ФЕДЕРАЛЬНОЕ АГЕНТСТВО ПО ОБРАЗОВАНИЮ

ДАЛЬНЕВОСТОЧНЫЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

## ЮРИДИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ

**АНАЛИЗ ВОПРОСОВ УГОЛОВНО-ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

Владивосток

2009

# ОГЛАВЛЕНИЕ

## ВВЕДЕНИЕ

Глава I. ИСТОРИКО-ПРАВОВОЙ АНАЛИЗ ПРИВЛЕЧЕНИЯ К УГОЛОВНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ЗА ПРОТИВОПРАВНУЮ ВРАЧЕБНУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

Глава II. СПЕЦИФИКА МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И КЛАССИФИКАЦИЯ УПУЩЕНИЙ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

2.1 Специфика медицинской деятельности

2.2 Правовая оценка несчастного случая, «врачебной ошибки» и профессионального преступления

Глава III. УГОЛОВНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

3.1 Уголовная ответственность за профессиональные медицинские преступления

3.2 Уголовная ответственность за должностные преступления медицинских работников

Глава IV. ОБСТОЯТЕЛЬСТВА, ИСКЛЮЧАЮЩИЕ ВИНУ ВРАЧА ПРИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДАХ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

4.1 Крайняя необходимость как основание освобождения от уголовной ответственности медицинских работников

4.2 Обоснованный риск в медицинской деятельности

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

ЛИТЕРАТУРА

### ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы дипломной работы состоит в том, что медицина представляет собой важную сферу жизнедеятельности человека, основной целью которой является сохранение жизни и здоровья людей. В последние годы медицинская наука достигла больших успехов в профилактике и лечении многих заболеваний, считавшихся ранее либо вовсе неизлечимыми, либо трудно поддающимися лечению. Она стала способной проникать в глубинные процессы, происходящие в организме человека, влиять на репродуктивное здоровье человека, процессы умирания, генетический статус и т.д. Одновременно с этим возрастает значение правового регулирования медицинской деятельности, включая применение уголовной ответственности к медицинским работникам.

В реальности итог оказания медицинской помощи оказывается далеко не всегда ожидаемым, и причин тому множество – от сегодняшнего объективного уровня развития медицинских знаний и технического обеспечения до элементарной невнимательности или низкой квалификации медицинского персонала. Несмотря на развитие отрасли медицинского права и его институтов, жизнь и здоровье личности, соблюдения её конституционных прав и свобод являются объектами уголовно-правовой охраны. Соответственно причинение вреда личности может стать предметом уголовно-правовой оценки.

Нарушение охраняемых прав и интересов пациентов возможно как при непосредственном оказании медицинской помощи, так и в результате управленческой деятельности по ее организации. Таким образом, одним из проблемных вопросов уголовного права является дифференциация уголовной ответственности медицинских работников на основании их признания различными специальными субъектами. Распространенным фактором, влияющим на уголовно-правовую оценку результатов медицинской помощи, являются медицинские («врачебные») ошибки. Учитывая сугубо профессиональный и субъективный характер, представляется необходимой разработка юридических критериев врачебных ошибок, а также их влияния на наступление и пределы уголовной ответственности.

Наконец, природа медицинской деятельности такова, что ее исход объективно бывает самым неблагоприятным. Поэтому особую актуальность приобретает юридическая оценка обстоятельств, исключающих преступность деяния при оказании медицинской помощи и обладающих своей спецификой.

Все выше сказанное предопределило выбор темы настоящей дипломной работы.

Объектом исследования в настоящей работе является изучение специфики деятельности медицинского работника, как специального субъекта преступления, правовая оценка несчастного случая, врачебной ошибки, выявление особенностей применения уголовной ответственности за профессиональные преступления медицинских работников, а также исследование обстоятельств, исключающих вину врача, при неблагоприятных последствиях оказания медицинской помощи, так как деятельность врача зачастую носит рискованный и необходимый характер.

Целью данной дипломной работы является анализ вопросов уголовно-правового регулирования медицинской деятельности как одной из самых важных сфер жизнедеятельности человека, в том числе вопросов квалификации преступлений, совершаемых медицинскими работниками, а также определение круга обстоятельств, исключающих вину медицинского работника при неблагоприятных исходах оказания медицинской помощи.

Данные цели конкретизируются в постановке и решении ряда следующих основных задач:

1. проследить историческое развитие института применения уголовной ответственности за противоправную врачебную деятельность;
2. выявить специфику медицинской деятельности;
3. классифицировать упущения медицинских работников;
4. дать уголовно-правовую характеристику преступлений, совершаемых медицинскими работниками;
5. раскрыть понятие крайней необходимости и обоснованного риска как обстоятельства, исключающие преступность деяний, совершаемых в сфере медицинской деятельности.

Для написания работы использовались нормативно-правовые акты: Конституция РФ 1993 г., действующий Уголовный кодекс РФ, отечественное уголовное законодательство дореволюционного и отечественного периодов, Основы законодательства РФ «Об охране здоровья граждан» 1993 г. (с последующими изменениями и дополнениями), иные федеральные законы, постановления Правительства РФ, отраслевые и ведомственные акты Министерства здравоохранения СССР и РФ.

Мною были изучены теоретические работы Серовой А.В., Павловой Н. В., Бердичевского Ф.Ю, Шаргородского М. Д., Загородникова Н. И., Таганцева Н. С., Огаркова И. Ф., Малеина Н. С., Акопова В. И., Дагеля П. С. , Кибальника А. Г. И др.

Теоретические выводы построены на основе материалов изученной опубликованной и неопубликованной судебно-следственной практики, относящихся к теме дипломного исследования.

Цель и задачи, поставленные в работе, обусловили ее структуру и логику изложения материала. Дипломная работа состоит из введения, четырёх глав, заключения и списка используемой юридической литературы.

**Глава 1. ИСТОРИКО-ПРАВОВОЙ АНАЛИЗ ПРИВЛЕЧЕНИЯ**

**К УГОЛОВНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ЗА ПРОТИВОПРАВНУЮ ВРАЧЕБНУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ**

Деятельность врача в ряде случаев, иногда формально, иногда фактически, приходит в противоречие с положениями уголовного законодательства, нанося вред и угрожая тем интересам личности, которые охраняются уголовным законом (жизни, здоровью, свободе).

Всякая хирургическая операция есть формальное нарушение телесной неприкосновенности. Неправильный метод лечения, неловкость врача или то, что знания не находятся на уровне современных требований науки, неправильность употребляемых средств могут нанести вред здоровью, а иногда и причинить смерть пациенту.

Римское право предусматривало наказание врача за грубые ошибки, причем понятие «врачебной ошибки» было весьма широким. Сюда относились и неопытность, и неосторожность врачей, и неоказание медицинской помощи. Римское право уже допускало правомерность смерти больного вследствие тяжести заболевания. Умышленное умерщвление больного, отравление его с помощью яда, аборт, кастрация не относились к профессиональным преступлениям, ответственность за них медиков была такой же, как и других граждан. Следовательно, римское право уже намечало государственную регламентацию врачебной деятельности.

Принципы римского права, разграничивших умышленные и неосторожные действия врача, постепенно стали проникать в законодательство стран Западной Европы. Этот процесс был приостановлен в период средневековья, когда католическая церковь стала задерживать развитие медицины и права, а ответственность за неудачное врачевание трактовалось с позиций религии.

В России правовая регламентация врачебной деятельности уходит вглубь веков. Уже такие памятники феодального русского законодательства, как Устав князя Владимира Святославовича (X – XI вв.) и Русская правда (IX – XI вв.), содержали нормы, относящиеся к врачебной деятельности. Устав князя Владимира относил лиц, занимавшихся этой деятельностью, к числу служителей церкви: “А её церковные люди … мчець”[[1]](#footnote-1).

Русская правда упоминает о плате за лечение: «А летую мъзда»[[2]](#footnote-2).

Законодательство допетровской России не различало умысла и неосторожности в действиях врача при неблагоприятном исходе лечения, поскольку врачевание на Руси в то время приравнивалось к «волхованию и чародейству», фактически лекари являлись не более чем ремесленниками, хотя порой и искусными в своем занятии.

Начиная с XVI в. прогресс медицины в России заметно усиливается, однако её правовая регламентация развивается очень медленно. Лишь время от времени появляются указы, посвященные частным вопросам медицинской деятельности. Чаще всего они касаются случаев медицинского освидетельствования служилых людей на предмет определения их пригодности для изготовления зелья «лихого». В начале XVII в. с целью выяснения причин отравлений в сомнительных случаях был учрежден Аптекарский приказ, в обязанности которого входило производство судебно-медицинской экспертизы при подозрении на отравление, а также исследование трав и других лекарственных средств, явившихся возможной причиной отравления[[3]](#footnote-3).

Так, указом и боярским приговором от 4 марта 1686 г. было постановлено “лекаря Мишку Туленщикова за то, что он лекарю Андрею Харитонову вместо раковых глаз отвесил во пьянстве золотник сум а он, Андрей, ту одлему давал в ренском подъячему Юрью Прокофьеву и тот подъячий при нем улуя; велено сослать с женой и детьми в Курск, а по лекаре Андрее Харитонове собрать поручную запись, что ему таких вредительных и смерть наводящих статей статей никому не давать и сказан великого государя указ всем лекарям буде из них кто нарочно или ненарочно кого уморят, а про то сыщется и им быти казненными смертью”[[4]](#footnote-4).

В 1700 г. по требованию Аптекарского приказа производилась экспериза трупа боярина Салтыкова, отравленного слугой Алексеем Каменем, давшим совему господину большую дозу ядовитого снадобья.

Более широкая регламентация врачебной деятельности начинается при Петре I. Законодательые акты затрагивали личные качества врача, его отношения к больным, касались долга врача перед государством, в частности выполнения им функций военного врача, уровня его знаний и степени практического мастерства. Врачу предъявлялись требования, чтобы он “в докторстве доброе основание и практику имел, трезвым, умеренным и доброхотным себя держал и в нужных случаях чин свой как нощно так и денно отправлять мог”[[5]](#footnote-5).

В Морском уставе Петра I упоминалось и об ответственности врача за неблагоприятный исход лечения: “Ежели лекарь своим небрежным и явным презорством к больным поступит, от чего им бедство случится, то оный яко злотоорец наказан будет, якобы своими руками его убил, или какой уд отсек”[[6]](#footnote-6).

Обязательное вскрытие мертвых тел, в том числе и в случаях неправильного лечения, введенное в России указами Петра I в начале XVIII в., заложило основы накопления научных знаний по доказательству причинной связи между смертельным исходом и неправильным лечением. Таким образом, создавались условия для научной разработки мер по предупреждению врачебных ошибок и правонарушений.

Однако единого закона, регламентирующего врачебную деятельность, не существовало до издания в 1857 г. Врачебного устава, составившего XIII том Свода Законов Российской империи. Прототипом для него послужила инструкция о правах и обязанностях врачебных управ, изданная в 1797 году. В Уставе рассматривались все вопросы, касающиеся деятельности врачей, - о врачебном управлении, об испытании лиц, посвящающих себя службе по медицинскому ведомству, о повивальных бабках, об экзаменах фармацевтов и ветеринаров и др.[[7]](#footnote-7) В последующие годы в Устав вносились изменения и дополнения, но они не затрагивали основ, отражавших организационный и научный уровень медицины вплоть до начала 20-го столетия.

С самого начала существования советской власти обозначилось отрицательное отношение к частной врачебной практике. “Частная медицинская практика, как пережиток капиталистического строя противоречит основным началам правильной организации медико-санитарной помощи и общим основам социалистического строительства. Доступная только отдельным лицам, могущим уплачивать громадные гонорары, она дезорганизует медико-санитарную работу, вносит развал и разлад среди медицинского персонала, отвлекает медицинские силы от советской работы на пользу трудящихся масс, ведет к спекуляции и шарлатанству, к медицинской сухаревке”[[8]](#footnote-8).

Одновременно с борьбой против частной медицинской практики проводилась большая работа по юридической регламентации прав, обязанностей и ответственности медицинских работников в советском государстве.

Права и обязанности медицинских работников были регламентированы в специальном Постановлении ВЦИК и СНК РСФСР от 1 декабря 1924 г. «О профессиональной работе и правах медицинских работников»[[9]](#footnote-9). Это постановление до 1970 г. было в нашей стране основным законодательным актом, определяющим, кто имеет право на получение звания врача, какие права и обязанности имеют советские врачи и как они отвечают за допущенные им профессиональные упущения.

Согласно ст.18 данного Постановления, врач имеет право на производство всех оперативных вмешательств и гипноза, применение наркоза, анестезии, вакцин, сывороток и других медицинских средств, разрешенных к употреблению в установленном порядке. Исходя из Постановления, врач имеет право на производство любого оперативного вмешательства, но не обязан делать даже самую несложную операцию, если он к её выполнению не подготовлен. Вместе с тем Постановление позволяло врачу в зависимости от условий применить все знания и практические навыки вплоть до оперативного вмешательства для того, чтобы спасти больного. Естественно, что врач, не имеющий достаточного опыта и квалификации, не должен производить сложные хирургические операции без крайней необходимости. Постановление не предусматривало минимума хирургических вмешательств, которые должен производить всякий врач, занимающийся лечебной работой.

Хирургические операции могли производиться только врачами-хирургами лишь в лечебно-профилактических учреждениях, за исключением случаев скорой и неотложной помощи и простейших операций (вскрытие абсцессов, флегмон, внутривенное введение лекарственных веществ, пункции и т.д.).

Статья 20 указанного Постановления регламентировала правила проведения хирургических операций. В ней, в частности, говорилось, что «…хирургические операции должны производиться с согласия больных, а в отношении лиц моложе 16 лет или душевнобольных – с согласия их родителей или опекуна». Регламентировалось поведение врача в случаях, не терпящих отлагательства: «операцию, необходимую и неотложную для спасения жизни важного органа, врач может произвести по консультации с другим врачом без согласия родителей или опекуна, когда они не могут быть опрошены без риска опоздания, и без согласия больного, когда он находится в состоянии бессознательности. Если и консультация связана с риском опоздания, врач может решить вопрос об операции один. О всяком таком случае он должен донести здравотделу не позже 24 часов».

Постановление позволило, с одной стороны, упорядочить деятельность медицинских работников, с другой – дало основу для обсуждения и научной разработки данного вопроса со стороны юристов и врачей.

Закон СССР от 19 декабря 1969 г., которым были утверждены Основы законодательства СССР и союзных республик о здравоохранении, закрепил правовой статус медицинского работника. Основы свели воедино и упорядочили многочисленные правовые акты, принятые в разное время и к тому же не всегда согласованные между собой. Правовой статус медицинских работников стал шире. С введением в действие Основ был упорядочен и круг лиц, обязанных оказывать медицинскую помощь и надлежащим образом выполнять свои профессиональные обязанности. К ним стали относиться все медицинские работники, независимо от того, занимаются они практической лечебной деятельностью или нет, а также фармацевты[[10]](#footnote-10).

В настоящий период одним из важнейших правовых актов в данной сфере являются Основы законодательства РФ «Об охране здоровья граждан» от 22 июля 1993 г.[[11]](#footnote-11) В них определены основные принципы охраны здоровья граждан, задачи законодательства в области здравоохранения, основы его организации и руководства, права граждан при оказании медико-социальной помощи, обязанности и права медицинских работников, порядок проведения медицинской экспертизы, ответственность за причинение вреда здоровья граждан и пр.

Начиная с 1990 г. в России начались радикальные преобразования государства и общества, которые не могли не затронуть и здравоохранение. Либерализация государственного устройства, разделение единой системы здравоохранения на государственную, муниципальную и частную ставят на более высокую ступень необходимость четкой правовой регламентации медицинской деятельности и организации работы органов и учреждений здравоохранения. В ходе реформы здравоохранения, кроме Основ законодательства, приняты несколько законов, и среди них такие, как Закон РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» от 28 июня 1991 г. (в редакции от 2 апреля 1993 г.), ФЗ РФ «О лекарственных средствах» от 22 июня 1998 г., ФЗ РФ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» от 30 марта 1999 г.

В Российской Федерации право на охрану здоровья и медицинскую помощь введено в ранг конституционных и закреплено в статье 41 Конституции РФ, однако стоит заметить, что крайне важно принятие законов прямого действия «Об общенациональной системе здравоохранения», «О правах пациентов», «О социально-правовой защите медицинских работников и страховании их профессиональной ответственности», в перспективе – и всеобъемлющего Медицинского кодекса Российской Федерации.

По мнению некоторых авторов, оптимальным явилось бы издание Медицинского кодекса, в комплексе регулирующего вопросы охраны здоровья населения.

В настоящий момент идет планомерная системная работа по формированию Кодекса законов об охране здоровья населения, разработкой которого занимался Комитет по охране здоровья Государственной Думы РФ. Предполагается, что Кодекс будет включать в себя следующие блоки законов:

* законы надзорного характера, направленные на обеспечение безопасных условий жизни и среды обитания человека (это, к примеру, законы «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», «Об охране атмосферного воздуха», «О питьевой воде», «О радиационной безопасности населения» и проч.),
* законы профилактической направленности («Об иммунопрофилактике инфекционных болезней», «О предупреждении распространения заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)», «О предупреждении в Российской Федерации туберкулеза», «Об ограничении курения табака», «О наркотических средствах и психотропных веществах», «О качестве и безопасности пищевых продуктов» и проч.),
* законы, защищающие права граждан в сфере охраны здоровья («О правах пациентов», «О защите прав потребителей», «О рекламе медицинских услуг, медицинских изделий и лекарственных средств», «О незаконном прекращении подачи электроэнергии учреждениям здравоохранения» и проч.),
* законы, определяющие права и ответственность медицинских работников, а также ответственность юридических и физических лиц за нарушения в сфере охраны здоровья (речь идет о соответствующих статьях Уголовного кодекса РФ, Кодекса об административных правонарушениях, закон о страховании профессиональной ответственности медицинских работников, закон о профессиональной медицинской этике, законы о пенсиях за выслугу лет для всех медицинских работников),
* законы, регламентирующие деятельность национальной системы здравоохранения (Основы законодательства об охране здоровья граждан РФ, Закон «О здравоохранении в Российской Федерации», «О регулировании частной медицинской деятельности», «О лекарственных средствах», «О медицинских изделиях»),
* законы, регулирующие финансирование системы здравоохранения (обновленное законодательство о медицинском страховании граждан, законы о бюджете, о тарифах и бюджетах фондов ОМС, соответствующие статьи Налогового кодекса РФ),
* законы, регулирующие отдельные виды медицинской деятельности («О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», «О донорстве крови и ее компонентов», «О трансплантации органов и (или) тканей человека» и др.),

Окончательное формирование Медицинского кодекса можно ожидать в ближайшие 5–10 лет, когда будут завершены подготовка и принятие основных нормативных актов, составляющих структуру этого документа[[12]](#footnote-12). Но, несмотря на то, что до принятия кодекса еще весьма далеко, стоит отметить, что за последние шесть лет Государственной Думой РФ принято и вступило в силу 34 федеральных закона, а программу законопроектной работы Думы включены более 50 законопроектов.

Таким образом, вопросы уголовной ответственности медицинских работников нашли отражение в дореволюционном законодательстве, советский период и в настоящее время продолжается формирование законодательной базы в медицинской сфере.

**Глава 2. СПЕЦИФИКА МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И**

**КЛАССИФИКАЦИЯ УПУЩЕНИЙ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ**

**2.1 Специфика медицинской деятельности**

В настоящее время в специальной литературе уже нет споров о том, что медицинский работник, так же, как специалист любой другой отрасли несёт уголовную ответственность на общих основаниях, то есть за виновное причинение общественно опасных последствий в сфере своих профессиональных занятий.

Поэтому в современных условиях особую остроту имеет каждый случай привлечения к ответственности медицинского работника в связи с неоказанием или ненадлежащим оказанием им помощи больному. Юристы в этом вопросе зачастую перекладывают оценку действий врача на различные учреждения, как бы не замечают проблемы.

Медики, наоборот, оживленно обсуждают вопросы ответственности медицинских работников.

Запрещение причинения вреда жизни и здоровью человека распространяется на все отрасли человеческой деятельности. Но если наступление таких последствий в связи с деятельностью строителя, шофера или другого специалиста в большинстве случаев свидетельствует о нарушении правовых норм, то этого нельзя сказать о профессиональных занятиях медицинских работников[[13]](#footnote-13).

Если для других профессий эти последствия противоестественны, то неблагоприятный исход лечения, смерть человека в процессе оказания ему медицинской помощи сами по себе не дают оснований для признания их противоправными.

О правомерности действий специалиста в сфере его профессиональных занятий позволяет судить, как известно, соответствие этих действий определенным правилам, существующим для данного рода деятельности. Но в отличие, например, от правил эксплуатации промышленных установок, правил производства строительных работ или правил вождения автомобиля, медицинская деятельность гораздо меньше поддается регламентации подробными и официально закрепленными правилами. И хотя их в медицине много (например, инструкция по переливанию крови, инструкция по госпитализации больных с инфарктом миокарда и т.д.), однако они далеко не охватывают и не могут охватывать всего разнообразия медицинских действий.

Нельзя оценивать правильность медицинских действий только по имеющимся инструкциям, положениям, приказам и иным официальным документам, издаваемым министерством, его управлениями и другими органами здравоохранения. Прежде всего основным критерием оценки большинства медицинских действий могут быть только положения самой медицинской науки[[14]](#footnote-14).

В отличие от других видов деятельности в сфере медицины область научного исследования и практики оказания лечебной помощи не имеют столь чётких границ. Поэтому, во-первых, применение для борьбы с малоизученными болезнями существующих средств и методов лечения почти всегда оказывается безрезультатным. Иначе говоря, не противореча выработанным наукой положениям, эти действия оказываются объективно неправильными. Во-вторых, даже лечение хорошо изученных заболеваний может иногда не дать ожидаемых результатов, то есть также может оказаться объективно неправильными.

Теория права различает три вида уголовной противоправности: прямая – это непосредственное запрещение уголовным законом соответствующего действия; смешанная – признание действия запрещенным уголовным законом, «в связи с тем и постольку, поскольку оно признано противоправным другими отраслями права»; и условная противоправность действий, которые в обычных условиях общественно полезны, и вред причиняют лишь в сравнительно редких случаях, в связи с чем подробно регламентировать их нормами права не представляется возможным[[15]](#footnote-15).

Противоправность нарушений медиками своих профессиональных обязанностей может быть как прямой, так и условной. Прямой является противоправность деяний, заключающихся в нарушении медицинских работников специально предусмотренной законом обязанности по оказанию помощи больным[[16]](#footnote-16).

Значительно сложнее установление так называемой условной противоправности действий медицинских работников, связанных с недостаточным качеством медицинской помощи. Условно противоправными можно рассматривать лишь такие действия медицинских работников, которые не отвечают существующим в медицинской и лечебной практике правилам и методам лечения и находятся в причинно-следственной связи с наступившими для больного неблагоприятными последствиями, повлекшими за собой смерть или ухудшение состояния здоровья. Необходимо ещё и третье условие – неправильность медицинского действия. Необходимо доказать, что было нарушено соответствующее правило[[17]](#footnote-17).

Хирург Д. и операционная медицинская сестра С. были привлечены к уголовной ответственности за оставление при операции в брюшной полости Б. марлевой салфетки, вызвавшей перитонит, а затем и смерть пациентки. Обвинение основывалось на бесспорно установленном факте нарушения врачом и медицинской сестрой принятого в клинике порядка подсчета инструментов и материалов, используемых для операции. Д. в ходе операции потребовал от С. снабжения его материалами сверх того комплекта, который был подготовлен для этой операции. С. выполнила распоряжение, в результате салфетка оказалась незамеченной[[18]](#footnote-18).

Суд оправдал врача и медсестру, так как операция проходила в сложных условиях. Трудности, возникшие во время операции, нельзя было предвидеть, а потому он вынужден был использовать материал сверх приготовленного заранее комплекта. После операции у него также не было возможности обнаружить одну из салфеток, затянутую в глубь брюшной полости перистальтикой кишок и слившуюся по цвету с внутренними органами в результате обильного пропитывания кровью.

Таким образом, ответственность хирурга основывается не на самом факте оставления в теле больного инструментов или операционных материалов, а вытекает, согласно сформулированным положениям, из нарушения им конкретных и обязательных для него правил. Однако раньше таких правил (способов), предохраняющих от оставления хирургами инструментов в операционной полости, либо вообще не было, либо они не существовали, но не являлись общепризнанными и обязательными. В настоящее время подсчет материалов и инструментов до операции и после неё – общепризнанное правило. Поэтому, если имеется нарушение указанного правила, есть и противоправность действий хирурга, оставившего инородное тело в организме больного[[19]](#footnote-19). Но если у хирурга не было возможности соблюдения названных правил, то не и его вины.

Почему же «неправильность медицинского действия» в совокупности с другими условиями придает ему общественно опасный характер?

Общественная полезность медицинской деятельности состоит как в той цели, которую она преследует, так и в научной обоснованности используемых для этого методов, средств и приёмов медицинского вмешательства. Это значит, что в основе определенного медицинского действия должно лежать познание соответствующих биологических закономерностей человеческого организма, позволяющее воздействовать на них в благоприятную сторону и заранее с той или иной степенью вероятности его результаты.

Поэтому применение научно необоснованных методов и средств, а также неприменение методов, соответствующих изученным закономерностям, не могут оправдать цели, ради которых действовал представитель медицинской профессии.

Таким образом, противоправным следует считать такое действие, совершенное медицинским работником в целях оказания лечебной помощи, которое не соответствует существующим в медицинской науке правилам и методам и находится в причинно-следственной связи с наступившими для пациента последствиями в виде смерти или ущерба его здоровью.

Правила науки – это уровень состояния медицины на определенном периоде её развития, в процессе которого вырабатываются новые правила и способы лечения, отвергаются старые положения и вносятся изменения в существующие методы и приёмы оказания лечебной помощи[[20]](#footnote-20).

В то же время носителями медицинских знаний являются конкретные представители этой профессии, каждый из которых осуществляет практическое применение положений медицины в соответствии со своим опытом, приобретенными навыками и индивидуальными способностями.

Поэтому каждый медицинский работник должен обладать тем минимально-необходимым уровнем знаний, который определяется в соответствии с состоянием медицинской науки на том или ином этапе.

Оценка противоправности действий включает в себя и ещё один момент. Если уровень подлежащих применению медицинских знаний определяется самим действием, то характер и сфера их непосредственного применения определяется по отношению к субъекту этих действий.

Во-первых, сфера непосредственного применения минимально-необходимого уровня медицинских знаний, характер должного поведения медицинского работника определяются с учетом той профессиональной группы, к которой он относится.

Во-вторых, характер должного поведения медицинского работника определяется его профессиональной категорией: врач, медсестра, фельдшер. В пределах своей категории каждый из них обязан оказать непосредственную медицинскую помощь.

Ф.Ю. Бердичевский подчеркивает, что существо вопроса – не в объеме знаний, лежащих в основе профессиональных действий специалиста, подвергающихся оценке, а в их юридической значимости. Обладание определенной суммой профессиональных знаний – не только право любого специалиста, позволяющее ему заниматься соответствующей деятельностью, но и его обязанность[[21]](#footnote-21).

Поэтому для признания противоправным профессионального действия, причинившего общественно опасные последствия, совершенно не требуется, чтобы оно противоречило всем положениям медицины или их большинству. Вполне достаточно, если проверяемое действие не соответствует хотя бы одному из правил и методов, существующих в медицине, знание и главное, применение которых является для данного специалиста в данном случае обязательным. При этом оценка профессионально-неправомерного действия медика не изменится от того, что последний очень хорошо знал, как нужно проводить то или иное лечебно-диагностическое мероприятие, но не воспользовался этими знаниями в силу своей невнимательности.

Таким образом специфика медицинской деятельности заключается:

во-первых, в том, что область научного исследования и практики оказания лечебной помощи тесно переплетаются между собой;

во-вторых, за невыполнение медиками профессиональных обязанностей установлена уголовная ответственность;

в-третьих, действия, совершаемые медицинскими работниками, должны соответствовать определенному уровню состояния медицины, при этом учитывается профессиональная группа и профессиональная категория, к которым они относятся;

в четвертых, в отличие от других видов человеческой деятельности эта деятельность предполагает непосредственное воздействие на организм человека, так как медицина есть область науки и практическая деятельность, направленные на сохранение и укрепление здоровья людей, предупреждение и лечение болезней.[[22]](#footnote-22)

**2.2 Правовая оценка несчастного случая, «врачебной ошибки» и профессионального преступления**

Все действия медицинских работников, связанные с неблагоприятными последствиями, большинство судебно-медицинских экспертов и юристов делят на три группы: 1) несчастные случаи; 2) врачебные ошибки; 3) профессиональные преступления.

Основным критерием для отнесения оцениваемого медицинского действия к одной из перечисленных трех групп служит признак его правильности или неправильности, а также породившая его причина.

Под несчастным случаем в медицинской практике принято понимать неблагоприятный исход врачебного вмешательства, связанный со случайными обстоятельствами, которые врач не может предвидеть и предотвратить. В таких случаях врач действовал правильно и своевременно в полном соответствии с правилами и методами медицины[[23]](#footnote-23).

Некоторые юристы и врачи пытаются неправомерно широко истолковывать этот термин, включая в несчастные случаи неосторожны действия медицинских работников, врачебные ошибки и даже отдельные случаи халатного отношения медицинского персонала к своим обязанностям.

А.В. Грегори предлагал относить к несчастным случаям все летальные исходы, которые для хирурга оказались неожиданными. Примерами подобных исходов он называл активизирование дремлющей инфекции после операции, послеоперационные осложнения, задушение рвотными массами во время наркоза и др.[[24]](#footnote-24)

И.В. Марковин считал возможным причислять к несчастным случаям некоторые технические погрешности во время операций, влекущие за собой смертельный исход: перегрузку мочеточников при выделении большой опухоли органов малого таза, вскрытие сосудистой аневризмы, принятой за абсцесс, и даже случаи, когда беременная матка принималась за опухоль, пытаясь объяснить подобные случаи несовершенством врачебного искусства, невозможностью иногда поставить правильный диагноз, что встречается не только у начинающих, но и весьма квалифицированных врачей[[25]](#footnote-25).

Таким образом, к несчастным случаям в медицинской практике можно относить лишь такие неудачные исходы, при которых исключается возможность предвидеть последствия врачебных действий, когда неудачи в лечении не зависят от врачебных ошибок и других упущений, а связаны с атипичным течением заболевания, индивидуальными особенностями организма, а иногда и с отсутствием элементарных условий для оказания экстренной помощи, внезапная смерть перед операцией или на операционном столе от психического или эмоционального шока.

Вот пример из врачебной практике. Мальчик 9 лет поступил на срочную операцию по поводу острого аппендицита. В предоперационном периоде проведено полное обследование, нарушение действующих инструкций не отмечено, методика операции, выбор наркоза и его проведение были правильны. Однако вскоре после дачи наркоза наступило редкое осложнение наркоза – злокачественная гипертермия, в основе которой лежит наследственная предрасположенность, которую предусмотреть было невозможно[[26]](#footnote-26).

Сложная, полная неожиданностей врачебная работа, когда даже квалифицированный врач при самом добросовестном отношении к делу, внимательный и милосердный, встречается с непредвиденной угрозой, которую отвести не может или не успевает, терпит неудачу.

В отличие от несчастных случаев врачебные ошибки и наказуемые упущения (профессиональные преступления) связаны с неправильными действиями медицинского персонала, идущими вразрез с общепринятыми в медицине правилами. Разница между врачебной ошибкой и профессиональным преступлением заключается по существу в причинах и в условиях их возникновения.

Врачебные ошибки связаны чаще всего с какими-то объективными причинами или смягчающими вину врача обстоятельствами. Это либо несовершенство метода исследования или лечения, либо недостаточный опыт и умение врача, либо отсутствие соответствующих объективных условий для оказания (мало времени для обследования, нет необходимой аппаратуры и др.) медицинской помощи[[27]](#footnote-27).

Общество резко реагирует на неожиданные последствия врачебных ошибок, обычно принимая их за преступные действия врача. Между тем в распространенном определении врачебной ошибки, автором которого является академик И. В. Давыдовский, сказано: «Врачебные ошибки – это следствие добросовестного заблуждения врача при выполнении им профессиональных обязанностей. Главное отличие ошибки от других дефектов врачебной деятельности заключается в исключении умышленных преступных действий – небрежности и халатности, а также невежества»[[28]](#footnote-28). Естественно, юридического понятия врачебной ошибки нет. Сюда относятся действия, не нарушающие правила установленные законом и подзаконными актами. Например, вследствие недостаточной обеспеченности специалистами, оборудованием и лечебными препаратами, аномальных анатомических особенностей пациента, неожиданной аллергической реакции, которые не могли быть предвидены. В связи с развитием коллективной медицины их точнее следует называть медицинскими ошибками.

Таким образом, отличительной чертой врачебной ошибки является добросовестность действий врача, стремление его оказать помощь больному, хотя по существу действия врача были ошибочными.

Существует ряд классификаций врачебных ошибок.

Н.И. Краковский и Ю.Я. Грицман предлагают классификацию хирургических ошибок (ещё более сужают сферу допущения ошибок), позволяющую разграничить их по этапам хирургической работы: диагностические, лечебно-тактические, лечебно-технические, организационные, ошибки в ведении медицинской документации, ошибки поведения медицинского персонала в лечебных учреждениях[[29]](#footnote-29).

Судебный медик И.Ф.Огарков считает целесообразным делить все врачебные ошибки на две группы: ошибки в диагностике заболеваний и ошибки в назначении и осуществлении лечебных мероприятий[[30]](#footnote-30).

Юрист И.Ф.Крылов предлагает делить врачебные ошибки на три группы: 1) ошибки диагностические, к которым относится нераспознавание или ошибочное распознавание болезни; 2) ошибки тактические, к которым причисляются неправильное определение показаний к операции, ошибочный выбор времени и проведения операции, её объема и др.; 3) ошибки технические, включающие неправильное использование медицинской техники, применение несоответствующих медикаментов и диагностических средств и т.д.[[31]](#footnote-31)

На наш взгляд, наиболее удачной является классификация, предложенная И.В. Давыдовским, потому что в ней учитываются и ошибки объективного происхождения (большое количество больных на одного врача, недостаток оборудования и т.п.), и ошибки субъективного происхождения (недостаточное исследование больного, недостаточность общих и специальных знаний, легкость суждений и т.п.)[[32]](#footnote-32). Данная классификация позволяет учитывать ошибки не только врачей, но и среднего и младшего медицинского персонала.

Таким образом, никакие знания и опыт не в состоянии гарантировать безошибочность действий врача, т.к. уникальность и многочисленные сочетания тех или иных признаков разных болезней столь разнообразны, что предусмотреть это трудно при самом добросовестном отношении.

Однако, прежде всего, хочется заметить, что ответственность наступает не по факту совершения врачебной ошибки, а по факту совершения правонарушения или преступления. Таким образом, врачебная ошибка, не повлекшая за собой причинение вреда здоровью или жизни пациента, нарушение его гражданских прав, остается на совести медицинского работника и говорит скорее всего о некомпетентности.

Помимо врачебных ошибок и несчастных случаев, которые при их установлении не являются правонарушениями, дефекты врачебной профессиональной деятельности включают и профессиональные преступления медицинских работников, в основе которых лежит недобросовестность проявляющаяся в небрежности, халатности и даже врачебном невежестве.

Профессиональным преступлением в медицинской деятельности признается умышленное или неосторожное совершение лицом медицинского персонала в нарушение своих персональных обязанностей такого общественно-опасного деяния, которое причинило (или реально могло причинить) существенный вред здоровью человека или вызвало опасность для его жизни.

Большинство ученых в области медицины и в области уголовного права называют следующие случаи преступных деяний, связанных с нарушением профессиональных обязанностей медицинского персонала: недостаточное обследование больных и невыполнение диагностических исследований; небрежный уход и наблюдение за детьми; несвоевременная и неосуществленная госпитализация и преждевременная выписка больных из лечебных учреждений; недостаточная подготовка или небрежное выполнение операций и других лечебных мероприятий; несоблюдение и нарушение различных медицинских инструкций и правил; небрежное применение лекарственных веществ[[33]](#footnote-33).

Таким образом все упущения медицинских работников могут быть разделены на три группы: несчастные случаи, врачебные ошибки и профессиональные преступления. Несчастные случаи и врачебные ошибки не являются правонарушением и, следовательно, уголовной ответственности за них не наступает. Медицинские работники несут уголовную ответственность за профессиональные преступления.

**Глава 3. УГОЛОВНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ**

**РАБОТНИКОВ**

**3.1 Уголовная ответственность за профессиональные медицинские преступления**

В практике не исключены случаи невнимательного, иногда неквалифицированного отношения медицинского персонала к гражданам, нуждающимся в помощи. Это может привести, а порой, к сожалению, приводит к нежелательным результатам – ухудшению состояния здоровья граждан и влечет юридическую ответственность.

В зависимости от характера нарушения, степени его общественной опасности, тяжести отрицательных последствий в отношении виновных лиц медицинского персонала могут применяться меры дисциплинарной, гражданско-правовой, административной, уголовной ответственности.

Медицинский работник с позиций уголовного права рассматривается с учетом двух особенностей. Первая заключается в восприятии медика как общего субъекта совершения преступления. Вторая сводится к восприятию медицинского работника как специального субъекта совершения преступления, связанного с фактом получения медицинского образования[[34]](#footnote-34). Руководствуясь такими особенностями, а также возможностью для медика исполнять определённые должностные обязанности, все преступления, за которые медицинские работники могут быть привлечены к уголовной ответственности, делятся на три группы:

1. Профессиональные медицинские преступления.
2. Должностные медицинские преступления.
3. Преступления, за которые медицинские работники привлекаются к уголовной ответственности на общих основания.

Исходя из названия и цели исследования дипломной работы - «Уголовная ответственность медицинских работников» не считаю необходимым рассматривать третью группу преступлений медицинских работников, представленную в данной классификации, так как никаких особенностей преступлений совершаемых медицинскими работниками мы здесь не увидим и соответственно их следует изучать в курсе общего рассмотрения уголовного права.

Задача же данной дипломной работы исследовать преступления, специальным субъектом которых является медицинский работник. Но здесь также возникают определённые трудности в рассмотрении всех составов преступлений, совершаемых медицинскими работниками в силу ограниченности объёма дипломной работы, поэтому, мной будут рассмотрены наиболее интересующие меня вопросы: уголовная ответственность медицинских работников за совершенные преступления против жизни и некоторые аспекты должностных преступлений медицинских работников.

Медицинские работники, могут быть привлечены к уголовной ответственности как специальные субъекты за следующие преступления против здоровья: причинение тяжкого или средней тяжести вреда здоровью по неосторожности, совершенные вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей (ч.3 и ч.4 ст.118 УК); заражение ВИЧ-инфекцией вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей (ч.4 ст.122 УК); незаконное производство аборта (ст.123 УК); неоказание помощи больному (ст.124 УК)[[35]](#footnote-35).

Для выявления особенностей уголовной ответственности медицинских работников за перечисленные выше преступления против здоровья проведем юридический анализ этих составов.

Объект в преступлениях, предусмотренных ст.ст.118, 122, 123 и 124 УК, совпадают.

Родовым объектом является личность.

Видовым объектом – жизнь и здоровье личности.

Непосредственным объектом этой группы преступлений является здоровье конкретного другого человека.

Преступления, заключающиеся в причинении вреда здоровью, занимают особое место в группе преступлений против здоровья. По сравнению с УК РСФСР 1960 года, речь идет не о телесных повреждениях, а о причинении вреда здоровью, что является более точным и широким понятием, так как вред здоровью может быть причинен не только в результате нанесения телесных повреждений, нарушающих анатомическую целостность организма, но и в результате расстройства физиологических функций организма: прерывание беременности, психическое заболевание, наркомания, токсикомания и др.[[36]](#footnote-36)

Согласно "Правил судебно-медицинской экспертизы тяжести вреда здоровью" под вредом здоровью понимают либо телесные повреждения, т.е. нарушение анатомической целости органов и тканей или их физиологических функций, либо заболевания или патологические состояния, возникшие в результате воздействия различных факторов внешней среды: механических, физических, химических, биологических, психических.[[37]](#footnote-37)

Составы этой группы преступлений против здоровья конструируются в зависимости от тяжести вреда здоровью. Уголовный закон России выделяет в зависимости от тяжести вреда здоровья три вида причинения вреда здоровью:

а) причинение тяжкого вреда здоровью;

б) причинение средней тяжести вреда здоровью;

в) причинение легкого вреда здоровью.

Как следует из названия ст.118 УК нас будут интересовать первые два вида причинения вреда здоровья из названных выше.

Объективная сторона все составов причинения вреда здоровью (в том числе, предусмотренного ст.118 УК) характеризуется следующими обязательными признаками:

а) деяние, которое может выражаться как в действии, так и в бездействии;

б) последствия - причинение вреда здоровью той или иной степени тяжести;

в) необходимая причинная связь между деянием и последствиями.

По конструкции объективной стороны составы причинения вреда здоровью, предусмотренные в ст.118 УК материальные.

При оценке тяжести вреда здоровью, причиненного лицу, страдающему каким-либо заболеванием, учитываются только последствия причиненной травмы. При наличии повреждений, возникших от неоднократных травматических воздействий, тяжесть вреда здоровью, обусловленную каждым травмирующим воздействием, оценивают раздельно.

В соответствии с уголовно-процессуальным законом России является обязательным проведение экспертизы для установления характера телесных повреждений. Судебно-медицинская экспертиза тяжести вреда здоровью производится только на основании постановления лица, производящего дознание, следователя, прокурора или по поручению суда. Судебно-медицинское освидетельствование может производиться при наличии письменного поручения органов прокуратуры, МВД и суда[[38]](#footnote-38).

Раскроем признаки причинения тяжкого и средней тяжести вреда здоровью. Эти признаки выявляются из логического толкования диспозиции статей 111 УК – для тяжкого вреда здоровья, и ст.112 УК – для средней тяжести вреда здоровью.

По объективной стороне выделяют две разновидности причинения тяжкого вреда здоровью:

1. опасный для жизни;
2. не опасный для жизни, но являющийся тяжким по последствиям[[39]](#footnote-39).

Опасным для жизни является вред здоровью, вызывающий состояние, угрожающее жизни в момент причинения, которое при обычном течении заканчивается смертью или создает реальную угрозу для жизни потерпевшего независимо от наступивших последствий.

Характерной особенностью такого вреда является его опасность для жизни непосредственно в момент причинения (нанесения). Предотвращение смертельного исхода в результате оказания медицинской помощи не изменяет оценку вреда здоровью как опасного для жизни.

Опасность вреда здоровью устанавливается судебно-медицинским экспертом и оценивается следователем и судом.

К повреждениям, опасным для жизни, в частности, относят: проникающие ранения черепа и позвоночника; вывихи шейных позвонков; перелом или перелом-вывих одного или нескольких грудных или поясничных позвонков с нарушением функции спинного мозга; ранения грудной клетки, проникающие в плевральную полость; ранения живота, проникающие в полость брюшины; ранения, проникающие в полость мочевого пузыря или кишечника; открытые ранения почек, надпочечников, поджелудочной железы; открытые переломы длинных трубчатых костей - плечевой, бедренной и большеберцовой; открытые повреждения тазобедренного и коленного суставов; повреждения крупного кровеносного сосуда: аорты, сонной, подключичной, плечевой, бедренной, подколенной артерий или сопровождающих их вен; термические ожоги 3-4 степени с площадью поражения, превышающей 15% поверхности тела; массивная кровопотеря; шок тяжелой степени (3-4 степени) различной этиологии и т.д.

К тяжкому вреду здоровью, не опасному для жизни, но являющимся

тяжким по последствиям, относятся: потеря зрения, речи, слуха либо какого-либо органа или утрата органом его функций, прерывание беременности, психическое расстройство, заболевание наркоманией или токсикоманией, неизгладимое обезображивание лица, значительная стойкая утрата общей трудоспособности не менее чем на одну треть, заведомо для виновного полная утрата профессиональной трудоспособности.

Под вредом здоровью, приводящим к потере зрения, понимается полная стойкая слепота на оба глаза или такое состояние, когда имеется понижение зрения до остроты зрения 0,04 и ниже (счет пальцев на расстоянии 2 м. и до светоощущения).

Потеря зрения на один глаз представляет собой утрату органом его функций и относится к тяжкому вреду здоровью.

Потеря одного глазного яблока представляет собой потерю органа. Потеря слепого глаза квалифицируется по длительности расстройства здоровья.

Под вредом здоровью, приводящим к потере речи, понимается потеря способности выражать свои мысли членораздельными звуками, понятными окружающим, либо в результате потери голоса.

Под вредом здоровью, приводящим к потере слуха, понимается полная глухота или такое необратимое состояние, когда потерпевший не слышит разговорной речи на расстоянии 3-5 см. от ушной раковины.

Потеря слуха на одно ухо представляет собой утрату органом его функций и относится к тяжкому вреду здоровью.

Под утратой какого-либо органа либо утратой органом его функций следует понимать: потерю руки, ноги, т.е. отделение их от туловища или утрату ими функций (паралич или иное состояние, исключающее их деятельность); потерю наиболее важной в функциональном отношении части конечности (кисти, стопы); повреждения половых органов, сопровождающиеся потерей производительной способности, под которой понимают потерю способности к совокуплению, либо потерю способности к оплодотворению, зачатию, вынашиванию и деторождению, потерю одного яичка.

При определении такого последствия, относящегося к тяжкому вреду здоровью, как неизгладимое обезображивание лица, эксперт устанавливает лишь тяжесть повреждений лица и определяет, является ли повреждение изгладимым. Признак обезображивания определяет правоприменитель в лице следователя, лица, производящего дознание, суда.

Под изгладимостью повреждения следует понимать возможность исчезновения видимых последствий повреждения или значительное уменьшения их выраженности (т.е. выраженности рубцов, деформаций, нарушений мимики и пр.) с течением времени, или под влиянием нехирургических средств. Если же для устранения этих последствий требуется косметическая операция, то повреждение считается неизгладимым.

Расстройство здоровья, соединенное со стойкой утратой общей трудоспособности не менее на одну треть, имеет место тогда, когда общая трудоспособность утрачена постоянно или на неопределенный срок в размере 33% и более.

Под общей трудоспособностью понимается способность к выполнению любой не квалифицированной работы.

Причинением тяжкого вреда здоровью является и причинение повреж-

дения, повлекшего заведомо для виновного полную утрату профессиональной трудоспособности, т.е. утрату возможности выполнять лицом специфические виды деятельности, требующие таланта, особых природных способностей и качеств или редких профессиональных навыков. Например, кто-то на почве неприязненных отношений отрубает палец известному пианисту, повреждает голосовые связки известному певцу и т.п. Указание на заведомость свидетельствует о том, что преступление может быть совершено только с прямым умыслом.

Прерывание беременности, независимо от его срока, является тяжким вредом здоровью, если оно находится в прямой причинной связи с внешним воздействием, а не обусловлено индивидуальными особенностями организма или заболеванием освидетельствуемой. Судебно-медицинскую экспертизу в этих случаях производят комиссионно с участием акушера-гинеколога.

Оценку тяжести вреда здоровью, повлекшего за собой психическое расстройство, заболевание наркоманией, токсикоманией, производят после проведения судебно-психиатрической, судебно-наркологической и судебно-токсикологической экспертизы судебно-медицинский эксперт с участием психиатра, нарколога, токсиколога.

Тяжесть психического заболевания, являющегося самостоятельным проявлением вреда здоровью, определяет судебно-психиатрическая экспертиза.

Исходя из сформулированного в ч. 1 ст. 112 УК понятия данного преступления можно выделить несколько признаков, характерных для средней тяжести вреда здоровью.

Признаки средней тяжести вреда здоровью:

1. Отсутствует опасность для жизни человека.

2. Не наступили последствия, указанные в статье 111 УК.

3. Причинение вреда здоровью вызвало, повлекло:

а) длительное расстройство здоровья или

б) значительную стойкую утрату общей трудоспособности менее чем на одну треть.

Согласно Правилам судебно-медицинской экспертизы тяжести вреда здоровью под длительным расстройством здоровья следует понимать временную утрату трудоспособности продолжительностью свыше 3-х недель (более 21 дня). Под значительной стойкой утратой трудоспособности менее чем на одну треть следует понимать стойкую утрату трудоспособности от 10 до 30% включительно[[40]](#footnote-40). Применительно к этому признаку возникает вопрос в отношении верхней границы (30%), установленной в выше указанных Правилах. Как быть с 2% (между 30 и 33%), которые остались без внимания?

Заражение ВИЧ-инфекцией (ст. 122 УК).

СПИД является неизлечимым и опаснейшим инфекционным заболеванием нашего времени, которое неслучайно называют "чумой" XX века. Вирус иммунодефицита ВИЧ, попадая в человеческий организм, разрушает иммунозащитную систему человека и с неизбежностью приводит к смертельному исходу. Уголовная ответственность за заражение ВИЧ-инфекцией является своего рода предупредительной мерой в борьбе со СПИДом.

В настоящее время установлено, что заболевание СПИД от вирусоносителя передается двумя путями: половым и через кровь. Самостоятельным способом является заражение СПИД женщиной-вирусоносителем ребенка при родах.

В ч.1 ст.122 УК предусмотрена уголовная ответственность за заведомое поставление другого лица в опасность заражения ВИЧ-инфекцией.

Объективная сторона этого преступления характеризуется поставлением в опасность заражения заболеванием СПИД вирусоносителем или больным хотя бы одного человека. Способ поставления в опасность заражения определяется способом распространения вируса иммунодефицита: половым путем, через кровь в процессе ее переливания, а также в результате попадания инфекции на поврежденную ткань человеческого тела и т.п.

По конструкции объективной стороны состав, предусмотренный ч.1 ст.122 УК формальный. Преступление считается оконченным в момент, когда другое лицо поставлено в опасность заражения вирусом иммунодефицита, независимо от наступления последствия в виде заражения ВИЧ-инфекцией.

Субъективная сторона характеризуется только прямым умыслом, поскольку закон говорит о заведомости деяния. Виновный сознает, что своим деянием он ставит другое лицо в опасность заражения ВИЧ-инфекцией, и желает совершить эти действия.

Субъект специальный - лицо, достигшее 16-летнего возраста, носитель ВИЧ-инфекции или страдающий этим заболеванием и достоверно знающий о наличии у него этой инфекции.

В ч.4 ст.122 УК речь идет об ответственности за заражение другого лица ВИЧ-инфекцией вследствие ненадлежащего исполнения виновным своих профессиональных обязанностей.

Субъектом этого самостоятельного состава преступления являются представители медицинского персонала, по долгу службы и профессиональной деятельности взаимодействующие с инфицированными и больными СПИДом и не соблюдающие установленные правила предосторожности при исполнении своих профессиональных обязанностей[[41]](#footnote-41).

Субъективная сторона характеризуется неосторожной формой вины в виде легкомыслия или небрежности.

Незаконное производство аборта (ст. 123 УК ).

Аборт - это искусственное прерывание беременности, которое может проводиться в соответствии со специальными правилами только врачами, имеющими специальную подготовку и только в медицинском учреждении, получившем лицензию на данный вид деятельности, и при отсутствии противопоказаний. Аборт может проводиться при сроке беременности до 12 недель, по специальным показаниям - до 22 недель, а при наличии медицинских показаний и согласия женщины - независимо от срока ее беременности[[42]](#footnote-42).

Согласно диспозиции ст. 123 УК уголовная ответственность за незаконное производство аборта связывается по УК 1996 г. не с самой по себе операцией, не с местом или способом ее проведения, а только с особенностью субъекта этого преступления: лицом, которое не имеет высшего медицинского образования соответствующего профиля[[43]](#footnote-43).

Объективная сторона этого преступления характеризуется незаконным прерыванием беременности, т.е. производством аборта лицом, не имеющим высшего медицинского образования соответствующего профиля. Лишь наличие крайней необходимости исключает уголовную ответственность, если аборт производился таким лицом.

По конструкции объективной стороны состав формальный. Преступление считается оконченным с момента изгнания плода независимо от того, причинен ли при этом какой-либо вред здоровью женщины.

С субъективной стороны незаконное производство аборта характеризуется прямым умыслом. Виновный сознает, что производит аборт, не имея высшего медицинского образования соответствующего профиля, и желает его совершить.

Субъект - лицо, достигшее 16-летнего возраста, не имеющее высшего медицинского образования соответствующего профиля.

Особо квалифицированный вид этого преступления предусмотрен ч.3 ст.123 УК. Он представляет собой деяния, предусмотренное ч.1 ст.123 УК , если оно повлекло по неосторожности смерть потерпевшей либо причинение тяжкого вреда ее здоровью.

По конструкции объективной стороны состав, предусмотренный ч.3 настоящей статьи является материальным. Окончено преступления с момента наступления указанных последствий.

С субъективной стороны этот состав характеризуется двойной формой вины: прямой умысел по отношению к незаконному производству аборта и неосторожной по отношению к наступившим последствиям в виде смерти потерпевшей или причинению ей тяжкого вреда здоровью.

Обязательным признаком такого преступления является добровольное согласие женщины на аборт. В противном случае такое преступление квалифицируется по ст.111 – нанесение тяжкого вреда здоровью, приведшего к прерыванию беременности.

Примером нарушения этого требования является следующий случай.

В небольшом городе молодая женщина рассказала врачу-гинекологу, что собирается завести семью, но недавно имела связь с другим мужчиной, забеременила и просит произвести аборт в полной тайне. За определённое вознаграждение врач и медсестра в квартире последней взялись произвести эту операцию. При этом из отделения заранее были принесены все необходимые инструменты и медикаменты. Во время манипуляции они поняли, что инструмент, повредив стенку матки, попал в брюшную полость. Врач, испугавшись воспаления брюшины и гибели женщины, сделала необходимые уколы и отправила ее в городскую больницу, предварительно получив согласие женщины не выдавать медиков. В больнице женщине сделали срочную операцию, но при этом пришлось удалить матку, чтобы остановить кровотечение. Узнав о том, что никогда не сможет рожать, пострадавшая в потрясении нарушила обещание молчания. При обыске на квартире медсестры были обнаружены медицинские инструменты и лекарства, а суд признал врача и медсестру виновными по ст. 123 УК РФ[[44]](#footnote-44).

Неоказание помощи больному (ст. 124 УК).

В соответствии со ст.41 Конституции РФ каждый гражданин имеет 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. Скорая медицинская помощь, согласно ст. 39 Основ законодательства РФ "Об охране здоровья граждан", оказывается гражданам при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства, осуществляется безотлагательно лечебно-профилактическими учреждениями независимо от территориальной, ведомственной подчиненности и формы собственности и оказывается бесплатно за счет средств бюджета. Кроме того бесплатно медико-санитарная помощь оказывается и гражданам, страдающим заболеваниям, представляющими опасность для окружающих[[45]](#footnote-45).

В отличие от ранее действовавшего законодательства уголовная ответственность за неоказание помощи больному по ст. 124 УК наступает только в случаях наступления последствий, указанных в диспозициях ч.ч.1 и 2 этой статьи.

Объективная сторона этого преступления характеризуется бездействием – неоказанием без уважительных причин помощи больному (например, неявка врача к больному по вызову, неоказание помощи больному, находящемуся в стационаре, не проведение хирургом экстренной операции и т.д.), если это повлекло по неосторожности следующие последствия: по части 1 – причинение средней тяжести вреда здоровью больного, по части 2 – смерть больного либо причинение тяжкого вреда его здоровью. Необходимо установить наличие причинной связи между бездействием виновного лица и наступившими последствиями[[46]](#footnote-46).

По конструкции объективной стороны составы преступления, предусмотренные частями 1 и 2 ст. 124 УК являются материальными. Окончены преступления с момента наступления указанных в норме последствий.

С субъективной стороны рассматриваемое преступление характеризуется двумя формами вины: прямой умысел по отношению виновного лица к факту неоказания помощи и неосторожной (в виде легкомыслия или небрежности) по отношению к последствиям.

Субъект преступления специальный - это лицо, достигшее 16-летнего возраста, обязанное оказывать помощь больному в соответствии с законом или специальными правилами. В частности, субъектами этого преступления могут быть медицинские работники - врачи, медсестры, фельдшеры, а также руководители туристических групп, специально выделенные лица для оказания медицинской помощи во время туристических поездок, экспедиций, зимовок и т.п.

Депутатом Государственной думы был внесен проек ФЗ “О внесении дополнения в Уголовный кодекс Российской Федерации, предусматривающего освобождение от уголовной ответственности медицинского работника в случае отказа от проведения аборта".

В ст.1 данного ФЗ говорится «внести в Уголовный кодекс Российской Федерации (Собрание законодательства Российской Федерации, 1996, N 25, ст. 2954; 1998, N 26, ст. 3012) следующие дополнения:   
дополнить статьей 78.1 следующего содержания: "Статья 78.1. Освобождение от уголовной ответственности медицинского работника в случае отказа от проведения искусственного прерывания беременности.

Медицинский работник освобождается от уголовной ответственности по статье 124 Уголовного Кодекса Российской Федерации за неоказание помощи больному в случае отказа в соответствии со своими убеждениями от проведения искусственного прерывания беременности, за исключением отказа от проведения искусственного прерывания беременности при наличии медицинских показаний”.

В пояснительной записке было указано, что в нашем обществе распространяется взгляд на аборт (искусственное прерывание беременности) как на обычную медицинскую процедуру, единственной отрицательной стороной которой может быть вред, нанесенный здоровью женщины. Вопрос о праве нарожденных детей на жизнь при этом практически остается вне внимания законодателя.

Предложенный проект Закона ставит перед собой цель ликвидировать наиболее вопиющие недостатки действующего законодательства и подготовить общественное мнение к принятию более последовательных решений, направленных на защиту жизни не рожденных детей.

Внесение в Уголовный кодекс Российской Федерации статьи, предусматривающей право медицинского работника отказаться от проведения аборта (за исключением абортов по медицинским показаниям) в соответствии со своими убеждениями, основано на том, что беременность – не болезнь, а аборт – не медицинская операция, необходимая для оказания помощи больному.

В этой ситуации закон не может требовать от медицинского работника принятия решения и намеренном прекращении человеческой жизни, а тем более угрожать уголовной ответственностью за такой отказ[[47]](#footnote-47).

Таким образом медицинский работник может выступать как специальный субъект отдельных видов преступлений и нести уголовную ответственность за профессиональные преступления.

**3.2 Уголовная ответственность за должностные преступления медицинских работников**

Возможно привлечение работников здравоохранения к уголовной ответственности за совершение преступлений, которые можно назвать должностными: злоупотребление должностными полномочиями (ст. 285), превышение должностных полномочий (ст. 286), получение взятки (ст. 290), служебный подлог (ст. 292), халатность (ст. 293)[[48]](#footnote-48).

В судебно-следственной практике достаточно часто возникают трудности при привлечении к уголовной ответственности как должностных лиц (специальных субъектов преступления) медицинских работников.

В практическом отношении весьма важен вопрос о том, кто же в сфере медицинской деятельности является должностными лицами. В примечании к ст. 285 УК РФ дано общее определение: должностными лицами признаются лица, постоянно, временно или по специальному полномочию осуществляющие функции представителя власти либо выполняющие организационно-распорядительные, администратитвно-хозяйственные функции в государственных органах, органах местного самоуправления, государственных и муниципальных учреждениях, а также в Вооруженных Силах Российской Федерации, других войсках и воинских формированиях Российской Федерации. В тоже время постановление Пленума Верховного Суда РФ от 10 февраля 2000 г. №6 «О судебной практике по делам о взяточничестве и коммерческом подкупе» содержит детализацию того, что же именно необходимо понимать под организационно-распорядительными и административно – хозяйственными функциями. Организационно-распорядительные функции включают в себя, например, руководство коллективом, расстановку и подбор кадров, организацию труда или службу подчиненных, поддержание дисциплины, применение мер поощрения и наложение дисциплинарных взысканий. К административно-хозяйственным функциям могут быть, в частности, отнесены полномочия по управлению и распоряжению имуществом и денежными средствами, находящимися на балансе и банковских счетах организаций и учреждений, воинских частей и подразделений, а также совершение иных действий: принятие решений о начислении заработной платы, премий, осуществление контроля за движением материальных ценностей, определение порядка их хранения и т.п.[[49]](#footnote-49)

Таким образом, под должностным лицом в сфере медицинской деятельности следует понимать лицо, обладающее властными полномочиями в сфере медицинской деятельности, осуществляющее организационно – распорядительные и административно-хозяйственные функции в органах управления здравоохранением, лечебно-профилактических, санаторно-гигиенических и других учреждениях государственной и муниципальной систем здравоохранения.[[50]](#footnote-50)

Довольно часто указанные лица, как и преподаватели вузов и других учебных заведений, просто выполняют свои профессиональные функции и обязанности по работе, осуществляя лечение граждан, и они не являются должностными лицами, так как не обладают дополнительными признаками специального субъекта. Общим основанием для признания тех или иных лиц должностными следует считать характер выполняемых ими функций. Одни и те же категории работников по характеру и содержанию деятельности могут выполнять и функции, связанные с административно - хозяйственными либо организационно – распорядительными обязанностями, и функции профессиональные. Поэтому решающим признаком в этих случаях будет установление того, выполняло ли данное лицо в конкретном случае должностные или профессиональные функции[[51]](#footnote-51).

Вместе с тем в случаях, когда врач является должностным лицом (заведующий отделением, главврач госпиталя, больницы, поликлиники, санатория, какого-либо лечебного центра и иного медицинского учреждения), он признается специальным субъектом должностного преступления. Должностными лицами также признаются врачи, состоящие членами военно-врачебных комиссий или ВТЭК и исполняющие по приказу или распоряжению временно функции должностного лица, предусмотренные в примечании 1 к ст. 285 УК РФ, в частности организационно-распорядительные или административно-хозяйственные. Следовательно, при совершении этой категорией лиц должностных преступлений, даже при осуществлении ими своих профессиональных обязанностей, они признаются специальными субъектами данных общественно опасных деяний[[52]](#footnote-52).

Прежде всего к данному виду преступлений относится ст. 285 УК РФ « злоупотребление должностными полномочиями».

Злоупотребление – это использование должностным лицом своих служебных полномочий вопреки интересам службы, если это деяние совершено с корыстной целью или любой личной заинтересованностью и повлекло существенное нарушение прав и законных интересов граждан, организаций, общества или государства.

Определение должностного лица было дано выше. Среди медработников должностными лицами являются руководители отделов здравоохранения (аптекоуправления) и их заместители, а также руководители отделов этих органов, главные врачи и их заместители, заведующие отделениями, аптеками, главные и старшие медсестры. Рядовые врачи и медсестры не являются должностными лицами и поэтому не могут быть субъектами должностных преступлений, кроме тех случаев, когда врач является дежурным, а также когда он совершает по службе такие действия, как составление и выдача листков временной нетрудоспособности, документов об инвалидности, справок, дающих право на льготы или освобождения (например, от воинской обязанности), а также принимает решение о госпитализации, направлении на санаторно-курортное лечение.

Распорядительно – организационные функции могут, например, выражаться в действиях дежурного врача, использовавшего временно возложенные обязанности, чтобы выписать неугодного больного или из корыстных побуждений положить в элитную палату знакомого. Административно-хозяйственные функции учреждения здравоохранения могут заключаться в не должном хранении, несоблюдении порядка учета и отпуска лекарств и других материальных ценностей, в отсутствии контроля за ведением документов либо в бездействии вопреки интересам пациентов.

Данное преступление совершается умышленно, виновный осознает, что использует свое должностное положение вопреки интересам службы, т.е. своими действиями он нарушает установленные обязанности, нанося существенный вред государственным, общественным и интересам граждан и желает поступить таким образом. Мотивы должностных преступлений могут быть различными – корыстными, выражающими иную личную заинтересованность и т.д. Но если, например, установлено, что при злоупотреблении должностными полномочиями отсутствуют корыстные мотивы и иная личная заинтересованность, то уголовная ответственность исключается, а причиненный материальный ущерб взыскивается в гражданском порядке[[53]](#footnote-53).

Данная категория уголовных дел достаточно распространенная среди врачей. Так, например, в Амурской области, в Бурейском районе направлено в суд уголовное дело в отношении заведующей терапевтическим отделением районной больницы, оформившей фиктивный больничный другому подследственному. Установлено, что заведующая терапевтическим отделением Бурейской центральной районной больницы, злоупотребляя должностными полномочиями, оформила руководителю коммунального предприятия пребывание на стационарном лечении в её отделении с 6 по 31 декабря 2004 года. Кроме авторитета работников здравоохранения подорванным оказался и бюджет предприятия ЖКХ Бурейского района, выплатившего своему директору по фиктивному больничному листу пособие по временной нетрудоспособности более 10 тыс. рулей. Сам директор в это время отдыхал по турпутёвке в Таиланде. За фиктивный больничный завотделением больницы грозит наказание, предусмотренное ст. 285 УК РФ[[54]](#footnote-54).

Статья 286 УК РФ «Превышение должностных полномочий» предусматривает совершение должностным лицом действий, явно выходящих за пределы его полномочий и повлекших существенное нарушение прав и законных интересов граждан, организаций либо охраняемых законом интересов общества и государства.

Данную статью можно хорошо проследить на примере из судебной практики. Так, Петров, являясь начальником медицинского пункта - врачом воинской части, в течение 2002 года, используя свое служебное положение, из корыстной заинтересованности неоднократно лично и через посредников получал взятки за совершение незаконных действий в пользу военнослужащих по призыву. В частности, Петров получил от рядового Г. 500 долларов США, от рядового Ч. и его отца - 25 тыс. руб., от матери рядового М. - 15 тыс. руб., от отца рядового Б. - 1 тыс. долларов США за создание видимости их болезненного состояния и предоставление им фиктивных свидетельств о болезни, на основании которых они признаны негодными к военной службе и уволены из Вооруженных Сил Российской Федерации.

Указанные действия Петрова явно выходили за пределы его полномочий и повлекли существенное нарушение охраняемых законом интересов общества и государства, кроме того, своими действиями Петров способствовал рядовому Ч. в его уклонении от исполнения обязанностей военной службы, поэтому содеянное им суд обоснованно квалифицировал по ст.ст.286 и 290 УК РФ[[55]](#footnote-55).

Особое внимание следует обратить на взяточничество – наиболее опасную группу должностных преступлений. Преступление, предусмотренное ст. 290 УК РФ «Получение взятки», не является профессиональным преступлением и часто встречается среди разного рода чиновников. К ним может относиться и медицинский работник, как должностное лицо, если он постоянно или временно осуществляет эти обязанности. Тем не менее, взятка – преступление, актуальное в здравоохранении, тем более, что некоторые медицинские работники принимают его за вознаграждение за труд, который в нашем государстве обесценен. По мнению известного судебного медика А. П. Громова, врач по характеру своих обязанностей может считаться должностным лицом.

В Постановлении Пленума Верховного Суда РФ от 10.02.2000 г. «О судебной практике по делам о взяточничестве и коммерческом подкупе» указано, что субъектом преступления, предусмотренного статьей 290 УК РФ, надлежит признавать, при наличии к тому оснований, и такое должностное лицо, которое хотя и не обладало полномочиями для совершения действия (бездействия) в пользу взяткодателя или представляемых им лиц, но в силу своего должностного положения могло способствовать исполнению такого действия (бездействия) другим должностным лицом либо получило взятку за общее покровительство или попустительство по службе[[56]](#footnote-56).

Под должностным положением, способствующим совершению определенных действий в пользу взяткодателя со стороны указанных должностных лиц, следует, в частности, понимать значимость и авторитет занимаемой должности, нахождение в подчинении иных должностных лиц, в отношении которых осуществляется руководство со стороны взяткополучателя. При этом судам следует иметь в виду, что использование личных отношений, если они не связаны с занимаемой должностью, не может рассматриваться как использование должностного положения.

К общему покровительству по службе могут быть отнесены, в частности, действия, связанные с незаслуженным поощрением, внеочередным необоснованным повышением в должности.

Должностное лицо может лично или через посредников получить незаконное вознаграждение за выполнение или невыполнение в интересах дающего взятку какого-либо действия, которое оно должно было или могло совершить в силу своего служебного положения, например, выдача врачом – травматологом больничных листов трудоспособным гражданам, госпитализация главным врачом больницы вне очереди. Важно подчеркнуть, что в случаи взяточничества речь идёт именно о действиях, которые медицинский работник осуществляет в силу своего служебного положения, а не о действиях профессионального характера[[57]](#footnote-57).

Получение взятки считается оконченным преступлением с момента принятия получателем взятки независимо от того, совершены ли действия, обещанные за взятку, или их предполагается совершить в будущим.

Как уже отмечалось субъектом данного вида преступления может быть только должностное лицо, понятие которого уже раскрывалось при рассмотрении предыдущего вида должностного преступления.

Необходимым условием ответственности за получение взятки является сознание должностным лицом, что получает материальные ценности за действия вопреки интересам службы. Если же должностное лицо своими действиями создает обстановку, вынуждая, толкая потерпевшего к даче взятки, то это расценивается обстоятельством, отягчающим ответственность.

В качестве квалифицирующего признака ч.2 ст.290 предусматривает получение должностным лицом взятки за незаконные действия (бездействия). Так, например, в Сахалинской области, Охинской городской прокуратурой закончено предварительное расследование по уголовному делу по обвинению участкового врача-терапевта Охинской ЦРБ.

Врачу инкриминируется получение взятки за выполнение незаконных действий, т.е. совершение преступления, предусмотренного ч.2 ст. 290 УК РФ. Как установлено, подследственная, являясь должностным лицом, выполняющим организационно-распорядительные функции, будучи наделенная правом по выдаче листков нетрудоспособности, действуя из корыстной заинтересованности, за предложенную ей взятку незаконно оформила и выдала больничный лист. Действуя вопреки законным основаниям заведомо зная, что «пациент» не страдает каким-либо заболеванием, врач оформила и выдала, удостоверив своей подписью и заверив печатью лечебного учреждения, заведомо фиктивный листок нетрудоспособности, получив за это денежное вознаграждение[[58]](#footnote-58).

И это далеко не единственный пример, когда врачи привлекаются к уголовной ответственности по данной статье[[59]](#footnote-59).

Получение взятки всегда связано с другим самостоятельным преступлением – дачей взятки (ст. 291 УК РФ).Данное преступление может совершаться лично или через посредников.

В то же время законодатель предусматривает основание освобождения лица, давшее взятку, от уголовной ответственности. В примечании к ст. 291 УК РФ указано, что лицо, давшее взятку, освобождается от уголовной ответственности, если имело место вымогательство взятки со стороны должностного лица или если лицо добровольно сообщило органу, имеющему право возбудить уголовное дело, о даче взятки.

Статья 292 УК РФ предусматривает ответственность за служебный подлог. Служебный подлог – это внесение должностным лицом, а также государственным служащим или служащим органа местного самоуправления, не являющимся должностным лицом, в официальные документы заведомо ложных сведений, а равно внесение в указанные документы заведомо ложных сведений или исправлений, искажающих их действительное содержание, если эти деяния совершены из корыстной или иной личной заинтересованности[[60]](#footnote-60).

Таким образом, предметом этого преступления являются официальные документы – материальный носитель информации. Это могут быть медицинские документы: история болезни, амбулаторная карта, листок нетрудоспособности, заключение эксперта и др.

Субъектом этого преступления является любое должностное лицо, в том числе служащий муниципального или государственного учреждения здравоохранения. Служебный подлог – преступление, совершаемое с прямым умыслом, т.е. когда лицо, его совершившее, сознает, что подделывает официальные документы и желает этого из корыстных целей.

Известны случаи, когда врач определял ложное заболевание и выдавал документы с целью освобождения его пациента от армии или устанавливал стойкую утрату трудоспособности, что давало возможность получить документы об инвалидности. Но чаще встречаются отдельные подделки медицинских документов, в частности истории болезни. Это бывает, когда имеется жалоба на врача в связи с наступившими тяжкими последствиями. Иногда с этой целью вклеиваются новые листы с измененным изложением фактов. В ряде случаев это мотивировано желанием скрыть ошибку или небрежность в своей работе. Это могут быть дописки неосуществлённых диагностических и лечебных действий, подчистки, изменения жалоб больного или указаний консультантов, исправление даты, свидетельствующей о несвоевременности оказания помощи, и т.д. Иногда встречается составление полностью подложного документа.

Еще одно не мало важное должностное преступление это халатность.

Статья 293 УК РФ «Халатность» трактует это деяние как неисполнение или ненадлежащее исполнение должностным лицом своих обязанностей вследствие недобросовестного или небрежного отношения к службе, если это повлекло причинение крупного ущерба. В примечании к данной статье указывается, что крупным признаётся ущерб, сумма которого превышает 100 тысяч рублей.

Объект этого преступления – нормальное функционирование, отправление медицинской деятельности.

Ненадлежащим исполнением является неполное, неточное, несвоевременное, исполнение обязанностей.

Халатность совершается только по неосторожности.

Если медицинский работник – должностное лицо – ненадлежаще выполняет свои не управленческие, а профессиональные функции (ошибочная постановка диагноза, неправильное лечение, несвоевременное проведение операции и т.п.), которые вследствие его небрежности приводят к тяжким последствиям для больного, то его действия должны квалифицироваться по ст. 118 УК РФ[[61]](#footnote-61).

Общественная опасность халатности врачей состоит в том, что зачастую она приводит к гибели абсолютно невинных людей. Так, в период с 1998 по 2002 год в Курганской области, в Куртамышском доме ребёнка скончались девять детей в возрасте от 6 месяцев до 4 лет. В результате проведённых эксгумаций трупов детей, экспертных исследований и сбора других доказательств установлена прямая причинная связь между ненадлежащим исполнением своих служебных обязанностей главврачом дома ребенка гражданки Ж. и наступлением смерти троих воспитанников. Один их детей, находившийся в тяжёлом состоянии, по халатности главврача не был госпитализирован вообще, а двое не приняты в больницу заведующей детским отделением Куртамышской райбольницы. Больные дети были возвращены в дом ребёнка, где вскоре скончались. Главврач дома ребёнка привлечён к уголовной ответственности за халатность[[62]](#footnote-62).

К сожалению, подобных случаев становится все больше и больше в нашей жизни.

Но как правило преступления, где должностным лицом является медицинский работник тяжело доказуемы. Например, в г. Саратова в Ленинском районном суде рассматривалось следующее дело по обвинению медицинского работника. Рак – достаточно серьезное заболевание, и никакой доктор, будь он трижды светилом наук, не может брать на себя ответственность самостоятельно принимать решение о том или ином способе лечения онкологических больных. Один непродуманный шаг – и жизнь пациента может трагически оборваться. Поэтому метод лечения должен выбирать консилиум врачей с участием представителей узких специальностей. В данном случае доктор счел излишним советоваться с коллегами, и пациентке с диагнозом рак кожи назначил не только операцию, но и необыкновенно дорогостоящий препарат. Больная, которой, по словам врача, оставалось жить не более двух месяцев, нашла немыслимую сумму и лично в руки передала их доктору. Как потом выяснилось, и ошибочный диагноз, и острая необходимость в чудодейственном лекарстве – сплошные «фантазии». Но превышение должностных обязанностей, которое инкриминировалось подсудимому наряду с обвинением в мошенничестве, доказать не удалось: ни на одном из приказов, начиная от Министерства здравоохранения РФ и заканчивая городским комитетом здравоохранения, регламентирующих лечение онкобольных, не было его подписи. И в результате, будучи не только онкологом и хирургом, но и заведующим хирургического отделения, он даже не был признан должностным лицом. Два раза врач сидел на скамье подсудимых, и в обоих случаях был оправдан[[63]](#footnote-63). Невозможно подтвердить должностные преступления в медицинской среде, потому что в 99 процентах на должностных инструкциях нет подписи того, для кого она предназначена, будь то главврач или заведующий отделением. А если отсутствует такая «виза», никто не докажет, что этот человек является субъектом преступления.

С юридической точки зрения доказать вину врача очень проблематично, потому что в российском Уголовном кодексе нет специальной статьи, предусматривающей уголовную ответственность за ненадлежащее оказание медицинской помощи как самостоятельного состава преступления. А имеющиеся статьи кодекса, несмотря на то, что по вине врачей гибнут люди, не всегда можно применить на практике.

Таким образом, проблема уголовной ответственности медицинских работников за ненадлежащее исполнение своих обязанностей не раз поднималась в печати, однако так и не нашла своего чёткого и последовательного разрешения в российском законодательстве и практике, «несмотря на то, что ошибки, допущенные медиками, и особенно злоупотребления при осуществлении ими своих профессиональных функций могут привести к чрезвычайно тяжёлым и невосполнимым потерям».[[64]](#footnote-64)

В юридической литературе высказываются различные мнения и предложения об усовершенствовании уголовного законодательства Российской Федерации. Например, А. Язухин, И.М. Тяжкова предлагают ввести в Уголовный кодекс специальную статью об установлении ответственности за ненадлежащее и недобросовестное выполнение медицинскими работниками своих профессиональных обязанностей. По мнению А. Язухина, введение такой статьи способствовало бы единству судебной практики и соблюдения принципа неотвратимости наказания[[65]](#footnote-65). По мнению Ю.Д. Сергеева, «введение самостоятельной статьи об уголовной ответственности медицинского персонала за ненадлежащее оказание помощи пациенту необходимо, поскольку позволило бы правильно квалифицировать случаи преступно-небрежного нарушения медицинскими работниками профессиональных обязанностей, способствовало бы повышению позитивной ответственности работников здравоохранения, повысило уровень медицинской помощи. Имело широкое воспитательное значение»[[66]](#footnote-66).

Также, ряд учёных (Е.О. Маляева, В. И. Колосова, К.В. Маляев) предлагают дополнить ст. 109 УК РФ частью третьей: «причинение смерти по неосторожности медицинским работником вследствие ненадлежащего исполнения своих профессиональных обязанностей», которая устанавливала бы более строгое наказание по сравнению с частью второй; часть 3 ст. 109 УК РФ в действующей редакции стала бы соответственно частью 4[[67]](#footnote-67). На наш взгляд, при соответствующих изменениях в действующем уголовном законодательстве Российской Федерации была бы решена проблема единства судебной практики и соблюдён принцип неотвратимости наказания за совершённое наказание. Кроме того, введение данной нормы подчеркнуло бы большую общественную опасность преступлений, совершаемых медицинскими работниками при нарушении ими профессиональных обязанностей, и облегчило бы применение норм уголовного закона.

**Глава 4. ОБСТОЯТЕЛЬСТВА, ИСКЛЮЧАЮЩИЕ ВИНУ ВРАЧА**

**ПРИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДАХ ОКАЗАНИЯ**

**МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

медицинский врач уголовная ответственность

Такой институт, как обстоятельства, исключающие преступность деяния, стоит в известной мере особняком в теории уголовного права. Тому есть несколько причин. Главная из них состоит в том, что основные институты уголовного права определяют, какие действия запрещены уголовным законом и какие правовые последствия наступают в случае нарушения уголовно-правового запрета, а в предлагаемый институт регламентирует деяния, которые не только не запрещены, но при определенных условиях поощряются законодателем. Из этого основного отличия вытекают многие другие особенности рассматриваемого института, изучению отдельных из них и будет посвящена настоящая глава дипломной работы.

Под обстоятельствами, исключающими преступность деяния, принято понимать специфические условия, при наличии которых причинение вреда не рассматривается как совершение преступного деяния.

К таким обстоятельствам законодатель относит: необходимую оборону (ст.37 УК), причинение вреда при задержании лица, совершившего преступление (ст.38 УК), крайнюю необходимость (ст.39 УК), физическое или психическое принуждение (ст.40 УК), обоснованный риск (ст.41 УК) и исполнение приказа или распоряжения (ст. 42 УК). В теории уголовного права наряду с закрепленными в уголовном законе обстоятельствами, рассматриваются и другие условия, при которых допустимо причинение вреда: согласие потерпевшего, осуществление общественно полезных профессиональных функций, исполнение закона и т.д. Однако Уголовный кодекс указанные обстоятельства не предусматривает, считая расширение перечня обстоятельств, исключающих преступность деяния, преждевременным. Кроме того, считается, что те или иные обстоятельства, исключающие преступность деяния, разработанные в теории уголовного права вполне могут охватываться теми, которые закреплены в законе.

Среди прочих, отмеченных в главе 8 УК РФ, для изучения уголовно-правовой ответственности медицинских работников значимыми являются два: крайняя необходимость (ст. 39 УК) и обоснованный риск (ст. 41 УК), которые и будут мной рассмотрены в данной дипломной работе.

* 1. **Крайняя необходимость как обстоятельство**

**исключающее преступность деяния медицинских работников**

Ситуация крайней необходимости возникает в процессе осуществления медицинской деятельности довольно часто. Нередко врач поставлен перед выбором: кому в первую очередь оказывать медицинскую помощь при дефиците медицинской техники, лекарственных средств, квалифицированного персонала. Например, врача вызвали сразу к двум больным. Не имея возможности посетить одновременно обоих пациентов, врач направляется к тому из них, кто болен тяжелее. Неоказание помощи второму больному признается актом крайней необходимости: врач причиняет меньший вред для предотвращения большего[[68]](#footnote-68).

Уголовный закон определяет, что не является преступлением причинение вреда охраняемым законом интересам в состоянии крайней необходимости, т.е. для устранения опасности, непосредственно угрожающей личности и правам данного лица или иных лиц, охраняемым законом интересам общества или государства, если эта опасность не могла быть устранена иными средствами и при этом не было допущено превышение пределов крайней необходимости

Речь идет о том, что профессия врача, ее специфические особенности, связанные с оказанием экстренной медицинской помощи (анестезиология, хирургия, трансплантология, неотложная кардиология и др.), нередко связаны с понятием крайней необходимости, поскольку действия врача направлены на «устранение опасности, непосредственно угрожающей личности». Для того чтобы подобные случаи действительно могли быть рассмотрены с позиций крайней необходимости, что подразумевает исключение в действиях врача преступности деяния, необходимо указать критерии правомерности акта крайней необходимости в сфере медицинской деятельности. К ним относятся:

1. Опасность должна быть действительной (реальной). Патологическое состояние, потребовавшее оказания экстренной медицинской помощи, сопряжённой с причинением вреда здоровью человека, должно быть таковым на самом деле.
2. Опасность должна представлять реальную угрозу. Здесь речь идет о том, что заболевание (травма) непосредственно ( а не опосредованно, проявившись через определённое время) угрожает жизни и здоровью человека.
3. Устранить данную опасность при данных обстоятельствах нельзя иными средствами, кроме тех, которые связаны с причинением вреда. Другими словами, без причинения вреда человеку в данных обстоятельствах не представляется возможным устранить ту причину (заболевание, травма), которая представляет опасность для жизни и здоровья.

В юридической литературе встречается мнение, согласно которому о крайней необходимости нужно вести речь в любом случае обращения пациента в медицинское учреждение за медицинской помощью. Так, по мнению А. Диванчикова, возникновение правоотношения по оказанию медицинской помощи должно всегда признаваться состоянием крайней необходимости, поскольку обращение за такой помощью вызывается необходимостью.[[69]](#footnote-69)

Но с такой позицией согласиться нельзя. При крайней необходимости ситуация должна отличаться неординарностью, конфликтностью различных интересов, возможностью разрешения только путём причинения вреда правоохраняемым интересам. Все эти обстоятельства отсутствуют в случае обычной «необходимости».

За медицинской помощью могут обращаться в целях омоложения, изменения пола, формы тела, для преодоления естественного облысения и т.д. Во всех перечисленных случаях говорить о ситуации крайней необходимости нельзя, поскольку в них изначально отсутствует опасность для жизни и здоровья человека, а медицинские знания используются с целью улучшения «качества» жизни.

Таким образом, отождествление простой необходимости, возникающей при любом обращении пациента в медицинское учреждение, и крайней необходимости необоснованно ставит под угрозу важнейшие, социально значимые блага, что вряд ли входило в намерения законодателя, регламентировавшего институт крайней необходимости. В ст. 39 УК РФ.

В уголовно-правовой доктрине вопрос о допустимости причинения смерти человеку ради спасения жизни других людей в условиях крайней необходимости является дискуссионным.

В отечественном праве дореволюционного периода считалось возможным спасение собственной жизни за счет жизни другого человека в обстоятельствах крайней необходимости. Так, Н. С. Таганцев писал: «Я, бесспорно, могу лишить другого жизни, спасая себя….» При этом профессор отмечал, что ссылка на необходимость может иметь юридическое значение как при столкновении прав равных, так и при столкновении «высшего с низшим». Следовательно, актом крайней необходимости признавалось причинение не только меньшего вреда по сравнению с вредом предотвращенным, но и равного.

В уголовном праве советского периода стала доминировать та точка зрения, согласно которой спасение собственной жизни за счет жизни другого нельзя считать актом крайней необходимости, а следует рассматривать как грубейшее нарушение норм морали, как причинение равного вреда, не исключавшего уголовной ответственности. Актом крайней необходимости стало признаваться причинение меньшего вреда по сравнению с вредом предотвращенным. Однако вопрос о возможности причинения смерти одному для спасения нескольких человек оставался дискуссионным.

Вместе с тем в современной уголовно-правовой доктрине встречается и другое мнение. Так, например, Ю. М. Ткачевский полагает, что в исключительных случаях лишение жизни человека может быть признано актом крайней необходимости, если только таким путем можно предотвратить смерть нескольких людей.[[70]](#footnote-70)

В результате проведенного исследования М. Д. Шаргородский пришёл к выводу о том, что ненаказуемость деяний, совершённых в состоянии крайней необходимости, должна быть ограничена только причинением определённых видов вреда, а также о том, что в одних случаях крайняя необходимость является обстоятельством, исключающим противоправность, а в других случаях – обстоятельством, исключающим только наказуемость.[[71]](#footnote-71)

К настоящему времени российский законодатель признал крайнюю необходимость обстоятельством исключающим преступность деяния, то есть в случаи причинения вреда при крайней необходимости, при соблюдении всех условий правомерности отсутствуют все признаки преступления (виновность, общественная опасность, противоправность, наказуемость), перечисленные в ст. 14 УК РФ. Вместе с тем применительно к институту крайней необходимости законодатель говорит о причинении вреда охраняемым уголовным законом интересам – в отличие от института необходимой обороны и задержания лица, совершившего преступление, где речь идёт о причинении вреда лицами, осуществляющим посягательство или уже совершившим преступление. Таким образом признается, что в случаи крайней необходимости вред причиняется вынужденно, в исключительной ситуации – и тем благам, которые поставлены под охрану закона, в том числе уголовного. При крайней необходимости всегда происходит столкновение двух правоохраняемых интересов. Без причинения вреда одному из них ситуация крайней необходимости разрешена быть не может. Защита одного – более важного блага (интереса) – осуществляется за счет другого - менее важного и ценного. Сопоставление важности и значимости двух правоохраняемых интересов, один из которых должен быть «принесен в жертву», иногда очень сложно осуществить.

С точки зрения действующего уголовного права института крайней необходимости, не устанавливающих запрета на умышленное причинение смерти одному человеку для спасения нескольких, а тем более множества людей, использование органов или тканей донора для спасения жизни нескольких сотен реципиентов не только правомерно, но и «общественно полезно». Следовательно, принуждение человека к донорству органов или тканей или их изъятие без согласия донора во имя спасения многих людей не может повлечь для принуждающих или изымающих органы и ткани уголовной ответственности. На это обращал внимание А. Н. Красиков, писавший от том, что «при соблюдении всех условий правомерности крайней необходимости насильственный действия, направленные на приневоливание человека к тому, чтобы он поступился своими правами и свободами, не могут образовывать состава принуждения к изъятию органов и (или) тканей»[[72]](#footnote-72).

Дела же связанные с созданием условий для причинения смерти другому человеку в целях использования органов потерпевшего, как правило, трудно доказуемы, так как для признания деяния преступным необходимо доказать, что преступник действовал с прямым умыслом, поскольку по смыслу закона приготовление к преступлению с субъективной стороны характеризуется виной в форме прямого умысла.

Вот пример из судебной практике: П.П.Е. и Ш., хирурги Московского координационного центра органного донорства (МКЦОД), обвиняются в том, что И# апреля 2003 г. в городской клинической больнице N 20 города Москвы группой лиц по предварительному сговору создали условия для причинения смерти другому человеку в целях использования органов потерпевшего, а именно, провели мероприятия по подготовке к операции по изъятию почек, что влечет за собой смерть, у находившегося в состоянии комы в связи с черепно-мозговой травмой больного О., то есть в совершении преступления, предусмотренного ст.ст. 30 ч. 1, 105 ч. 2 п.п. "ж, м" УК РФ, а П.Л.И., лечащий врач, и Л.И.В., заместитель главного врача данной больницы, обвиняются в том, что совершили пособничество в этом, то есть в совершении преступления, предусмотренного ст.ст. 33 ч. 5, 30 ч. 1, 105 ч. 2 п.п. "ж, м" УК РФ, а Л.И.В. также в том, что совершила злоупотребление должностными полномочиями, то есть совершила преступление, предусмотренное ст. 285 ч. 1 УК РФ, однако операция не началась по независящим от них обстоятельствам, поскольку их действия в 16 часов 20 минут были пресечены прибывшими работниками милиции и врачами госпиталя МВД РФ.

По предъявленному обвинению П.П.Е., Ш., П.Л.И. и Л.И.В. приговором суда оправданы в связи с отсутствием в их деянии состава преступления.

В надзорных жалобах поставлен вопрос об отмене кассационного определения и направлении дела на новое кассационное рассмотрение поскольку вина в форме прямого умысла доказана не была[[73]](#footnote-73).

Подводя итог рассмотрению данного вопроса, можно сделать вывод, что институт крайней необходимости играет важную роль в деле уголовно-правового регулирования отношений, возникающих в сфере медицинской деятельности, поскольку ситуация крайней необходимости возникает здесь довольно часто. Однако нельзя согласиться с высказываниями некоторых юристов, полагающих, что такая ситуация возникает при любом случаи обращения пациента за медицинской помощью. Отождествление обычной необходимости и крайней необходимости необоснованно ставит по угрозу важнейшие социально значимые блага – жизнь и здоровье человека. Что касается вопроса о допустимости причинения смерти или тяжкого вреда здоровью человека во имя спасения нескольких (множества) человек, то однозначно ответ на него не дается. С одной стороны, институт крайней необходимости в его существующем виде это допускает, с другой стороны последовательная защита основных прав и свобод человека, гарантированных каждому Конституцией РФ и международно-правовыми нормами, не позволяют слепо применять положение о крайней необходимости в практической деятельности медицинских работников, в частности в сфере трансплантологии. Потребность в органах и тканях человека для трансплантации не должна порождать саму ситуацию крайней необходимости. В противном случае крайняя необходимость утратит своё значение обстоятельства, исключающего преступность деяния, и, как справедливо отмечал М. Д. Шаргородский, будет рассматриваться как обстоятельство, исключающее лишь наказуемость.

**4.2 Обоснованный риск в медицинской деятельности**

При рассмотрении условий правомерности профессионального риска медицинских работников необходимо иметь в виду, что данный институт является разновидностью такого обстоятельства, исключающего преступность деяния, как обоснованный риск.

В профессиональной медицинской деятельности на правила обоснованного риска можно ссылаться потому, что практически ни одно вмешательство врача не свободно от угрозы наступления вредных последствий, следовательно, только ценой риска такое вмешательство может быть осуществлено.

Поэтому недопустимо привлечение к уголовной ответственности врачей, допустивших обоснованный риск. В этих условиях действия врача лишены общественно опасного характера и в силу этого не могут рассматриваться как преступление, даже если они повлекли неблагоприятные последствия. Напротив, в ряде случаев отказ от риска означает по существу отказ от оказания помощи больному, то есть преступление, предусмотренное ст.124 УК[[74]](#footnote-74).

Разумеется право на медицинский риск не может быть беспредельным. Нельзя допустить необоснованного, легкомысленного риска жизнью и здоровьем людей.

Поэтому имеет смысл (то есть не является преступлением) не всякий риск, а только обоснованный, т.е. отвечающий условиям, изложенным в уголовном законе (ч.2 ст.41 УК) и направленный на достижение общественно полезной цели (ч.1 ст.41 УК). Указанная цель и является первым условием правомерности причинения вреда при обоснованном риске. Полезными являются цели, достижение которых способствует социальному благополучию людей. Второе условие, согласно тексту закона, заключается в том, что общественно полезная цель не может быть достигнута без риска, т.е. путем использования стандартных решений и совершения апробированных, но не дающих необходимого результата действий. И третье условие правомерности обоснованного риска предусматривает, что лицо, допустившее риск, предприняло достаточные меры для предотвращения вреда правоохраняемым интересам. Предпринятые меры должны предшествовать совершению рискованных действий и быть достаточными с позиций профессиональных требований[[75]](#footnote-75).

В соответствии с законом (ч.3 ст.41 УК) «риск не признается обоснованным, если он заведомо был сопряжен с угрозой для жизни многих людей, с угрозой экологической катастрофы или общественного бедствия». Заведомость как признак необоснованного риска представляет собой осведомленность лица, причинившего вред, о последствиях действий, создающих угрозу общественной безопасности. В случае причинения вреда правоохраняемым интересам при необоснованном риске лицо, причинившее вред, несет уголовную ответственность на общих основаниях.

Изложенные положения явятся отправной точкой для определения условий правомерности профессионального риска медицинских работников.

Большинство ученых, признававшие существование профессионального риска медицинских работников как самостоятельного обстоятельства, исключающего преступность деяния, сформулировали и условия его правомерности. Однако многими из них не был принят во внимание тот факт, что медицинский риск является видом обоснованного риска, поэтому должен соответствовать общим условиям правомерности.

Другие, анализируя проблемы уголовной ответственности медицинских работников, предлагали условия правомерности медицинского риска.

В.А.Глушков формулирует такие условия правомерности медицинского риска: 1) научное обоснование методик диагностики, лечения, профилактики, применения лекарственных средств; 2) цель, ради которой применялось рискованное лечение или диагностика, должна оправдывать опасность, грозившую жизни или здоровью больного; 3) возможность наступления вредных последствий должна быть вероятной, а не заведомой; 4) наличие согласия больного или его законных представителей на применение рискованного метода лечения и возможность наступления неблагоприятного результата.[[76]](#footnote-76)

Последнее условие не указано в ст.41 УК, потому что приемлем лишь отдельным видам обоснованного риска, но для признания медицинского риска правомерным его наличие обязательно.

П.С. Дагель дополняет этот перечень ещё одним условием – цель в данных условиях не могла быть достигнута обычными, нерискованными средствами. Признавая необходимость получения согласия больного, он отмечает, что пациент или его родственники должны дать согласие на применение рискованного лечения, будучи ознакомлены с возможностью опасности, в тех случаях, когда это возможно[[77]](#footnote-77).

М.И.Ковалев, И.Г. Вермель при анализе критериев уголовной ответственности медицинских работников предложили условия противоправности, а не правомерности. Им представляется, что уголовная ответственность медицинских работников должна наступать только при соблюдении следующих трех условий:

1. действия медицинского работника должны быть явно неправильными, противоречили общепризнанным и общепринятым правилам медицины. Медицинская помощь больному выражается не только в назначении и проведении лечения, но и в решении о госпитализации, выписке, транспортировке в лечебное учреждение и т.д. Эти действия будут неправильными, если не выполнены какие-то обязательные требования (например, при переливании крови не определена групповая и резус – принадлежность крови донора и реципиента, не проведены биологическая проба и проба на индивидуальную совместимость и т.д.).
2. Медицинский работник мог и должен был предвидеть, что действия его неправильные и потому могут причинить вред больному.

Здесь речь идет не об умышленных, а лишь о неосторожных преступлениях. Медицинский работник мог и должен был понимать, что его действия находятся в противоречии с правилами медицины и способны привести к неблагоприятным последствиям. Понимание неправильности своих действий означает и осознание того, что эти действия могут повлечь за собой вредные последствия для больного. Причем медицинский работник не только должен был, ни имел реальную возможность знать, как следует поступить в данной ситуации. При сомнениях он обязан сделать все необходимое для их устранения. Если это не сделано, налицо ненадлежащее выполнение своих прямых обязанностей, что является одним из оснований для наступления уголовной ответственности.

3) Эти неправильные действия способствовали (прямо или косвенно) наступлению неблагоприятных последствий – смерти больного или причинению существенного вреда его здоровью. Уголовная ответственность допустима лишь в случаях, когда вследствие неправильных действий медицинского работника, наступили серьёзные, неблагоприятные последствия – смерть больного или существенный вред здоровью[[78]](#footnote-78).

Для наступления уголовной ответственности необходима совокупность всех трех условий. При отсутствии хотя бы одного из них уголовная ответственность исключается. Ответственность исключается и в тех случаях, когда неблагоприятный исход обусловлен не неправильными действиями, а особенностями течения патологического процесса.

Наиболее точно и правильно, как нам представляется, в теории уголовного права выделяет условия правомерности медицинского риска А.В.Серова. По её мнению обоснованный профессиональный риск медицинских работников может быть признан правомерным при одновременном наличии следующих условий:

1. Риск должен предприниматься для достижения общественно полезной цели, которой являются не только спасение жизни или полное излечение больного, но и продление его жизни или радикальное улучшение состояния здоровья больного, а также интересы науки и возможность излечения будущих больных.

2. Эти цели не могут быть достигнуты обычными, традиционными и нерискованными средствами лечения и диагностики.

3. Возможность наступления вредных последствий должна быть вероятной, а не заведомой.

4. Рискованные действия врача должны соответствовать данным медицинской науки, опираться на определенный опыт.

5. Медицинский работник должен предпринять все возможные меры для предотвращения вреда, при проведении медицинского эксперимента должны быть предусмотрены все меры, исключающие гибель человека.

6. Во всех случаях, когда возможно, должно быть получено согласие пациента или его законных представителей (многими специалистами предлагается его фиксировать в истории болезни) на применение рискованного лечения, с предварительным ознакомлением о возможности наступления неблагоприятного результата[[79]](#footnote-79).

Таким образом, перечисленные условия правомерности медицинского риска соответствуют условиям правомерности обоснованного риска, представленного в ст.41 УК. Однако специфика медицинского риска дополнена ещё одним условием правомерности – наличие согласия пациента или его законных представителей на применение рискованного лечения.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Итак, исходя из проделанной работы, можно придти к следующим выводам:

1. Уголовная ответственность за противоправную врачебную деятельность была известна российскому законодательству еще со времён Древней Руси.Но более широкая регламентация врачебной деятельности начинается при Петре I., когда законодательные акты затрагивали личные качества врача, его отношения к больным, касались долга врача перед государством и т.д. С самого начала существования советской власти обозначилось отрицательное отношение к частной врачебной практике. Одновременно с борьбой против частной медицинской практики проводилась большая работа по юридической регламентации прав, обязанностей и ответственности медицинских работников в советском государстве. В настоящий период одним из важнейших правовых актов в данной сфере являются Основы законодательства РФ «Об охране здоровья граждан» от 22 июля 1993 г., а также продолжается формирование законодательной базы в медицинской области, в частности путём разработки Медицинского Кодекса.
2. Специфика уголовной ответственности медицинских работников заключается в определении противоправности профессионального действия, причинившего общественно опасные последствия. Чтобы признать последствия противоправными совершенно не требуется, чтобы оно противоречило всем положениям медицины или их большинству, достаточно, если проверяемое действие не соответствует хотя бы одному из правил и методов, существующих в медицине знание и главное, применение которых является для данного специалиста в данном случаи обязательно.
3. Проведено разграничение между понятиями врачебная ошибка и несчастный случай, которые при их установлении не являются правонарушением и профессиональные преступления медицинских работников в основе которых лежит недобросовестность проявляющаяся в небрежности, халатности и даже врачебном невежестве, за которые предусмотрена уголовная ответственность.
4. Дана уголовно-правовая характеристика некоторых профессиональных преступлений медицинских работников, таких как причинение тяжкого вреда здоровью, средней тяжести и легкого вреда здоровью, заражение ВИЧ-инфекцией, незаконное производство аборта, неоказание помощи больному и должностных преступлений, таких как злоупотребление должностными полномочиями, получение и дача взятки, служебный подлог, халатность.
5. Сохраняют свою актуальность вопрос и об обстоятельства, исключающих преступность деяния, так как подчас медицинская деятельность носит рискованный и необходимый характер. В настоящей дипломной работе мною были рассмотрены такие обстоятельства, исключающие преступность деяния как крайняя необходимость и обоснованный риск. Вместе с тем хотелось бы заметить, что целый ряд вопросов уголовно-правового регулирования сферы медицинской деятельности требуют своей дальнейшей проработки. Это относится и к проблемам правомерности причинения вреда в условиях крайней необходимости и при обоснованном риске, осуществляемом в медицинской сфере, к вопросам разграничения смежных составов, основания криминализации и декриминализации преступлений, совершаемых медицинскими работниками.

Ответственность врачей за результаты их профессиональной деятельности находится в центре внимания специалистов различных областей знаний – медиков, биологов, биоэтиков, юристов, а также политических и общественных деятелей.

Официальная статистика об уровне, структуре и динамике преступлений, совершаемых в сфере медицинской деятельности специальными субъектами – медицинскими работниками, в общем анализе преступности отсутствует. Вместе с тем эмпирические наблюдения показывают, что в действительности число указанных преступлений увеличивается. При чем эти неблагоприятные процесс происходят на фоне несовершенства российского законодательства, включая уголовное, отсутствие у работников следственно-судебных органов необходимых знаний, соответствующих уровню развития биомедицинских наук, на фоне проблем, сопровождающих проведение высокотехнологичных и обычных судебно-медицинских экспертиз, проблем интерпретации результатов последних и т.д.

Количество уголовных дел, рассмотренных судами, по преступлениям, совершенными медицинскими работниками, крайне мало, что во многом объясняется вышеназванными проблемами. Это количество не отражает действительной ситуации, сложившейся в данной сфере. Однако анализ даже небольшого числа уголовных дел, показывает, что существуют трудности при квалификации указанных деяний. Наибольшие сложность вызывают вопросы разграничения собственно профессиональных действий медицинского работника и его функций в качестве должностного лица, вопросы разграничения составов превышение власти и других должностных злоупотреблений и др. Эти вопросы становились предметом рассмотрения Верховного Суда РФ.

Необходимо отметить еще одно обстоятельство. Дело в том, что большая часть потерпевших от общественно опасных действий или бездействий медицинских работников предпочитают обращаться в суд с гражданскими исками. Эти дела быстрее доходят до своего логического завершения. Пострадавшие добиваются возмещение расходов на лечение, протезирование, морального вреда в рамках гражданского судопроизводства. Производство по уголовным делам предполагает более сложный и более длительный процесс, кроме того, не исключено прекращение уголовного дела в отношении медицинского работника на досудебной стадии.

**ЛИТЕРАТУРА**

**Нормативно – правовые акты**

1. Конституция Российской Федерации, принятая всенародным голосованием 12.12.93 г. / Российская Федерация // Российская газета. – 1993. – 25 декабря. – № 273
2. Уголовный кодекс Российской Федерации: федер. закон: [принят Гос. думой 24 мая 1996 г.: по состоянию на 01.10.2007 г.] / Российская Федерация. – М.: ГросМедиа, 2007. – 176 с.
3. О лекарственных средствах: федер. закон: [принят Гос. думой 5 июня 1997 г.: одобр. Советом Федерации 10 июня 1998 г.] / Российская Федерация // Собрание законодательств Российской Федерации. – 1998. – № 26. – Ст. 3006.
4. О медицинском страховании граждан в Российской Федерации: федер. закон: [принят Гос.думой 28 июня 1991 г. (в редакции от 29.12.2006 г.)] / Российская Федерация: [Электронный ресурс]. – Режим доступа : компьютерная сеть Юрид. ин-та ДВГУ. – База Данных КонсультантПлюс.
5. О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения: федер. закон: [принят Гос.думой 12 марта 1999 г.: одобр. Советом Федерации 17 марта 1999 г.] / Российская Федерация // Собрание законодательств Российской Федерации. – 1999. – № 14. – Ст. 1650.
6. О судебной практике по делам о взяточничестве и коммерческом подкупе: постановление Пленума Верховного суда РФ от 10 февраля 2000 г.// Бюллетень Верховного Суда РФ. – 2000. – № 6. – С. 15.
7. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. / Российская Федерация // Ведомости Верховного Совета РФ. – 1993. – № 33. – Ст. 318.
8. Памятники русского права. Вып.1. М., - 1952. – С.246.
9. Памятники русского права. Вып.6. М., - 1959. – С.136.
10. Памятники русского права. Вып.8. М., - 1961. – С.484.
11. Правила судебно-медицинской экспертизы тяжести вреда здоровью // Приложение 2 к приказу Минздрава РФ N 61 от 5.03.1997 г. О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения РФ от 10.12.1996 г. № 407 «О введении в практику правил производства судебно-медицинских экспертиз» // Медицинская газета. – 1997. – № 34. – 86с.
12. Бюллетень текущего законодательства. – М. – 1970. – С. 105.
13. Сборник документов по истории Советского Уголовного законодательства СССР и РСФСР 1917-1952 г.г. – М., - 1957. – С. 568

Специальная и учебная литература

I. Журнальные статьи в периодических изданиях и сборниках

1. Битеев, Б., Мазин, П., Пономарев, Г. Крайняя необходимость и обоснованный риск в медицинских отношениях / Б. Битеев, П. Мазин, Г. Пономарев // Уголовное право. – 2001. – №3, - С. 22 – 24.
2. Бондаренко, Д.В. К вопросу о юридической ответственности медицинских работников / Д.В. Бондаренко // Медицинское право. – 2006. – № 4. – С. 41-46.
3. Давыдовский, И. В. Врачебные ошибки / И.В. Давыдовский // Советская медицина. – 1991. – №3. – С. 3.
4. Дагель, П.С. Об уголовной ответственности врачей / П.С. Дагель // Советская юстиция. – 1984. – № 19. – С.14.
5. Ибраев, М.А. Выявление причин и условий, способствующих совершению преступлений медицинскими работниками при ненадлежащем выполнении профессиональных обязанностей / М.А. Ибраев // Проблемы совершенствования системы воздействия на преступность в современный условиях. – 2002. – №2. – С.219-221.
6. Ковалев, М.И., Вермель, И.Г. Критерии уголовной ответственности медицинских работников за ненадлежащее лечение / М.И. Ковалев, И.Г. Вермель // Социалистическая законность. – 1987. – № 4. – С.57-58.
7. Кореневский, Ю. Расследование причинение вреда здоровью медицинскими работниками / Ю. Кореневский // Законность. – 1998. – № 4. – С. 16-20.
8. Козулина, С. А. Проблемы юридической ответственности медицинских работников за профессиональные правонарушения /С.А. Козулина // Актуальные проблемы правового регулирования медицинской деятельности. – 2003. – С. 261-264.
9. Крылова, Н., Павлова, Н. Крайняя необходимость в медицинской деятельности: некоторые вопросы практического применения / Н. Крылова, Н. Павлова // Уголовное право. – 2005. – №1. – С.41-44.
10. Лазарева, Е.В. К вопросу об юридической ответственности медицинских работников / Е.В. Лазарева // Вестник Волжского университета им. В.Н. Татищева. – 2005. – Вып. 47, - С. 98-103.
11. Мохов, А.А. Медицинское право – самостоятельная отрасль российского права / А.А. Мохов // Право и политика. – 2002. – № 8. – С. 128-138.
12. Мохов, А.А. Некачественное медицинское обслуживание как источник повышенной опасности для окружающих / А.А. Мохов // Современное право. – 2006. – № 10. – С. 2-6.
13. Наумов, А.В., Старостина, Я.В. Проблемы уголовной ответственности медицинских работников // Российский криминологический взгляд. – 2006. – № 4. – С. 182-183.
14. Никитина, И.О. Уголовно-правовой аспект ответственности медицинских работников / И.О. Никитина // «Чёрные дыры» в Российском законодательстве. Юридический журнал. – 2007. – № 3. – С. 207-208.
15. Оршанский, Л. Врач, больной и закон / Л. Оршанский // Судебная ответственность врачей. Сборник статей. – 1926. – С. 79-8.
16. Пристансков, В.Д. Основания и пределы уголовной ответственности медицинских работников / В.Д. Пристансков // Криминалистический вестник. – 2003. – Вып. 2. – С. 108-117.
17. Смирнова, С. Халатность или врачебная ошибка? / С. Смирнова // Домашний адвокат. – 2001. – № 6. – С. 4.
18. Смольников, В.П., Стеценко, С.Г. Регламентация медицинской деятельности в России: историко-правовые вопросы (X – XVII в.в.) / В.П. Смольников, С.Г. Стеценко // Журнал российского права. – 2001. – № 4. – С. 143-151.
19. Тяжкова, И.М. Уголовная ответственность медицинских работников / И.М. Тяжкова // Вестник МГУ. Серия 11 «Право». – 1994. – № 6. – С. 14.
20. Чимытова, Т.В. Уголовная ответственность медицинских работников за вред, причинённый жизни и здоровью человека / Т.В. Чимытова // Уголовно-правовые и криминологические проблемы борьбы с преступностью. Сборник научных трудов. – 2003. – Вып. 1. – С. 221-227.
21. Шепель, Т.В. О критериях и юридической квалификации врачебной ошибки при оказании психиатрической помощи / Т. В. Шепель // Российский юридический журнал. – 2002. – №4. – С. 89.
22. Язухин, А.А. Если наступила смерть или иные тяжкие последствия? / А.А. Язухин // Социалистическая законность. – 1987. – № 2. – С. 51.

II. Учебники и монографии

* 1. Акопов, В.И. Медицинское право: книга для врачей, пациентов и юристов / В.И. Акопов. – М.: Ростов-на-Дону, 2004. – 234 с.
  2. Акопов, В.И. Правовое обеспечение профессиональной деятельности медсестёр / В. И. Акопов. – Ростов-на-Дону, 2005. – 373 с.
  3. Бердичевский, Ф.Ю. Уголовная ответственность медицинского персонала за нарушение профессиональных обязанностей / Ф.Ю. Бердичевский. – М.: Юрид. лит., 1970. – 128 с.
  4. Большой энциклопедический словарь / Под редакцией А.М.Прохорова. – М.: СПб.: Большая Российская энциклопедия «Норинт», 1998. – 1456 с.
  5. Владимирский-Буданов М.Т. Обзор истории русского права. – М., 1995. – 224 с.
  6. Врач и закон / Подготовлено к.ю.н., доцентом Р. М. Готлиб и к.ю.н., доцентом Л.И. Романовой. – Владивосток: РИО Примупрполиграфиздата, 1988. – 65 с.
  7. Глушков, В.А. Ответственность за преступления в области здравоохранения / В.А. Глушков. – Киев, 1987. – 105 с.
  8. Глушков, В.А. Уголовная ответственность медицинских работников за нарушение профессиональных обязанностей. Автореф., дис…канд. юрид. наук./ В.А. Глушков. – Киев, 1983. – 22 с.
  9. Краковский Н.И., Грицман Ю.Я. Ошибки в хирургической практике и пути их предупреждения / Н.И. Краковский, Ю.Я. Грицман. – М., 1959. – 233 с.
  10. Красиков, А.Н. Уголовно – правовая охрана прав и свобод человека в России / А.Н. Красиков. – Саратов, 1996. – 211 с.
  11. Крылов, И.Ф. Врач и закон: Правовые вопросы врачебной деятельности / И.Ф. Крылов. – Л., 1972. – 65 с.
  12. Кудрявцев, В.Н. Объективная сторона преступления / В.Н. Кудрявцев. – М.: Госюриздат, 1960. – 244 с.
  13. Курс уголовного права. Общая часть. Учение о преступлении. Т.1. Учебник для вузов // Под.ред Н.Ф. Кузнецовой, И.М. Тяжковой. – М.: ИКД «Зерцало-М», 2002. – 623 с.
  14. Малеина, М.Н. Человек и медицина в современном праве: Учебное и практическое пособие / М.Н. Малеина. – М.: БЕК, 1995. – 260 с.
  15. Маляева, Е.О. Колосова, В.И., Маляев К.В. Уголовно-правовые проблемы медицины: монография / Е.О. Маляева, В.И. Колосова, К.В. Маляев. – Новгород: ННГУ, 2004. – 166 с.
  16. Медицина и право: Материалы конференции / Гл. Ред. А.В. Алексеева. – М., 1999. – 158 с.
  17. Мендельсон, Г.А. Ответственность за производство незаконного аборта по советскому уголовному праву / Г.А. Мендельсон. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1957. – 84 с.
  18. Огарков, И.Ф. Врачебные правонарушения и уголовная ответственность за них / И.Ф. Огарков. – Л.: Медицина, 1966. – 195 с.
  19. Серова, А.В. Профессиональный риск медицинских работников как вид обоснованного риска: Дисс… канд. юрид наук / А.В. Серова. – Екатеринбург, 1999. – 162 с.
  20. Стеценко, С.Г. Медицинское право. Учебник / С.Г. Стеценко. – Спб.: Изд-во «Юрид. Центр Пресс», 2004. – 572 с.
  21. Татаркин, В.В. Преступления медицинских работников против жизни и здоровья. Автореф., дис…канд. юрид. наук. / В.В. Татаркин. – Ростов-на-Дону, 2007. – 27 с.
  22. Тихомиров, А.В. Медицинское право: практическое пособие / А.В. Тихомиров. – М.: Изд-во «Статут», 1998. – 418 с.
  23. Тихонова, С.С. Прижизненное и посмертное донорство в РФ: Вопросы уголовно-правового регулирования / С.С. Тихонова. – Спб.: Изд-во «Юрид. Центр Пресс», 2002. – 108 с.
  24. Шаргородский, М.Д. Избранные работы по уголовному праву / М.Д. Шаргородский. – Спб.: Изд-во «Юрид. Центр Пресс», 2003. – 397 с.

Судебная практика

* 1. Определение № 1-03/04 по делу Петрова [Электронный ресурс]. – Режим доступа : компьютерная сеть Юрид. ин-та ДВГУ. – БД КонсультантПлюс.
  2. Постановление Президиума Верховного Суда РФ от 11 октября 2006 г. N 429-П06 [Электронный ресурс]. – Режим доступа : компьютерная сеть Юрид. ин-та ДВГУ. – БД КонсультантПлюс.

Электронные ресурсы:

Анна Шмидт. Змея…без чаши? [Электронный ресурс]: Саратовский Расклад. – Режим доступа: http:// www.rasklad.ru 15.02.08

Вносится депутатом Государственной Думы А.В. Чуевым Федеральный закон «О внесении дополнения в Уголовный кодекс Российской Федерации, предусматривающего освобождение от уголовной ответственности медицинских работников в случае отказа от проведения аборта» [Электронный ресурс]: Чуев Александр Викторович – депутат Государственной Думы Федерального Собрания РФ, официальный сайт. – Режим доступа: http:// www. chuev.org 15.02.08

Врача-хирурга больницы Кунашакского района привлечён к уголовной ответственности по фактам получения взяток [Электронный ресурс]: Информационно-аналитическое агентство УралБизнесКонсалтинг 29.06.2007. – Режим доступа http:// su.urbs.ru, 11.02.08

К уголовной ответственности привлекается врач, оформивший фиктивный больничный [Электронный ресурс]: Российское информационное агентство Восток-Медиа 11.04.2005. – Режим доступа http:// vostokmedia.com, 11.02.08

Курского врача осудили за взятку в 160 рублей (ИА Регнум) [Электронный ресурс]: Запрещённая ежедневная газета Старости 22.10.07. – Режим доступа http:// www.starosti.org, 11.02.08

На Сахалине врач-терапевт пойман на взятке [Электронный ресурс]: PrimaMedia 2006г. 6 июня. – Режим доступа http:// primamedia.ru, 11.02.08

Начмед вымогал деньги у подчинённого [Электронный ресурс]: Челябинская государственная телевизионная радиовещательная компания 07.05.2007. – Режим доступа http:// chelyabinsk.rfn.ru, 11.02.08

Халатность врача привела к гибели младенца [Электронный ресурс]: Маяк 2004 г. – Режим доступа: http:// old.radiomayak.ru, 11.02.08

1. Паиятники русского права. Вып.1. М., - 1952. – С.246. [↑](#footnote-ref-1)
2. Там же. С.77. [↑](#footnote-ref-2)
3. Смольников, В.П., Стеценко, С.Г. Регламентация медицинской деятельности в России: историко-правовые вопросы (X – XVII в.в.) / В.П. Смольников, С.Г. Стеценко // Журнал российского права. – 2001. – № 4, - С. 143-151. [↑](#footnote-ref-3)
4. О наказании незнающих медицинских наук и по невежеству в употреблении медикаментов, причиняющих смерть больным. // ПСЗ Российской Империи. Собр.1. СПб., 1830. Т.4. № 1756. Цитирую по: Памятники русского права. Вып.6. М., - 1959. – С. 136. [↑](#footnote-ref-4)
5. См. в кн.: Крылов, И.Ф. Врач и закон: Правовые вопросы врачебной деятельности / И.Ф. Крылов. – Л. – 1972. – с. 47 [↑](#footnote-ref-5)
6. Памятники русского права. Вып.8. М. – 1961. – С. 484. [↑](#footnote-ref-6)
7. Владимирский-Буданов М.Т. Обзор истории русского права. М. – 1995. – С.135. [↑](#footnote-ref-7)
8. Огарков И.Ф. Врачебные правонарушения и уголовная ответственность за них / И.Ф. Огарков. – Л.: Медицина, 1966. – С.14. [↑](#footnote-ref-8)
9. См.: Сборник документов по истории Советского Уголовного законодательства СССР и РСФСР 1917-1952 г.г. – М. – 1957. – С.453-454. [↑](#footnote-ref-9)
10. Бюллетень текущего законодательства. М. – 1970. – С.105. [↑](#footnote-ref-10)
11. Ведомости Верховного Совета РФ. – 1993. – № 33. – С. 318. [↑](#footnote-ref-11)
12. Мохов, А.А. Медицинское право – самостоятельная отрасль российского права / А.А. Мохов // Право и политика. – 2002. – № 8. – С. 128-138. [↑](#footnote-ref-12)
13. Оршанский, Л. Врач, больной и закон / Л. Оршанский // Судебная ответственность врачей. Сборник статей. – М., Л.: Изд-во «Рабочий Суд», 1926. – С. 79-83. [↑](#footnote-ref-13)
14. Мохов А.А. Некачественное медицинское обслуживание как источник повышенной опасности для окружающих / А.А. Мохов // Современное право. – 2006. – № 10. – С. 2-6. [↑](#footnote-ref-14)
15. Кудрявцев В.Н. Объективная сторона преступления / В.Н. Кудрявцев. – М.: Госюриздат, 1960. – С.117-125. [↑](#footnote-ref-15)
16. См., например, ст.124 УК РФ. [↑](#footnote-ref-16)
17. В ст.32 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» необходимым условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие гражданина, если лицо не может выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении решает консилиум, либо лечащий врач (дежурный) с последующим уведомлением лечебно-профилактического учреждения. [↑](#footnote-ref-17)
18. Огарков И.Ф. Указ.раб. С.18. [↑](#footnote-ref-18)
19. Бердичевский Ф.Ю. Уголовная ответственность медицинского персонала за нарушение профессиональных обязанностей / Ф.Ю. Бердичевский. – М.: Юрид. лит., 1970. – С.21. [↑](#footnote-ref-19)
20. Бердичевский Ф.Ю. Указ.раб. С.17. [↑](#footnote-ref-20)
21. Бердичевский Ф.Ю. Указ.раб. С.32. [↑](#footnote-ref-21)
22. Большой энциклопедический словарь / Под редакцией А.М.Прохорова. – М.: СПб.: Большая Российская энциклопедия «Норинт», 1998. – С.782. [↑](#footnote-ref-22)
23. Лазарева, Е.В. К вопросу об юридической ответственности медицинских работников / Е.В. Лазарева // Вестник Волжского университета им. В.Н. Татищева. – Тольятти, 2005. – Вып. 47. – С. 98-103. [↑](#footnote-ref-23)
24. Огарков И.Ф. Указ.раб. С.57. [↑](#footnote-ref-24)
25. Там же. С.59. [↑](#footnote-ref-25)
26. Акопов В. И. Медицинское право: Книга для врачей, пациентов и юристов / В.И. Акопов. – М.: Ростов-на-Дону, 2004. – С. 158 [↑](#footnote-ref-26)
27. Шепель Т.В. О критериях и юридической квалификации врачебной ошибки при оказании психиатрической помощи / Т. В. Шепель // Российский юридический журнал, 2002. – №4. – С. 89. [↑](#footnote-ref-27)
28. Давыдовский И. В. Врачебные ошибки / И.В. Давыдовский // Советская медицина. 1991 г. – №3. – С. 3. [↑](#footnote-ref-28)
29. Краковский Н.И., Грицман Ю.Я. Ошибки в хирургической практике и пути их предупреждения / Н.И. Краковский, Ю.Я. Грицман. – М., 1959. – С.6. [↑](#footnote-ref-29)
30. Огарков И.Ф. Указ.раб. С.97. [↑](#footnote-ref-30)
31. Крылов, И.Ф. Врач и закон: Правовые вопросы врачебной деятельности / И.Ф. Крылов. – Л.., 1972. – С. 17. [↑](#footnote-ref-31)
32. Цитирую по: Огарков И.Ф. Указ. раб. С.114. [↑](#footnote-ref-32)
33. Ибраев, М.А. Выявление причин и условий, способствующих совершению преступлений медицинскими работниками при ненадлежащем выполнении профессиональных обязанностей / М.А. Ибраев // Проблемы совершенствования системы воздействия на преступность в современный условиях. – 2002. – С.219-221. [↑](#footnote-ref-33)
34. См.: Медицина и право: Материалы конференции / Гл. Ред. А. В. Алексеева. – М., 1999 г. – с. 54. [↑](#footnote-ref-34)
35. Глушков В.А. Уголовная ответственность медицинских работников за нарушение профессиональных обязанностей. Автореф., дис…канд. юрид. наук./ В.А. Глушков. – Киев, 1983. – с. 22. [↑](#footnote-ref-35)
36. Чимытова, Т.В. Уголовная ответственность медицинских работников за вред, причинённый жизни и здоровью человека / Т.В. Чимытова // Уголовно-правовые и криминологические проблемы борьбы с преступностью. Сборник научных трудов. – Иркутск, Изд-во БГУЭП, 2003. – Вып. 1. – С. 221-227. [↑](#footnote-ref-36)
37. См.: Правила судебно-медицинской экспертизы тяжести вреда здо­ровью // Приложение 2 к приказу Минздрава РФ N 61 от 5.03.1997 г. О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения РФ от 10.12.1996 г. № 407 «О введении в практику правил производства судебно-медицинских экспертиз» // Медицинская газета. – 1997. – № 34. [↑](#footnote-ref-37)
38. Кореневский, Ю. Расследование причинение вреда здоровью медицинскими работниками / Ю. Кореневский // Законность. – 1998. – № 4. – С. 16-20. [↑](#footnote-ref-38)
39. Татаркин, В.В. Преступления медицинских работников против жизни и здоровья. Автореф., дис…канд. юрид. наук. / В.В. Татаркин. – Ростов-на-Дону, 2007. – с.10. [↑](#footnote-ref-39)
40. См.: Правила судебно-медицинской экспертизы тяжести вреда здо­ровью // Приложение 2 к приказу Минздрава РФ N 61 от 5.03.1997 г. О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения РФ от 10.12.1996 г. № 407 «О введении в практику правил производства судебно-медицинских экспертиз» // Медицинская газета. – 1997. – № 34. [↑](#footnote-ref-40)
41. Наумов, А.В., Старостина, Я.В. Проблемы уголовной ответственности медицинских работников: Дис…канд. юрид. наук // Российский криминологический взгляд. – 2006. – № 4. – С. 182-183. [↑](#footnote-ref-41)
42. Мендельсон, Г.А. Ответственность за производство незаконного аборта по советскому уголовному праву / Г.А. Мендельсон. – М.: Изд-во Московского ун-та, 1957. – с. 62. [↑](#footnote-ref-42)
43. Бондаренко, Д.В. К вопросу о юридической ответственности медицинских работников / Д.В. Бондаренко // Медицинское право. – 2006. – № 4. – С. 41-46. [↑](#footnote-ref-43)
44. Акопов В. И. Медицинское право: Книга для врачей, пациентов и юристов / В.И. Акопов. – М.: Ростов-на-Дону, 2004. – с. 234 [↑](#footnote-ref-44)
45. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. / Российская Федерация // Ведомости Верховного Совета РФ. – 1993. – № 33. – Ст. 318. [↑](#footnote-ref-45)
46. Никитина И.О. Уголовно-правовой аспект ответственности медицинских работников / И.О. Никитина // «Чёрные дыры» в Российском Законодательстве. Юридический журнал. – 2007. – № 3. – С. 207-208. [↑](#footnote-ref-46)
47. Вносится депутатом Государственной Думы А.В. Чуевым Федеральный закон «О внесении дополнения в Уголовный кодекс Российской Федерации, предусматривающего освобождение от уголовной ответственности медицинских работников в случае отказа от проведения аборта» [Электронный ресурс]: Чуев Александр Викторович – депутат Государственной Думы Федерального Собрания РФ, официальный сайт. – Режим доступа: http:// www. chuev.org 15.02.08 [↑](#footnote-ref-47)
48. Глушков В.А. Ответственность за преступления в области здравоохранения / В. А. Глушков. – Киев: «Высшая школа», 1987. – с.12. [↑](#footnote-ref-48)
49. О судебной практике по делам о взяточничестве и коммерческом подкупе: Постановление Пленума Верховного суда РФ от 10 февраля 2000 г. // БВС РФ. – 2000. – № 6. – С. 15. [↑](#footnote-ref-49)
50. Стеценко, С.Г. Медицинское право: Учебник / С.Г. Стеценко – Спб.: Изд-во «Юрид. Центр Пресс», 2004. – с. 314-315. [↑](#footnote-ref-50)
51. Пристансков, В.Д. Основания и пределы уголовной ответственности медицинских работников / В.Д. Пристансков // Криминалистический вестник, - 2003. – Вып. 2. – С. 108-117. [↑](#footnote-ref-51)
52. Тяжкова, И.М. Уголовная ответственность медицинских работников / И.М. Тяжкова // Вестник МГУ, Серия 11 «Право». – 1994. – № 6. – С. 14. [↑](#footnote-ref-52)
53. См.: Врач и закон / Подготовлено к.ю.н., доцентом Р. М. Готлиб и к.ю.н., доцентом Л.И. Романовой. – Владивосток: РИО Примупрполиграфиздата, 1988. – С. 17. [↑](#footnote-ref-53)
54. См.: К уголовной ответственности привлекается врач, оформивший фиктивный больничный [Электронный ресурс]: Российское информационное агентство Восток-Медиа 11.04.2005. – Режим доступа http:// vostokmedia.com, 11.02.08 [↑](#footnote-ref-54)
55. Определение № 1-03/04 по делу Петрова [Электронный ресурс]. – Режим доступа : компьютерная сеть Юрид. ин-та ДВГУ. – БД КонсультантПлюс. [↑](#footnote-ref-55)
56. О судебной практике по делам о взяточничестве и коммерческом подкупе: Постановление Пленума Верховного суда РФ от 10 февраля 2000 г.// БВС РФ. – 2000. – № 6. – С. 15. [↑](#footnote-ref-56)
57. См.: Малеина, М.Н. Человек и медицина в современном праве: Учебное и практическое пособие / М.Н. Малеина. – М.: БЕК, 1995. – с. 135. [↑](#footnote-ref-57)
58. См.: На Сахалине врач-терапевт пойман на взятке [Электронный ресурс]: PrimaMedia 2006г. 6 июня. – Режим доступа http:// primamedia.ru, 11.02.08 [↑](#footnote-ref-58)
59. См.: Врача-хирурга больницы Кунашакского района привлечён к уголовной ответственности по фактам получения взяток [Электронный ресурс]: Информационно-аналитическое агентство УралБизнесКонсалтинг 29.06.2007. – Режим доступа http:// su.urbs.ru, 11.02.08

    А также: Начмед вымогал деньги у подчинённого [Электронный ресурс]: Челябинская государственная телевизионная радиовещательная компания 07.05.2007. – Режим доступа http:// chelyabinsk.rfn.ru, 11.02.08

    Курского врача осудили за взятку в 160 рублей (ИА Регнум) [Электронный ресурс]: Запрещённая ежедневная газета Старости 22.10.07. – Режим доступа http:// www.starosti.org, 11.02.08

    [↑](#footnote-ref-59)
60. Козулина, С. А. Проблемы юридической ответственности медицинских работников за профессиональные правонарушения /С.А. Козулина // Актуальные проблемы правового регулирования медицинской деятельности. – 2003. – С. 261-264. [↑](#footnote-ref-60)
61. Смирнова, С. Халатность или врачебная ошибка? / С. Смирнова // Домашний адвокат. – 2001. – № 6. – С. 4. [↑](#footnote-ref-61)
62. См.: Халатность врача привела к гибели младенца [Электронный ресурс]: Маяк 2004 г. – Режим доступа: http:// old.radiomayak.ru, 11.02.08 [↑](#footnote-ref-62)
63. Анна Шмидт. Змея…без чаши? [Электронный ресурс]: Саратовский Расклад. – Режим доступа: http:// www.rasklad.ru 15.02.08 [↑](#footnote-ref-63)
64. Цитирую по: Тяжкова, И.М. Уголовная ответственность медицинских работников / И.М. Тяжкова // Вестник МГУ, Серия 11 «Право». – 1994. – № 6. – С. 14. [↑](#footnote-ref-64)
65. Цитирую по: Язухин, А.А. Если наступила смерть или иные тяжкие последствия? / А.А. Язухин // Социалистическая законность. – 1987. – № 2. – С. 51. [↑](#footnote-ref-65)
66. Цитирую по: Маляева, Е. О. Колосова, В.И., Маляев К.В. Уголовно-правовые проблемы медицины: монография / Е.О. Маляева, В.И. Колосова, К.В. Маляев. – Новгород: ННГУ, 2004. – С. 63. [↑](#footnote-ref-66)
67. Там же. С. 63. [↑](#footnote-ref-67)
68. Крылова, Н., Павлова, Н. Крайняя необходимость в медицинской деятельности: некоторые вопросы практического применения / Н. Крылова, Н. Павлова // Уголовное право. – 2005. – №1. – С.41-44. [↑](#footnote-ref-68)
69. Тихонова, С.С. Прижизненное и посмертное донорство в РФ: Вопросы уголовно-правового регулирования. – Спб.: Изд-во «Юрид. Центр Пресс», 2002. – с.108. [↑](#footnote-ref-69)
70. Курс уголовного права. Общая часть. Учение о преступлении. Т.1. Учебник для вузов // Под.ред Н.Ф. Кузнецовой, И.М. Тяжковой. – М.: ИКД «Зерцало-М», 2002. – С.484-485. [↑](#footnote-ref-70)
71. Шаргородский, М.Д. Избранные работы по уголовному праву / М.Д. Шаргородский. – Спб.: Изд-во «Юрид. Центр Пресс», 2003. – С. 397. [↑](#footnote-ref-71)
72. Красиков, А.Н. Уголовно – правовая охрана прав и свобод человека в России / А.Н. Красиков. – Саратов, 1996. – С. 92. [↑](#footnote-ref-72)
73. Постановление Президиума Верховного Суда РФ от 11 октября 2006 г. N 429-П06[Электронный ресурс]. – Режим доступа : компьютерная сеть Юрид. ин-та ДВГУ. – БД КонсультантПлюс. [↑](#footnote-ref-73)
74. Битеев, Б., Мазин, П., Пономарев, Г. Крайняя необходимость и обоснованный риск в медицинских отношениях / Б. Битеев, П. Мазин, Г. Пономарев // Уголовное право. – 2001. – №3. – С. 22 – 24. [↑](#footnote-ref-74)
75. Стеценко, С.Г. Медицинское право. Учебник / С.Г. Стеценко. – Спб.: Изд-во «Юрид. Центр Пресс», 2004 – с. 274 [↑](#footnote-ref-75)
76. Глушков, В.А. Ответственность за преступления в области здравоохранения / В.А. Глушков. – Киев, -1987 г. – С.86. [↑](#footnote-ref-76)
77. Дагель, П.С. Об уголовной ответственности врачей / П.С. Дагель // Советская юстиция. – 1984. – № 19. – С.14. [↑](#footnote-ref-77)
78. Ковалев, М.И., Вермель, И.Г. Критерии уголовной ответственности медицинских работников за ненадлежащее лечение / М.И. Ковалев, И.Г. Вермель // Социалистическая законность. – 1987. – № 4. – С.57-58. [↑](#footnote-ref-78)
79. Серова, А.В. Профессиональный риск медицинских работников как вид обоснованного риска. Дисс… канд. юрид наук / А.В. Серова. – Екатеринбург, 1999. – с. 14-15. [↑](#footnote-ref-79)