часть Общая. Вып. 1. — СПб., 1887. — С. 187–188.

работе и правах медицинских работников»<sup>4</sup>, дополненный в последующем Инструкцией Наркомздрава, Наркомвнудела, Наркомтруда и ВЦСПС от 11 марта 1926 г. «О порядке и правилах оказания первой неотложной помощи». Данные документы определили не только порядок оказания медицинской помощи, но и круг лиц и учреждений, обязанных оказывать ее. Уголовно-правовой формой контроля выполнения декрета стали ст. 165 УК РСФСР 1922 г., ст. 157 УК РСФСР 1926 г., которые предусматривали ответственность за сознательное не оказание помощи больному без уважительных причин лицом, обязанным ее оказывать, даже когда содеянное не повлекло реальных вредных последствий по независящим от виновного обстоятельствам<sup>5</sup>.

Профессиональные погрешности медицинских работников, повлекшие смерть больного или вред здоровью, в зависимости от тяжести наступивших последствий квалифицировались по ст. 147, ст. 154 УК РСФСР 1922 г., ст. 139, ст. 145 УК РСФСР 1926 г. В УК РСФСР 1922 г. был сформулирован запрет на «халатное отношение к службе, повлекшее за собой волокиту, медленность в производстве дел и иные упущения по службе» (ст. 108). После принятия УК РСФСР 1926 г. большинство уголовных дел против медицинских работников возбуждались по обвинению в халатности — небрежном или недобросовестном отношении к возложенным по должности обязанностям (ст. 111), а иногда в злоупотреблении служебным положением (ст. 109)<sup>6</sup>. Правоприменительная практика широко трактовала понятие должностного лица, которое было дано в примечании к ст. 109 УК РСФСР 1926 г., рассматривая в качестве таковых и врачей, что не всегда признавалось правильным в уголовно-правовой доктрине<sup>7</sup>.

<sup>4</sup> Бердичевский Ф. Ю. Уголовная ответственность медицинского персонала за нарушение профессиональных обязанностей. — М.: Юрид. лит., 1970. — С. 128.

<sup>5</sup> Савич Н. А., Коломийцев А. Ю. Уголовно-правовая характеристика нарушения медицинскими работниками своих профессиональных обязанностей в сфере оказания медицинской помощи // Сибирский медицинский журнал. 2007. № 4. — С. 89.

<sup>6</sup> Большая медицинская энциклопедия. — М., 1958. Т. 5. — С. 1152.

<sup>7</sup> Блинов А. Г. Учение об уголовно-правовой охране прав и свобод пациента: дис. ... д-ра юрид. наук. — Саратов, 2014. — С. 54.

Во второй половине XX столетия основные принципы системы здравоохранения были закреплены в законе СССР от 19 декабря 1969 года «Об утверждении основ законодательства Союза ССР и Союзных республик о здравоохранении». Дисциплинарная ответственность медицинских работников определялась приказом Минздрава СССР от 31 октября 1984 г. 84 № 1240 «Об утверждении отраслевых правил внутреннего трудового распорядка для рабочих и служащих учреждений, организаций, предприятий системы Министерства здравоохранения СССР». Уголовная ответственность медицинских работников предусматривалась УК РСФСР 1960 г., глава третья которого (Преступления против жизни, здоровья, свободы и достоинства личности) устанавливала ответственность за убийство, совершенное по неосторожности (ст. 106), неосторожное тяжкое или менее тяжкое телесное повреждение (ст. 114), незаконное производство аборта врачом и производство аборта другим медицинским работником, не имеющим высшего медицинского образования (ст. 116), неоказание помощи больному без уважительной причины (ст. 128). Глава десятая (Преступления против общественной безопасности, общественного порядка и здоровья населения) предусматривала норму об ответственности за занятие врачеванием как профессией лицом, не имеющим надлежащего медицинского образования (ст. 221). Незаконное врачевание приобрело статус отдельной статьи как преступление, посягающее на здоровье населения — общественное здоровье, еще в УК РСФСР 1926 г. (ст. 180). Несмотря на то, что состав является формальным, в правоприменительной практике встречались конфликтные моменты, когда суд первой инстанции прекращал уголовное дело, ссылаясь на отсутствие тяжких последствий для обратившихся за помощью лиц, а Верховный суд РСФСР отменял подобное решение<sup>8</sup>.

Современное законодательство в сфере охраны здоровья основывается на Конституции РФ и Федеральном законе от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Данным законом предусматривается ответственность медицинских организаций и медицинских работников

---

<sup>8</sup> Блинов А. Г. Указ. соч. — С. 46.

в соответствии с законодательством РФ за нарушения, связанные с отказом в оказании медицинской помощи, и нарушения соответствия качества оказания медицинской помощи. Сегодня в отечественном уголовном законодательстве отсутствуют самостоятельные разделы (главы), посвященные ответственности медицинских работников. Законодателем избран путь конструирования квалифицированных составов преступлений в унифицированной форме. Таковыми стали в УК РФ причинение смерти по неосторожности (ч. 2 ст. 109), причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности (ч. 2 ст. 118) и заражение другого лица ВИЧ-инфекцией (ч. 4 ст. 122) вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей. Отметим, что составы, описывающие преступления в результате недолжного выполнения профессиональных обязанностей, являются материальными и предусматривают ответственность только в случае наступления смерти или тяжкого вреда здоровью потерпевшего.

Таким образом, одновременное уголовно-правовое совершенствование системы охраны общественных отношений в ходе взаимодействия медицинского работника и пациента пошло по пути унификации уголовно-правовых норм, которые в современной форме охватывают не только преступления медицинских работников. Данная политика позволила уйти от какой-либо казуальности уголовного закона в сфере охраны прав лиц, нуждающихся в медицинской помощи, значительно формализовав его. Формализация и унификация создали явление, когда при максимальной сжатости уголовный закон продолжил оставаться емким. Но это повлекло и ряд последствий, среди которых несоответствие социальной значимости здравоохранения, месту положения уголовно-правовых норм, описывающих преступления медицинских работников. Другой важной проблемой стала неспособность на основании уголовного закона квалифицировать многие действия медицинских работников, совершенные по легкомыслию и небрежности, не повлекшие тяжких последствий, но создавшие угрозу их возникновению. Независимо от провозглашаемых государством идеологических основ формирования законодательства в сфере медицинского обслуживания населения всегда можно встретить медицинских работников, готовых пренебрегать профессиональными обязанностями в отсутствие угрозы реализации

уголовной ответственности<sup>9</sup>. Кроме того, определенные трудности для криминологического исследования создает отсутствие возможности должного статистического анализа преступлений медицинских работников. Ведь составы, определяющие уголовную ответственность за ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей, предусматривают специальный субъект в общем смысле, включая широкую профессиональную группу.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. *Бердичевский Ф. Ю.* Уголовная ответственность медицинского персонала за нарушение профессиональных обязанностей. — М.: Юрид. лит., 1970. — 128 с.
2. *Блинов А. Г.* Учение об уголовно-правовой охране прав и свобод пациента: дис. ... д-ра юрид. наук. — Саратов, 2014.
3. *Богма К. А.* Система здравоохранения как социальный институт: роль и значение в обществе // Сборник конференций НИЦ Социосфера. 2014. № 27. — С. 6–11
4. Большая медицинская энциклопедия. — М., 1958. Т. 5.
5. *Савич Н. А., Коломийцев А. Ю.* Уголовно-правовая характеристика нарушения медицинскими работниками своих профессиональных обязанностей в сфере оказания медицинской помощи // Сибирский медицинский журнал. 2007. № 4.
6. *Таганцев Н. С.* Лекции по русскому уголовному праву. Часть Общая. Вып. 1. — СПб., 1887.

---

<sup>9</sup> Блинов А. Г. Указ. соч. — С. 61.



*Нафикова Г. А.<sup>1</sup>*

*Nafikova G. A.*

**ПРАКТИКА ПРИМЕНЕНИЯ МЕР УГОЛОВНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ  
ЗА РАЗГЛАШЕНИЕ ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЫ**

**THE PRACTICE OF APPLYING CRIMINAL SANCTIONS FOR  
THE DISCLOSURE OF MEDICAL SECRETS**

**Аннотация:** В работе рассматривается понятие «врачебная тайна», которая, по мнению автора, является базовым принципом международного и внутригосударственного права, закрепляющим конфиденциальность сведений. Предлагается вернуть в Уголовный кодекс РФ ответственность за разглашение «врачебной тайны».

**Abstract:** The article deals with the concept of «medical secret» which, in the author's opinion, is the basic principle of international and domestic law, which secures the confidentiality of information. It is proposed to return to the Criminal Code of the Russian Federation responsibility for the disclosure of «medical secret».

**Ключевые слова:** медицинская тайна, законодательство о врачебной тайне.

**Keywords:** medical secret, legislation on medical secret.

К понятию «врачебная тайна» ученые относятся по-разному, но, в целом, придерживаясь одного направления, — требования к работникам здравоохранения держать в тайне персональные данные о пациенте, ставшие известными в ходе трудовой или учебной деятельности.

Сальников В. П., Стеценко С. Г. считают, что «врачебная тайна — это обязанность всего медицинского персонала хранить в секрете любые сведения о больном, полученные в ходе диагностики, лечения или другим способом, разглашение которых может причинить

---

<sup>1</sup> НАФИКОВА Гульнара Айдаровна, ассистент кафедры биомедицинской этики, медицинского права и истории медицины Казанского государственного медицинского университета, кандидат юридических наук (г. Казань).

моральный, материальный или физический ущерб непосредственно больному или третьим лицам»<sup>2</sup>.

Левушкин А. Н., Пушкарева А. Н. под «врачебной тайной» предполагают режим конфиденциальности сведений о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, а также иных сведений, полученных при медицинском обследовании и лечении работниками здравоохранения<sup>3</sup>.

В медицине врачебная тайна понимается как деонтологическое требование к работникам здравоохранения не разглашать сведения о больном<sup>4</sup>.

Тайна частной жизни является базовым принципом международного и внутригосударственного права, закрепляющим конфиденциальность сведений.

Деонтология и Уголовный кодекс РФ тесным образом связаны друг с другом в вопросах медицинского права. Говоря о деликтах с точки зрения деонтологии, можно говорить об этике долга, которая преступает правила поведения, лежащие в основе долга.

Состоя в процессии врача, врач должен понимать и опасаться не санкции за разглашение врачебной тайны, а всю ответственность перед больным, обществом, коллегами и перед собой. Пренебрежение этикой врача сводит на нет весь авторитет медицины в целом. Уважение к праву в целом и к уголовному закону, в частности, должно определяться правосознанием врача и правопорядочным поведением с точки зрения этики.

Требования о сохранении врачебной тайны содержатся во многих нормативно-правовых актах, в частности:

- ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»;
- ст. 9 Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»;

<sup>2</sup> Сальников В. П., Стеценко С. Г. Трансплантация органов и тканей человека: проблемы правового регулирования. — СПб.: Фонд «Университет», 2000. — С. 30.

<sup>3</sup> Левушкин А. Н., Пушкарева А. Н. Публичный договор об оказании платных медицинских услуг и защита врачебной тайны: теория и практика применения // Гражданское право. 2016. № 3. — С. 13–16.

<sup>4</sup> Малая медицинская энциклопедия / Отв. ред. В. И. Покровский. — М.: Советская энциклопедия, 1991. Т. 1. — С. 363.

- п. 2 ст. 15 СК РФ;
- ст. 12 ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации»;
- ст. 14 Закона РФ от 22.12.1992 №4180-1 «О трансплантации органов и (или) тканей человека»;
- Постановление Правительства РФ от 13 октября 1995 г. №1017 «Об утверждении Правил проведения обязательного медицинского освидетельствования на выявление вируса иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» и т. д.

Ответственность за разглашение «врачебной тайны» предусмотрена как гражданским, административным, так и уголовным законодательством. Однако комплексности в подходе к данному вопросу нет.

Рассматривая Уголовный кодекс РФ, специальной статьи об уголовной ответственности за разглашение врачебной тайны не удастся найти, так как данная мера предусмотрена в рамках ст. 137 УК РФ «Нарушение неприкосновенности частной жизни», что, по нашему мнению, свидетельствует о недоработке законодательства в рамках защиты нарушенных прав пациента.

Известен случай, когда врач ПНД, к которому обратились граждане по поводу «странностей» своего соседа, в ответ на их просьбу «принять меры» заявил, что врачам ПНД этот человек хорошо известен, он учился во вспомогательной школе, которую так и не окончил, многократно лежал в психиатрическом стационаре, продолжает лечиться в диспансере, имеет инвалидность, что после смерти матери и конфликта с девушкой он предпринимал попытки самоубийства; при этом врач попросил соседей при случае напомнить «больному», чтобы тот не забыл явиться на прием к своему лечащему врачу.

Предметом собирания и распространения являются, например, сведения о наличии у лица неизлечимой болезни, психического расстройства, нарушающего способность лица контролировать свое поведение и принимать осознанные решения. Сегодняшний Уголовный кодекс РФ предполагает состав данного преступления формальным и считает оконченным с момента совершения действий по сбору информации, закрепленной в качестве персональной

законом. Что касается мотива, целей и последствий данного преступления, то на квалификацию они не влияют.

Считаем необходимым вернуться к закреплению в УК РФ нормы об уголовной ответственности именно сведений, составляющих врачебную тайну, по примеру Уголовного кодекса РСФСР, который в ст. 128<sup>1</sup> УК РСФСР содержал четкое понимание ответственности со специальным субъектом.

Размытость формулировок, неточность субъектов преступления, связанных с врачебной тайной, делают данное преступление: во-первых, чаще латентным; во-вторых, сложным для квалификации в правоприменительной практике.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. *Левушкин А. Н., Пушкарева А. Н.* Публичный договор об оказании платных медицинских услуг и защита врачебной тайны: теория и практика применения // *Гражданское право.* 2016. №3. — С. 13–16.
2. *Малая медицинская энциклопедия / Отв. ред. В. И. Покровский.* — М.: Советская энциклопедия, 1991. Т. 1.
3. *Сальников В. П., Стеценко С. Г.* Трансплантация органов и тканей человека: проблемы правового регулирования. — СПб.: Фонд «Университет», 2000. — С. 30.

*Попова Ю. А.<sup>1</sup>*

*Popova Yu. A.*

**ПРОБЛЕМЫ УСТАНОВЛЕНИЯ ПРИЧИННО-СЛЕДСТВЕННОЙ СВЯЗИ  
В ПРЕСТУПЛЕНИЯХ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ**

**THE PROBLEMS OF ESTABLISHING A CAUSAL LINK IN THE CRIMES  
OF HEALTH CARE WORKERS**

**Аннотация:** Практика рассмотрения ятрогенных преступлений свидетельствует о том, что при расследовании дел данной категории существенные трудности представляет установление причинно-следственной связи между деянием медицинского работника и наступившими последствиями. Развитие ятрогенного процесса имеет следующие детерминанты: неполнота судебно-медицинских исследований, отсутствие единого научного методического подхода при установлении причинно-следственных связей.

**Abstract:** A review of iatrogenic crimes indicates that investigation of such cases has significant difficulties in establishing a causal link between the acts of the medical officer and the consequences. The development of iatrogenic process has the following determinants: the fullness of forensic investigations, lack of a unified scientific methodological approach in establishing causality.

**Ключевые слова:** причинно-следственная связь, криминальная ятрогения, вред жизни и здоровью пациента, медицинская экспертиза.

**Keywords:** a causal relationship, criminal yatrogeniya, harm of life and to health of the patient, medical expertise.

Выявление и расследование ятрогенных преступлений является одним из важнейших вопросов обеспечения комфортных и безопасных условий жизни, а также общественной безопасности граждан.

---

<sup>1</sup> ПОПОВА Юлия Александровна, студентка 2 курса магистратуры Северо-Западного филиала ФГБОУВО «Российский государственный университет правосудия» (г. Санкт-Петербург).

В то же время, при значительном количестве поступающих в следственные подразделения сообщений о преступлениях данного рода, количество возбуждаемых уголовных дел по ятрогенным преступлениям остаётся крайне незначительным. Согласно практике расследования уголовных дел в поднадзорных органах: по статистике 250 уголовных дел по ятрогенным преступлениям прекращено согласно выводам судебно-медицинских экспертиз. При этом следователи зачастую не владеют методикой проведения проверок по данным материалам и расследования данных уголовных дел, что, при активном противодействии заподозренной стороны, приводит к тому, что проверки приобретают затяжной характер, по ним принимаются необоснованные процессуальные решения, расследование по возбуждённым уголовным делам ведётся бессистемно.

Согласно практике, при рассмотрении ятрогенных преступлений особую сложность вызывает установление причинно-следственной связи между действиями (бездействием) медицинских работников и наступившими последствиями.

Основанием для прекращения уголовных дел указанной категории является заключение экспертизы, согласно которому причинно-следственная связь между действиями медицинского работника и тяжёлыми последствиями не установлена. Имеются трудности в доказывании обстоятельств дела, взаимодействия с экспертными учреждениями, качества и полноты судебно-медицинских исследований.

Правовой скептицизм в сфере здравоохранения привел к тому, что в судебной медицине нет единообразного научно-методического подхода для установления причинно-следственных связей при проведении первоначального экспертного исследования, а также при проведении сложных повторных экспертиз<sup>2</sup>. Как показывает практика, в одинаковых случаях происходит различное толкование причинно-следственных связей различными экспертами по одним

---

<sup>2</sup> Хрусталева Ю. А. Трудности установления причинно-следственных связей в судебно-медицинской практике. Судебная экспертиза. 2007. № 1. — С. 20–26.

и тем же ситуациям<sup>3</sup>. При всем этом практические работники сами обозначают, что определение причинно-следственных связей вызывает большие трудности.

Следует отметить, что при назначении экспертизы в отношении одного предмета исследования, но в разных БСМЭ реально получение неодинаковых результатов исследований. Вышеуказанное характеризуется отсутствием единообразной методологии производства судебных экспертиз, связанных с качеством оказания медицинской помощи. Эксперты, аргументируя свои выводы в заключении, опираются на выдержки различных учебников и учебных пособий. Следовательно, единых подходов к установлению причинно-следственных связей на данный момент не существует.

В теории уголовного права существует понятие прямой и косвенной причинной связи между противоправным поведением лица и наступившими последствиями. Применяя данную теорию, необходимо установить не только причинную связь, а выявить юридически значимую причинно-следственную связь. Противозаконное поведение медицинского работника является результатом противоправного последствия, когда оно непосредственно напрямую связано с ним. В судебно-следственной практике признается только наличие прямой причинно-следственной связи, как основание для привлечения медицинского работника к уголовной ответственности. Косвенной причинно-следственной связью называется ситуация, когда медицинский работник лишь оказывает воздействие на естественный ход событий, чье вмешательство не причинило негативных последствий (отсутствие причинной связи между действиями медицинских работников и гибелью плода, поскольку в период беременности потерпевшая не выполняла в полной мере требования врача по соблюдению режима беременной и лечения, наличие стрессовых ситуаций; позднее обращение пациента за медицинской помощью, в связи с чем связь между действиями медицинского персонала и последствиями является предположительной и косвенной).

---

<sup>3</sup> Беляев Л. В., Ноздряков К. В. Недостатки комиссионных экспертиз, связанных с качеством оказания медицинской помощи. Материалы VI Всероссийского съезда судебных медиков: «Перспективы развития и совершенствования судебно-медицинской науки и практики». — М.; Тюмень: ИЦ «Академия». 2005. — С. 51–52.

Эксперты при проведении экспертизы отвечают на вопросы о наличии либо отсутствии причинно-следственной связи между действиями врача и последствиями, о влиянии медицинского вмешательства на протекание заболевания, а также на иные вопросы, поставленные перед экспертами. Ключевым фактором цепочки причинно-следственной связи, как показал анализ правоприменительных решений, является установление течения основного заболевания. В большинстве случаев эксперты устанавливают, могло ли основное заболевание привести к негативным последствиям, а также как на его течение повлияло действие либо бездействие медицинского работника. Перед экспертами не ставятся вопросы правового характера. Эксперт обязан ответить на вопросы, связанные с проведением исследования и заключением, которое он дал, в противном случае, если поставленные вопросы выходят за пределы специальных знаний эксперта, он обязан направить в орган, назначивший экспертизу, мотивированное сообщение о невозможности дать заключение (вопрос о наличии причинной связи между недостатками в оказании медицинской помощи и причинением вреда его здоровью, такой вопрос носит правовой характер). Следовательно, при наличии специальных знаний эксперты должны устанавливать связь между неправильным лечением и возникновением негативных последствий.

Подводя итог, следует отметить, что решение вопроса о наличии либо отсутствии причинной связи между деянием субъекта, оказывающего медицинские услуги, и наступившим результатом в виде вреда здоровью или смерти человека требует, прежде всего, установления фактического состояния больного на момент начала оказания медицинской помощи или на тот момент, когда таковая должна была и могла быть оказана.

Также необходимо отметить, что действующее законодательное регулирование строго не закрепляет методик, как экспертного определения причинных связей, так и судебно-следственной оценки этого определения.

Применение единых понятий и критериев установления причинно-следственных связей должно повысить доказательную силу экспертных документов и уменьшить число ошибок при решении вопроса об оценке причинности.



Предлагается разработать и закрепить на законодательном уровне единые методические приемы юридической оценки установленных судебно-медицинскими экспертами признаков причинно-следственных связей<sup>4</sup>.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Распоряжение Правительства от 17 ноября 2008 г. №1662-р. — URL: <http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc; base=LAW; n=90601#0> (дата доступа 25 февраля 2017).
2. Обзор судебной статистики о деятельности федеральных судов общей юрисдикции и мировых судей в первом полугодии 2014 года. — URL: <http://www.cdep.ru/index.php?id=80> (дата доступа 25 февраля 2017).
3. *Беляев Л. В., Ноздряков К. В.* Недостатки комиссионных экспертиз, связанных с качеством оказания медицинской помощи // Материалы VI Всероссийского съезда судебных медиков: Перспективы развития и совершенствования судебно-медицинской науки и практики. — М.–Тюмень: ИЦ «Академия», 2005. — С. 51–52.
4. *Кузнецов С. В.* Необходимость юридической оценки причинно-следственных связей в экспертных исследованиях профессиональных медицинских правонарушений // Актуальные проблемы судебной медицины и медицинского права: Материалы межрегиональной научно-практической конференции с международным участием. — М.: НП ИЦ «ЮрИнфоЗдрав», 2013. — С. 163–167.
5. *Огнерубов Н. А.* Специфика преступлений, совершаемых медицинскими работниками в сфере профессиональной деятельности: криминологический анализ / Н. А. Огнерубов // Вестник ТГУ. 2014. — Вып. 2 (130). — С. 225–230.
6. *Хрусталева Ю. А.* Трудности установления причинно-следственных связей в судебно-медицинской практике // Судебная экспертиза. 2007. № 1. — С. 20–26.

---

<sup>4</sup> *Кузнецов С. В.* Необходимость юридической оценки причинно-следственных связей в экспертных исследованиях профессиональных медицинских правонарушений // Актуальные проблемы судебной медицины и медицинского права: Материалы межрегиональной научно-практической конференции с международным участием. — М.: НП ИЦ «ЮрИнфоЗдрав», 2013. — С. 163–167.

*Рахманова Е. Н.<sup>1</sup>*

*Rakhmanova E. N.*

## БЕЗОПАСНОСТЬ ПАЦИЕНТОВ — ОСНОВНАЯ ЦЕЛЬ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

### THE SAFETY OF PATIENTS IS THE MAIN GOAL OF HEALTH CARE

**Аннотация:** Рассматриваются проблемы обеспечения безопасности пациентов, а также происходящие в связи с этим в медицине изменения взаимоотношений пациентов и врачей. Анализируется современное законодательство, формулируются направления современной политики в области здравоохранения.

**Abstract:** The patients' right to safety, as well as following up changes in relations between patients and physicians in medical sphere are considered. The modern legislation is analyzed; the directions of modern policy in the field of health care are formulated.

**Ключевые слова:** медицина, безопасность, законодательство в области медицины, ответственность медицинских работников.

**Keywords:** medicine, safety, legislation in the field of medicine, the responsibility of doctors.

В 2011 г. посланник по вопросам безопасности пациентов Всемирной организации здравоохранения сэр Лиам Дональдсон, выступая на пресс-конференции, сказал: «Если вы попадете в больницу завтра в любой стране... ваш шанс стать жертвой ошибки при оказании медицинской помощи будет примерно 1 к 10. Ваш шанс умереть из-за ошибки в системе здравоохранения будет 1 к 300»<sup>2</sup>.

Исследование, проведенное Европейской комиссией по общественному здравоохранению, подтвердило справедливость его слов. Хотя большинство граждан ЕС доверяют врачам (74%), каждый четвертый из них (78%) считает врачебные ошибки серьезной проблемой. 23%

---

<sup>1</sup> РАХМАНОВА Екатерина Николаевна, заведующая кафедрой уголовного права Северо-Западного филиала ФГБОУВО «Российский государственный университет правосудия», доктор юридических наук, доцент (г. Санкт-Петербург).

<sup>2</sup> Цит. по: *Сергеев Ю. Д., Павлова Ю. В., Каменская Н. А.* Проблема ненадлежащего врачевания — в центре внимания профессионального сообщества. — URL: <http://xn-7sbbaj7auwnffhk.xn-p1ai/article/1372> (дата обращения 17.03.2017).

европейцев утверждают, что они или члены их семьи были жертвами врачебной ошибки; 18% сообщили, что это произошло в больнице, у 11% негативные последствия для здоровья наступили вследствие неправильного назначения лекарственных препаратов и их сочетаний.

В целом, респонденты отмечали, что врачебные ошибки чаще случаются в больницах<sup>3</sup>. По данным Европейской комиссии по общественному здравоохранению, от 8% до 12% пациентов, поступающих в стационары медицинских учреждений ЕС, страдают от врачебных ошибок, связанных с:

- внутрибольничным инфицированием (примерно 25% от всех случаев);
- неправильным назначением лекарств;
- ненадлежащим проведением хирургических вмешательств;
- неправильным применением медицинского оборудования;
- неквалифицированной оценкой диагностических данных;
- несвоевременным оказанием медицинской помощи.

Итак, почти каждый десятый пациент в Европе становится жертвой врачебной ошибки. По сообщениям газеты Welt, ежегодно около 15 миллионов европейских пациентов получают недоброкачественные медицинские услуги. В одном из тысячи случаев врачебная ошибка приводит к смерти<sup>4</sup>. В США около 10% побочных эффектов от неправильного лечения приводят к смерти пациента, в среднем от 10 тыс. до 500 тыс. человек умирают вследствие врачебных ошибок. Как пишут американские специалисты, люди умирают в результате врачебных ошибок чаще, чем в результате дорожно-транспортного происшествия или рака груди<sup>5</sup>.

Все вышесказанное позволяет утверждать, что врачебная ошибка — серьезная социальная проблема. В данном случае речь идет не только о ценности утраченной человеческой жизни, о страданиях, причиненных в результате смерти больного его близким, но и о финансовых затратах, связанных с возмещением

---

<sup>3</sup> URL: [https://ec.europa.eu/health/patient\\_safety/adverse\\_events/eurobarometer\\_en](https://ec.europa.eu/health/patient_safety/adverse_events/eurobarometer_en) (дата обращения 17.03.2017).

<sup>4</sup> Портал Novosti ERR «Пациенты становятся жертвами врачебной ошибки».

<sup>5</sup> Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. To err is human. Building a safer health system. Washington: National Academy Press; 1999.

причиненного вреда (например, в Соединенных Штатах возмещение вреда, наступившего в результате врачебной ошибки, в среднем обходится от 17 до 29 миллиардов долларов в год)<sup>6</sup>.

Официальная статистика врачебных ошибок в России не ведется, но по данным общественной организации «Лига защиты пациентов» ежегодно от врачебных ошибок в России умирает около 50 тысяч человек, около 70% населения недовольны работой системы здравоохранения<sup>7</sup>.

В 2002 г. государства — члены ВОЗ приняли резолюцию Всемирной ассамблеи здравоохранения по безопасности пациентов, в которой содержится призыв к странам-участницам содействовать формированию правовых норм и научных исследований, необходимых для повышения безопасности пациентов и качества медицинской помощи. Резолюция признает, что именно безопасность пациентов является основным принципом всех систем здравоохранения<sup>8</sup>.

Аналогичным образом, в Рекомендации (2006) 7 Комитета Министров государствам-членам на управление безопасностью пациентов и предотвращению неблагоприятных событий в здравоохранении (Принято Комитетом Министров 24 мая 2006 на 965-й встрече Представителей Министров) указывается, что «безопасность пациента — политика повышения качества здравоохранения и что должны быть приняты все возможные меры, чтобы организовать и развивать систему безопасности пациента и качество образования в здравоохранении»<sup>9</sup>. В российском законодательстве также

---

<sup>6</sup> Kohn L. T., Corrigan J. M., Donaldson M. S., editors. Ibid.

<sup>7</sup> Электронный ресурс. Режим доступа: <http://ligap.ru/news/> (дата обращения 2.10.2016).

<sup>8</sup> Программа ВОЗ по обеспечению безопасности пациентов // Официальный сайт Всемирной организации здравоохранения. URL: <http://www.who.int/patientsafety/about/ru/index.html>.

<sup>9</sup> Council of Europe. Recommendation Rec (2006)7 of the Committee of Ministers to member states on management of patient safety and prevention of adverse events in health care. Adopted by the Committee of Ministers on 24 May 2006 at the 965th meeting of the Ministers' Deputies//<https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1005439>.

закреплен приоритет интересов пациентов при оказании медицинской помощи<sup>10</sup>.

В этой связи возникает вопрос о необходимости фундаментального пересмотра понимания медицинской культуры взаимоотношений пациент-врач/медицинское учреждение, поскольку безопасность пациента зависит не только от качества лечения, но и от многих других факторов, таких как: нехватка времени на оказание медицинской помощи; частая «передача» пациентов от одного медицинского работника, оказывающего помощь, другому; нехватка кадров; давление на работников здравоохранения, чтобы они быстрее освобождали больницы от пациентов; вторжение коммерческих элементов в здравоохранение и т. п.

Одним из основных регуляторов правоотношений в области здравоохранения, безусловно, является законодательство. Хотя врачи все чаще обращают внимание на то, что правовые нормы являются для них обременительными<sup>11</sup> и можно было бы ограничиться этическими нормами. Сразу можно отметить в этой связи, что этические принципы являются односторонними актами, своего рода привилегией, и плохо согласуются с правом пациента на безопасность.

Примером влияния закона на взаимоотношения врач-пациент является получившая широкое распространение правовая доктрина информированного согласия<sup>12</sup>. В 1914 году судья Апелляционного суда Нью-Йорка Кардосо дал следующее понимание доктрины: «Каждое человеческое существо, достигшее совершеннолетия и в здравом уме, имеет право определять, как следует поступить с его телом, и хирург, производящий операцию без согласия пациента, совершает насилие»<sup>13</sup>.

---

<sup>10</sup> Статья 6 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» — «Приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи».

<sup>11</sup> См., например, *Гордеев В. И.* Криминализация и декриминализация в обществе постмодерна // Уголовная политика и правоприменительная практика. Сборник статей. — СПб: ИД «Петрополис», 2016. — С. 74–82.

<sup>12</sup> Информированное согласие — ознакомление больного с условиями и риском диагностического, лечебного или экспериментального воздействия и получение его согласия на это.

<sup>13</sup> Цит. по Постановлению ЕСПЧ от 10.06.2010 «Дело “Свидетели Иеговы”» в Москве и другие (Jehovah's Witnesses of Moscow and others) против Российской

В 1964 г. на 18-й сессии Генеральной ассамблеи Всемирной медицинской ассоциации была принята Хельсинская декларация, которая провозгласила необходимость получения от пациента добровольного информированного согласия перед выполнением хирургических медицинских вмешательств<sup>14</sup>. Подобное право пациента закреплено и в Федеральном законе от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»<sup>15</sup>.

В большинстве стран мира безопасность пациентов обеспечивается правовой ответственностью медицинских работников. На правовые нормы возлагаются две функции: компенсационная — применяются для справедливой компенсации жертве или его родным последствий некачественного лечения или ухода; превентивная — предотвратить соответствующие нарушения под угрозой привлечения к ответственности.

Врач в случаях, установленных законом, может и должен нести гражданскую, дисциплинарную, а в крайних случаях и уголовную ответственность. Ответственность медицинских работников основывается на принципе индивидуальной вины и установления наличия халатности или недобросовестности в их действиях. Но сложность этих дел связана с тем, что для выявления вины, наличия причинно-следственной связи между виной и наступившими последствиями приходится постфактум реконструировать действия/бездействия медицинских работников, что в силу целого ряда причин не всегда возможно. Именно поэтому большинство дел, как гражданских, так и уголовных, не доходят до судов.

Что же касается превентивной функции ответственности, основанной на личной вине, она скорее провоцирует секретность, нежели открытость; медицинские организации не стремятся раскрывать, что же на самом деле произошло, врачи не раскрывают ошибки,

---

Федерации» (жалоба №302/02) // СПС «Консультант Плюс».

<sup>14</sup> Электронный ресурс. Режим доступа: <http://www.med-pravo.ru/International/Helsinki%201.htm> (дата обращения 17.03.2017).

<sup>15</sup> Бударин Г. Ю., Эртель Л. А. Реализация права граждан на информированное добровольное согласие в рамках действующего законодательства Российской Федерации // Медицинское право. 2013. № 4. — С. 30–34.

не признают вину, отказываются извиниться, прежде всего потому, что боятся ответственности.

Нужно отметить, что в отдельных странах пытаются внедрить, так называемые законы «извинения»<sup>16</sup>. Но отношение к данному институту неоднозначное. Как пишет в этой связи К. Джилл<sup>17</sup>, просящий о прощении дает понять, что нарушил закон или договор и незаслуженно причинил пострадавшему вред. Принесение извинений может интерпретироваться в суде как признание ответственности. В связи с этим американские врачи рекомендуют своим коллегам воздерживаться от сочувственных заявлений в адрес пациентов и их семей. Чтобы исправить эту ситуацию, законодатели ряда американских штатов вынуждены были принять нормативные акты, запрещающие в ходе споров о ненадлежащем лечении ссылаться на принесение медицинским персоналом извинений в качестве доказательства их вины<sup>18</sup>.

Одним из путей формирования политики безопасности пациента является создание системы отчетности о случаях нарушения безопасности пациентов. Как справедливо указывается в преамбуле Рекомендации № 72006 года Комитета Министров Совета Европы, «хотя ошибки наследуются от всех областей деятельности человека, однако возможно учиться на ошибках и предотвращать их возникновение». Второй документ Совета Европейского союза «Относительно безопасности пациентов, в том числе предупреждения и контроля инфекций, связанных с медицинским обслуживанием» от 9 июня 2009 г. также напоминает, что «плохое обеспечение безопасности пациентов представляет собой серьезную проблему общественного здравоохранения и высокую экономическую нагрузку на ограниченные ресурсы здравоохранения. Большую часть побочных явлений в стационарных медицинских учреждениях и при первичном медицинском обслуживании можно было бы

---

<sup>16</sup> *Tavuchis N.* Mea culpa // A sociology of reconciliation. 1991. №13.

<sup>17</sup> *Gill K.* The moral functions of an apology // The philosophical forum. 2000. Vol. 31. №1. P. 11–27.

<sup>18</sup> *Morton H.* Medical professional's apologies statutes — URL: <http://www.ncsl.org/research/financial-services-and-commerce/medical-professional-apologies-statutes.aspx> (дата обращения 17.03.2017).

предотвратить с помощью системных факторов, проявляющихся в отношении большинства из них»<sup>19</sup>. К таким факторам относятся, в том числе, создание эффективных и прозрачных программ и политики по безопасности пациентов. Отчетность должна быть открытой, справедливой и не носящей карательного характера и дифференцирована в зависимости от дисциплинарных систем и процедур государств-членов ЕС для медицинских работников, а при необходимости должны быть разъяснены правовые вопросы, касающиеся ответственности медицинских работников.

Во многих европейских странах развивается система анализа инцидентов, которая включает в себя исследование причин и разработку мер противодействия им. Так, в Шотландии создано национальное агентство по безопасности пациентов (National Patient Safety Agency, NPSA) и агентство по улучшению качества (NHS Quality Improvement Scotland, NHSQIS). Аналогичные агентства по безопасности созданы и в других европейских странах<sup>20</sup>. В задачу подобных агентств входит поддержание и совершенствование системы мониторинга инцидентов, распространение опыта обеспечения безопасности пациентов (издание бюллетеней по безопасности), издание и пересмотр методических рекомендаций, проведение семинаров<sup>21</sup>.

Подводя краткие итоги, следует признать, что на данный момент возможности обеспечения безопасности пациентов в нашей стране достаточно ограничены, поскольку профессиональная и институциональная медицинская культура развивается очень медленно. Для реализации права пациента на безопасность необходимы совместные

---

<sup>19</sup> Рекомендация Совета Европейского Союза 2009/C151/01 от 9 июня 2009 г. относительно безопасности пациентов, в том числе предупреждения и контроля инфекций, связанных с медицинским обслуживанием // Система ГАРАНТ: <http://base.garant.ru/70266876/#ixzz4bb9UI96a>.

<sup>20</sup> В РФ создан Общественный Совет по защите прав пациентов при Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения создан в 2006 году. (Приказ Росздравнадзора от 18.09.2006 № 2070-Пр/06 «О создании Общественного совета по защите прав пациентов при Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения и социального развития»).

<sup>21</sup> Бурькин И. М., Алеева Г. Н., Хафизьянова Р. Х. Управление рисками в системе здравоохранения как основа безопасности оказания медицинской помощи // Современные проблемы науки и образования. 2013. № 1.



усилия на политико-правовом, образовательном и организационном уровнях. Законы, способствующие безопасности пациентов, должны установить тонкий баланс между конкурирующими интересами, с тем, чтобы создать правильные стимулы для сохранения правовой защищенности пациентов.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Постановление ЕСПЧ от 10.06.2010 «Дело “Свидетели Иеговы”» в Москве и другие (Jehovah’s Witnesses of Moscow and others) против Российской Федерации» (жалоба №302/02) // СПС «Консультант плюс».
2. Программа ВОЗ по обеспечению безопасности пациентов // Официальный сайт Всемирной организации здравоохранения. — URL: <http://www.who.int/patientsafety/about/ru/index.html> (дата обращения 17.03.2017).
3. Рекомендация Совета Европейского Союза 2009/C151/01 от 9 июня 2009 г. относительно безопасности пациентов, в том числе предупреждения и контроля инфекций, связанных с медицинским обслуживанием // ГАРАНТ: <http://base.garant.ru/70266876/#ixzz4bb9U196a>.
4. Бударин Г. Ю., Эртель Л. А. Реализация права граждан на информированное добровольное согласие в рамках действующего законодательства Российской Федерации // Медицинское право. 2013. №4. — С. 30–34.
5. Бурькин И. М., Алеева Г. Н., Хафизьянова Р. Х. Управление рисками в системе здравоохранения как основа безопасности оказания медицинской помощи // Современные проблемы науки и образования. 2013. № 1.
6. Kohn L. T., Corrigan J. M., Donaldson M. S., editors. To err is human. Building a safer health system. Washington: National Academy Press, 1999.
7. Gill K. The moral functions of an apology // The philosophical forum. 2000.
8. Wallis K. Developing a culture of safety: regulation or education? PhD dissertation. University of Otago, Dunedin, 2013. — URL: <http://otago.ourarchive.ac.nz/bitstream/handle/10523/4195/WallisKatharineA2013PhD.pdf?sequence=1> (дата обращения 17.03.2017).
9. Tavuchis N. Mea culpa // A sociology of reconciliation. 1991. №13. Vol. 31. №1. — P. 11–27.
10. Morton H. Medical professional’s apologies statutes — URL: <http://www.ncsl.org/research/financial-services-and-commerce/medical-professional-apologies-statutes.aspx> (дата обращения 17.03.2017).

*Репин М.Е.*<sup>1</sup>

*Repin M.E.*

**НЕКОТОРЫЕ ТАКТИЧЕСКИЕ И МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ  
РАССЛЕДОВАНИЯ ПРЕСТУПЛЕНИЙ, СВЯЗАННЫХ  
С «ВРАЧЕБНОЙ ОШИБКОЙ»**

**SOME TACTICAL AND METHODOLOGICAL FEATURES OF CRIMES  
INVESTIGATION RELATED TO THE «MEDICAL MISTAKE»**

**Аннотация:** В статье раскрывается актуальность проблемы, возникающей в результате «врачебной ошибки», предпринята попытка исследования термина «врачебная ошибка», рассматриваются некоторые особенности расследования преступлений, связанных с «врачебной ошибкой».

**Abstract:** The article reveals the urgency of the problem arising from medical error, an attempt to research the term «medical error» is taken, and some features of investigation of crimes related to the «medical mistake» are discussed.

**Ключевые слова:** «врачебная ошибка», медицинский работник, медицинская помощь, преступление, расследование преступлений.

**Keywords:** «medical mistake», medical worker, medical care, crime, the investigation of crimes.

В нашей стране каждому гарантировано право на охрану здоровья и медицинскую помощь<sup>2</sup>. В средствах массовой информации все чаще речь идет о правонарушениях, связанных с профессиональной деятельностью медицинских работников. Из-за так называемых «врачебных ошибок» нередко снижается качество жизни пациентов,

---

<sup>1</sup> РЕПИН Максим Евгеньевич, начальник смены дежурной части отдела полиции № 5 Управления МВД России по Нижнему Новгороду (г. Нижний Новгород).

<sup>2</sup> Конституция Российской Федерации от 12.12.1993 // СПС «Консультант Плюс» (дата обращения: 21.01.2017).

а порой возникают серьезные последствия в виде смерти или тяжкого вреда здоровью<sup>3</sup>.

Указанные преступления характеризуются высоким уровнем латентности, а экономический ущерб не только значителен, но и порой не поддается исчислению вовсе. Все это, на наш взгляд, представляет особую сложность при расследовании таких преступлений. В отечественной литературе не представлены точные цифры о распространенности врачебных ошибок, но, по данным Федерального фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС), из 8 миллионов ежегодно проводимых фондом экспертиз качества медицинской помощи каждая десятая обнаруживает случаи неправильного лечения<sup>4</sup>.

Если обратиться к опыту других государств, то в «структуре причин смерти в США врачебные ошибки занимают пятое место. Они обходятся стране в 29 миллиардов долларов США ежегодно»<sup>5</sup>. По данным статистики и литературы, каждый десятый случай госпитализации в США обусловлен побочными реакциями при приеме лекарственных препаратов, а 12% больных умирают в стационарах вследствие ошибок при проведении хирургических вмешательств.

Врачебные ошибки могут быть связаны: с неправильной диагностикой заболевания; с назначением лекарственных препаратов в дозах, вызывающих вредные последствия и, по существу, приводящих к отравлению или с полипрагмазией; когда назначаются препараты, не сочетающиеся между собой, обладающие разнонаправленным действием<sup>6</sup>.

---

<sup>3</sup> В настоящее время обсуждается законопроект о страховании медицинских работников от врачебных ошибок и в ФЗ РФ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ предусмотрено право врача на страхование от профессиональной ошибки.

<sup>4</sup> Новое время: Катастрофа — хирургическое вмешательство [Электронный ресурс]: Источник: URL: <http://www.newtimes.ru/articles/detail/45027> (дата обращения: 18.01.2017).

<sup>5</sup> См.: Сашко С. Ю., Балло А. М. Юридическая оценка дефектов оказания медицинской помощи и ведения медицинской документации. — СПб., 2001. — С. 158.

<sup>6</sup> Погодина Т. Г. К методике расследования преступлений, связанных с «врачебной ошибкой» // Сборник статей: Теория и практика выявления и расследования экономических и иных преступлений: Материалы Международной научно-практической

Среди статей Уголовного кодекса РФ, по которым чаще всего привлекают к уголовной ответственности врачей, следует выделить:

- ст. 109 «Причинение смерти по неосторожности» (до 3 лет лишения свободы плюс лишение права занимать должность 3 года);
- ст. 124 «Неоказание помощи больному» (при вреде здоровью средней тяжести — штраф до 40 тыс. рублей, либо исправительные работы до 1 года, либо заключение до 4 месяцев, в случае смерти — заключение до 3 лет и лишение права занимать должность);
- ст. 125 «Оставление в опасности» (до 1 года заключения);
- ст. 118 «Причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности» (до 4 лет лишения свободы);
- ст. 122 «Заражение ВИЧ-инфекцией» (до 5 лет заключения);
- ст. 236 «Нарушение санитарно-эпидемиологических правил» (в случае летального исхода — до 5 лет тюремного заключения);
- ст. 293 «Халатность» — в случае смертельного исхода — заключение сроком до 5 лет<sup>7</sup>.

Прежде чем обсуждать методику расследования преступлений, связанных с врачебной ошибкой, необходимо разобраться в терминологии. На протяжении десятилетий в отечественной практике ведущим было определение, данное академиком И. В. Давыдовским (1941). Он понимал ошибку как «добросовестное заблуждение врача при выполнении профессиональных обязанностей», если при этом не обнаруживаются элементов халатности, невнимательности или медицинского невежества<sup>8</sup>.

В настоящее время данное понятие является собирательным и включает в себя любые дефекты оказания медицинской помощи, в том числе и противоправные действия врачей.

---

интернет-конференции (Н. Новгород, 20 мая 2013 г.) / Нижегородская академия МВД РФ // Под ред. А. Ф. Лубина. — Нижний Новгород, 2013. — С. 258–261.

<sup>7</sup> Уголовный кодекс Российской Федерации: федеральный закон от 13 июня 1996 г. № 63-ФЗ // СПС «Консультант Плюс» (дата обращения: 21.01.2017).

<sup>8</sup> См.: *Акопов В. И.* Медицинское право: современное здравоохранение и право граждан на охрану здоровья: учебно-практическое пособие для практикующих юристов и врачей / Под ред. В. И. Акопова. — Ростов на Дону, 2012. — С. 267.

Законодательству термин «врачебная ошибка» неизвестен, поэтому юристы его, как правило, не употребляют. Он имеет распространение преимущественно в медицинской литературе, но и здесь не существует общепринятого понятия этого термина.

В учебной и научной литературе «врачебной ошибке» даются несколько определений:

- неправильное деяние врача в профессиональной деятельности при отсутствии вины;
- ошибка врача в профессиональной деятельности, вследствие добросовестного заблуждения при отсутствии небрежности, халатности или невежества;
- ошибка врача при исполнении своих профессиональных обязанностей, являющаяся следствием добросовестного заблуждения и не содержащая состава преступления или признаков проступков;
- неправильное определение болезни врачом (диагностическая ошибка) или неправильное врачебное мероприятие (операция, назначение лекарства и др.), обусловленные добросовестным заблуждением врача;
- неправильное действие (или бездействие) врача, имеющее в своей основе несовершенство современной науки, незнание или неспособность использовать имеющиеся знания на практике<sup>9</sup>.

На наш взгляд, под «врачебной ошибкой» следует понимать незлоумышленное заблуждение врача (или любого другого медицинского работника) в ходе его профессиональной деятельности, если при этом исключается халатность и недобросовестность.

Так, в приказе Федерального Фонда ОМС «Об утверждении формы ведомственного статистического наблюдения» от 02.06.2006 к случаям ненадлежащего качества медицинской помощи отнесены врачебные ошибки, которые способствовали увеличению риска прогрессирования имеющегося заболевания или развития нового патологического процесса, неоптимального использования

---

<sup>9</sup> Центр медицинского права [электронный ресурс]. URL: <http://www.medlaw.omsk.ru/www/medlaw.nsf/0/28C4F4FD4BE51069C62573020033D20B?opendocument> (дата обращения: 16.01.2017).

ресурсов медицины и неудовлетворенности пациента. За «неоказание, несвоевременное оказание, либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества» медицинская организация как минимум уплачивает штраф.

Речь о преступлении может идти при наличии юридически установленного факта вины в форме преступного умысла или преступной неосторожности, приводящих к возникновению тяжких последствий (ч. 2 ст. 118 УК РФ «Причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности» или смерти пациента; (ч. 2. ст. 109 УК РФ «Причинение смерти по неосторожности»; ст. 124 УК РФ «Неоказание помощи больному»).

В судебно-медицинской практике предпочтителен термин не «врачебная ошибка», а «дефект оказания медицинской помощи».

В настоящее время для доказательства факта дефекта оказания медицинской помощи необходима следующая последовательность оценки врачебных действий.

1. Необходимо обнаружить дефект оказания медицинской помощи (врачебную ошибку);
2. Провести экспертную оценку комиссией специалистов соответствующего профиля;
3. Произвести правовое толкование данного экспертного заключения и доказать, что возникли общественно опасных последствия действий врача.

Если речь может идти о преступлении, то его субъектом будет медицинский работник, который совершил данное деяние при выполнении профессиональных обязанностей, и следствием его действий стала смерть пациента или причинение тяжкого вреда здоровью. Объект преступления — жизнь и здоровье человека. При этом должна быть доказана прямая причинно-следственная связь между дефектом оказания медицинской помощи и наступившими тяжкими последствиями<sup>10</sup>.

---

<sup>10</sup> *Погодина Т.Г.* К методике расследования преступлений, связанных с «врачебной ошибкой» // Сборник статей: Теория и практика выявления и расследования экономических и иных преступлений: Материалы Международной научно-практической интернет-конференции (Нижний Новгород, 20 мая 2013 г.) / Нижегородская академия МВД РФ // Под ред. А. Ф. Лубина. — Нижний Новгород, 2013. — С. 258–261.

Поводами для возбуждения уголовного дела являются:

- жалоба потерпевшего или его родственников;
- результаты ведомственных проверок.

Обстоятельства, подлежащие доказыванию субъектом расследования по рассматриваемой категории дел:

- имело ли место преступление;
- кто виноват и форма вины;
- причины совершения преступления;
- время, место, способ его совершения.

Кроме этого, лицу, осуществляющему расследование указанной категории дел, необходимо:

- провести оценку личности потерпевшего, личности медицинского работника;
- проанализировать обстоятельства смягчающие или отягчающие ответственность, а также обстоятельства, способствующие совершению данного преступления<sup>11</sup>.

В тех случаях, когда неблагоприятный исход связан с причинами, не зависящими от воли врача, и медицинский работник сделал все от него зависящее, чтобы избежать тяжких последствий, понятие «врачебная ошибка» неприменимо.

#### Список литературы:

1. Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993) (с учетом поправок, внесенных Законами РФ о поправках к Конституции РФ от 30.12.2008 №6-ФКЗ, от 30.12.2008 №7-ФКЗ, от 05.02.2014 №2-ФКЗ, от 21.07.2014 №11-ФКЗ).
2. Уголовный кодекс Российской Федерации: федеральный закон от 13 июня 1996 г. №63-ФЗ // СПС «Консультант Плюс» (дата обращения: 22.01.2017).
3. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 №323-ФЗ // СПС «Консультант Плюс» (дата обращения: 21.01.2017).

---

<sup>11</sup> См.: Витер В. И. Юридическая и экспертная оценка медицинских ошибок, связанных с обращением лекарств / В. И. Витер, А. Р. Поздеев, А. Н. Яворский/. — Ижевск, 2011. — С. 138.

4. *Акопов В. И.* Медицинское право: современное здравоохранение и право граждан на охрану здоровья: учебно-практическое пособие для практикующих юристов и врачей / Под ред. В. И. Акопова. — Ростов на Дону, 2012. — 378 с.
5. *Витер В.И, Поздеев А. Р., Яворский А. Н.* Юридическая и экспертная оценка медицинских ошибок, связанных с обращением лекарств. — Ижевск, 2011. — 234 с.
6. Новое время: Катастрофа — хирургическое вмешательство [Электронный ресурс]: Источник: URL: <http://www.newtimes.ru/articles/detail/45027> (дата обращения: 18.01.2017).
7. *Сашко С. Ю., Балло А. М.* Юридическая оценка дефектов оказания медицинской помощи и ведения медицинской документации. — СПб., 2001. — 159 с.
8. *Погодина Т. Г.* К методике расследования преступлений, связанных с «врачебной ошибкой» // Сборник статей: Теория и практика выявления и расследования экономических и иных преступлений // Материалы Международной научно-практической интернет-конференции (Нижний Новгород, 20 мая 2013 г.) / Нижегородская академия МВД РФ // Под ред. А. Ф. Лубина. — Нижний Новгород, 2013. — С. 258–261.
9. Центр медицинского права [электронный ресурс]. URL: <http://www.medlaw.omsk.ru/www/medlaw.nsf/0/28C4F4FD4BE51069C62573020033D20B?opendocument> (дата обращения: 16.01.2017).



*Сафонов В. Н.<sup>1</sup>*

*Safonov V.N.*

**ПРЕСТУПНОСТЬ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: НЕОБХОДИМАЯ  
СИСТЕМНОСТЬ ИССЛЕДОВАНИЙ И ПРОТИВОДЕЙСТВИЕ**

**CRIMINALITY IN THE FIELD OF HEALTH: A NECESSARY SYSTEMATIC  
RESEARCH AND COUNTERACTION**

**Аннотация:** Наряду с необходимостью фундаментального уголовно-правового и криминалистического подходов к данной проблематике, обосновывается целесообразность адекватного криминологического исследования этой сферы. Системность криминологического исследования сферы здравоохранения предполагает разработку криминологического направления — виктимологии сферы здравоохранения. В силу разнонаправленности вектора противоправного поведения виктимными, полагает автор, следует рассматривать и пациентов, и сотрудников сферы здравоохранения. Предлагаются организационные меры противодействия так называемой корпоративной солидарности медицинских работников.

**Abstract:** In addition to fundamental criminal and criminalistic approach to a problem, the author proves the need for expediency of reasonable criminological research of this sphere. Consistency of criminological healthcare research supposes formulation of victimology of healthcare as a criminological area of focus. Because oppositely directed wrong-doings as the author presumes both patients and healthcare staff should be researched as victimized. The author suggests countermeasures to so called corporate solidarity of health care workers.

**Ключевые слова:** виктимология сферы здравоохранения, врачебная ошибка, корпоративная солидарность медицинских работников, преступность сферы здравоохранения.

**Keywords:** victimology of healthcare, medical error, corporate solidarity of health care workers, healthcare crime.

---

<sup>1</sup> САФОНОВ Владимир Николаевич, доцент кафедры уголовного права Северо-Западного филиала ФБОУВО «Российский государственный университет правосудия», кандидат юридических наук (г. Санкт-Петербург).

Уголовно-правовая проблема преступлений в области врачевания — одна из самых острых и динамично обсуждаемых. Она, кроме того, стала своеобразным «локомотивом» для других направлений юридической научной мысли: криминалистической, криминологической. В последнее время обращает на себя внимание «эмоциональный градус» неприятия преступности в сфере врачевания со стороны социума в целом и юридической общественности в частности. Показательным в этом отношении стало обсуждение преступности сферы здравоохранения на заседании Санкт-Петербургского международного криминологического клуба 03 июня 2016 года. Думаю, не ошибусь, утверждая, что центральным событием дискуссии стало выступление проблемно-постановочного уровня президента клуба профессора, заслуженного деятеля науки РФ Д. А. Шестакова с говорящим названием «Преступность сферы здравоохранения в условиях идеологии корысти: постановка проблемы». Само выступление предваряет хлесткий эпиграф: «В хамстве новой медицины есть нечто похожее на поведение прежних советских продавцов. Теперь распоясались врачи, почувствовав свою “власть”». От них зависят. К тому же у них появились не вполне заслуженные деньги»<sup>2</sup>. Д. А. Шестаков настаивает на преступности как свойстве сферы врачевания и изготовления лекарств воспроизводить множество преступлений. По существу, «благословляя» появление новой отрасли в науке преступноведения-криминологии здравоохранения, профессор Д. А. Шестаков предлагает собственное видение её предмета: преступность медицины, преступность фармакологии, причины воспроизводства преступности здравоохранения, пути противодействия.

Проф. С. Ф. Милюков в своём выступлении «Врачи-отравители или нашествие “ионычей”»: сможем ли устоять перед ним?» предложил уголовно-правовую новеллу — дополнить ч. 1 ст. 63 УК РФ («Обстоятельства, отягчающие наказание») новым пунктом

---

<sup>2</sup> Шестаков Д. А. Преступность сферы здравоохранения в условиях идеологии и корысти: постановка проблемы // Криминология: вчера, сегодня, завтра. Журнал Санкт-Петербургского международного криминологического клуба. 2016. № 3 (42). — С. 52–57.

следующего содержания: «с) совершение преступления в отношении больного врачом или другим медицинским работником»<sup>3</sup>.

Криминогенность сферы здравоохранения участники дискуссии связывают с лежащими в её основе бездуховностью, корыстью<sup>4</sup>, а также самоустранением государства от попытки регулирования рынка фармакологии.

Изучение литературных источников и судебной практики, относящейся к сфере здравоохранения, позволяет нам сделать следующие выводы и внести предложения.

1. Преступность сферы здравоохранения как преступность социальной подсистемы сложно отрицать. Особенно если принимать во внимание не только преступления, совершаемые медицинскими работниками при выполнении своих профессиональных обязанностей, но и другие преступления в этой сфере: должностные коррупционные преступления, служебные подлоги, злоупотребления руководителей медицинской сферы при размещении государственных заказов и др.; общественно-опасные деяния в сфере фармакологии; преступные нарушения прав граждан частным знахарством; расцветшую деятельность, в том числе с предоставлением целых телевизионных каналов, всякого рода колдунов и целителей.
2. На законодательном уровне необходимо унифицировать определение врачебной ошибки, отразив её медико-правовое содержание, т. к. до сих пор правоведа и медики врачебную ошибку понимают по-разному: врачи преимущественно как вариант невинного причинения, а юристы ошибки делят на извинительные и неизвинительные. Подходы «параллельного» понимания врачебной ошибки медиками и юристами имеют довольно продолжительную историю. Работы обозримого прошлого, принадлежащие перу учёных и практиков-медиков, относят

---

<sup>3</sup> Милюков С. Ф. Врачи-отравители или нашествие «ионычей»: сможем ли устоять перед ним? // Криминология: вчера, сегодня, завтра. Журнал Санкт-Петербургского международного криминологического клуба. 2016. № 3 (42). — С. 58–60.

<sup>4</sup> Данилов С. П. Бездуховная медицина // Криминология: вчера, сегодня, завтра. Журнал Санкт-Петербургского международного криминологического клуба. 2016. № 3 (42). — С. 73–75.

целый ряд врачебных ошибок к невиновному причинению<sup>5</sup>. Исследования учёных-медиков последних лет наследуют эту традицию<sup>6</sup>. Для юристов же, с учётом структуры вины (особенностей интеллектуального и волевого моментов), принципиальным является отграничение ошибки от невиновного причинения и несчастного случая. В частности, А. Г. Кибальник и Я. В. Старостина, классифицируя врачебные ошибки на релевантные и нерелевантные, неизвинительную (релевантную) врачебную ошибку определяют как заблуждение медицинского работника соответствующих квалификации и профессионального профиля относительно характера, вида и объёма медицинской помощи, повлекшее по неосторожности причинение вреда жизни или здоровью пациента, если оказание такой помощи входило в круг профессиональных обязанностей медицинского работника<sup>7</sup>.

Другой вопрос: где предусмотреть дефиницию врачебной ошибки? Думаю, что уместным было бы принятие Медицинского Кодекса РФ, который и предусмотрел бы такое определение, но с учётом подходов, выработанных и зарекомендовавших себя в праве, в частности, в уголовном праве.

Нуждаются в совершенствовании ряд норм УК РФ, в частности, ст. 123 УК РФ (Незаконное проведение искусственного прерывания беременности). Следует вернуться к традиционному пониманию незаконности искусственного прерывания беременности, т. е. незаконность следует связывать не с одними лишь признаками субъекта (лицо, не имеющее высшего медицинского образования

---

<sup>5</sup> Огарков И. Ф. Профессиональные правонарушения врачей и уголовная ответственность за них / ВМА им. С. М. Кирова. — Л.: 1961. — С. 21–67.

<sup>6</sup> Гордеев В. И. Криминализация и декриминализация в практике медицины критических состояний (МКС) // Уголовная политика и правоприменительная практика. Сб. ст. по материалам 1V Всерос. науч.-практ. конф.: 3 ноября 2016 г. / Под общ. ред. Е. Н. Рахмановой // СЗФ ФГБОУ «РГУП». — СПб.: ИД «Петрополис», 2016. — С. 74–81.

<sup>7</sup> Кибальник А. Г., Старостина Я. В. Актуальные проблемы уголовной ответственности медицинских работников: монография / А. Г. Кибальник, Я. В. Старостина. — М.: Илекса, 2006. — С. 24–62.

соответствующего профиля), но и с другими условиями (нарушение сроков и условий проведения).

3. Признание за сферой здравоохранения способности к воспроизводству преступности должно корреспондировать с соответствующим криминологическим обеспечением этой сферы с позиций общей характеристики, состояния, динамики, структуры, личности преступника и пр. Однако системный подход к криминологии сферы здравоохранения требует развития научного направления — виктимологии сферы здравоохранения. Социальных предпосылок для такого вывода в современной России более чем достаточно. Так, в телевизионной передаче «Вести» 25 февраля 2017 г. телеведущий Д. Киселёв озвучил следующие цифры: в России 600000 врачей, 800000 «колдунов», «магов»; за 9 месяцев 2016 г. на медицинских работников в России совершено 1200 нападений. Печальная статистика порождает несколько вопросов, среди которых: 1) Не слишком ли много шарлатанов, называемых магами, колдунами, целителями, приходится на среднестатистического гражданина России? 2) Не стало ли в России обыденным насилие в отношении медицинских работников, в подавляющей своей массе самоотверженно относящихся к своей профессии — спасать других людей? Даже без подобной статистики практически любому гражданину РФ, в том числе и не испытывающему профессионального интереса к данной сфере, известно, насколько остро стоят в России вопросы защищённости медицинских работников от противозаконных, а то и преступных посягательств на них лично или порядок их профессиональной деятельности (насилие, включая причинение вреда здоровью и даже убийства, воспрепятствование исполнению врачебного долга). Врачебная деятельность — вообще чрезвычайно эмоционально насыщенная сфера. Так, в интервью, данном на тот момент министром здравоохранения России академиком Ю. Шевченко, последний привёл печальную статистику: средний век кардиохирурга или анестезиолога-реаниматолога, работающего в кардиохирургии, по результатам ряда исследователей равен... 42 годам плюс-минус 7 лет. Согласимся

с предложением экс-министра: «Пожалуй, самое время сказать — будьте бережны к своим врачам»<sup>8</sup>.

Криминологические исследования сферы здравоохранения, как правило, не выходят за рамки традиционных подходов и не содержат работ виктимологической направленности<sup>9</sup>. Мною обнаружены лишь две работы одного автора, которые не содержат попытки научно-методологического оформления виктимологии сферы здравоохранения, а рассматривают лишь один её аспект — виктимность жертв неосторожных медицинских преступлений<sup>10</sup>. Системность научного исследования и социальные реалии современной России требуют продвижения учения о жертве конкретно в сферу здравоохранения и оформления научного направления-виктимологии здравоохранения. В силу разнонаправленности вектора противоправного поведения виктимными следует рассматривать и пациентов, и сотрудников сферы здравоохранения.

4. Так называемая корпоративность медицинских работников называется в качестве предпосылки латентности преступлений медицинских работников<sup>11</sup>. Необходимость её преодоления способствовала появлению целого ряда глубоких исследований в криминалистике. Преодоление корпоративности медицинских работников не стоит связывать лишь с усилиями криминалистического характера. Эффективными здесь могут оказаться меры организационного свойства. К примеру, судейское сообщество не допустило феномена корпоративности в своей среде. Судья-нарушитель не может претендовать на помощь со стороны квалификационной

<sup>8</sup> Хулить врача — смертный грех // Российская газета. 11 декабря 2003. № 251 (3365).

<sup>9</sup> Варыгин А. Н., Червоных Е. В. Преступления, совершаемые в сфере здравоохранения, и их предупреждение: монография. — М.: Юрлитинформ, 2013. — 200 с.

<sup>10</sup> Винокурова М. А. Виктимность в сфере неосторожных профессиональных медицинских преступлений (ч. 2 ст. 118, ч. 2 ст. 109 УК РФ) // Виктимология. 2015. № 2(4). — С. 47–50. Она же: Основные виктимологические аспекты типологии поведения пострадавшего в сфере неосторожных профессиональных преступлений медицинской направленности (часть 2 статьи 109, часть 2 статьи 118 УК РФ) // Виктимология. 2015. № 3 (5). — С. 43–46.

<sup>11</sup> Никитина И. О. Преступления в сфере здравоохранения. Автореф. дис. ...к. ю. н. — Нижний Новгород, 2007. — С. 18.

коллегии судей. Подобную атмосферу и практику подхода к нарушителям соответствующих норм и специальных правил следует внедрять и в сфере здравоохранения. В этом случае специальные знания и опыт коллег не потворствуют, а искореняют практику нерадивых работников.

Таким образом, противодействие преступности в сфере здравоохранения требует системного подхода.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Данилов С. П. Бездуховная медицина // Криминология: вчера, сегодня, завтра. Журнал Санкт-Петербургского международного криминологического клуба. 2016. № 3 (42). — С. 73–75
2. Кибальник А. Г., Старостина Я. В. Актуальные проблемы уголовной ответственности медицинских работников: монография / А. Г. Кибальник, Я. В. Старостина. — М.: Илекса, 2006. — С. 24–62.
3. Милюков С. Ф. Врачи-отравители или нашествие «ионычей»: сможем ли устоять перед ним? // Криминология: вчера, сегодня, завтра. Журнал Санкт-Петербургского международного криминологического клуба. 2016. № 3 (42). — С. 58–60.
4. Огарков И. Ф. Профессиональные правонарушения врачей и уголовная ответственность за них // ВМА им. С. М. Кирова. — Л., 1961. — С. 21–67.
5. Шестаков Д. А. Преступность сферы здравоохранения в условиях идеологии и корысти: постановка проблемы // Криминология: вчера, сегодня, завтра. Журнал Санкт-Петербургского международного криминологического клуба. 2016. № 3 (42). — С. 52–57.

*Семенов С.Л.,<sup>1</sup> Божченко А.П.<sup>2</sup>*  
*Semenov S.L., Bozhchenko A.P.*

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЕ ЭКСПЕРТНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ РЕШЕНИЯ  
ЮРИДИЧЕСКИХ ВОПРОСОВ ПО ДЕЛАМ О ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ  
ПРАВОНАРУШЕНИЯХ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

THE FORENSIC POSSIBILITIES OF LEGAL ISSUES SOLUTIONS ON CASES  
OF PROFESSIONAL OFFENSES OF MEDICAL WORKERS

**Аннотация:** В статье представлен анализ комиссионных судебно-медицинских экспертиз по материалам гражданских и уголовных дел в отношении медицинских работников. Представлены структура проводимых экспертиз, основные ошибки медицинской помощи и их последствия, частота установления прямой и непрямо́й причинно-следственной связи между установленными недостатками медицинской помощи и неблагоприятными последствиями для пациента.

**Abstract:** The article presents the analysis of the Commission forensic medical examinations on materials of civil and criminal cases against health care workers. The structure of examinations, major errors of medical care and their consequences, the frequency of direct and indirect causal relationships between the established shortcomings of medical care and adverse effects for the patient are presented.

**Ключевые слова:** недостатки медицинской помощи, причинно-следственная связь, судебно-медицинская экспертиза.

**Keywords:** the shortcomings of medical care, the cause-and-effect relationship, forensic examination.

---

<sup>1</sup> СЕМЕНОВ Сергей Леонидович, доцент кафедры судебной медицины Военно-Медицинской Академии имени С. М. Кирова, кандидат медицинских наук, доцент (г. Санкт-Петербург).

<sup>2</sup> БОЖЧЕНКО Александр Петрович, доцент кафедры судебной медицины Военно-Медицинской Академии имени С. М. Кирова, доктор медицинских наук, доцент (г. Санкт-Петербург).



Кафедра судебной медицины Военно-медицинской академии имени С. М. Кирова является одним из ведущих и старейших в Санкт-Петербурге судебно-медицинских подразделений, осуществляющих производство сложных и особо сложных (в том числе и по так называемым «врачебным» делам) судебно-медицинских экспертиз. В последние годы проведение таких экспертиз проводится как в составе учреждения, так и в частном порядке профессорско-преподавательским составом кафедры.

Анализ экспертной работы за последние 3 года (с 2014 года) свидетельствует о значительном возрастании доли экспертиз (особенно в рамках уголовного процесса) по делам о профессиональных правонарушениях медицинских работников. При этом назначение таких экспертиз осуществляется в основном из других регионов (более 80%). Мы связываем это со следующими причинами: повышением профессионализма судебно-следственных работников, при котором у следователей появляются сомнения при установлении истины в спорных случаях доказывания; повышением юридической грамотности населения, когда участники процесса имеют больше информации о возможностях той или иной экспертной организации, сроках проведения экспертиз, уровню решения поставленных вопросов и т. д.; отсутствием доверия у судебно-следственных органов к «местным» (региональным) экспертам (в том числе и с учетом наличия так называемого «врачебного братства», «корпоративной этики»); зависимостью государственных экспертов от Министерства здравоохранения, что не всегда позволяет экспертным комиссиям быть беспристрастными; требованием одной из сторон, когда доверие к экспертам Академии присутствует на более высоком уровне, по сравнению с экспертами Министерства здравоохранения; отсутствием на местах экспертов-клиницистов по какому-либо узкому профилю проводимых исследований (например, в области детской хирургии); широкими возможностями Академии предоставить необходимых высококвалифицированных специалистов (докторов наук, профессоров) для участия в таких экспертизах.

По нашим данным, в ненадлежащем исполнении профессионального долга обвиняются, как правило, врачи; сравнительно редко — средний медицинский персонал. Наиболее частые специальности медицинских работников: хирургия, акушерство-гинекология,

стоматология, травматология, а также (реже) педиатрия, анестезиология-реаниматология. Закономерно (в связи со сложностью и повторным характером) проведение таких экспертиз осуществляется только комиссионно, с привлечением специалистов из соответствующих областей медицинских знаний (хирургии, терапии, рентгенологии и пр.).

При решении поставленных следствием задач чаще всего происходит решение следующих наиболее юридически значимых вопросов: причина смерти или наступивших неблагоприятных последствий; наличие или отсутствие недостатков при оказании медицинской помощи; наличии или отсутствии причинно-следственных связей между действием или бездействием медицинских работников и наступившими последствиями.

В процессе многолетней работы нами выработан наиболее оптимальный алгоритм решения поставленных задач. В наиболее общем виде он сводится к выполнению следующих этапов: а) установление причины смерти или иного наступившего неблагоприятного последствия; б) установление наличия каких-либо действий или бездействия медицинских работников, допущенных при этом недостатков; в) установление связи между этими событиями, с ее конкретизацией (прямая или непрямая).

Наиболее частые недостатки: нераспознанное основное заболевание или его осложнение; недостатки лечения; поздняя диагностика; ошибки при назначении проведении медицинских процедур (манипуляций, операций). Последствия: летальный исход, тяжкий или средней тяжести вред здоровью, удлинение сроков лечения и пр. Важное значение имеют и объективные (связанные с медицинскими составляющими исследуемой проблемы) причины допущенных недостатков. По нашим данным, перед экспертной комиссией такой вопрос следственными органами, как правило, не ставится. Однако, в порядке экспертной инициативы, при наличии объективных причин недостатков (атипичное течение заболевания и т. п. — примерно в 10%) их все же целесообразно указывать. Такой подход позволяет непредвзято, объективно и всесторонне рассматривать дело в суде.

При анализе ошибок, допускаемых медицинскими работниками при осуществлении своих профессиональных обязанностей, были установлены следующие количественные показатели в отношении

действия или бездействия, наличия или отсутствия, а при наличии вида причинно-следственной связи (табл.):

<i>Год/ показатель</i>	<i>2014</i>	<i>2015</i>	<i>2016</i>	<i>Итого</i>
бездействие/ действие	Установлено в 53 случаях, не установлено в 32 случаях	Установлено в 85 случаях, не установлено в 17 случаях	Установлено в 60 случаях, не установлено в 17 случаях	Установлено в 198 случаях, не установлено в 66 случаях
Причинно- следственная связь (ПСС)	Установлена в 44 случаях, не установлена в 39 случаях	Установлена в 40 случаях, не установлена в 56 случаях	Установлена в 18 случаях, не установлена в 50 случаях	Установлена в 102 случаях, не установлена в 145 случаях
Прямая ПСС	13	14	8	35
Непрямая ПСС	31	26	10	67

*Примечание:* сведения приведены по результатам проведенных судебно-медицинских экспертиз по материалам уголовных и гражданских дел; бездействие или причинно-следственная связь считались установленными по делу, если они имелись в отношении хотя бы одного медицинского работника.

С сожалением приходится отметить отсутствие обратной связи между экспертами и судами. Как следствие, исход уголовных и гражданских дел по результатам проводимых комиссионных экспертиз в большинстве случаев остается неизвестным членам экспертных комиссий, что лишает возможности учесть в будущем свои собственные ошибки и недостатки.

*Сенокосова Е. К.<sup>1</sup>*

*Senokosova E. K.*

**НАРУШЕНИЕ ТРЕБОВАНИЙ БЕЗОПАСНОСТИ ПРИ ОКАЗАНИИ  
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: УГОЛОВНО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ**

**VIOLATION OF SAFETY REQUIREMENTS PROVIDING MEDICAL CARE:  
CRIMINAL LAW ASPECTS**

**Аннотация:** Статья посвящена исследованию основных проблем уголовно-правовой квалификации нарушения требований безопасности при оказании медицинской помощи. Автор проводит сравнительный анализ составов преступлений, объективная сторона которых предусматривает нарушение требований безопасности при оказании медицинской помощи на основе правоприменительной практики.

**Abstract:** The article is devoted to the research of the main problems of criminal law qualification of the breach of safety requirements while administering medical aid. The author carries out a comparative analyze of crimes which actus rues provides for the breach of safety requirements under administering medical aid, based on law enforcement practice.

**Ключевые слова:** уголовная ответственность медицинских работников, оказание медицинской помощи, медицинская услуга, безопасность жизни и здоровья.

**Keywords:** criminal liability of medical workers, administering medical aid, medical service, life and health safety.

В последнее время возрос интерес к проблеме безопасности пациентов. Безопасность пациентов определяется как предупреждение причинения им вреда, т. е. «свобода от случайного или предотвратимого вреда, вызванного оказанием медицинской помощи»<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> СЕНОКОСОВА Екатерина Константиновна, аспирантка кафедры уголовного права и криминологии юридического факультета ФГБОУ ВО «Омский государственный университет им. Ф. М. Достоевского» (г. Омск).

<sup>2</sup> *Huges R. G. Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses.* Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US). 2008. — URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2651/> (Assessed at 14 February, 2017).

Нарушение требований безопасности жизни и здоровья пациента является элементом объективной стороны составов преступлений, конститутивным признаком которой является ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей (ч. 2 ст. 109, ч. 2 ст. 118, ч. 4 ст. 122), а также ст. 238 (при оказании услуг, не отвечающих требованиям безопасности). При этом на нарушение требований безопасности как признак объективной стороны состава преступления указывает только диспозиция ст. 238. Необходимо определить, в каких случаях действия медицинского работника следует квалифицировать по статьям о преступлениях против жизни и здоровья, а в каких — против здоровья населения и общественной нравственности.

*Во-первых*, следует обратить внимание на следующее обстоятельство. Как отмечает В. В. Воронин, не отвечающей требованиям безопасности жизни и здоровья потребителей признается та услуга, качество которой не отвечает нормативным документам, при этом ее оказание может повлечь причинение вреда здоровью либо смерть человека<sup>3</sup>. Поэтому любое причинение вреда здоровью либо смерти пациента при оказании медицинской помощи является следствием нарушения требований безопасности. Кроме того, любое медицинское вмешательство потенциально небезопасно для пациента, так как связано с вмешательством в его организм. В связи с этим нарушение требований безопасности при оказании медицинской помощи является элементом объективной стороны всех названных составов преступлений.

*Во-вторых*, в качестве критерия разграничения некоторые авторы называют признак оказания медицинской услуги. В частности, А. М. Багмет, Л. И. Черкасова указывают, что действия медицинских работников могут быть квалифицированы по ст. 238 только в случае заключения договора на оказание медицинских услуг (как правило, возмездного), когда характер работ и условия их выполнения

---

<sup>3</sup> Воронин В. В. Обстоятельства, подтверждающие наличие состава преступления, предусмотренного ст. 238 УК РФ. — URL: [http://promyshleny.orb.sudrf.ru/modules.php?name=press\\_dep&op=4&did=2](http://promyshleny.orb.sudrf.ru/modules.php?name=press_dep&op=4&did=2) (дата обращения 15.02.2017).

устанавливаются непосредственно договором<sup>4</sup>. В связи с этим возникает логичный вопрос: как соотносятся между собой медицинская помощь и медицинская услуга?

В юридической литературе выделяются четыре основных подхода к соотношению понятий «медицинская помощь» и «медицинская услуга». **Первый подход** основан на отождествлении данных понятий. Медицинская услуга — это форма предоставления медицинской помощи<sup>5</sup>. **Второй подход** разграничивает понятия «медицинская помощь» и «медицинская услуга». Юридическим критерием их разграничения является интерес государства в охране здоровья населения<sup>6</sup>, медицинским критерием — объективная потребность в коррекции состояния организма<sup>7</sup>. Согласно **третьему подходу** понятие «медицинская услуга» включается в содержание понятия «медицинская помощь», определяемого как комплекс медицинских услуг, предоставляемых на отдельных этапах ее оказания (ст. 2 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»). **Четвертый подход** определяет медицинскую помощь как содержание медицинской услуги<sup>8</sup>.

В идеальном варианте применим второй подход: медицинские услуги должны предоставляться пациенту по желанию за его счет. Вместе с тем в сложившихся условиях, когда за счет граждан зачастую оплачиваются необходимые пациенту медицинские обследования, подобное понимание медицинской услуги теряет значимость.

---

<sup>4</sup> Багмет А. М., Черкасова Л. И. Составы преступлений, совершаемых медицинскими работниками // Юридический мир. 2014. № 12. — С. 57.

<sup>5</sup> Афанасьева Е. Г. Правовое регулирование оказания коммерческих медицинских услуг в США. Дисс. ... канд. юридич. наук. — М., 1995. — С. 98.

<sup>6</sup> Михайлова Х. Л. Международные и национальные стандарты при урегулировании споров в сфере предоставления медицинских услуг. Дисс. ... канд. юридич. наук. — М., 2009. — С. 33–35.

<sup>7</sup> Комаров Ю. М. Что оказывают медицинские учреждения: медицинскую помощь или медицинские услуги? // Здравоохранение. 2009. № 5. — С. 157.

<sup>8</sup> Абдуллина В. С. Гражданско-правовая ответственность за нарушения в сфере оказания медицинских услуг: некоторые вопросы теории и практики. Дисс. ... канд. юридич. наук. — Казань, 2007. — С. 7–8.

Следовательно, система оказания медицинской помощи основана на медицинской помощи как комплексе медицинских услуг.

В связи с этим разграничение данных составов преступлений на основе критерия разграничения понятий «медицинская помощь» и «медицинская услуга» не представляется возможным. Медицинское вмешательство в рамках оказания медицинской помощи является медицинской услугой, договор на оказание которой между пациентом (потребителем) и медицинским работником (субъектом оказания услуги) заключается не всегда. В качестве примера можно привести оказание медицинской помощи в рамках обязательного медицинского страхования.

Нет единства по данному вопросу и в правоприменительной практике. К примеру, в действиях врача акушера-гинеколога, своевременно не установившего роженице диагноз «отслойка плаценты», продолжавшего введение противопоказанного при этом препарата и упустившего возможность проведения «кесарева сечения», что повлекло смерть плода, были установлены признаки состава ч. 2 ст. 109, а не п. «в» ч. 2 ст. 238<sup>9</sup>. В то же время врач акушер-гинеколог, которая ввела роженице в качестве «медикаментозного сна» не предназначенный для этого препарат и своевременно не провела операцию «кесарево сечение», что не повлекло никаких последствий для жизни и здоровья матери и новорожденного, была привлечена к ответственности по ч. 1 ст. 238 (формальный состав!). При этом суд указал, что медицинская организация при заключении со страховой медицинской организацией договора обязательного медицинского страхования принимает на себя обязательства по оказанию медицинских услуг надлежащего качества, то есть отвечающих требованиям безопасности жизни и здоровья<sup>10</sup>.

*В-третьих*, в качестве критерия разграничения указанных составов можно рассматривать признак субъективной стороны.

---

<sup>9</sup> Приговор Ветлужского районного суда Нижегородской области от 26 сентября 2012 года. — URL: [www.rospravosudie.com/court-vetluzhskij-rajonnij-sud-nizhegorodskaya-oblast-s/act-106633377/](http://www.rospravosudie.com/court-vetluzhskij-rajonnij-sud-nizhegorodskaya-oblast-s/act-106633377/) (дата обращения 15.02.2017).

<sup>10</sup> Кассационное определение Ленинградского областного суда от 24 февраля 2011 года по делу № 22–306/2011. — URL: [www.rospravosudie.com/court-leningradskij-oblastnoj-sud-leningradskaya-oblast-s/act-492576969/](http://www.rospravosudie.com/court-leningradskij-oblastnoj-sud-leningradskaya-oblast-s/act-492576969/) (дата обращения 15.02.2017).

Как следует из судебной практики, признаки состава ст. 238 устанавливаются в действиях (бездействии) медицинских работников (в основном акушеров-гинекологов), умышленно оказывающих не отвечающую требованиям безопасности жизни и здоровья потребителей медицинскую услугу. К примеру, в действиях врача акушера-гинеколога, применившего в ходе операции родовспоможения запрещенный прием давления на лоно матки, был установлен прямой умысел. В вышеуказанном примере привлечения к ответственности по ч. 1 ст. 238 в действиях медицинского работника также был установлен умысел.

Иными словами, медицинский работник, умышленно оказавший медицинскую услугу с нарушением требований безопасности, должен быть привлечен к ответственности независимо от наступления последствий. Насколько верно привлекать медицинских работников к ответственности за формальные составы? Ответ на данный вопрос требует анализа общественной опасности данного преступления. Прежде всего, следует предположить, что подобные явления имеют весьма широкое распространение. Дело в том, что с учетом нынешнего уровня медицинского образования не исключено оказание медицинских услуг с нарушением требований безопасности жизни и здоровья потребителей при наличии косвенного умысла, когда медицинский работник осознает неправомерность своих действий (бездействия), но относится к этому безразлично. Так, на первом месте среди причин непрофессионализма медицинских работников стоит равнодушие к результатам работы (32%), на втором — качество медицинского образования (31%) (по результатам опроса 486 граждан, проведенного автором в целях криминологического исследования проблем ненадлежащего оказания медицинской помощи). Кроме того, 75% опрошенных медицинских работников не считают высоким качество медицинского образования на данном этапе (по данным опроса, проведенного автором среди 95 медицинских работников). Вместе с тем мало кто рискнет взять в руки скальпель, зная, что за спиной стоит судья, готовый наказать за малейший проступок<sup>11</sup>.

---

<sup>11</sup> Бондаренко Д. В. Суд оправдал врача, обвиненного в смерти пациента // Уголовный процесс. 2013. № 2. — С. 79.



На основании изложенного можно сделать следующие выводы. На первый взгляд, в правоприменительной практике отсутствует единство квалификации нарушения требований безопасности медицинскими работниками. Как видно из вышеприведенного примера, одни и те же действия медицинского работника могут быть квалифицированы и по ст. 238, и по ст. 109. Вместе с тем в качестве критерия разграничения рассмотренных составов преступлений можно предложить признак субъективной стороны, который применительно к составу ст. 238 имеет форму умысла, к составам ст. 109, 118, 122 — неосторожности. Вопрос привлечения медицинских работников к ответственности за формальные составы преступлений (ч. 1 ст. 238) требует дальнейшего осмысления в плане соотношения общественной опасности данного преступления и возможных последствий широкого распространения подобной практики в контексте роста дефицита медицинских кадров.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. *Huges R. G. Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses.* Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US). 2008. — URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2651/> (assessed at 14 February, 2017).
2. *Абдуллина В. С.* Гражданско-правовая ответственность за нарушения в сфере оказания медицинских услуг: некоторые вопросы теории и практики. Дисс. ... канд. юрид. наук. — Казань, 2007.
3. *Афанасьева Е. Г.* Правовое регулирование оказания коммерческих медицинских услуг в США. Дисс. ... канд. юрид. наук. — М., 1995.
4. *Базмет А. М., Черкасова Л. И.* Составы преступлений, совершаемых медицинскими работниками // Юридический мир. 2014. № 12. — С. 56–58.
5. *Бондаренко Д. В.* Суд оправдал врача, обвиняемого в смерти пациента // Уголовный процесс. 2013. № 2.
6. *Воронин В. В.* Обстоятельства, подтверждающие наличие состава преступления, предусмотренного ст. 238 УК РФ. — URL: [http://promyshleny.orb.sudrf.ru/modules.php?name=press\\_dep&or=4&did=2](http://promyshleny.orb.sudrf.ru/modules.php?name=press_dep&or=4&did=2) (дата обращения 15.02.2017).
7. Кассационное определение Ленинградского областного суда от 24 февраля 2011 года по делу № 22–306/2011. — URL: [www.rospravosudie.com/](http://www.rospravosudie.com/)

- court-leningradskij-oblastnoj-sud-leningradskaya-oblast-s/act-492576969/ (дата обращения 15.02.2017).
8. *Комаров Ю. М.* Что оказывают медицинские учреждения: медицинскую помощь или медицинские услуги? // *Здравоохранение*. 2009. № 5. С. 157–163.
  9. *Михайлова Х. Л.* Международные и национальные стандарты при урегулировании споров в сфере предоставления медицинских услуг. Дисс. ... канд. юридич. наук. — М., 2009.
  10. Приговор Ветлужского районного суда Нижегородской области от 26 сентября 2012 года. — URL: [www.rospravosudie.com/court-vetluzhskij-rajonnyj-sud-nizhegorodskaya-oblast-s/act-106633377/](http://www.rospravosudie.com/court-vetluzhskij-rajonnyj-sud-nizhegorodskaya-oblast-s/act-106633377/) (дата обращения 15.02.2017).

*Смирнова О.М.<sup>1</sup>*

*Smirnova O. M.*

УГОЛОВНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА НЕЗАКОННОЕ ПРОИЗВОДСТВО  
ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ И МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ

CRIMINAL LIABILITY FOR THE ILLEGAL MANUFACTURE OF MEDICINES  
AND MEDICAL PRODUCTS

**Аннотация:** В статье рассматриваются правовые последствия присоединения Российской Федерации к Конвенции Совета Европы «О борьбе с фальсификацией медицинской продукции и сходными преступлениями, угрожающими здоровью населения»; анализируются ситуации с незаконным производством лекарственных средств и медицинских изделий.

**Abstract:** The legal consequences of the Russian Federation's accession to the Council of Europe's Convention on the fight against the falsification of medical products and similar crimes that threaten the health of the population are examined; the situation with the illegal production of medicines and medical products is analyzed.

**Ключевые слова:** ответственность за незаконное производство лекарственных средств и медицинских изделий.

**Keywords:** responsibility for the illegal manufacture of medicines and medical products.

В составе главы 25 УК РФ содержится статья 235<sup>1</sup>, предусматривающая уголовную ответственность за незаконное производство лекарственных средств и медицинских изделий. Данная глава находится в разделе IX «Преступления против общественной безопасности и общественного порядка».

Само производство отвечающих установленным требованиям лекарственных средств или медицинских изделий без лицензии

---

<sup>1</sup> СМИРНОВА Ольга Михайловна, старший преподаватель, заведующая учебной частью кафедры биомедицинской этики, медицинского права и истории медицины Казанского государственного медицинского университета, кандидат юридических наук (г. Казань).

не ставит под угрозу общественные отношения по поводу здоровья населения, а приводит к нарушению таковых в сфере экономической деятельности<sup>2</sup>. Данный вид преступлений является преступлениями латентного характера и изнутри разрушает систему здравоохранения, подрывая авторитет данной сферы, и вызывая недоверие к системе врачевания в целом. Экономический аспект исследования ясен, что незаконное производство лекарственных средств связано с колоссальными суммами, которые попадают в руки мошенников, однако, этическая сторона вопроса куда страшнее, так как посягательство происходит на жизнь и здоровье пациентов<sup>3</sup>.

Важным шагом считаем принятие Конвенции Совета Европы «О борьбе с фальсификацией медицинской продукции и сходными преступлениями, угрожающими здоровью населения» (Конвенция «Медикрим»)<sup>4</sup>, которая была подписана в г. Москве 28 октября 2011 года с участием, в том числе, и Российской Федерации.

Процесс борьбы с теми или иными криминальными посягательствами на разные объекты общественных отношений является долгосрочным и предполагает детальный последовательный подход. С учетом этого, после подписания Конвенции «Медикрим», в России начался процесс проработки вопроса правового обеспечения данного преступления. Одним из первых нормативных актов, принятых в России, явился Федеральный закон от 31.12.2014 №532-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в части противодействия обороту фальсифицированных, контрафактных, недоброкачественных

---

<sup>2</sup> Деревянская Т. П. Уголовная ответственность за незаконное обращение лекарственных средств и медицинских изделий: Дис. ... канд. юрид. наук. — Омск, 2015. — С. 80.

<sup>3</sup> Растущая угроза со стороны поддельных лекарств // Информационный бюллетень Всемирной организации здравоохранения. 2010. Апрель. Выпуск 88. №4. URL: <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/4/10-020410/ru/>.

<sup>4</sup> Конвенция Совета Европы «О борьбе с фальсификацией медицинской продукции и сходными преступлениями, угрожающими здоровью населения». Москва, 28.10.2011 (официальный текст).

и незарегистрированных лекарственных средств, медицинских изделий и фальсифицированных биологически активных добавок»<sup>5</sup>.

Закон вступил в силу 23 января 2015 года, вводя в Уголовный кодекс Российской Федерации три новые статьи: 2351, 2381, 3272. Кроме того, согласно внесенным в уголовный закон изменениям, деньги, ценности и иное имущество, полученные в результате совершения преступлений, предусмотренных указанными статьями, подлежат конфискации на основании ст. 1041 УК РФ. В соответствии с дополнениями, внесенными в ст. 151 УПК РФ, данные преступления отнесены к подсудственности следователей Следственного комитета Российской Федерации<sup>6</sup>.

Согласно данным статистики, приведенной Т. П. Дервянской, количество фальсифицированных лекарственных средств динамично растет. В 2014 г. изъято из обращения 1109 серий лекарственных средств, качество которых не отвечает установленным требованиям. Из них: 4553 серии недоброкачественных лекарственных средств, 5 серий фальсифицированных препаратов и 40 серий контрафактных лекарственных средств.

Проведя исследование по данному факту, считаем, что с учетом латентности данного вида преступлений и неотработанности данной нормы на практике, подтверждается последняя статистика о том, что в 2015 году не только не возбуждалось ни одно дело по данному факту, но даже не выявилось ни одного преступления по фактам таких деяний<sup>7</sup>. Есть мнение о конкуренции норм ст. 2351 УК РФ и ст.

---

<sup>5</sup> Федеральный закон от 31.12.2014 №532-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в части противодействия обороту фальсифицированных, контрафактных, недоброкачественных и незарегистрированных лекарственных средств, медицинских изделий и фальсифицированных биологически активных добавок» // Российская газета. — 2015. — №1.

<sup>6</sup> *Файзрахманов Н. Ф.* Обзор Федерального закона от 31.12.2014 №532-ФЗ, его значение в организации расследования отдельных преступлений, посягающих на здоровье населения // Уголовно-процессуальные и криминалистические проблемы борьбы с преступностью: Сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции / ОрЮИ МВД России им. В. В. Лукьянова. — Орел, 2015. — С. 329–335.

<sup>7</sup> Единый отчет о преступности за январь–декабрь 2015 года: Сборник по России. Ф. 491. Кн. 1, 5; разделы 1–16, 21 // ГИАЦ МВД России. — С. 1805–1813.

ст. 171, 2381 УК РФ, а также ст. ст. 6.28, 6.33 КоАП РФ. Насколько данная норма будет работать на практике, будет понятно, когда будет вынесено несколько первых решений.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Конвенция Совета Европы «О борьбе с фальсификацией медицинской продукции и сходными преступлениями, угрожающими здоровью населения». — URL: <http://www.wipo.int/wipolex/ru/details.jsp?id=15554>.
2. Федеральный закон от 31.12.2014 №532-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в части противодействия обороту фальсифицированных, контрафактных, недоброкачественных и незарегистрированных лекарственных средств, медицинских изделий и фальсифицированных биологически активных добавок» // Российская газета. 2015. №1.
3. *Дервянская Т. П.* Уголовная ответственность за незаконное обращение лекарственных средств и медицинских изделий: Дис. ... канд. юрид. наук. — Омск, 2015. — С. 80.
4. Единый отчет о преступности за январь — декабрь 2015 года: Сборник по России. Ф. 491. Кн. 1, 5; разделы 1–16, 21 // ГИАЦ МВД России. — С. 1805–1813.
5. Растущая угроза со стороны поддельных лекарств // Информационный бюллетень Всемирной организации здравоохранения. 2010. Апрель. Выпуск 88. №4. — URL: <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/4/10-020410/ru/>.
6. *Файзрахманов Н. Ф.* Обзор Федерального закона от 31.12.2014 №532-ФЗ, его значение в организации расследования отдельных преступлений, посягающих на здоровье населения // Уголовно-процессуальные и криминалистические проблемы борьбы с преступностью: Сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции / ОрЮИ МВД России им. В. В. Лукьянова. — Орел, 2015. — С. 329–335.

*Соляник А. В.<sup>1</sup>*

*Solyanik A. V.*

**ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ РИСК МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ КАК  
РАЗНОВИДНОСТЬ ОБОСНОВАННОГО РИСКА**

**THE PROFESSIONAL RISK OF MEDICAL WORKERS AS A VARIETY  
OF JUSTIFIED RISK**

**Аннотация:** В научной работе рассматриваются основные вопросы профессионального риска медицинских работников как разновидности обоснованного риска, а также проблемы его правоприменения. В работе предложены рекомендации по решению указанных проблем.

**Abstract:** The scientific work discusses the main issues of occupational risk of medical employees as a kind of justified risk and problems of its enforcement. Recommendations on the solution of the stated problems are offered.

**Ключевые слова:** профессиональный риск, медицинский работник, обоснованный риск, ответственность, условия правомерности.

**Keywords:** Professional risk, medical worker, reasonable risk, responsibility, conditions of lawfulness.

Медицинская сфера деятельности — это особый вид человеческого деятельности в сфере здравоохранения, область научного исследования и практики оказания лечебно-профилактической помощи, сопровождающаяся необходимостью выбора между традиционными и нестандартными путями достижения поставленных целей и где остро возникает вопрос о полезности и оправданности риска. Нельзя отрицать, что почти любой вид деятельности человека сопровождается риском и носит вероятностный характер, но в профессиональной медицинской деятельности правила обоснованного риска применяются чаще, так как вмешательство врача всегда

---

<sup>1</sup> СОЛЯНИК Анастасия Викторовна, студентка 1 курса магистратуры Северо-Западного филиала ФБОУВО «Российский государственный университет правосудия» (г. Санкт-Петербург).

сопряжено с угрозой наступления вредных последствий, а иногда только ценой риска может быть спасена жизнь человека.

Профессиональный риск, в том числе риск медицинских работников, регламентируется нормами Уголовного кодекса РФ, который предусмотрел его в качестве обстоятельства, исключающего преступность деяния и соответственно исключающего уголовную ответственность при соблюдении определенных условий. Риск отражает как объективные, так и субъективные элементы действий в условиях обоснованного риска, включает как само совершаемое действие, так и отношение к нему субъекта, а также осознание рискованности условий ответственности<sup>2</sup>. Понятие «профессионального риска» законодательно не закреплено, что порождает проблемы в оценке деятельности профессиональных работников, и соответственно появляется необходимость в устранении такого пробела в российском законодательстве путем внесения в статью 41 УК РФ понятия профессионального риска.

Статья 41 УК РФ регламентирует условия правомерности обоснованного риска, в том числе в деятельности медицинских работников. Во-первых, такой риск должен осуществляться с целью достижения общественно полезной цели, а именно с целью сохранения жизни и здоровья человека или облегчения его страданий. При этом важным уточнением будет то, что общественно полезная цель может иметь и нетерапевтический характер, например, в ходе проведения медицинского эксперимента или во время косметических операций. В этом случае общественно полезной целью будет изобретение нового лекарства, испытание новой техники, устранение дефектов внешности, коррекция посттравматических состояний<sup>3</sup>. Однако на практике при проведении операций эстетической медицины часто возникает проблема признания риска обоснованным, поскольку субъект должен осознавать не только достаточность предпринятых им мер по предотвращению вреда, но и общественно

---

<sup>2</sup> Козаев Н. Ш. Уголовно-правовые аспекты медицинского риска // Сборник докладов Первой международной конференции «Общество-Медицина-Закон» / Кисловодский институт экономики и права. Май, 1999. — М.: Грантъ, 1999. — С. 25–28.

<sup>3</sup> Орешикина Т. Обоснованный риск в системе обстоятельств, исключающих преступность деяния // Уголовное право. 1999. № 1. — С. 20.



полезную цель. В данном случае отсутствует опасность для жизни и здоровья пациента, следовательно, риск не может быть признан обоснованным. К тому же при эстетических операциях отсутствует потребность в применении экстренных мер. Исключением может стать необходимость в устранении обезображивания лица, возникшего в результате действий третьих лиц. Представляется необходимым более подробно осветить в законодательстве содержание условий правомерности причинения вреда в условиях обоснованного риска при осуществлении эстетической медицинской практики.

Следующим условием правомерности обоснованного риска является то, что поставленная цель не могла быть достигнута иными, не связанными с риском действиями (бездействием), то есть должен избираться способ, связанный с созданием менее угрожающей опасности. Однако существенное отличие обоснованного риска от крайней необходимости в том, что причинение вреда охраняемым законом интересам в ситуации риска — всего лишь возможное (вероятностное), но не обязательное последствие действий субъекта, тогда как при крайней необходимости имеет место конфликт двух охраняемых прав интересов, когда причинение вреда одному из них неизбежно<sup>4</sup>. В Этическом кодексе российского врача говорится: «...врач обязан сопоставить степень риска причинения ущерба пациенту и возможность достижения положительного результата»<sup>5</sup>. Например, когда ампутация какого-нибудь зараженного органа тела является единственно возможным способом сохранить жизнь пациента.

Также важным критерием правомерности является достаточность предпринятых мер для предотвращения вреда охраняемым уголовным законам интересам. Понятие достаточности по характеру является оценочным, и некоторые авторы выделяют объективный и субъективный критерии достаточности. Объективный критерий

---

<sup>4</sup> Кибальник А. Г. Актуальные проблемы уголовной ответственности медицинских работников: монография / А. Г. Кибальник, Я. В. Старостина. — М.: Илекса, 2008. — С. 56.

<sup>5</sup> Этический кодекс российского врача. Утвержден 4-й Конференцией Ассоциации врачей России, ноябрь 1994. Статья 18, раздел 4. — URL: <http://www.med-pravo.ru/Ethics/EthCodRF.htm> (дата обращения 10.02.2017).

включает соблюдение инструкций и правил, организацию страхующего оборудования для обеспечения безопасности, предварительное получение максимальной информации об индивидуальных особенностях больного. К субъективному критерию относятся осознание субъектом вероятной возможности вредных последствий, принятие необходимых мер к предотвращению вреда или его минимизации. Здесь важно обратить внимание на исключение такой формы вины при необоснованном риске, как небрежность, которая предполагает, что субъект не предвидит возможности наступления общественно опасных последствий. Однако медицинский работник предвидит возможные вредные последствия и для этого предпринимает достаточные меры, поэтому при необоснованном риске будет иметь место преступление с неосторожной формой вины в виде преступного легкомыслия<sup>6</sup>. При этом компетентность и степень профессионализма лица, принимающего решение о медицинском вмешательстве, должны быть официально подтверждены документом о квалификации, специализации, чтобы его деяния могли быть признаны обоснованным риском в случае наступления неблагоприятных последствий<sup>7</sup>. Кроме того, медицинский работник должен руководствоваться не только своими знаниями, опытом, но и современными достижениями мировой медицинской науки в конкретной области. В решении Промышленного районного суда г. Ставрополя по делу № 2–184–11 от 6 апреля 2011 года суд указал, что у медицинского учреждения были ограниченные возможности для диагностики заболевания ввиду его оснащенности, что было учтено судом при оценке степени вины медицинских работников<sup>8</sup>.

Во всех случаях необходимым условием правомерности действий медицинских работников является получение информированного добровольного согласия пациента или его законных представителей на медицинское вмешательство, что закрепляется Федеральным

---

<sup>6</sup> Козаев Н. Ш. Обоснованный риск как обстоятельство, исключающее преступность деяния. — Ставрополь, 2001. — С. 84–85.

<sup>7</sup> Кибальник А. Г. Актуальные проблемы уголовной ответственности медицинских работников: монография / А. Г. Кибальник, Я. В. Старостина. — М.: Илекса, 2008. — С. 90.

<sup>8</sup> Решение № 2–184/2011 от 6 апреля 2011 г. по делу № 2–184/201. — URL: <http://sudact.ru> (дата обращения 15.02.2017).

законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», при этом представляется спорным вопрос о достаточности перечня информации, указанного в данном Федеральном Законе, согласно которому пациент имеет право на получение в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи<sup>9</sup>. Однако нужно понимать, что информирование не будет являться обстоятельством, исключающим ответственность медицинского работника за ненадлежащее оказание медицинской помощи<sup>10</sup>. Подобный пробел в законодательстве не позволяет пациенту самостоятельно оценить степень риска диагностического или лечебного вмешательства, что требует принятия дополнительных нормативно-правовых актов либо внесения изменений в существующие. Также возникает ряд вопросов при квалификации действий врача в экстремальной обстановке, когда добровольное согласие было невозможно получить, а угроза была наличной и действительной для жизни пациента.

Особого внимания требует вопрос о правовом регулировании биомедицинских исследований на человеке в РФ ввиду необходимости их проведения, так как любой новый апробированный лекарственный препарат со временем должен пройти стадию проверки действия на человеке. При проведении эксперимента возникает противоречие между всеобщей заинтересованностью общества, государства в освоении и изобретении нового метода лечения или препарата и интересами лица, которому гарантируется охрана и защита его личности<sup>11</sup>. Однако данная сфера регламентируется

---

<sup>9</sup> Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 03.07.2016) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» пп. 5 п. 5. Ст. 19; ст. 20. — URL: [www.consultant.ru](http://www.consultant.ru) (дата обращения 17.02.2017).

<sup>10</sup> Михайлов В. И. Согласие лица как обстоятельство, исключающее преступность деяния // Законодательство. 2002, № 2, 3. — С. 14.

<sup>11</sup> Овчинникова Г. В. Виды профессионально- хозяйственного риска // Правоведение, 1990. № 4. — С. 60.

отдельными нормами, нуждающимися в систематизации и совершенствовании в соответствии с реалиями нового времени<sup>12</sup>.

Несоблюдение всех вышеперечисленных условий правомерности обоснованного риска в совокупности медицинскими работниками влечет уголовную ответственность по соответствующей статье УК РФ и иногда рассматривается как смягчающее наказание обстоятельство (п. «ж» ст. 61 УК РФ)<sup>13</sup>. В случаях, когда имеется дефект оказания медицинской помощи, наступает уголовная ответственность за ненадлежащее исполнение лицом своих профессиональных обязанностей в зависимости от наступивших последствий: причинение смерти по неосторожности — ч. 2 ст. 109 УК РФ, причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности — ч. 2 ст. 118. Причинение любого другого вреда здоровью по неосторожности, кроме тяжкого, уголовной ответственности не влечет: за причинение легкого вреда по неосторожности она изначально не предусмотрена, а причинение средней тяжести вреда здоровью декриминализовано (исключение составляет только ч. 1 ст. 124 УК РФ — неоказание помощи больному).

Однако в судебной практике крайне редко встречаются случаи исключения ответственности медицинских работников по такому основанию, как обоснованный риск. При установлении отсутствия вины медицинских работников в неблагоприятном исходе суды, как правило, не ссылаются на статью 41 УК РФ, так как она скрывается за констатацией факта отсутствия состава преступления.

Так, судебным решением республики Татарстан от 1 февраля 2017 не была установлена вина медицинского работника гинекологического отделения ввиду того, что его действия не содержали состава преступления. Пациентке были проведены ряд медицинских

---

<sup>12</sup> Федеральный закон от 12.04.2010 №61-ФЗ (ред. от 03.07.2016) «Об обращении лекарственных средств» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2017) ст. 43; «Основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»; Приказ Минздрава РФ от 26.05.2003 №220 «Об утверждении отраслевого стандарта «Правила проведения внутрилабораторного контроля качества количественных методов клинических лабораторных исследований с использованием контрольных материалов». — URL: [www.consultant.ru](http://www.consultant.ru) (дата обращения 17.02.2017).

<sup>13</sup> *Бедрин Л. М.* Ответственность медицинских и фармацевтических работников за профессиональные правонарушения. — Ярославль, 1996. — С. 432.

манипуляций, которые привели к удалению матки и хроническому заболеванию. Из выводов судебно-медицинской экспертизы следует, что у пациентки все оперативные вмешательства проведены с целью сохранения жизни больной по экстренным показаниям, т. е. вред причиненный был меньше вреда предотвращенного. Кроме того, медицинская помощь была оказана в соответствии с порядками и стандартами оказания медицинской помощи, причинная связь между действиями врачей и наступившими последствиями в состоянии здоровья отсутствует. Из указанного следует, что действия врачей были правомерными, а наступившие последствия были результатом факторов риска (возрастные изменения, воспалительные процессы пациентки)<sup>14</sup>.

Данные выводы подтверждаются обзором судебной практики Верховного Суда Российской Федерации за 2015 г., разъяснившим, что ненадлежащим исполнением профессиональных обязанностей является поведение лица, полностью или частично не соответствующее официальным требованиям или предписаниям, предъявляемым к лицу, в результате чего наступает смерть потерпевшего. Кроме того, действия лица должны быть обязательным условием наступившего последствия, т. е. должна быть установлена причинно-следственная связь между деянием и наступившим неблагоприятным исходом<sup>15</sup>. Различают прямую и косвенную причинно-следственную связь либо причину и условия наступления вредных последствий. Практика показывает, что для установления виновности лица определяющее значение имеет сам факт наличия причинно-следственной связи.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 №63-ФЗ (ред. от 03.02.2014). — URL: [www.consultant.ru](http://www.consultant.ru).

---

<sup>14</sup> Решение №2–2344/2016 2–4/2017 от 1 февраля 2017 г. по делу №2–2344/2016. — URL: <http://sudact.ru> (дата обращения 15.02.2017).

<sup>15</sup> Обзор судебной практики Верховного Суда Российской Федерации №3 (2015) (утв. Президиумом Верховного Суда РФ 25.11.2015) Определение №13-УД15–1. — URL: [www.consultant.ru](http://www.consultant.ru) (дата обращения 15.02.2017).

2. Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации от 18.12.2001 №174-ФЗ (ред. от19.12.2016). — URL: [www.consultant.ru](http://www.consultant.ru).
3. Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ (ред. от 03.07.2016) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». — URL: [www.consultant.ru](http://www.consultant.ru).
4. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 24.04.2008 №194н (ред. от 18.01.2012) «Об утверждении Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека». — URL: [www.consultant.ru](http://www.consultant.ru).
5. Обзор судебной практики Верховного Суда Российской Федерации №3 (2015) (утв. Президиумом ВС РФ 25.11.2015) Определение №13-УД15. — URL: [www.consultant.ru](http://www.consultant.ru).
6. Этический кодекс российского врача,1994. — URL: [www.med-pravo.ru](http://www.med-pravo.ru).
7. Кибальник А. Г. Актуальные проблемы уголовной ответственности медицинских работников: монография / А. Г. Кибальник, Я. В. Старостина. — М.: Илекса, 2008. — 92 с.
8. Козаев Н. Ш. Обоснованный риск как обстоятельство, исключающее преступность деяния. — Ставрополь, 2001.
9. Михайлов В. И. Согласие лица как обстоятельство, исключающее преступность деяния // Законодательство. 2002. — № 2, 3.
10. Орешкина Т. Обоснованный риск в системе обстоятельств, исключающих преступность деяния // Уголовное право. 1999. № 1.
11. URL: <http://sudact.ru>.

*Степанов Ю. В., Титов А. Н.<sup>1</sup>*

*Stepanov Yu. V., Titov A. N.*

**КЛАССИФИКАЦИЯ ПРЕСТУПЛЕНИЙ, СОВЕРШАЕМЫХ МЕДИЦИНСКИМИ РАБОТНИКАМИ, ПО ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВУ ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ**

**CLASSIFICATION OF CRIMES COMMITTED BY MEDICAL WORKERS, ACCORDING TO THE LEGISLATION OF THE DONETSK PEOPLE'S REPUBLIC**

**Аннотация:** В статье рассматриваются вопросы, связанные с классификацией преступлений, совершенных медицинскими работниками. Предложена классификация таких преступлений в соответствии с законодательством Донецкой Народной Республики.

**Abstract:** The article deals with issues related to the classification of the crimes committed by the medical staff. The classification of such crimes in accordance with the laws of the Donetsk People's Republic.

**Ключевые слова:** медицинские работники, преступления, совершаемые медицинскими работниками, классификация преступлений.

**Keywords:** medical staff, the crimes committed by the medical staff, the classification of crimes.

В соответствии с Конституцией Донецкой Народной Республики (ст. 34) каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Охрана здоровья обеспечивается государственным финансированием соответствующих социально-экономических, медико-санитарных и оздоровительно-профилактических программ. Государство создает условия для эффективного и доступного для всех граждан медицинского обслуживания.

---

<sup>1</sup> СТЕПАНОВ Юрий Викторович, старший преподаватель кафедры уголовного права и криминологии ГОУ СПО «Донбасская юридическая академия», кандидат юридических наук (г. Донецк, Донецкая Народная Республика);

ТИТОВ Андрей Николаевич, адвокат, кандидат юридических наук, доцент (г. Донецк, Донецкая Народная Республика).

Предоставление медицинской помощи включает в себя диагностику (оценка объективных и субъективных данных о состоянии здоровья, выбор и принятие решения о лечении) и лечение (применение различного рода процедур, проведение медикаментозной и иной терапии, хирургических операций и т. п.).

К сожалению, многие права пациента при получении им медицинской помощи грубо нарушаются. Это выражается в неуважительном отношении к пациенту на всем протяжении лечебного процесса, в нарушении прав пациента на получение информации о состоянии своего здоровья и тяжести конкретного заболевания, методах диагностики и лечения, в том числе о ближайших и отдаленных его результатах, в неоказании либо некачественном оказании медицинской помощи, в проведении медицинских экспериментов без согласия человека. Многие из деяний, совершаемых медицинскими работниками, характеризуются повышенной общественной опасностью, влекут полную или частичную утрату здоровья пациентов, подрывают авторитет медицины в глазах населения<sup>2</sup>.

Фактическую основу состояния преступности в сфере медицины составляют материалы СМИ и обращения граждан. Преступления в сфере здравоохранения характеризуются высокой степенью латентности. Они представляют собой одну из самых сложных категорий дел как с точки зрения выявления и квалификации состава преступления, так и доказывания со стороны обвинения и со стороны защиты.

Уголовный кодекс Украины, ранее действовавший на территории Донецкой Народной Республики, предусматривает шесть составов преступлений, субъектами которых являются медицинские работники:

- 1) ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей, повлекшее заражение лица вирусом иммунодефицита человека либо иной неизлечимой инфекционной болезни (ст. 131);

---

<sup>2</sup> Никитина И. О. Преступления в сфере здравоохранения (законодательство, юридический анализ, квалификация, причины и меры предупреждения): Автореф. дисс. ... канд. юрид. наук: 12.00.08. — Нижний Новгород, 2007.



- 2) разглашение сведений о проведении медицинского освидетельствования на выявление заражения вирусом иммунодефицита человека или другой неизлечимой болезни (ст. 132);
- 3) неоказание помощи больному медицинским работником (ст. 139);
- 4) ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей медицинским или фармацевтическим работником (ст. 140);
- 5) нарушение прав пациента (ст. 141);
- 6) незаконная выдача рецепта на право приобретения наркотических средств или психотропных веществ (ст. 319)<sup>3</sup>.

17 августа 2014 года был утвержден Уголовный кодекс Донецкой Народной Республики, который содержит несколько другой перечень составов преступлений, субъектами которых являются медицинские работники:

- 1) заражение другого лица ВИЧ-инфекцией вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей (ч. 4 ст. 123);
- 2) неоказание помощи больному (ст. 125);
- 3) незаконная госпитализация лица в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, совершенная лицом с использованием своего служебного положения (ч. 2 ст. 131);
- 4) незаконная выдача рецептов или иных документов, дающих право на получение наркотических средств или психотропных веществ (ст. 272)<sup>4</sup>.

Таким образом, законодательство Донецкой Народной Республики ориентируется на законодательство Российской Федерации.

Однако неправильно было бы утверждать, что перечень преступлений, совершаемых медицинскими работниками с использованием своих профессиональных обязанностей, ограничивается лишь указанными выше составами.

---

<sup>3</sup> Кримінальний кодекс України // ВВР. 2001. № 25–26. Ст. 131.

<sup>4</sup> Уголовный кодекс Донецкой Народной Республики от 17 августа 2014 года // Донецкая Народная Республика: официальный сайт. URL: <http://dnr-online.ru/doc/> (дата обращения 16.02.2017).

В этой связи Е. В. Червонных выделяет четыре группы преступлений.

- 1) преступления в сфере лечебной и эстетической медицины (ст.ст. 109, 118, ч. 4 ст. 122, ст.ст. 124, 235 УК РФ);
- 2) умышленные преступления медицинских работников, использующих свои профессиональные навыки и знания в качестве способа их совершения (ст.ст. 105, 111, 112, 115, 120, 123, ч. 1 ст. 128, ст. 153 УК РФ);
- 3) должностные преступления медицинских работников (ч. 2 ст. 128, ст.ст. 159, 160, 2282, 229, 285, 2851, 2852, 290, 292, 293, 233 УК РФ);
- 4) иные преступления медицинских работников, предусмотренные ст.ст. 307, 163, 171, 248 УК РФ и рядом других<sup>5</sup>.

И. О. Никитиной в основу классификации положено деление преступлений на скрытые и явные, чистые и условные, по признакам состава преступления. К скрытым автор относит деяния, которые отдельно в уголовном законе не выделяются, но подразумеваются под определенной диспозицией нормы (например, эвтаназия ч. 1 ст. 105 УК РФ, разглашение врачебной тайны ст. 137 УК РФ). Явная диспозиция статьи уголовного закона прямо указывает на деяние (незаконное производство аборта ст. 123 УК РФ, неоказание помощи больному ст. 124 УК РФ, незаконное занятие частной медицинской практикой или частной фармацевтической деятельностью ст. 235 УК РФ). К чистым относятся преступления, в которых субъектом может являться только медицинский работник: неоказание помощи больному (ст. 124 УК РФ), незаконная выдача рецептов или иных документов, дающих право на получение наркотических средств или психотропных веществ (ст. 233). К условным относятся преступления, где субъектом может являться любое лицо, достигшее возраста уголовной ответственности, однако в большей степени, они характерны для медицинских работников (причинение вреда здоровью, незаконное производство аборта и т. д.)<sup>6</sup>.

---

<sup>5</sup> Червонных Е. В. Преступления, совершаемые в сфере здравоохранения, и их предупреждение: Автореф. дисс. ... канд. юрид. наук: 12.00.08. — Саратов, 2009.

<sup>6</sup> Никитина И. О. Преступления в сфере здравоохранения (законодательство, юридический анализ, квалификация, причины и меры предупреждения): Автореф. дисс. ... канд. юрид. наук: 12.00.08. — Нижний Новгород, 2007.

Мы полагаем, что действительно более рационально и целесообразно классифицировать преступления в зависимости от их составов, однако предлагаем свой вариант классификации для уголовного законодательства Донецкой Народной Республики, вернее, исходя из нашего предложения, получается сразу несколько классификаций:

1) по объекту:

- преступления против жизни и здоровья (например, убийство (эвтаназия) ст. 106 УК ДНР, причинение смерти по неосторожности ст. 110 УК ДНР);
- преступления против собственности (например, мошенничество — ст. 165 УК ДНР, вымогательство — ст. 175 УК ДНР и др.);
- преступления против здоровья населения и общественной нравственности (например, незаконное осуществление медицинской или фармацевтической деятельности — ст. 274 УК ДНР);
- преступления против государственной власти, интересов государственной службы и службы в органах местного самоуправления (например, получение взятки — ст. 343 УК ДНР, посредничество во взяточничестве — ст. 345 УК ДНР);
- преступления против свободы, чести и достоинства личности (например, незаконная госпитализация лица в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, совершенная лицом с использованием своего служебного положения — ч. 2 ст. 131 УК ДНР);
- преступления против семьи и несовершеннолетних (например, подмена ребенка — ст. 159 УК ДНР);

2) по объективной стороне:

- преступления с материальным составом (например, умышленное причинение тяжкого вреда здоровью — ст. 112 УК ДНР);
- преступления с формальным составом (например, незаконная выдача рецептов или иных документов, дающих право на получение наркотических средств или психотропных веществ — ст. 272 УК ДНР);
- преступления, совершенные в форме действия (например, незаконная госпитализация лица в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных

условиях, совершенная лицом с использованием своего служебного положения — ч. 2 ст. 131 УК ДНР);

- преступления, совершенные в форме бездействия (например, неоказание помощи больному — ст. 125 УК ДНР);

3) по субъекту — как отмечалось выше, медицинский работник является обязательным специальным субъектом преступлений, предусмотренных ст.ст. 125, 272, ч. 4 ст. 123, ч. 2 ст. 131 УК ДНР;

4) по субъективной стороне:

- преступления, совершенные умышленно (например, служебный подлог — ст. 346 УК ДНР);
- преступления, совершенные по неосторожности (например, причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности — ст. 119 УК ДНР).

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. *Никитина И. О.* Преступления в сфере здравоохранения (законодательство, юридический анализ, квалификация, причины и меры предупреждения): Автореф. дисс. ... канд. юрид. наук: 12.00.08. — Нижний Новгород, 2007.
2. Кримінальний кодекс України // ВВР. 2001. № 25–26. Ст. 131.
3. Уголовный кодекс Донецкой Народной Республики от 17 августа 2014 года // Донецкая Народная Республика: официальный сайт. URL: <http://dnr-online.ru/doc/> (дата обращения 16.02.2017).
4. *Червоных Е. В.* Преступления, совершаемые в сфере здравоохранения, и их предупреждение: Автореф. дисс. ... канд. юрид. наук: 12.00.08. — Саратов, 2009.

*Сучков А. В.<sup>1</sup>*

*Suchkov A. V.*

**К ВОПРОСУ О ПРОТИВОРЕЧИВОСТИ ОСНОВАНИЙ КВАЛИФИКАЦИИ  
ПРЕСТУПНЫХ ДЕЯНИЙ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ПРИ  
ИСПОЛНЕНИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ (ДОЛЖНОСТНЫХ)  
ОБЯЗАННОСТЕЙ ПО СТАТЬЕ 293 «ХАЛАТНОСТЬ» УГОЛОВНОГО  
КОДЕКСА РФ**

**TO A QUESTION ON DISCREPANCY OF THE BASES OF QUALIFICATION  
OF MEDICAL WORKERS' CRIMINAL ACTIONS AT EXECUTION  
OF PROFESSIONAL (OFFICIAL) DUTIES UNDER ARTICLE 293  
«NEGLIGENCE» OF THE RF CRIMINAL CODE**

**Аннотация:** В работе автор, в ходе рассмотрения противоречивости оснований квалификации преступных деяний медицинских работников при осуществлении ими своих профессиональных (должностных) обязанностей, анализирует точки зрения ученых-медиков и ученых-юристов, а также, с целью доказывания занятой позиции, исследует постановления и определения судебных органов по вопросу обоснованности применения к медицинским работникам статуса — должностное лицо и возможности квалификации действий медицинских работников по статье 293 УК РФ «Халатность».

**Abstract:** Discrepancy of the bases of qualification of criminal actions of medical workers carrying out their professional (official) duties are considered by the author; the points of view of scientists-physicians and scientists-lawyers are analyzed, and also, to prove the author's position, decisions and definitions of judicial bodies concerning validity of application to medical workers of the status — the official, and possibilities of qualification of actions of medical workers under article 293 the criminal code the Russian Federation «Negligence» are investigated.

---

<sup>1</sup> СУЧКОВ Андрей Викторович, старший следователь следственного отделения Кировского ЛО МВД России на транспорте, майор юстиции, аспирант юридического факультета ФГАОУВО «Национальный исследовательский Нижегородский государственный университет им. Н. И. Лобачевского» (г. Киров).

**Ключевые слова:** квалификация, должностное лицо, халатность, профессиональные преступления медицинских работников, служебные обязанности.

**Keywords:** qualification, the official, negligence, professional crimes of medical workers, official duties.

На сегодняшний день существует большое количество научных статей и монографий, посвященных профессиональным преступлениям медицинских работников при осуществлении последними своих профессиональных (должностных) обязанностей. Однако, несмотря на все попытки как ученых-медиков, так и ученых-юристов, активно присоединившихся к решению данной проблемы, единой позиции по данному вопросу не выработано<sup>2</sup>.

Более того, некоторые авторы, без приведения достаточной доказательственной базы, квалифицируют преступные деяния медицинских работников при осуществлении последними профессиональных (должностных) обязанностей как халатность<sup>3</sup>.

В ходе анализа таких работ возникает два вопроса: во-первых, почему проблема профессиональной преступности медицинских работников при осуществлении ими своих профессиональных (должностных) обязанностей не поддается решению, и во-вторых, почему некоторые авторы так настойчиво квалифицируют преступные профессиональные деяния медицинских работников как халатность?

С позиции автора, ответы на поставленные вопросы кроются в необходимости совместного, то есть врачами и юристами, рассмотрения, установления, признания и законодательного закрепления

---

<sup>2</sup> См.: Сучков А. В. Проблемы доказывания профессиональных преступлений, совершенных медицинскими работниками // *Медицинское право*. 2010, №2(30). — С. 27–30; Сучков А. В. Анализ дефиниций понятия «врачебная ошибка» как цель формулирования определения «профессиональные преступления медицинских работников» // *Медицинское право*. 2010, № 5 (33). — С. 45–49; Понкина А. А. Врачебная ошибка в контексте защиты прав пациентов / Кафедра правового обеспечения государственной и муниципальной службы МИГСУ РАНХиГС. — М.: Консорциум специалистов по защите прав пациентов, 2012. — С. 50.

<sup>3</sup> Понкина А. А. Врачебная ошибка в контексте защиты прав пациентов / Кафедра правового обеспечения государственной и муниципальной службы МИГСУ РАНХиГС. — М.: Консорциум специалистов по защите прав пациентов, 2012. — 200 с.

понятий и дефиниций, определяющих признаки правомерной и неправомерной, в том числе и преступной, деятельности медицинских работников при осуществлении ими своих профессиональных (должностных) обязанностей.

Высказывая столь твердую позицию, приведем доказательства, послужившие основанием для такого утверждения.

Так, в работе А. А. Понкиной содержатся доказательства, подтверждающие позицию автора о том, что:

- а) на современном этапе развития общества невозможно продвинуться в решении проблемы установления четких оснований наступления ответственности и определения предмета доказывания по профессиональным преступлениям, совершенным медицинскими работниками при осуществлении ими профессиональных (должностных) обязанностей, без совместного рассмотрения, установления, признания врачами и юристами, а также законодательного закрепления понятий и их дефиниций, раскрывающих правомерную и неправомерную, в том числе и преступную, деятельность медицинских работников в ходе осуществления ими своих профессиональных (должностных) обязанностей;
- б) учеными, исследующими проблемы ответственности медицинских работников за совершение профессиональных правонарушений, выдвигается концепция, согласно которой преступные действия медицинских работников следует рассматривать как халатность<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> В своей работе А. А. Понкина, анализируя точки зрения ученых, использующих в дефинициях понятий «врачебная ошибка» и «ятрогения» термин «халатность», выдвигает концепцию, согласно которой преступные действия медицинских работников, не являющиеся медицинской ошибкой, следует рассматривать как халатность. При этом А. А. Понкиной предлагается авторское определение понятия «врачебная ошибка», рассматриваемое в качестве синонима понятия «медицинская ошибка». — *Прим. авт.* См.: Понкина А. А. Врачебная ошибка в контексте защиты прав пациентов / Кафедра правового обеспечения государственной и муниципальной службы МИГСУ РАНХиГС. — М.: Консорциум специалистов по защите прав пациентов, 2012. — С. 41–43.

В подтверждение первого высказывания (пункт «а») отметим, что, как было ранее установлено и обосновано<sup>5</sup>, одной из основных причин, вызывающих сложность установления объективной истины по профессиональным преступлениям, совершенным медицинскими работниками, является отсутствие законодательно закрепленной дефиниции понятия преступления, совершенного медицинскими работниками при осуществлении своей профессиональной деятельности, что в свою очередь, ведет к отсутствию законодательно закрепленного предмета доказывания по указанной категории дел.

При этом у практических работников правоохранительных органов, а в конечном счете, и у суда, возникают сложности в квалификации деяний медицинских работников.

В сложившейся ситуации все больше юристов осуществляют попытки квалифицировать преступные деяния медицинских работников в ходе осуществления последними профессиональных (должностных) обязанностей как халатность, ответственность за которую законодателем предусмотрена в ст. 293 УК РФ<sup>6</sup>, что подтверждает высказывание, отмеченное в пункте, отмеченном литерой «б» данной статьи.

С целью доказывания занятой автором позиции приведем источники, как нормативно-правовые, так научные, где использовался и в ряде случаев используется термин «халатность» по отношению к медицинским работникам:

1. В работе А. А. Понкиной четко прослеживается концепция, согласно которой профессиональные действия медицинских работников, повлекшие дефект в ходе осуществления последними, медицинской помощи или медицинских услуг, следует рассматривать как халатность.

---

<sup>5</sup> См.: Сучков А. В. Анализ дефиниций понятия «врачебная ошибка» как цель формулирования определения «профессиональные преступления медицинских работников» // Медицинское право. 2010, № 5 (33) — С. 45–49; Сучков А. В. Проблемы доказывания профессиональных преступлений, совершенных медицинскими работниками // Медицинское право. 2010, № 2(30). — С. 27–30.

<sup>6</sup> Уголовный Кодекс Российской Федерации ФЗ от 13 июня 1996 года № 63-ФЗ // СЗ РФ. 17.06.1996, № 25, ст. 2954.



2. В ст. 63 ч. 1 п. 7 Основ законодательства об охране здоровья 1993 года<sup>7</sup> было установлено, что медицинские и фармацевтические работники имеют право на страхование профессиональной ошибки, в результате которой причинен вред или ущерб здоровью гражданина, не связанный с небрежным или халатным выполнением ими профессиональных обязанностей.

При этом следует отметить, что в Основах охраны здоровья граждан, принятых в 2011 году<sup>8</sup>, такие понятия, как: «халатность», «халатность медицинских работников», «врачебная ошибка», «ятрогения» законодателем не используются вовсе.

3. Постановление Европейского Суда по правам человека (далее ЕСПЧ) от 13.12.2007 «Дело “Ангелова (Angelova) против Российской Федерации”» (жалоба № 33820/04).
4. Постановление ЕСПЧ от 30.09.2010 «Дело “Корогодина (Korogodina) против Российской Федерации”» (жалоба № 33512/04). [11]
5. Постановление ЕСПЧ от 14.02.2012 «Дело “Шумкова (Shumkova) против Российской Федерации”» (жалоба № 9296/06).

Ст. 293 УК РФ «Халатность», предусматривает ответственность должностного лица за неисполнение или ненадлежащее исполнение должностным лицом своих обязанностей вследствие недобросовестного или небрежного отношения к службе, если это повлекло причинение крупного ущерба или существенное нарушение прав и законных интересов граждан или организаций либо охраняемых законом интересов общества или государства.

Анализируя статьи УК РФ, следует отметить, что обязательным признаком субъекта преступления в статьях 109 ч. 2 и 118 ч. 2 УК РФ является профессиональная составляющая, которая отсутствовала в статьях 106 и 114 УК РСФСР.

---

<sup>7</sup> Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (утв. ВС РФ 22.07.1993 № 5487-1) // Ведомости СНД и ВС РФ, 19.08.1993, № 33, ст. 1318.

<sup>8</sup> Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 25.06.2012) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Парламентская газета. № 50, 24.11-01.12.2011.

Отличительным признаком субъекта преступления по статьям 109 ч. 2, 118 ч. 2 УК РФ и статьям 293 УК РФ и 172 УК РСФСР является должностное положение, которое отсутствовало и отсутствует в диспозициях статьями 106, 114 УК РСФСР и 109 ч. 2, 118 ч. 2 УК РФ.

Далее, анализируя ст. 293 УК РФ, можно сделать вывод, что законодатель должностное положение субъекта преступления напрямую связывает со службой. Такое указание отсутствовало в диспозиции ст. 172 УК РСФСР.

Несмотря на это, проблема признания медицинского работника, и в частности врача государственного (муниципального) лечебного учреждения, должностным лицом в настоящее время, и, как нам кажется, не обоснованно, все чаще озвучивается и учеными-юристами, и учеными-медиками.

Детальное рассмотрение данной проблема получила в работах Т. Е. Сучковой<sup>9</sup>, где автор обосновывает позицию признания медицинских работников, и в частности врачей государственных и муниципальных лечебных учреждений, должностными лицами.

При этом правоприменительная практика Верховного Суда Российской Федерации относительно признания медицинского работника в качестве должностного лица противоречива<sup>10</sup>, к тому же, Верховный Суд РФ не дал разъяснений по преступлению, предусмотренному ст. 293 УК РФ, а ранее принятое Постановление Пленума ВС СССР от 30 марта 1990 г. № 4 «О судебной практике по делам о злоупотреблении властью или служебным положением,

---

<sup>9</sup> См., например: Сучкова Т. Е. К вопросу о правовом статусе врача // Земский врач. 2012, № 6. — С. 57–60.

<sup>10</sup> См.: Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 10.02.2000 № 6 (ред. от 06.02.2007) «О судебной практике по делам о взяточничестве и коммерческом подкупе» // Бюллетень Верховного Суда РФ. № 4, 2000; Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 15.06.2006 № 14 (ред. от 23.12.2010) «О судебной практике по делам о преступлениях, связанных с наркотическими средствами, психотропными, сильнодействующими и ядовитыми веществами» // Российская газета. № 137, 28.06.2006; Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 16.10.2009 № 19 «О судебной практике по делам о злоупотреблении должностными полномочиями и о превышении должностных полномочий» // Бюллетень Верховного Суда РФ. № 12, декабрь, 2009.

превышении власти или служебных полномочий, халатности и должностном подлоге» признано не действующим на территории Российской Федерации в связи с принятием Пленумом ВС РФ Постановления от 16.10.2009 г. № 19, в котором разъяснений о принципах квалификации такого преступления, как «халатность», нет.

Вызывает интерес указание правоприменителя на то, что обязанности субъекта преступления устанавливаются служебной инструкцией, приказом или распоряжением вышестоящего должностного лица. На должность врач назначается приказом главного врача с обязательным ознакомлением с должностной инструкцией. При этом следует обратить внимание, что инструкция называется именно «должностной». Главный врач, бесспорно, признается должностным лицом.

В п. 23 Постановления Пленума ВС РФ № 14 указано, что под использующим свое служебное положение лицом следует понимать как должностное лицо, так и лицо, выполнение трудовых функций которого связано с работой с наркотическими средствами или психотропными веществами, а также растениями, содержащими наркотические средства или психотропные вещества, либо их частями, содержащими наркотические средства или психотропные вещества.

При этом правоприменитель приводит пример: при изготовлении лекарственных препаратов таким лицом может являться провизор, лаборант, при отпуске и применении — работник аптеки, врач, медицинская сестра, при их охране — охранник, экспедитор.

Таким образом, медицинский и фармацевтический работник с позиции правоприменителя при исполнении своих профессиональных (должностных) обязанностей в Постановлении Пленума ВС РФ от 15.06.2006 г. № 14 рассматривается как лицо, обладающее служебным положением, и только. Соответственно, к медицинскому и фармацевтическому работнику не применимо основание уголовной ответственности, указанное в ст. 293 УК РФ, за исключением главного врача (заведующей или директора аптеки).

При этом медицинский работник с позиции правоприменителя при исполнении своих профессиональных (должностных) обязанностей в Постановлении Пленума ВС РФ № 19 от 16.10.2009 г. рассматривается как должностное лицо. И, соответственно,

к медицинскому работнику применимо основание уголовной ответственности, указанное в ст. 293 УК РФ.

Однако еще более интересные факты противоречия мы находим в судебной практике по конкретным делам, а именно:

1. В., осужден Перовским районным судом г. Москвы по ч. 2 ст. 293 УК РФ к трем годам лишения свободы с отбыванием наказания в колонии-поселении.

Согласно приговору он признан виновным в том, что, являясь должностным лицом — заведующим отделением анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии Спасо-Перовского госпиталя мира и милосердия, после проведения хирургами операций кесарева сечения роженицам Б. и Т., в которых он также принимал участие в качестве врача-анестезиолога, не определив групповую принадлежность крови, находящейся в двух контейнерах, надеясь на правильность наклеенных им маркировок, произвел переливание крови Т. и Б., однако перепутал контейнеры с кровью и перелил Б. кровь Т., а кровь Б. — Т.; в результате у Б. развился геморрагический шок II–III степени, что причинило ей тяжкий вред здоровью, а Т. причинен легкий вред здоровью.

Судебная коллегия отметила, что забор и переливание крови В. осуществлял как врач, а не как должностное лицо — заведующий отделением анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии. Он как врач-анестезиолог, проводивший анестезию Б. (что исключало на тот момент производство им переливания крови), взяв на себя функции врача-трансфузиолога, должен был профессионально исполнить обязанности и этого специалиста.

С учетом изложенного Судебная коллегия изменила состоявшиеся по делу судебные решения и переквалифицировала действия осужденного на ч. 2 ст. 118 УК РФ как причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности, совершенное вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей<sup>11</sup>.

---

<sup>11</sup> Обзор надзорной практики Судебной коллегии по уголовным делам Верховного Суда Российской Федерации за 2007 год // Бюллетень Верховного Суда РФ. 2008, № 10.

В данном случае судом принято решение о том, что заведующий отделением в лечебном учреждении является должностным лицом, а врач — нет.

2. Аналогичное решение было принято в отношении медицинской сестры процедурного кабинета.

Так, в Определении Судебной коллегии по уголовным делам ВС РСФСР по делу Г., осужденной приговором Северодвинского городского народного суда по ст. 106 УК РСФСР за неосторожное убийство Ч. при исполнении Г. профессиональных (должностных) обязанностей медицинской сестры процедурного кабинета, указано, что Г. должностным лицом не является.

3. Однако, согласно Определению Судебной коллегии по уголовным делам ВС РСФСР, недобросовестное отношение врача к выполнению своего профессионального долга, причинившее существенный вред, должно влечь ответственность как за должностное преступление<sup>12</sup>.

Так, приговором Московского областного суда Р. и Ч. осуждены по ч. 2 ст. 170 УК РСФСР. Р. и Ч. признаны виновными в том, что Р., работая инспектором Мособлздравотдела, находясь в командировке в Глуховской больнице Ногинского района Московской области с заданием проверить состояние медицинского обслуживания населения, не имея достаточного опыта и подготовки в хирургии, злоупотребив служебным положением, приступил к операции по поводу острого аппендицита у больной Х., в результате чего произвел неправильный операционный разрез, повредивший у оперируемой крупные кровеносные сосуды, вследствие чего на следующий день Х. от потери крови скончалась. Ч., являясь ответственным дежурным хирургом Глуховской больницы, не зная квалификации Р. в области хирургии, допустила его к самостоятельной операции, сама к операции не готовилась и контроля за Р. не осуществляла.

---

<sup>12</sup> Сборник Постановлений Пленума, Президиума и Определений Судебной коллегии по уголовным делам Верховного суда РСФСР 1961–1963 гг. / Ответственный редактор Председатель Верховного Суда РСФСР Л. Н. Смирнов. — М.: Юридическая литература, 1964. — С. 259.

Небрежность к исполнению своих служебных обязанностей у Ч., которая являлась ответственным дежурным хирургом больницы, проявилась в том, что она допустила Р. к операции, не имея достаточных данных о квалификации и подготовке Р. в хирургии.

При этом Судебная коллегия по уголовным делам ВС РСФСР, рассмотрев указанное дело по кассационным жалобам осужденных и их адвокатов, нашла, что виновность Р. и Ч. в недобросовестном отношении к выполнению своего профессионального долга, причинившем существенный вред, установлена.

Таким образом, Суд признал врачей, исполнявших свои профессиональные (должностные) обязанности, должностными лицами.

Р. же себя виновным в злоупотреблении служебным положением не признал, показав, что кровеносные сосуды у потерпевшей повредил ошибочно ввиду отсутствия достаточного опыта.

Однако отсутствие достаточного опыта, как нами уже отмечалось и доказывалось ранее, следует рассматривать как одно из оснований наступления уголовной ответственности медицинского работника за совершение профессионального преступления и элемент предмета доказывания по конкретному уголовному делу.

Позиция Суда в отношении Р., действия которого квалифицированы по ст. 170 ч. 2 УК РСФСР как злоупотребление властью или служебным положением, вызвавшие тяжкие последствия, понятна, так как Р., работая инспектором Мособлздравотдела, находясь в командировке в Глуховской больнице Ногинского района Московской области, имел задание проверить состояние медицинского обслуживания населения, т. е. его задачей было проведение инспекторской проверки. Врачебная деятельность не входила в его служебные обязанности. Р. находился в командировке в качестве должностного лица, а не врача.

Однако не совсем ясна позиция суда в отношении Ч., признанной должностным лицом, поскольку она не исполняла функций представителя власти, не обладала организационно-распорядительными и административно-хозяйственными полномочиями, присущими должностному лицу, согласно примечанию к ст. 170 УК РСФСР. При этом суд, изначально отказав в просьбе о переквалификации

действий Ч. со ст. 170 УК РСФСР на ст. 172 УК РСФСР, позднее удовлетворил данное ходатайство<sup>13</sup>.

Таким образом, на основе анализа судебных решений советского периода можно сделать вывод о том, что судами в указанный период времени врач признавался должностным лицом. Это подтверждается еще и тем, что в УК РСФСР отсутствовали статьи, предусматривающие ответственность за причинение смерти и тяжких телесных повреждений вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей. В УК РСФСР законодателем была предусмотрена ответственность лишь за убийство, совершенное по неосторожности (ст. 106 УК РСФСР), и за неосторожное тяжкое или менее тяжкое телесное повреждение (ст. 114 УК РСФСР).

На современном этапе суды исходят из того, что медицинский работник не является должностным лицом, хотя из Постановления Пленума ВС РФ от 16.10.2009 г. № 19 следует, что медицинский работник — это должностное лицо.

Резюмируя вышеизложенное, можно сделать вывод, что применение ст. 293 «Халатность» УК РФ в отношении медицинских работников станет возможным лишь при признании их должностными лицами и законодательном закреплении этого в законодательстве России.

Без внесения указанных изменений в нормативно-правовые акты Российской Федерации полемизировать о халатных действиях медицинских работников (врачей и медицинских сестер) при осуществлении ими профессиональных (должностных) обязанностей, несмотря на противоречивость данной позиции, некорректно.

С позиции автора не только научный, но и практический интерес представляет разработка обоснованности признания медицинских работников государственных и муниципальных лечебных учреждений должностными лицами.

---

<sup>13</sup> Сборник Постановлений Пленума, Президиума и Определений Судебной коллегии по уголовным делам Верховного суда РСФСР 1961–1963 гг. / Ответственный редактор Председатель Верховного Суда РСФСР Л. Н. Смирнов. — М.: Юридическая литература, 1964. — С. 278–279.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (утв. ВС РФ 22.07.1993 №5487-1) // Ведомости СНД и ВС РФ. 19.08.1993. №33, ст. 1318.
2. Постановление ЕСПЧ от 13.12.2007 «Дело “Ангелова (Angelova) против Российской Федерации”» (жалоба №33820/04) // Бюллетень Европейского Суда по правам человека. 2009, № 1.
3. Постановление ЕСПЧ от 30.09.2010 «Дело “Корогодина (Korogodina) против Российской Федерации”» (жалоба № 33512/04) // Бюллетень Европейского Суда по правам человека. 2011, №8.
4. Постановление ЕСПЧ от 14.02.2012 «Дело “Шумкова (Shumkova) против Российской Федерации” (жалоба 9296/06) // Бюллетень Европейского Суда по правам человека. 2012, № 12.
5. Уголовный кодекс РСФСР (утв. ВС РСФСР 27.10.1960) (ред. от 30.07.1996) // Ведомости ВС РСФСР, 1960, № 40, ст. 591.
6. Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 10.02.2000 № 6 (ред. от 06.02.2007) «О судебной практике по делам о взяточничестве и коммерческом подкупе» // Бюллетень Верховного Суда РФ. № 4. 2000.
7. Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 15.06.2006 № 14 (ред. от 23.12.2010) «О судебной практике по делам о преступлениях, связанных с наркотическими средствами, психотропными, сильнодействующими и ядовитыми веществами» // Российская газета. № 137, 28.06.2006.
8. Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 16.10.2009 № 19 «О судебной практике по делам о злоупотреблении должностными полномочиями и о превышении должностных полномочий» // Бюллетень Верховного Суда РФ. № 12, декабрь, 2009.
9. Обзор надзорной практики Судебной коллегии по уголовным делам Верховного Суда Российской Федерации за 2007 год // Бюллетень Верховного Суда РФ. 2008, № 10.
10. Понкина А. А. Врачебная ошибка в контексте защиты прав пациентов / Кафедра правового обеспечения государственной и муниципальной службы МИГСУ РАНХиГС. — М.: Консорциум специалистов по защите прав пациентов, 2012.— 200 с.
11. Сучкова Т. Е. К вопросу о правовом статусе врача // Земский врач. 2012, № 6. — С. 57–60.



*Топильская Е. В.<sup>1</sup>*

*Topilskaya E. V.*

**О ПОНЯТИИ ПРИЧИНЕНИЯ ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ ПРИ ОКАЗАНИИ  
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

**ABOUT A CONCEPT OF DAMNIFICATION TO HEALTH IN CASE  
OF HEALTH CARE DELIVERY**

**Аннотация:** В статье рассматривается проблема определения степени тяжести вреда здоровью, причиненного в результате ненадлежащего оказания медицинской помощи. Необходимо установить причинную связь между действиями врача и последствиями в виде смерти или тяжкого вреда здоровью пациента. Если медицинская помощь оказывается в связи с ранением, опасным для жизни, или тяжелым заболеванием, и врач своими действиями (бездействием) ухудшает состояние здоровья пациента, то врач не может быть привлечен к ответственности за причинение смерти или тяжкого вреда здоровью, если такие последствия наступают, так как развитие причинной связи нарушается.

**Abstract:** The article deals with the problem of weighing up the grade of health injury caused by the doctor during the irregular treatment of the patient. It is necessary to prove the causal link between the doctor's action and consequences such as death of the patient or heavy injury. When the medical aid is provided because of mortal wound been caused by another person, or of any serious disease, and the doctor decline the health condition of the patient, then the doctor may not be prosecuted for the inflicting death due to the interrupting of the progress of causal link.

**Ключевые слова:** степень тяжести вреда здоровью, неправильное лечение, причинная связь.

**Keywords:** grade of health injury, irregular treatment, causal link.

---

<sup>1</sup> ТОПИЛЬСКАЯ Елена Валентиновна, доцент кафедры уголовного права Северо-Западного филиала ФГБОУВО «Российский государственный университет правосудия», кандидат юридических наук (г. Санкт-Петербург).

Медицинские критерии определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, предусматривают такой вид вреда здоровью, как ухудшение состояния здоровья человека, обусловленное дефектом оказания медицинской помощи<sup>2</sup>.

Дефектом оказания медицинской помощи в научной литературе называют ненадлежащее выполнение медицинского вмешательства, организации медицинской помощи, которое привело или могло привести к неблагоприятному исходу для здоровья и жизни пациента<sup>3</sup>.

Представляется, что само определение «дефект оказания медицинской помощи», если это виновное деяние, предполагает неосторожную вину, иначе вред, нанесенный жизни и здоровью пациенту, квалифицировался бы по статьям об умышленных преступлениях. Так, автором данной статьи было расследовано уголовное дело в отношении врача Л., оказывавшего анестезиологическое пособие во время операции кесарева сечения роженице В-вой. Врач, находясь в нетрезвом состоянии, при проведении эндотрахеального наркоза настойчиво осуществлял множественные (не менее 10) некоординированные попытки интубации трахеи роженицы, с введением эндотрахеальных трубок на всю их длину, со значительной силой, и причинил роженице травму трахеи, сопровождавшуюся острым внутрилегочным кровоизлиянием и левосторонним гемотораксом, в результате чего наступила смерть роженицы от острой гипоксии. Квалификация действий врача как умышленного причинения тяжкого вреда здоровью пациентки, повлекшего по неосторожности ее смерть, обосновывалась тем, что Л., будучи опытным врачом и доктором медицинских наук, обладал достаточными познаниями в области анатомии и физиологии человека, а значит, видя появление крови из дыхательных путей пациентки после его грубых, некоординированных попыток интубации и наблюдая

---

<sup>2</sup> Пункт 25. Утв. Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 24 апреля 2008 г. № 194н // Российская газета. 5 сентября, 2008. № 188.

<sup>3</sup> См.: *Стеценко С. Г., Гончаров Н. Г., Стеценко В. Ю., Пищита А. Н.* Медицинское право // Учебник для юридических и медицинских ВУЗов (изд. второе, доп. и перераб.) / Отв. ред. А. Н. Пищита. — М.: РМАПО, 2011. — URL: [www.garant.ru/](http://www.garant.ru/) (дата обращения 15.02.2017).

признаки гипоксии, не мог не сознавать, что причиняет пациентке проникающее ранение трахеи, создающее реальную угрозу для ее жизни, однако продолжал свои действия, игнорируя требования других членов операционной бригады о прекращении интубации. Это означало, что Л. действовал с косвенным умыслом: осознавал общественную опасность своих действий, на это обращали его внимание хирурги и средний медицинский персонал, участвовавшие в операции кесарева сечения; предвидел возможность наступления тяжкого вреда здоровью пациентки, и хотя не желал наступления таких последствий, относился к ним безразлично.

Сложность уголовно-правовой оценки причинения вреда здоровью человека при ненадлежащем оказании/неоказании медицинской помощи или медицинской услуги связана с тем, что врач, как правило, вмешивается в развитие причинной связи, начатое заболеванием или травмой; или, напротив, не вмешивается, не препятствуя естественному неблагоприятному течению болезни, наступлению осложнений и т. п.

Бывает, что причинная связь между деянием врача и неблагоприятными последствиями достаточно очевидна, несмотря на то, что патогенный процесс уже имел место на момент, когда врач начал свои действия. В качестве примера можно привести дело из практики Пензенского областного суда. В хирургическое отделение поступил пациент с диагнозом «ущемленная паховая грыжа справа»; после операции по грыжесечению у больного произошло резкое ухудшение состояния, и через несколько часов он скончался в результате массивной кровопотери, развившейся вследствие ранения артерии правого семявыносящего протока, правой запирающей артерии, правой нижней надчревной артерии. Хирург полностью признал проявление им преступной небрежности при нанесении им телесных повреждений медицинским инструментом в ходе операции<sup>4</sup>. Еще один пример: врачом был допущен технический дефект оказания медицинской помощи при родах — она неправильно произвела тракцию (вытяжения) при извлечении головки плода, что привело к разрыву намета мозжечка у новорожденного и состоит в прямой

---

<sup>4</sup> Апелляционное постановление Пензенского областного суда от 31 августа 2016 г. по делу № 22–834/2016. URL: [www.garant.ru/](http://www.garant.ru/) (дата обращения 15.02.2017).

причинно-следственной связи со смертью последнего<sup>5</sup>. По обоим делам суды обоснованно усмотрели в действиях медицинских работников состав преступления, предусмотренный ч. 2 ст. 109 УК РФ.

Однако в практике встречаются случаи, когда действие или бездействие врача само по себе не причиняет вреда здоровью или смерти, однако способствует или не препятствует развитию патогенного процесса вплоть до летального исхода.

Ученые обращают внимание на то, что «в вопросе о привходящих осознанных действиях третьих лиц в настоящее время наблюдается определенный “разрыв” между теорией уголовного права, с одной стороны, и судебной практикой и законодателем, с другой. Представители первой в большинстве своем отрицают причинную связь в случае осознанного вмешательства третьих лиц, тогда как суды склонны ее признавать»<sup>6</sup>. Суды же, в свою очередь, указывают на проблемы определения наличия причинной связи в тех случаях, когда неблагоприятный результат не следует непосредственно за противоправным действием или когда вред вызван действием целого ряда факторов и обстоятельств, которые усложняют оценку ситуации<sup>7</sup>, — именно потому, что в причинной связи с ненадлежащим оказанием медицинской помощи может состоять лишь часть неблагоприятных изменений в состоянии пациента, в то время как остальные являются следствием тяжести самого заболевания или травмы. Если врач допускает дефект оказания медицинской помощи больному с травмой, опасной для жизни, или с заболеванием, предполагающим летальный исход, можно ли считать полноценным обязательный причинно-следственный компонент объективной стороны материальных составов (деяние — последствия — и причинную связь между ними) и возложить на врача ответственность

---

<sup>5</sup> Апелляционное постановление Санкт-Петербургского городского суда от 27 сентября 2016 г. по делу №22-6793/2016. — URL: [www.garant.ru/](http://www.garant.ru/) (дата обращения 15.02.2017).

<sup>6</sup> См.: Есаков Г. А. Причинная связь в сложных ситуациях: уголовно-правовая наука и судебная практика // Право. Журнал Высшей школы экономики. 2016, № 1. — С. 88.

<sup>7</sup> См.: Обзор практики рассмотрения судами Красноярского края споров, связанных с ненадлежащим оказанием медицинских услуг. — URL: [www.garant.ru/](http://www.garant.ru/) (дата обращения 15.02.2017).

за причинение смерти? Представляется, что нет. Более того, если создающая опасность для жизни травма была причинена больному другим человеком, а врач, оказывая медицинскую помощь, ухудшил по неосторожности состояние больного, и тот скончался, можно ли возложить уголовно-правовую ответственность за смерть потерпевшего сразу на двух лиц, не связанных отношениями соучастия, — причинителя травмы и врача? Очевидно, что нет.

Кроме того, если речь идет о последствиях неоказания медицинской помощи в виде вреда здоровью или смерти, неизбежно встает вопрос о причиняющей способности бездействия. В российском уголовном праве было и есть немало специалистов, отрицающих возможность причинения бездействием, начиная от М. Д. Шаргородского и В. Н. Кудрявцева<sup>8</sup>. Если обратиться к судебной практике, то мы увидим, что, применительно к так называемым «медицинским» преступлениям, суды все же не усматривают причинной связи между бездействием врача и наступившими последствиями в виде смерти, если состояние здоровья пациента предполагало развитие заболевания вплоть до летального исхода или тяжкого вреда здоровью.

Так, в апелляционной инстанции Касаткин был оправдан за отсутствием в его деянии состава преступления. Ему вменялось в вину, что он прибыл в составе бригады скорой помощи к потерпевшему по вызову на дом, в связи с симптомами в виде загрудинной боли в области сердца, затрудненного дыхания, характерными для ишемической болезни сердца; и оказал больному медицинскую помощь не в полном объеме (не предложил больному госпитализацию, не доставил его в стационар), а это впоследствии привело к прогрессированию течения сердечно-сосудистого заболевания «острый коронарный синдром» и повлекло по неосторожности смерть от тампонады сердца, развившейся вследствие острого трансмурального инфаркта. Суд первой инстанции пришел к выводу, что ненадлежащее исполнение своих профессиональных обязанностей врачом Касаткиным находится в причинной связи со смертью больного. Однако апелляционная инстанция не обнаружила этого важного

---

<sup>8</sup> Более подробно см.: Кошелева А. Ю. Особенности причинной связи в составах преступлений, совершаемых путем бездействия. — М.: Вече, 2009.

признака объективной стороны как состава неоказания помощи больному, так и причинения смерти по неосторожности, а именно — причинно-следственной связи между бездействием Касаткина и наступившими последствиями в виде смерти больного<sup>9</sup>.

Действительно, о причинной связи с вредом здоровью или смертью можно говорить, если только врач совершает конкретные действия (а не воздерживается от действий), которые ухудшают состояние больного. Но и тогда следует оценивать степень тяжести вреда здоровью потерпевшего, причиненного врачом, лишь в пределах того вмешательства, которое врач осуществил.

Правила определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, предписывают определять степень тяжести вреда повреждений, возникших от неоднократных травмирующих воздействий (в том числе при оказании медицинской помощи), отдельно в отношении каждого такого воздействия (п. 10).

В том же п. 10, во 2-м абзаце, говорится, что определение степени тяжести вреда в случае, если множественные повреждения взаимно отягощают друг друга, производится по их совокупности. Но уголовно-правовая оценка повреждений по совокупности может осуществляться лишь в том случае, если установлен единый умысел на достижение преступного результата и согласованность действий причинителей вреда.

#### Список литературы:

1. Медицинские критерии определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека. Утв. Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 24 апреля 2008 г. № 194н // Российская газета от 5 сентября 2008 г. № 188.
2. Обзор практики рассмотрения судами Красноярского края споров, связанных с ненадлежащим оказанием медицинских услуг. — URL: [www.garant.ru/](http://www.garant.ru/) (дата обращения 15.02.2017).
3. Апелляционное постановление Пензенского областного суда от 31 августа 2016 г. по делу № 22–834/2016. — URL: [www.garant.ru/](http://www.garant.ru/) (дата обращения 15.02.2017).

---

<sup>9</sup> Приговор Астраханского областного суда от 23 июня 2016 г. по делу № 22–1174/2016. — URL: [www.garant.ru/](http://www.garant.ru/) (дата обращения 15.02.2017).

4. Апелляционное постановление Санкт-Петербургского городского суда от 27 сентября 2016 г. по делу №22–6793/2016. — URL: [www.garant.ru/](http://www.garant.ru/) (дата обращения 15.02.2017).
5. Есаков Г. А. Причинная связь в сложных ситуациях: уголовно-правовая наука и судебная практика // Право. Журнал Высшей школы экономики. 2016, № 1. С. 81–102.
6. Кошелева А. Ю. Особенности причинной связи в составах преступлений, совершаемых путем бездействия. — М.: Вече, 2009.
7. Кудрявцев В. Н. Противоправное бездействие и причинная связь // Советское государство и право. 1967, № 5. С. 28–36.
8. Стеценко С. Г., Гончаров Н. Г., Стеценко В. Ю., Пищита А. Н. Медицинское право. Учебник для юридических и медицинских ВУЗов (изд. второе, доп. и перераб.) / Отв. ред. А. Н. Пищита. — М.: РМАПО, 2011. — URL: [www.garant.ru/](http://www.garant.ru/) (дата обращения 15.02.2017).

*Топильская Е. В., Ялышев С. А.*<sup>1</sup>  
*Topilskaya E. V., Yalishev S. A.*

**О ПРЕПОДАВАНИИ ДИСЦИПЛИНЫ «РАССЛЕДОВАНИЕ И СУДЕБНОЕ  
РАССМОТРЕНИЕ ДЕЛ О МЕДИЦИНСКИХ ПРЕСТУПЛЕНИЯХ» В ВУЗЕ**  
**ON LECTURING THE DISCIPLINE «THE INVESTIGATION AND THE TRIAL  
OF MEDICAL CRIMES» AT HIGHER EDUCATION INSTITUTION**

**Аннотация:** Статья посвящена опыту преподавания в магистратуре Северо-Западного филиала Российского государственного университета правосудия дисциплины «Расследование и судебное рассмотрение дел о медицинских преступлениях». Курс включает в себя вопросы уголовного судопроизводства по делам о причинении вреда при оказании/неоказании медицинской помощи (медицинских услуг), такие, как тактика и методика доследственной проверки, расследования и судебного рассмотрения по делам данной категории. Курс служит цели подготовки специалистов, способных осуществлять уголовное преследование по делам о медицинских преступлениях на высоком профессиональном уровне.

**Abstract:** The paper deals with the experience of lecturing in the discipline «The investigating and the trial of medical cases» at the magistrates of the North-West Branch of the Russian University of Justice. The course of studies includes the questions of legal proceedings in conformity with the cases of injuring when rendering medical aid/service, such as the questions of tactics and methods of pre-trial verification, investigation and proceeding in the court. This course of studies serves the purpose of training the specialists able to carry out the legal proceedings of medical cases at a high professional level.

---

<sup>1</sup> ТОПИЛЬСКАЯ Елена Валентиновна, доцент кафедры уголовного права Северо-Западного филиала ФГБОУВО «Российский государственный университет правосудия», кандидат юридических наук (г. Санкт-Петербург)

ЯЛЫШЕВ Станислав Алимович, профессор кафедры уголовно-процессуального права Северо-Западного филиала ФГБОУВО «Российский государственный университет правосудия», доктор юридических наук (Санкт-Петербург).



**Ключевые слова:** расследование, судебное рассмотрение, медицинские преступления.

**Keywords:** investigating, trial, medical cases.

Расследование и судебное рассмотрение преступлений, связанных с исполнением профессиональных обязанностей, как правило, вызывает трудности у правоприменителей, так как, во-первых, следователь и судья сталкиваются с незнакомой спецификой, начиная от терминологии и заканчивая особенностями ведения документации, а во-вторых, расследование осложняется корпоративной солидарностью профессиональных сообществ. В большой степени это относится к производству по делам о так называемых медицинских преступлениях.

В последнее время серьезно возросло число претензий к качеству оказания медицинской помощи и медицинских услуг: в разы увеличилось число обращений в суд с исками, в порядке гражданского судопроизводства, о возмещении ущерба, причиненного врачами, а также заявлений в правоохранительные органы о служебных медицинских преступлениях. Но практикующие юристы знают, что иски такого рода удовлетворяются довольно редко, и еще реже по заявлениям о причинении существенного вреда при неправильном лечении возбуждаются уголовные дела. Судебная практика по уголовным делам о медицинских преступлениях весьма скудна, буквально единичные дела поступают в суд с обвинительным заключением. В то же время представители медицинской профессии обращают внимание на необоснованное, с их точки зрения, преследование врачей за профессиональную деятельность, в которой правоохранители усматривают преступные деяния. Действительно, есть случаи поверхностных проверок жалоб на дефекты оказания медицинской помощи, что в итоге влечет неправомерные отказы в возбуждении уголовных дел, имеет место и поспешное возбуждение уголовного преследования и неправильная квалификация содеянного, а также необоснованные или даже неправосудные приговоры, если дело все-таки дошло до суда.

Решение вопросов о наличии состава преступления в дефектном лечении, о квалификации содеянного и о вине конкретного лица, как правило, требует от прокурора, следователя и судьи не только юридического профессионализма, в том числе знания теории

уголовного права и процесса вкупе с опубликованной судебной практикой, но и более обширных знаний из других сфер. Зачастую курса судебной медицины, пройденного в высшем юридическом учебном заведении, явно недостаточно, чтобы качественно проводить досудебное исследование и отправлять правосудие по делам о медицинских преступлениях. Сказанное вовсе не означает, что расследовать медицинские преступления и выносить по этим делам приговоры способны только юристы, прошедшие специальную подготовку либо имеющие, плюс к юридическому, еще и медицинское образование. Прокурор, следователь или судья, рассматривая жалобу или производя процессуальные действия по любому делу, обязаны проявлять компетентность, запрашивать необходимые консультации у сведущих лиц, наконец, самостоятельно изучать научную литературу, нормативные акты и прочие информационные источники, чтобы досконально разобраться в существе дела. Но специализация юриста — участника уголовного судопроизводства — на особенностях расследования и судебного рассмотрения такой сложной категории уголовных дел, как дела о причинении вреда при оказании (неоказании) медицинской помощи (медицинской услуги), должна способствовать повышению качества разрешения ситуаций такого рода.

В 2016–2017 учебном году в магистратуре Северо-Западного филиала Российского государственного университета правосудия начато преподавание курса «Расследование и судебное рассмотрение дел о “медицинских” преступлениях», который относится к дисциплинам по выбору вариативной части обязательных дисциплин.

Целью изучения данного курса поставлено освоение учащимися основных положений и специфических приемов, используемых в криминалистике и уголовном процессе, для решения задач раскрытия, расследования и судебного рассмотрения преступлений в сфере оказания медицинской помощи/медицинских услуг. Учащиеся должны приобрести теоретические знания относительно понятия, уголовно-правовой и криминалистической характеристики так называемых «медицинских» преступлений, то есть преступлений, совершенных при оказании/неоказании медицинской помощи/медицинских услуг, тактики и методики их расследования, а также особенностей судебного рассмотрения данного вида уголовных дел.

Круг тем, предлагаемых для изучения в ходе освоения данной дисциплины, определяется спецификой дел о «медицинских» преступлениях и включает широкий спектр вопросов — от уголовно-правовой квалификации преступлений, совершаемых специальным субъектом — медицинским работником, до тактики проведения проверочных, следственных и судебных действий и разрешения гражданского иска в уголовном деле.

Рабочая программа курса состоит из трех разделов: «Криминалистическая характеристика медицинских преступлений», «Методика расследования медицинских преступлений» и «Особенности судебного рассмотрения дел о медицинских преступлениях».

В рамках первого раздела дается понятие врачебной ошибки и отграничение ее от медицинского преступления, понятие и виды преступлений, совершенных медицинским работником при оказании/неоказании медицинской помощи или медицинской услуги. Уделяется внимание доказыванию статуса специального субъекта — медицинского работника; рассматриваются проблемы квалификации деяний, совершенных медицинским работником при оказании/неоказании медицинской помощи или медицинской услуги. Отдельная тема посвящена установлению обстоятельств, исключающих преступность деяния и ответственность медицинского работника (это крайняя необходимость, обоснованный риск, а также невиновное причинение вреда).

Проблемы методики расследования медицинских преступлений включают методику проведения доследственной проверки по сообщениям о причинении вреда при оказании/неоказании медицинской помощи (медицинских услуг). Учащимся предлагается алгоритм проверочных действий по сообщениям о причинении вреда при оказании/неоказании медицинской помощи (медицинских услуг), в частности, по выявлению и тактике опроса лиц, располагающих сведениями о факте и обстоятельствах причинения вреда при оказании/неоказании медицинской помощи (медицинских услуг). Безусловно, важное, а порой ключевое значение на стадии доследственной проверки имеет изучение медицинской документации; трудно также переоценить роль специалиста в проведении доследственной проверки по факту причинения вреда при оказании/неоказании медицинской помощи (медицинских услуг), а значит,

качество и полнота проверки, а в дальнейшем и расследования зависят от правильности выбора специалиста, проверки его компетенции, определения формы его участия в проверке. Ведь грамотные и своевременные первоначальные действия правоприменителя, осуществляющего проверку по факту причинения вреда при оказании (неоказании) медицинской помощи, во многом определяют успех расследования и позволяют исключить необоснованное уголовное преследование медицинского работника.

Эта тема затрагивает и роль судебно-медицинской экспертизы при решении вопроса о возбуждении уголовного дела по факту причинения вреда при оказании/неоказании медицинской помощи (медицинских услуг), и в дальнейшем — при решении вопросов персональной ответственности медицинского работника либо установлении его невиновности. Речь идет не только о выборе экспертного учреждения или комиссии экспертов, но и о постановке корректных и исчерпывающих вопросов экспертам, и вообще о правильной, тактически грамотной организации проведения такого следственного действия, как судебно-медицинская экспертиза. К сожалению, следователи редко пользуются предоставленным им статьей 197 УПК РФ правом присутствия при производстве экспертизы и непосредственного получения разъяснений эксперта, а ведь реализация этого права может способствовать оперативному предоставлению экспертам недостающих материалов, а также более полному пониманию следователем вопросов, требующих специальных познаний. Ознакомление учащихся с типичными следственными ситуациями призвано облегчить будущим правоприменителям проведение проверочных и следственных действий и выбрать правильную тактику их проведения. Не следует забывать и о пределах доказывания, которые бывает сложно определить в силу специфики материала.

Курс включает также особенности судебного рассмотрения дел о медицинских преступлениях (раздел 3). В рамках этого раздела даются основы тактики допроса подсудимого, потерпевшего, свидетеля по делам о медицинских преступлениях, специфика исследования вещественных доказательств в суде, а также поднимаются вопросы назначения судебно-медицинской экспертизы в суде, в том числе независимой экспертизы. Кроме того, важное значение

имеет разрешение гражданского иска в уголовном деле о медицинском преступлении, что связано с необходимостью правильного определения размера материальной компенсации физического и морального вреда.

Преподавание данной дисциплины предполагается методически обеспечить курсом лекций. К проведению занятий привлекаются, в формате «мастер-классов», видные юристы, специализирующиеся на делах о «медицинских преступлениях», имеющие практический опыт в расследовании и судебном рассмотрении таких дел, а также судебно-медицинские эксперты, знакомые с проблемами экспертного исследования ненадлежащего лечения. Надеемся, что преподавание данного курса в учебном заведении по подготовке специалистов для судебной системы будет способствовать профессиональному и квалифицированному разрешению ситуаций, связанных с причинением вреда при оказании/неоказании медицинской помощи (медицинских услуг).

*Фадеева М. А.<sup>1</sup>*

*Fadeeva M. A.*

**К ВОПРОСУ ОБ УГОЛОВНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ЗА ПРЕСТУПЛЕНИЯ  
В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

**ON THE ISSUE OF CRIMINAL RESPONSIBILITY FOR CRIMES  
IN THE SPHERE OF HEALTH CARE**

**Аннотация:** В сфере здравоохранения сложилась критическая ситуация: немалое число ятрогений, трудности их выявления и расследования являются поводом для введения в уголовный закон специальных норм, предусматривающих уголовную ответственность не только медицинского работника, но и медицинской организации.

**Abstract:** In the health sector in a critical situation: many iatrogenic, the difficulty of their detection and investigation are the reason for the introduction for the criminal law of special norms that criminalize not only the health care worker and health organizations.

**Ключевые слова:** ятрогенные преступления, уголовная ответственность медицинского работника, уголовная ответственность юридического лица, неосторожное причинение вреда здоровью, причинение смерти по неосторожности, профессиональные преступления.

**Keywords:** iatrogenic crime, criminal liability, corporation, reckless infliction of harm, causing death by negligence crime.

Сегодня выявлено немалое количество неосторожных (или ятрогенных) преступлений, совершённых медицинскими работниками. Такие преступления часто остаются безнаказанными. Причиной тому высокая латентность, существенные трудности в процессе расследования подобных дел (следствие и суд полагаются на результаты судебно-медицинской экспертизы)<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> ФАДЕЕВА Мария Авинеровна, преподаватель ФГБВОУВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» (г. Санкт-Петербург).

<sup>2</sup> 01 апреля 2015 года проблема ятрогенных преступлений обсуждалась на заседании общественного совета при Главном следственном управлении

Автором данной статьи исследованы материалы уголовных дел, возбужденных в Санкт-Петербурге за последние годы в отношении медицинских работников и прекращенных за отсутствием события преступления. Вот некоторые из них. Так, в отношении врачей родильного дома возбуждено уголовное дело по факту совершения преступления, предусмотренного ч. 1 ст. 238 УК РФ. В ходе следствия установлено, что в результате оказания некачественной медицинской помощи новорождённому был причинён вред здоровью *средней тяжести* (по заключению экспертов, асептический некроз мягких тканей предплечья и кисти опасным для жизни и здоровья не является). Следует отметить, что уголовная ответственность за неосторожное причинение вреда здоровью средней тяжести законодателем не предусмотрена. Она (ответственность) «необъяснимым образом» сохранена законодателем лишь при неоказании помощи больному (ч. 1 ст. 124 УК РФ)<sup>3</sup>. Можно сделать абсурдный вывод. При *неоказании* медицинской помощи больному в случае возникновения вреда здоровью средней тяжести уголовная ответственность предусмотрена, а в случае *оказания* медицинской помощи ненадлежащего качества при наступлении аналогичных последствий уголовная ответственность исключается. В материалах указанного дела также отмечено, что субъективная сторона ч. 1 ст. 238 УК РФ имеет прямой умысел, который отсутствует в действиях врачей. Следовательно, уголовное дело, возбуждённое по признакам преступления, предусмотренного ч. 1 ст. 238 УК РФ, прекращено за отсутствием события преступления<sup>4</sup>.

На наш взгляд, целесообразно ввести в уголовный закон норму, содержащую уголовную ответственность медицинского работника за профессиональные преступления. Отметим, что в модельный

---

Следственного комитета РФ по Санкт-Петербургу, где были внесены предложения по совершенствованию уголовного законодательства // В Санкт-Петербурге состоялось заседание общественного совета... // [http://spb.sledkom.ru/about/public\\_con/Zasedaniya\\_soveta](http://spb.sledkom.ru/about/public_con/Zasedaniya_soveta) (дата обращения: 20 октября 2016).

<sup>3</sup> *Рарог А. И.* Некоторые аспекты эффективности уголовно-правовых норм // Уголовно-правовой запрет и его эффективность в борьбе с преступностью / Сб. научных трудов под ред. д. ю. н. проф. Н. А. Лопашенко. — Саратов, 2008. — С. 79.

<sup>4</sup> Уголовное дело № 387596 // Архив Главного следственного управления следственного комитета РФ Следственного отдела по Невскому району.

Уголовный Кодекс для стран СНГ (гл. 18 «Преступления против жизни и здоровья») была включена ст. 136 «Ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей медицинским работником», которая предусматривает уголовную ответственность, в том числе, и за неосторожное причинение вреда здоровью средней тяжести.

Далее. Следственным отделом Следственного комитета по Санкт-Петербургу Московского района возбуждено уголовное дело в отношении врачей по признакам преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 109 УК РФ. В ходе следствия установлено: несоответствие патолого-анатомического и клинического диагнозов пациента, дефекты сбора информации, лечения, также дефекты преемственности медицинских организаций (пациента перевезли в другую больницу для последующего оказания медицинской помощи; кстати, существенные дефекты оказания медицинской помощи были выявлены в *обоих учреждениях здравоохранения*). Однако экспертам не удалось установить прямой причинно-следственной связи между оказанием ненадлежащей медицинской помощи и смертью пациента (установлена непрямая, косвенная связь), поэтому уголовное преследование было прекращено в связи с отсутствием состава преступления. Медицинская организация в соответствии с нормами ГК РФ привлечена к гражданско-правовой ответственности<sup>5</sup>. Однако цели гражданско-правовой и уголовно-правовой ответственности различны. Помимо установленных законом выплат компенсационного характера (что в целом и составляет суть гражданско-правовой ответственности), на наш взгляд, необходимо ещё и публичное осуждение действия (бездействия) медицинских организаций. Трудно не согласиться с Б. С. Никифоровым: «Неблагоприятная для корпорации реклама как следствие её (корпорации) осуждения в уголовном процессе может обладать мощным предупредительным потенциалом»<sup>6</sup>, то есть способна реализовать важнейшую цель уголовного наказания — превентивную.

---

<sup>5</sup> Дело № 386863 // Архив Следственного отдела по Московскому району, Главного следственного Управления Следственного комитета РФ по Санкт-Петербургу.

<sup>6</sup> Никифоров Б. С. Юридическое лицо как субъект преступления и уголовной ответственности. — М., 2003. — С. 105.



Нельзя не вспомнить резонансное дело белгородского врача, умышленно причинившего вред пациенту и впоследствии осужденного по ч. 4 ст. 111 УК РФ и п. «а» ч. 2 ст. 116 УК РФ. В ходе прокурорской проверки с участием Роспотребнадзора и Департамента здравоохранения медицинской организации города Белгорода, где совершено преступление, были выявлены следующие существенные нарушения законодательства: нарушение стандартов оказания медицинской помощи и ведения медицинской документации, отсутствие в нужном количестве необходимого медицинского оборудования. Врачи работали сверх установленной нормы рабочего времени, которая в 4 раза (!) превышала допустимую годовую; не все медицинские сёстры имели сертификат, дающий право осуществлять сестринские манипуляции<sup>7</sup>.

Отметим, что неосторожные преступления медицинских работников принято квалифицировать по ч. 2 ст. 109 УК РФ или ч. 2 ст. 118 УК РФ<sup>8</sup> (преступления небольшой тяжести). Иными словами, врач, работавший сверхурочно с согласия медицинской организации и нарушивший стандарты медицинской помощи во время операции, в результате чего пациент остался инвалидом, максимально может быть приговорён *к одному году*, а в случае смерти пациента — *к трём годам* лишения свободы.

Более того, согласно п. «а» ч. 1 ст. 78 УК РФ, лицо освобождается от уголовной ответственности, если с момента совершения преступления и до вступления приговора в законную силу прошло два года. Так, врач Г. признан виновным в совершении преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 109 УК РФ (неправильная постановка диагноза малолетнему пациенту повлекла смерть последнего). Судом назначено наказание *в виде ограничения свободы сроком на два года* (выделено мною — М.Ф.) с лишением права заниматься деятельностью, связанной с медицинским обслуживанием населения, на срок

---

<sup>7</sup> В скандальной белгородской больнице нашли новые нарушения URL // <https://regnum.ru/news/society/2067713.html> (дата обращения: 20 октября 2016).

<sup>8</sup> На сегодняшний день, по словам правоприменителя, ст. 124 УК РФ «Неоказание помощи больному» является «мёртвой». Иногда возбуждаются уголовные дела по ч. 1, 2 ст. 238 УК РФ. Однако в основном судебно-следственная практика идёт по пути применения к ятрогенным преступлениям ч. 2 ст. 109 или ч. 2 ст. 118 УК РФ.

один год. Г. освобождён от основного и дополнительного наказания на основании п. 3 ч. 1 ст. 24 УПК за истечением сроков давности уголовного преследования<sup>9</sup>. Это далеко не единственный пример.

Анализируя вышесказанное, можно сделать вывод, что в уголовный закон (как сказано выше) необходимо включить норму, предусматривающую уголовную ответственность медицинского работника за профессиональные преступления. Что же касается уголовной ответственности юридических лиц, то это вопрос «щепетильный» для отечественной правовой доктрины, и положительное его решение влечёт за собой нарушение важнейшего принципа уголовного закона — принципа субъективного вменения<sup>10</sup>. Но, тем не менее, в науке всё чаще возникают споры о целесообразности введения уголовной ответственности юридических лиц в связи с развитием рыночных отношений<sup>11</sup>, что обусловлено необходимостью повышения правовой защиты потребителя услуг, в том числе и в сфере здравоохранения<sup>12</sup>.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. *Милюков С. Ф.* Российское уголовное законодательство: опыт критического анализа: монография. — СПб., 2000. — 279 с.
2. *Наумов А. В.* Предприятие на скамье подсудимых // Советская юстиция. 1992. № 17–18. — С. 3.
3. *Никифоров Б. С.* Юридическое лицо как субъект преступления и уголовной ответственности — М.: Центр ЮрИнфоР, 2002. — 204 с.
4. *Рарог А. И.* Некоторые аспекты эффективности уголовно-правовых норм // Уголовно-правовой запрет и его эффективность в борьбе с преступностью. Сборник научных трудов // Под ред. д. ю. н., проф. Н. А. Лопашенко. — Саратов. 2008. — С. 79.

---

<sup>9</sup> Дело № 1–35/2012. URL: <http://www.rospravosudie.com/court-roslavlskij-gorodskoj-sud-smolenskaya-oblast-s/act-106597210> (дата обращения: 20 октября 2016).

<sup>10</sup> См., например, *Милюков С. Ф.* Российское уголовное законодательство. Опыт критического анализа: монография. — СПб., 2000. — С. 52–53.

<sup>11</sup> *Наумов А. В.* Предприятие на скамье подсудимых // Советская юстиция. 1992. № 17–18. — С. 3.

<sup>12</sup> *Никифоров Б. С.* Указ. соч. — С. 21.

5. В Санкт-Петербурге состоялось заседание общественного совета... URL: [http://spb.sledkom.ru/about/public\\_con/zasedanija\\_soveta](http://spb.sledkom.ru/about/public_con/zasedanija_soveta) (дата обращения 20 октября 2016).
6. В скандальной белгородской больнице нашли новые нарушения // URL: <https://regnum.ru/news/society/2067713.html> (дата обращения 20 октября 2016).
7. Уголовное дело № 386863 // Архив Следственного отдела по Московскому району, Главного следственного Управления Следственного комитета РФ по Санкт-Петербургу.
8. Уголовное дело № 387596 // Архив Главного следственного управления следственного комитета РФ Следственного отдела по Невскому району.
9. Уголовное дело № 1–35/2012. — URL: <http://rospravosudie.com/court-roslavlskij-gorodskoj-sud-smolenskaya-oblast-s/act-106597210/> (дата обращения 20 октября 2016).

*Ханевич М. М.<sup>1</sup>*

*Khanevich M. M.*

**НЕКОТОРЫЕ ИТОГИ ОПРОСА ХИРУРГОВ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА  
О ВРАЧЕБНЫХ ОШИБКАХ**

**SOME RESULTS OF POLL OF SURGEONS OF ST. PETERSBURG ABOUT  
MEDICAL FAULTS**

**Аннотация:** Автором проведено анкетирование 147 хирургов Санкт-Петербурга, работающих в стационарных лечебных учреждениях города и занимающихся хирургической практикой. Выяснялось отношение хирургов к понятию «врачебная ошибка», определена частота встречаемости ошибок, влияние ошибки на состояние здоровья пациента, кем и когда устанавливалась ошибка и какое наказание за совершение врачебной ошибки понёс хирург.

**Annotation:** The author carried out questioning of 147 surgeons of St. Petersburg working in stationary medical institutions of the city and those engaged in surgical practice. The attitude of surgeons towards the concept «medical fault» became clear, the frequency of occurrence of mistakes was determined, influence of a mistake on a state of patient's health, by whom and when the mistake was found out and what was the punishment for the surgeon were considered.

**Ключевые слова:** анкетный опрос, врачебная ошибка, здоровье, ответственность.

**Keywords:** questionnaire, medical fault, health, responsibility.

Впервые в литературе о «болезни, порождённой врачом», получившей в медицинской практике термин «ятрогения», упомянул немецкий психиатр Освальд Бумке в 1925 году. В статье «Врач как причина душевных расстройств», опубликованной в «Немецком еженедельном журнале», автор трактует ятрогению как греческий термин (*iatros* — врач, *gennaio* — порождаю), обозначающий

---

<sup>1</sup> ХАНЕВИЧ Михаил Михайлович, студент 1 курса магистратуры Северо-Западного филиала ФГБОУВО «Российский государственный университет правосудия» (Санкт-Петербург).

отрицательное действие врача на больного<sup>2</sup>. После выхода в свет Международной классификации болезней (МКБ) и, в частности, МКБ-9 (1975), термин «медицинская (врачебная) ошибка» приобрел клиническое значение<sup>3</sup>.

Согласно последней Международной классификации болезни (МКБ-10), действующей на территории России с 1999 года, под ятрогенией подразумеваются любые нежелательные или неблагоприятные последствия профилактических, диагностических и лечебных вмешательств либо процедур, которые приводят к нарушениям функций организма, ограничению привычной деятельности, инвалидизации или смерти; осложнения медицинских мероприятий, развившиеся в результате как ошибочных, так и правильных действий врача<sup>4</sup>.

По мнению О. В. Зайратьянца и др., не совсем оправдано отождествлять между собой ятрогению и медицинскую (врачебную) ошибку. Авторы разделили все ятрогении на две большие группы: 1) развившиеся как реализованный и неизбежный риск медицинских мероприятий; 2) как результат ошибочных действий

<sup>2</sup> Bumke O. Der Arzt als Ursache seelischer Störungen // Deutsche Medizinische Wochenschrift. 1925. Bd. 51. № 1. — S. 3.

<sup>3</sup> Международная классификация болезней (МКБ) — международная статистическая классификация болезней, травм и причин смерти, перечень наименований болезней, принятых мед. наукой на данном этапе ее развития, и группировка болезней по определенному принципу. МКБ является руководством для систематизации наблюдений при изучении заболеваемости, причин смерти и деятельности учреждений здравоохранения. Она построена по десятичной системе и охватывает все патологические состояния. Первая МКБ (перечень причин смерти), предложенная Ж. Бертильоном, была принята Международным статистическим институтом в 1893. С 1900 производятся регулярные пересмотры МКБ (1900, 1910, 1920, 1929, 1938, 1948, 1955, 1965, 1975). Наиболее существенные изменения в МКБ внесла созванная ВОЗ конференция по 6-му пересмотру (1948). В СССР с 1970 действовала МКБ 8-го пересмотра, в 1981–82 введена МКБ 9-го пересмотра, содержащая 17 классов болезней, разделенных на 999 рубрик. [Электронный ресурс]: <http://voluntary.ru/termin/mezhdunarodnaja-klassifikacija-boleznei.html> (дата доступа — 25.02.2017).

<sup>4</sup> Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем: десятый пересмотр (МКБ-10). — М.: Медицина, 2003.

медицинского персонала<sup>5</sup>. Кроме того, авторы рассматривают «медицинскую (врачебную) ошибку» как профессиональную ошибку медицинского работника, добросовестное заблуждение врача, основанное на несовершенстве медицинской науки и ее методов, или атипичного течения заболевания, или недостаточности подготовки врача, если при этом не обнаруживаются элементов халатности, невнимательности или медицинского невежества. Поэтому юридически оценить ненадлежащее оказание медицинской помощи, которое приводит к причинению вреда здоровью пациенту, сложно.

Так, другие специалисты при оценке обстоятельств, которые могли повлечь объективно ненадлежащую медицинскую помощь, указывают на необходимость учета следующих факторов: недостаточность медицинских познаний в вопросах диагностики и лечения травм, заболеваний и осложнений; неполноту сведений в медицинской науке о механизмах патологического процесса критериев раннего распознавания и прогнозирования болезней; несовершенство ряда инструментальных медицинских методов диагностики и лечения; атипичность, редкую встречаемость или злокачественность заболевания; несоответствие между объёмом прав и обязанностей конкретного медицинского работника и производством требуемых действий по диагностике и лечению; недостаточное условие для оказания надлежащей медицинской помощи пациенту с данным заболеванием в условиях конкретного лечебно-профилактического учреждения; недостаточный уровень оснащённости диагностической и лечебной аппаратурой и оборудованием; исключительность индивидуальных особенностей организма пациента; ненадлежащие действия самого пациента, его родственников и других лиц ввиду позднего обращения за медицинской помощью, отказ от госпитализации, уклонение от диагностических и лечебных процедур, противодействие лечебному процессу, нарушение режима лечения; особенности психофизиологического состояния медицинского работника, такие, как крайняя степень переутомления, стресс,

---

<sup>5</sup> Зайратьянц О., Кактурский Л., Вёрткин А., Вовк Е. Болезни, порождённые врачом // Медицинская газета. 2008. № 54. — С. 12.

болезнь и др.<sup>6</sup> Перечисленные обстоятельства могут играть главную роль в наступлении негативных последствий либо выступать в виде своеобразного фона, на котором осуществляются ненадлежащие действия медицинского работника. При оценке правильности тех или иных действий медицинского работника важно иметь в виду, что может существовать несколько методов лечения болезни и специалист в таких случаях имеет право выбора, исходя из своего опыта, знаний, обеспеченности лекарственными препаратами и техническими средствами диагностики и лечения пациента. Поэтому, на наш взгляд, важным является оценка медицинской ошибки непосредственно медицинскими работниками.

С целью выяснить отношение врачей к проблеме «врачебной ошибки» была разработана анкета, которая включала такие позиции, как частота встречаемости врачебных ошибок, когда и кем ошибка была установлена, как повлияла допущенная ошибка на состояние пациента, какое наказание последовало за врачебную ошибку, а в случае возбуждения уголовного дела, чем оно закончилось. Опрос был проведен в феврале 2017 года среди практикующих хирургов трёх лечебных учреждений г. Санкт-Петербурга (СПб ГБУЗ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи имени И. И. Джанелидзе», СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница», СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер»). Кроме того, были опрошены хирурги-участники 2486 заседания Хирургического Пироговского общества г. Санкт-Петербурга, состоявшегося 8 февраля 2017 года. Таким образом, в опросе приняли участие врачи, занимающиеся хирургической практикой как в плановом порядке, так и по скорой помощи. Всего получено 147 анкет.

На вопрос «Встречались ли в вашей практике врачи, допустившие ошибку?» из 147 человек 132 (89,8%) опрошенных ответили положительно. Лишь 12 (10,9%) указали, что врачебные ошибки в их практике и практике их коллег не встречались. Не смогли ответить на поставленный вопрос лишь 3 (2,0%) человека.

---

<sup>6</sup> См. подробнее об этом: Сидоров П. И., Соловьёв А. Г., Дерягин Г. Б. Правовая ответственность медицинских работников. — М.: МЕДпресс, 2004.

На вопрос «Какое количество ошибок врач допускает за весь период своей профессиональной деятельности?» ответило 137 (93,2%) хирургов. Согласно опросу, 85 (62,0%) врачей отметило, что количество допущенных ошибок превысило 10, среди 52 (38,0%) опрошенных — колебалось от 1 до 10, среди 43 (31,4%) опрошенных — от 1 до 5,7 (5,1%) опрошенных указали на совершение одной ошибки. Конечно, выявить точное количество ошибок не представляется возможным, поскольку при опросе акцент был сделан на самые значимые ошибки в деятельности врача. Самому же врачу нет необходимости подсчитывать все свои ошибки. Поэтому эти данные имеют большую погрешность и не отражают истинного состояния статистики.

В вопросе, касающемся времени совершения ошибок, из 145 (98,6%) ответов) 84 (57,9%) опрошенных не смогли точно указать время. В 14 (9,7%) анкетах было указано, что врачебная ошибка произошла в последний месяц перед анкетированием, в 22 (15,2%) — в последние полгода, в 25 (17,2%) — в последний год.

На этот вопрос «Кем была установлена врачебная ошибка?» ответили 139 (94,6%) хирургов. В 94 (67,6%) случаях хирург сам понял, что допустил ошибку; в 10 (7,2%) случаях — ошибка была установлена старшим, более опытным врачом; в 22 (15,8%) случаях — руководителем отделения, клиники, кафедры; в 7 (5,0%) случаях — администрацией лечебного учреждения; в 3 (2,2%) случаях — самим пациентом и ещё в 3 (2,2%) случаях — родственниками пациента.

Интерес представляют данные относительно времени и места установления врачебной ошибки. Из 132 (89,8%) опрошенных 68 (51,5%) указали, что ошибка была установлена в процессе послеоперационного периода. На ошибку, выявленную во время операции, указали 35 (26,5%) человек, выявленную после выписки из стационара — 16 (12,1%), в поликлинике при амбулаторном осмотре — 7 (5,3%), в другом стационаре — 6 (4,6%) человек.

На вопрос «Как повлияла допущенная ошибка на состояние пациента?» было получено 138 (93,9%) ответов. 68 (49,3%) хирургов указали, что состояние здоровья не изменилось, т. е. врачебная ошибка хотя и была допущена во время операции, тем не менее, она не повлияла на благоприятный исход. 49 (35,5%) хирургов указали, что ошибка ухудшила состояние здоровья пациентов, а 21 (15,2%)



ответили, что вследствие допущенной ошибки во время операции наступил летальный исход.

На вопрос «Какое наказание последовало за врачебную ошибку?» было получено 140 (95,2%) ответов. Случай врачебной ошибки без наказания был отмечен в 61 (43,6%) анкете. О наказании за допущенную врачебную ошибку было указано в 79 (56,4%) анкетах, т. е. более чем у половины опрошенных. В 65 (46,4%) анкетах указывалось, что врачебная ошибка детально разбиралась на лечебно-контрольных комиссиях. О применении таких мер наказания, как выговор, понижение в должности, снятие с должности, денежные санкции, указали 7 (5,0%) врачей и 11 отметили, что врач привлекался к уголовной ответственности (7,9%). Однако на вопрос «Чем закончилось возбуждение уголовного дела?» лишь 9 опрошенных указали, что расследование было прекращено, один — что дело передано в суд и было прекращено в суде. Лишь в одной анкете указывалось, что за врачебную ошибку, допущенную хирургом, было назначено уголовное наказание.

Проведенное исследование позволяет сделать следующие выводы.

1. В хирургической практике 90% хирургов сталкиваются в своей профессиональной деятельности с врачебными ошибками.
2. 62,0% опрошенных указали, что хирург в своей практической деятельности допускает более 10 врачебных ошибок.
3. Среди 42,1% опрошенных хирургов врачебные ошибки были совершены в последний год, что свидетельствует о высокой частоте встречаемости медицинских ошибок в хирургической среде.
4. Согласно полученным ответам, хирург в 67,6% случаях сам смог выявить допущенную им ошибку, в 32,4% случаях врач не смог сам определить ошибку и самостоятельно её устранить, т. е. в каждом третьем случае врачебная ошибка хирургом не была вовремя замечена и, как следствие, устранена.
5. Следует отметить невысокий удельный вес выявляемости ошибок во время хирургических вмешательств (26,5%), когда ошибка может быть устранена самим оперирующим хирургом без дальнейших последствий для здоровья пациента. В половине случаев врачебная ошибка, допущенная во время операции, всё же была обнаружена в послеоперационном периоде, что

- свидетельствует, в том числе, и о больших диагностических возможностях лечебных учреждений.
6. Как свидетельствуют ответы хирургов, допущенная ими врачебная ошибка в 35,5% случаев ухудшила состояние здоровья пациентов, а в 15,2% случаев привела к летальному исходу.
  7. Об ответственности за допущенную врачебную ошибку было указано в 56,4% анкет. Чаще всего весь процесс наказания ограничивался разборами на лечебно-контрольных комиссиях. О возбуждении уголовных дел указано в 9 (6,1%) анкетах. Лишь один хирург указал, что он понёс уголовное наказание за допущенную врачебную ошибку.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. *Bumke O.* Der Arzt als Ursache seelischer Störungen // Deutsche Medizinische Wochenschrift, 1925; 51(1): 3.
2. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем: десятый пересмотр (МКБ-10). — М.: Медицина, 2003.
3. *Зайратьянц О., Кактурский Л., Верткин А., Вовк Е.* Болезни, порождённые врачом // Медицинская газета. 2008. № 97.
4. *Сидоров П. И., Соловьёв А. Г., Дерягин Г. Б.* Правовая ответственность медицинских работников — М.: МЕДпресс, 2004.

*Чаплыгина В. Н.<sup>1</sup>*

*Chaplygina V.N.*

**ТЕРМИНОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ПОНЯТИЯМ «ВРАЧЕБНАЯ ОШИБКА» И «ЯТРОГЕНИЯ» ПРИ РАССЛЕДОВАНИИ ЯТРОГЕННЫХ ПРЕСТУПЛЕНИЙ**

**TERMINOLOGICAL APPROACH TO THE CONCEPTS OF «MEDICAL ERROR» AND «IATROGENY» IN THE INVESTIGATION OF IATROGENIC CRIMES**

**Аннотация:** Статья посвящена изучению понятийного аппарата, используемого следователем при расследовании ятрогенных преступлений.

**Abstract:** The article is devoted to the study of the conceptual apparatus used by the investigator in the investigation of iatrogenic crimes.

**Ключевые слова:** следователь, врач, оказание медицинской помощи, врачебная ошибка, ятрогения, ятрогенные преступления.

**Keywords:** Investigator, doctor, medical care, medical error, iatrogeny, iatrogenic crimes.

Жизнь и здоровье граждан правового демократического государства являются высшей ценностью, что нашло отражение в ст. 41 Конституции РФ, закрепляющей за гражданами право на охрану здоровья и медицинскую помощь. В последнее время наблюдается значительный рост ятрогенных преступлений, расследование уголовных дел по которым отличается значительной сложностью, т. к. процесс познания совершенного преступления, анализ и оценка собранной информации связаны с использованием следователями терминологического аппарата, не являющегося привычным для них, и постоянной необходимостью обращения к специальным знаниям. В настоящее время сложно говорить о том, что современное медицинское право и его правовые механизмы изучены и надлежащим образом урегулированы, в связи с чем необходимо

---

<sup>1</sup> ЧАПЛЫГИНА Виктория Николаевна, доцент кафедры криминалистики и предварительного расследования в ОВД Орловского юридического института МВД России имени В. В. Лукьянова, кандидат юридических наук (г. Орел).

усилить уголовно-правовые гарантии человека на охрану здоровья в условиях увеличения объема медицинского вмешательства в человеческий организм.

Поэтому считаем нужным обратить внимание на дискуссионный характер отдельных понятийных категорий, используемых при расследовании преступлений, совершенных медицинскими работниками. Прежде всего, требует разрешения получивший повсеместное распространение термин «ятрогенные преступления». Несмотря на дискуссионный характер данного понятия как в медицинской, так и юридической литературе, он прочно входит в научный и практический оборот.

Генезис данного понятия отсылает нас к IV в. до н. э., когда в клятве Гиппократе содержалось обещание врача: «...буду оберегать больных от всего вредного и непригодного для них». Около 2 тыс. лет назад первой заповедью врача и принципом лечения были: «Primum non nocere» (Прежде всего не навреди) и «Nihil nocere» (Ни в коем случае не навреди). Анализ специальной литературы позволяет увидеть, что понятие «ятрогения» первоначально было введено в 1925 г. немецким психиатром О. Бумке, который понимал под этим явлением причинение вреда пациенту неосторожным, непродуманным, бестактным словом врача<sup>2</sup>. Однако затем ятрогении стали рассматриваться как нежелательные последствия, возникающие при оказании медицинской помощи врачом любого профиля.

В международной классификации болезней (МКБ) X пересмотра Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) в 1997 году возвела ятрогении в ранг основных заболеваний, определив их самостоятельные патологические процессы как любые нежелательные или неблагоприятные последствия профилактических, диагностических и терапевтических вмешательств или процедур, которые приводят к нарушениям функций организма, инвалидности или смерти<sup>3</sup>.

---

<sup>2</sup> *Красильников А. П.* Ятрогении и безопасность медицинской помощи // Медицинские новости. 1996. № 4. — С. 4.

<sup>3</sup> *Автандилов Г. Г.* Особенности X пересмотра Международной классификации болезней и применение ее в патологоанатомической практике // Архив патологии. 2003. № 4. — С. 67.

Несмотря на столь проработанное терминологическое определение, термин «ятрогенные патологии» не имеет правового значения.

Полагаем, что ятрогении могут возникнуть в результате врачебной ошибки, при осуществлении оказания медицинской помощи в условиях крайней необходимости или обособленного риска, а также могут быть результатом несчастных случаев. Не исключено, что неблагоприятный исход оказания медицинской помощи может явиться результатом действий самого пациента (самостоятельного приёма, лекарственных средств или их передозировки, использования какой-либо медицинской техники). Тем не менее, патологические процессы, возникшие в результате данных действий, ятрогенными не являются. Попутно заметим, что во всех анализируемых нами случаях отсутствуют основания уголовной ответственности медицинских работников, что дает нам основания полагать нецелесообразным использование термина «ятрогенные преступления» для определения преступлений, совершённых медицинскими работниками, т. к. «ятрогения» — сугубо медицинский термин, обозначающий последствие медицинского вмешательства. Следователей же при расследовании данной категории дел интересует именно характер действий, приведших к ятрогении, поэтому термин «врачебная ошибка» наиболее применим в их деятельности.

Из вышесказанного видим, что зачастую термин «ятрогения» используется в связи с причинением смерти и вреда здоровью, что приводит к тому, что он расценивается и медиками, и юристами как синоним юридической ответственности. Более того, термин «ятрогения» иногда используется судебно-медицинскими экспертами в своих заключениях, исключительно на основе которых следователями делаются однозначные выводы о виновности медицинского работника<sup>4</sup>.

Однако при анализе специальной литературы, касающейся вопросов расследования преступлений, совершённых медицинскими работниками, можно встретить употребление термина «врачебная ошибка», которая, на наш взгляд, характеризуется наступлением неблагоприятного исхода оказания медицинской помощи при

---

<sup>4</sup> Сергеев С. Д., Ерофеев С. В., Козырев В. А. Ненадлежащее оказание медицинской помощи: социально-правовые аспекты проблемы // Адвокат. 1999. № 7. — С. 89.

объективно неправильных действиях, но при отсутствии психического отношения медицинского работника к выполненным им действиям в форме умысла или неосторожности.

Проведенное в данном направлении исследование дает основание полагать, что термины «врачебная ошибка» и «ятрогения» порой взаимозаменяют друг друга. Так, М. И. Галюкова, анализируя судебную практику, пишет, что «в ходе судебного разбирательства по делу было установлено, что причиной тромбоза и в дальнейшем ампутации руки ребёнка стали ошибочная катетеризация и отсутствие инфузионной терапии». Употребление слова «ошибочная» может натолкнуть на мысль о врачебной ошибке, но автор продолжает, что «согласно заключению судебно-медицинских экспертов, ампутация руки ребенка потребовалась из-за технической неверной катетеризации и длительного отсутствия интенсивной терапии»<sup>5</sup>. Нетрудно заметить, что такое использование взаимоисключающих терминов представляется неверным, поскольку оно может привести к путанице и принятию неверных решений. В свою очередь, Ю. Д. Сергеев считает понятия «ятрогения» и «врачебная ошибка» идентичными, и у него вызывает тревогу то, что с расширением понятия «ятрогения» увеличилось число жалоб и так называемых, «врачебных дел», что связывают с частным употреблением термина «ятрогения»<sup>6</sup>.

Резюмируя вышесказанное, полагаем необходимым четкое уяснение и определение смысла понятий «врачебная ошибка» и «ятрогения», а также точное разграничение причин и последствий неблагоприятного исхода оказания медицинской деятельности.

#### Список литературы:

1. *Красильников А. П.* Ятрогении и безопасность медицинской помощи // *Медицинские новости.* 1996. № 4. — С. 3–10.

---

<sup>5</sup> *Галюкова М. И.* Особенности доказывания вины по уголовным делам о преступлениях медработников // *Уголовный процесс.* 2010. № 2. — С. 27.

<sup>6</sup> *Сергеев Ю. Д.* Ненадлежащее оказание медицинских услуг и факторы риска его возникновения // *Медицинское право.* 2007. № 4. — С. 4.

2. *Автандилов Г. Г.* Особенности X пересмотра Международной классификации болезней и применение ее в патологоанатомической практике // *Архив патологии.* 2003. № 4. — С. 55–59.
3. *Сергеев С. Д., Ерофеев С. В., Козырев В. А.* Ненадлежащее оказание медицинской помощи: социально-правовые аспекты проблемы // *Адвокат.* 1999. № 7. — С. 89.
4. *Галюкова М. И.* Особенности доказывания вины по уголовным делам о преступлениях медработников // *Уголовный процесс.* 2010. № 2. — С. 27.
5. *Сергеев Ю. Д.* Ненадлежащее оказание медицинских услуг и факторы риска его возникновения // *Медицинское право.* 2007. № 4. — С. 4.

**УГОЛОВНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ:  
ВОПРОСЫ ТЕОРИИ И ПРАКТИКИ**

**Сборник статей по материалам  
Всероссийского научно-практического круглого стола  
3 марта 2017 года**

Под общей редакцией *Екатерины Николаевны Рахмановой*,  
*заведующей кафедрой уголовного права*  
*Северо-Западного филиала ФГБОУВО*  
*«Российский государственный университет правосудия»*,  
*доктора юридических наук, доцента*

Технический редактор: Пронина А. С.  
Корректор: Петрова Т. А.

ООО ИД «Петрополис»  
197101, Санкт-Петербург, ул. Б. Монетная, д. 16,  
офис-центр 1, 5 эт., пом. 498, тел. 336 50 34  
e-mail: info@petropolis-ph.ru  
<http://www.petropolis-ph.ru>  
<http://www.petrobook.ru>

Подписано в печать 4.04.2017.

Формат 60 × 84<sup>1</sup><sub>/16</sub>. Бумага офсетная.

Печать офсетная. 13, 5 п. л.

Тираж 100. Заказ 33.

Отпечатано в типографии «Град Петров»

ООО ИД «Петрополис»  
197101, Санкт-Петербург, ул. Б. Монетная, д. 16