МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ УКРАИНЫ

КРЫМСКИЙ ЭКОНОМИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ

ГВУЗ «КИЕВСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЭКОНОМИЧЕСКИЙ

УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ ВАДИМА ГЕТЬМАНА»

ЮРИДИЧЕСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ

КУРСОВАЯ РАБОТА

по уголовному праву Украины

На тему

«Вопросы уголовной ответственности медицинских работников»

Выполнила студентка 3 курса,

группы ПР-32-06 (ДФО)

Оглоблина Ольга Сергеевна

Научный руководитель:

Купцов Валентин Михайлович

Симферополь, 2008 г.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Введение

1. Врачебные преступления. Понятие, признаки и их классификация

2. Раскрытие, расследование и судебное рассмотрение дел о врачебных преступления

2.1 Следственно-судебная практика по делам о врачебных преступлениях

2.2 Предупреждение врачебных преступлений

3. Обстоятельства, исключающие преступность деяния в медицинской деятельности

Заключение

Список использованных источников

Введение

Каждый человек в своей жизни нуждается в оказании помощи со стороны представителей одной из самых благородных и необходимых профессий – медицинских работников. В силу клятвы Гиппократа презюмируется, что любой пациент должен получить квалифицированную медицинскую помощь для спасения жизни и здоровья.

За последние годы в Украине вследствие бесконтрольности за деятельностью лечебных учреждений со стороны Министерства здравоохранения, а также из-за преступной небрежности и самонадеянности отдельных медицинских работников, их низкой квалификации и безответственности к судьбе пациентов, вверивших им свою жизнь и здоровье, участились случаи гибели пациентов и причинения им тяжких увечий из-за неквалифицированной медицинской помощи, неправильного выбора метода лечения. Медицинские работники, виновные в совершении этих преступлений нередко остаются безнаказанными, либо отделываются наказаниями, не связанными с лишением свободы.

Столь мягкие меры наказания объясняются тем, что большинство врачебных преступлений совершается по неосторожности. Но ведь и преступления против безопасности движения или эксплуатации транспорта, другие преступления с многочисленными человеческими жертвами тоже совершаются по неосторожности, но виновные в их совершении, в отличие от «двоечников со скальпелем» привлекаются к уголовной ответственности и часто осуждаются к лишению свободы.

Несмотря на развитие отрасли медицинского права и его институтов, интересы жизни и здоровья личности, соблюдения конституционных прав и свобод являются объектами уголовно-правовой охраны. Соответственно причинение им вреда может стать предметом уголовно-правовой оценки. 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, в этом и заключается актуальность данной работы.

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.

В советский период теоретические основы уголовной ответственности медицинских работников были разработаны в трудах В.А. Глушкова, А.Н. Язухина и других авторов. В настоящее время в отечественной науке исследованы отдельные вопросы уголовно-правовой охраны прав пациента; уголовной ответственности медицинских работников как специальных субъектов отдельных преступлений; особенностей некоторых обстоятельств, исключающих преступность деяния в медицинской деятельности (А.Г. Блинов, Н.Е. Крылова, Л.А. Лозанович, М.В. Радченко, А.В. Серова, А.А. Тарасова, С.С. Тихонова и др.)

Однако, в отличие от стран СНГ, в Украине до сих пор недостаточно изучены (применительно к действующему уголовному законодательству) эти специфические проблемы уголовной ответственности медицинских работников и поэтому целью моей работы является наиболее полное освещение вопросов уголовно-правовой ответственности в сфере медицинского обслуживания.

Основные методы, которые я использовала при написании курсовой работы являются метод диалектического познания, относимый в юридической науке к категории всеобщего. Использование всеобщего метода позволило дать правильное понятие врачебным преступлениям и классифицировать их. Общенаучный метод также был использован и включает в себя анализ, синтез, комплексный и другие подходы, которые и составили методологическую базу.

Курсовая работа включает в себя введение, три основных раздела, два подпункта, заключение и библиографический список используемых источников, состоящий из нормативно-правовых актов, монографий и публикаций в специализированных правовых изданиях.

1. Врачебные преступления. Понятие, признаки и их классификация

Понятие врачебного преступления или преступления в сфере медицинского обслуживания (В.А. Глушков) или профессионального преступления в медицинской деятельности (Ю.Д. Сергеев) выводится из общего понятия преступления, данного в статье ст. 11 УК Украины - предусмотренное настоящим Кодексом общественно опасное виновное деяние (действие или бездействие), совершенное субъектом преступления.

Из этого определения исключен признак наказуемости деяния. По-видимому, законодатель в Украине исходил из того, что, во-первых, не все преступления раскрываются, а во-вторых, не за каждым раскрытым преступлением следует наказание, так как виновный при определенных условиях может быть освобожден от уголовной ответственности и наказания.

В юридической и медицинской литературе существуют различные определения врачебных преступлений, но все они едины в том, что эти преступления совершаются при оказании медицинской помощи пациентам и нередко ведут к гибели или тяжким увечьям потерпевших. Положительным является то, что в исследовании проблем ответственности за врачебные преступления, кроме ученых-юристов, участвуют и ученые-медики, имеющие юридическое образование. Только объединенными усилиями вышеуказанных специалистов можно достичь положительных результатов в раскрытии, расследовании и предупреждении врачебных преступлений, привлечении виновных к ответственности.

Врачебное преступления – это общественно опасное, противоправное, виновное и наказуемое деяние, посягающее на жизнь, здоровье, свободу, честь и достоинство пациентов, их имущество, умышленное или по неосторожности совершенное лицом медицинского персонала в нарушение закона, моральных, профессиональных или служебных обязанностей, причинившее или могущее причинить существенный вред интересам правового государства в сфере охраны здоровья населения, общественным отношениям в области медицинского обслуживания населения, повлекшие гибель или тяжкие увечья пациента, существенный материальный и моральный ущерб.

Настоящее определение врачебного преступления наиболее полно и точно определяет его содержание и включает также такие признаки преступления как: общественная опасность, противоправность, виновность деяния, умышленная или неосторожная форма вины. В нем же содержится указание и на специальный субъект преступления – медицинский работник, на общественно опасные последствия преступления.

Если же эти преступления, например, убийство или тяжкие телесные повреждения совершаются медицинским работником умышленно, то такие преступления следует отнести к общим составам преступлений против личности, а не к специальным составам врачебных преступлений.

Например, в Америке Джек Кеворкян осужден к 25 годам лишения свободы за убийство пациентов с их согласия и по их просьбе (эвтаназия). В Англии семейный врач Гарольд Шипман осужден к 15 пожизненным заключениям за убийства пациенток после того, как они по просьбе врача вписывали его в своих завещаниях в число наследников.[[1]](#footnote-1)

Классификация врачебных преступлений.

В уголовном кодексе Украины, большинство врачебных преступлений против жизни и здоровья пациентов включены в главу о преступлениях против жизни и здоровья личности. Наибольшее число этих преступлений включены в УК Украины 2001.

Врачебные преступления посягают на самые разнообразные общественные отношения, но наибольшую общественную опасность представляют преступления против жизни, здоровья, свободы, чести и достоинства личности.

Ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей, повлекшее заражение лица вирусом иммунодефицита человека либо иной **неизлечимой инфекционной болезни.**

**С объективной стороны преступление, предусмотренное ст. 131, выражается в ненадлежащем выполнении (действии или бездействии) медицинским,** фармацевтическим или иным работником своих профессиональных обязанностей, вследствие небрежного или недобросовестного к ним отношения. Профессиональные обязанности определяются сферой деятельности субъекта преступления, а также соответствующими нормативными актами в области борьбы со СПИДом, иными неизлечимыми болезнями. Так, существуют определенные правила, обязывающие медицинского работника при переливании крови больному, проверять ее на наличие ВИЧ-инфекции или правила диагностирования на ВИЧ-инфекцию и другие инфекционные болезни. Ненадлежащее выполнение обязанностей происходит вследствие небрежного или недобросовестного к ним отношения, когда, например, медицинская сестра не проводит необходимой обработки медицинского инструментария и т.п. Обязательным последствием указанного действия или бездействия является заражение потерпевшего вирусом иммунодефицита или другой неизлечимой инфекционной болезни хотя бы одного человека (ч. 1 ст. 131) или двух и более лиц (ч. 2 этой статьи).

Между действием (бездействием) лица, нарушившего профессиональные обязанности, и указанными последствиями должна быть установлена причинная связь.

Субъективная сторона преступления — только неосторожность, как в форме преступной самоуверенности, так и в форме преступной небрежности.

Субъект преступления — специальный. Это медицинские или фармацевтические работники (врачи, медицинские сестры, сотрудники лабораторий, осуществляющие диагностику этих заболеваний или проводящие исследования инфицированного материла и т.д.)

Разглашение сведений о проведении медицинского обследования на выявление заражения вирусом иммунодефицита человека либо иной неизлечимой инфекционной болезни.

Медицинское обследование на выявление этих болезней — это лабораторное исследование крови либо иных биологических жидкостей с целью выявления в них вирусов. Специальные правила такого обследования, утвержденные постановлением Кабмина Украины от 10 августа 1992 г. (СП Украины.— 1992. № 9.— Ст. 218), устанавливают круг лиц, которые подлежат такому обследованию, К ним, в частности, относятся проститутки и наркоманы, которые вводят наркотические средства путем инъекций, лица, имевшие половые контакты с ВИЧ-инфицированными, при их выявлении, дети, родившиеся от инфицированных матерей, доноры крови, биологических жидкостей, органов и тканей — при каждой сдаче; беременные женщины — при взятии на учет по беременности, женщины, обратившиеся в медицинские учреждения для производства аборта, медицинские работники, занятые оказанием помощи ВИЧ-инфицированным, а равно лабораторной деятельностью по ВИЧ-инфекции, и ряд других лиц. Указанные правила обязывают соответствующих лиц хранить в тайне сведения, которые им стали известны в результате обследования пациентов. По ст. 132 могут отвечать лишь лица сообщившие сведения об обнаруженных в ходе обследования положительных данных о ВИЧ-инфекции или заболевании СПИДом либо иной неизлечимой инфекционной болезнью. Сообщение же сведений об обследовании, давшем отрицательные результаты, ст. 132 не охватывается, т.е. оно не является преступлением, предусмотренным этой статьей УК.

С объективной стороны преступление состоит в разглашении сведений о наличии у лица ВИЧ-инфекции, СПИДа или другой неизлечимой болезни (например, тяжелой формы туберкулеза) при условии, что эти сведения стали известны в связи с выполнением служебных или профессиональных обязанностей. Под разглашением понимают сообщение этих сведений хотя бы одному лицу, которому по закону эти сведения не могут быть сообщены. Преступление считается оконченным с того момента, когда сведения, стали достоянием хотя бы одного лица, которому эти сведения не положено знать. Субъективная сторона — умысел или неосторожность.

Субъект преступления — должностные лица медицинского учреждения, вспомогательный персонал (секретарь, регистратор больницы), самовольно добывшие информацию о болезни (например, при ознакомлении с историей болезни), либо медицинские работники.

Незаконная врачебная деятельность.

Объективная сторона преступления заключается в постоянном или временном занятии врачебной деятельностью лицами, не имеющими надлежащего медицинского образования и в наступлении в результате этой деятельности тяжких последствий для больного. Незаконная врачебная деятельность заключается в воздействии на человека путем запрещенных медицинских средств и методов или, хотя и разрешенными средствами и методами, но совершаемыми лицом, не имеющим на это право (например, производство медсестрой операций или манипуляций, право осуществлять которые предоставлено лишь врачу определенной специальности, или лечение заболевания внутренних органов врачом-стоматологом). Оконченным данное преступление является лишь в случае, если в результате незаконной врачебной деятельности наступили тяжкие последствия (например, смерть больного, тяжкая его болезни и др.).

Субъективная сторона — само занятие деятельностью совершается умышленно, относительно последствий — вина неосторожная.

Субъект — любое лицо, не имеющее соответствующего медицинского образования. Если данное преступление сопровождалось обманом, соединенным с получением вознаграждения, совершенное квалифицируется по совокупности статей 138 и 190.

Неоказание помощи больному медицинским работником (ст. 139).

В ч. 1 ст. 139 устанавливается ответственность за неоказание без уважительных причин помощи больному медицинским работником, обязанным согласно установленным правилам оказать такую помощь, если это заведомо для медицинского работника могло повлечь тяжкие последствия для больного.

С объективной стороны преступление заключается в бездействии — в неоказании помощи больному без уважительных на то причин, если это могло повлечь тяжкие для него последствия. Неоказание помощи может быть выражено в отказе практикующего врача или медсестры, находящихся дома, т. е. вне службы, явиться по вызову к больному или его близким, в отказе оказать помощь при несчастном случае, происшедшем на улице в их присутствии и т. п. Уважительные причины неоказания помощи, которые исключают ответственность, могут быть различными: непреодолимая сила, состояние крайней необходимости, болезнь самого медицинского работника, лишающая его возможности оказать помощь, некомпетентность этого работника, если им приняты меры к вызову надлежащего специалиста, неумение манипулировать медикаментами или хирургическими инструментами и др. Возможность наступления тяжких последствий для больного в связи с неоказанием ему помощи должна быть реальной, т. е. такой, которая при обычном ее развитии может в данных конкретных условиях привести к смерти или иным тяжким последствиям.

С субъективной стороны преступление предполагает заведомость (умысел или самоуверенность), при которой виновный осознает, что неоказание им помощи больному может повлечь смерть последнего, серьезные осложнения и иные тяжкие последствия.

Субъект преступления — специальный. Это медицинский работник, обязанный в силу установленных правил оказывать помощь больному.

В ч. 2 ст. 139 установлена ответственность за неоказание помощи больному, повлекшее смерть или иные тяжкие последствия (например, тяжелые осложнения и т.п.). Между неоказанием помощи и этими последствиями должна быть установлена причинная связь. Если оказание помощи все равно не могло предотвратить указанных последствий, медицинский работник отвечает по ч. 1 ст. 139 за сам факт неоказания такой помощи. Наступившие же последствия ему вменены быть не могут, так как здесь между неоказанием помощи и этими последствиями отсутствует причинная связь.

Ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей медицинским или фармацевтическим работником.

С объективной стороны преступление может совершаться путем действия или бездействия в виде невыполнения или ненадлежащего выполнения медицинским или фармацевтическим работником своих профессиональных обязанностей вследствие небрежного или недобросовестного к ним отношения, повлекшее тяжкие последствия для больного. Нарушение профессиональных обязанностей носит, как показывает медицинская практика, разнообразный характер. Это и отказ от госпитализации больного, оказание помощи которому должно быть неотложным, несвоевременная диагностика заболевания, нарушение правил применения лекарственных веществ (например, применение в повышенных дозах, неправильное введение), превышение дозы облучения, оставление инородных предметов (например, медицинской салфетки) в полости оперируемого больного, оставление больного без необходимого медицинского наблюдения, нарушения при приготовлении лекарственных веществ и др. В результате небрежного или недобросовестного выполнения указанных обязанностей для объективной стороны необходимо наступление тяжких последствий для больного (смерти, осложнения болезни, инвалидности и т. п.) Между действием (бездействием) медицинского или фармацевтического работника и последствиями необходимо установление причинной связи.

Субъективная сторона — преступная самоуверенность или небрежность, часто вызванные некомпетентностью врача или фармацевта- Поэтому медицинскими правилами, например, установлено, что если врач испытывает сомнения в постановке диагноза или выборе метода лечения, он должен обращаться к более опытному специалисту. Он обязан воздержаться от лечения ввиду своей некомпетентности, а если он этим пренебрег и наступили указанные в ст. 140 последствия, то это влечет уголовную ответственность по указанной статье.

Субъект преступления — специальный. Это медицинские, а равно фармацевтические работники — фармацевты, заведующие аптек и т.п. В части 2 ст. 140 установлена ответственность за то же деяние, если оно повлекло тяжкие последствия для несовершеннолетнего.

Нарушение прав пациента.

С объективной стороны преступление состоит в проведении клинических испытаний лечебных средств без письменного согласия пациента или его законного представителя, или в отношении несовершеннолетнего, либо недееспособного, если эти действия повлекли смерть либо иные тяжкие последствия.

В статье 44 Основ законодательства Украины о здравоохранении установлено, что в интересах излечения больного и с его согласия или с согласия законного представителя несовершеннолетнего или недееспособного врач может применить новые научно-обоснованные методы лечения и лекарственные средства. Клинические испытания лечебных средств включают в себя применение новых методов диагностики, использование нового инструментария, применение новых лекарственных средств и т. п. Такие испытания должны преследовать полезную цель — излечение больного — и проводиться лишь с согласия пациента или его законного представителя. В исключительных случаях, когда промедление в установлении диагноза или проведении лечения (например, хирургической терапии) угрожает жизни больного, клинические испытания возможны и без такого согласия. Нарушение указанных требований образует данное преступление при условии, что в результате наступила смерть пациента или иные тяжкие последствия (например, осложнение болезни, инвалидность и т. п.).

Субъективная сторона: к самому клиническому испытанию умысел, к последствиям лишь неосторожность.

Субъект — медицинский или фармацевтический работник проводивший испытания.

Незаконное проведение опытов над человеком.

С объективной стороны преступление выражается в незаконном проведении медико-биологических, психологических либо иных опытов над человеком, если это создавало опасность для его жизни или здоровья. В статье 45 Основ законодательства Украины о здравоохранении установлено, что применение медико-биологических экспериментов на людях допускается при условии их научной обоснованности и с согласия пациента. Запрещается проведение таких экспериментов на больных заключенных или военнопленных. Практика также запрещает подобные эксперименты на психически больных, новорожденных, беременных женщинах, на безнадежно больных. Вопросы проведения экспериментов над людьми были предметом рассмотрения ряда международных организаций. Так, в рекомендациях Комитета министров Совета Европы подробно рассмотрены принципы и порядок таких экспериментов. В частности, обращается внимание, что при проведений медицинского эксперимента интересы и благополучие человека, подвергающемуся такому исследованию, должны иметь преимущество перед интересами науки и общества. Риск эксперимента должен быть сведен к минимуму, и его степень не может не соответствовать пользе, получаемой человеком, или важности целей, преследуемых экспериментом. Такой эксперимент не может проводиться, если не предоставлены достаточные доказательства, касающиеся безопасности лица, подвергающегося исследованию.

При нарушении этих требований проведение эксперимента (опыта) над человеком является незаконным. Кроме того, требуется согласие пациента на проведение опыта. Такой опыт ни при каких условиях не может создавать опасность для его жизни и здоровья.

В части 2 ст. 142 установлена ответственность за незаконное проведение опыта над несовершеннолетними, в отношении двух или более лиц, путем принуждения или обмана, а равно повлекшее длительное расстройство здоровья потерпевшего (например, тяжкая болезнь, инвалидность и т.д.).

Субъективная сторона — вина умышленная, относительно последствий в виде длительного расстройства здоровья — неосторожность.

Субъект — лицо, проводящее такой эксперимент.

Нарушение установленного законом порядка трансплантации органов или тканей человека.

Трансплантация — это пересадка органов и тканей от одного человека (донора) другому человеку (реципиенту). Ст. 48 Основ законодательства Украины о здравоохранении устанавливает, что трансплантация допускается, если иные методы поддержания жизни, восстановления здоровья не дают желаемых результатов, и причиненный при этом вред донору меньше, чем тот, который угрожает реципиенту. Закон Украины от 16 июля 1999 г. «О трансплантации органов и других анатомических материалов человеку» подробно регулирует условия и порядок трансплантации.

С объективной стороны преступление, предусмотренное ст. 143, заключается в нарушении установленного законом порядка трансплантации органов или тканей человека. Таким нарушением, например, является трансплантация без получения согласия живого донора или его законного представителя (если речь идет о несовершеннолетнем) на изъятие органа (например, сердца, почки) или согласия близких родственников умершего на изъятие материалов у трупа (например, роговицы, суставов, кожи и т.п.). Таким же нарушением считается и применение трансплантации, когда излечение больного возможно обычными методами медицины. Равным образом, охватываются признаками ст. 143 и случаи, когда донору причиняется в результате трансплантации больший вред, чем тот, который угрожал реципиенту.

К нарушениям порядка трансплантации следует относить и случаи, когда труп передается родственникам без необходимого медицинского туалета, скрывающего следы трансплантации, т.е. в обезображенном виде.

Часть 2 ст. 143 устанавливает ответственность за изъятие у человека путем принуждения или обмана его органов или тканей с целью трансплантации. Речь идет о живом доноре, которого принуждают к трансплантации или обманывают. В части 3 ст. 143 установлена ответственность за такое принуждение или обман в отношении лица, находящегося в беспомощном состоянии или в материальной либо иной зависимости от виновного. Наконец, ч. 4 ст. 143 предусматривает ответственность за незаконную торговлю органами или тканями человека.

Если принуждение или обман, указанные в ч. 2 ст. 143, или торговля органами или тканями совершается по предварительному сговору группой лиц или путем участия в транснациональных организациях, занимающихся такой деятельностью, ответственность наступает по ч. 5 ст. 143.

Субъективная сторона — прямой умысел, часто связанный с корыстной целью, а при незаконной торговле органами или тканями — корыстная цель обязательна.

Субъект преступления — лицо, производящее трансплантацию, иные лица, например занимающиеся торговлей органами или тканями человека, в том числе участники транснациональных организаций.

Насильственное донорство.

Донорство — это специальный вид трансплантации, т.к. кровь представляет собой особую ткань человеческого организма. Статья 46 Основ законодательства Украины о здравоохранении запрещает взятии донорской крови принудительно и от людей, заболевания которых могут передаваться реципиенту или причинить ущерб его здоровью. Закон Украины от 23 июня 1995 г. «О донорстве крови и ее компонентов» определяет донорство как добровольный акт волеизъявления человека, состоящий в даче крови или ее компонентов для дальнейшего использования в медицинских целях (переливания крови, изготовления лекарственных средств и т.п.).

С объективной стороны преступление, предусмотренное ст. 144, состоит в насильственном или путем обмана изъятии крови у человека для использования его в качестве донора. Насилие может быть физическим (например, побои, связывание и др.) или психическим (угроза избить и т.п.). Обман — это любые действия, вводящие лицо в заблуждение для использования его как донора.

В части 2 ст. 144 установлена ответственность за те же действия, совершенные в отношении несовершеннолетнего или лица, находящегося в беспомощном состоянии либо в материальной зависимости от виновного, а в ч.3 — за совершение преступления по предварительному сговору группой лиц или с целью продажи.

Субъективная сторона — лишь прямой умысел, соединенный с целью использовать потерпевшего как донора, при изъятии крови для продажи — обязателен корыстный мотив.

Субъект преступления — медицинский работник, осуществляющий изъятие крови, а по частям 2 и 3 ст. 144 — и иные лица.

Незаконное разглашение врачебной тайны.

Ст. 40 Основ законодательства Украины о здравоохранении запрещает медицинским работникам разглашать врачебную тайну, а при использовании данных в научной и учебной работе требуется анонимность пациента. Запрет разглашения врачебной тайны необходим для охраны прав пациента, его жизни и здоровья.

С объективной стороны преступление состоит в разглашении врачебной тайны лицом, которому она стала известной в связи с выполнением профессиональных или служебных обязанностей, если такое деяние повлекло тяжкие последствия (самоубийство, нервный стресс, иную тяжкую болезнь потерпевшего и др.).

Субъективная сторона — умысел.

Субъект преступления — лицо, которому тайна стала известной в связи с выполнением профессиональных (врач, медсестра, фельдшер) или служебных (зав. отделением, главврач, работник регистратуры и т.п.) обязанностей.[[2]](#footnote-2)

Следует отметить, что только в Уголовный Кодекс Украины включены такие преступления, как нарушение прав пациента (ст. 141) и нарушение права на бесплатную медицинскую помощь (ст. 184), право, которое нарушается постоянно и повсеместно в отличие от уголовных кодексов Российской федерации и Республики Молдова.

Столь подробная регламентация уголовной ответственности за врачебные преступления в новом УК Украины свидетельствует о глубокой научной разработке данной проблемы учеными-юристами, судебными медиками, о высокой эффективности этих исследований и их прямом влиянии на законодательную практику, об особой заботе законодателей о защите жизни и здоровья всех пациентов и в особенности несовершеннолетних.

1. Раскрытие, расследование и судебное рассмотрение дел о врачебных преступлениях

Особенностью показаний врачей, подозреваемых, или обвиняемых в совершении врачебных преступлений является то, что они, как правило, не признают себя виновными в их совершении. Это подтверждает исследование, проведенное американским врачом Ричардом Ригельманом.[[3]](#footnote-3) Автор отмечает, что когда врачей спрашивали об ошибках, совершенных ими самими и их коллегами, ошибки коллег признавали почти все. В некоторых случаях эти ошибки повлекли за собой гибель больного. Иногда врачи, оправдываясь, обвиняли в ошибке самого больного, перекладывая на него ответственности за неудачу лечения.

Редко приходится слышать о том, что врач признал свою ошибку и готов нести за это ответственность. Исправить ошибку в медицине не всегда возможно, если, скажем, пациент погиб или на всю жизнь остался калекой. Если ошибка не признана, ситуация остается неразрешенной и прощение невозможно.

«Если мы признали свою ошибку, постарались ее исправить и свести к минимуму последствия, проанализировали причины и сделали выводы на будущее, можно надеяться, что, по крайней мере, в нашем собственном сознании проблема разрешена. Работая над своими ошибками, человек заслуживает сочувствия окружающих и свободу от обвинений»[[4]](#footnote-4)

По моему, одной из причин, по которой врачи не признают свои ошибки, повлекшие гибель или тяжкие увечья пациентов, является общий для виновных в совершении всех преступлений – страх перед ответственностью за содеянное и нежелание нести эту ответственность, ведь большинство врачебных преступлений совершается без свидетелей и за их действиями никто не осуществляет контроль, а об их виновности или невиновности в гибели пациента впоследствии судят по ими же сделанными записями в истории болезни. В случае гибели пациента эти надписи за одну ночь могут переписываться неоднократно и легко, могут быть уничтожены все документальные доказательства.

Врачи не признают себя виновными и потому, что по непонятным нам причинам, в случае выявления врачебного преступления правоохранительными органами, как например, изъятие почек для пересадки еще у живых пациентов (Кишинев, Львов, Москва, Хабаровск и др.) к подозреваемым не применяются такие жесткие меры, как к другим преступникам.

Заслуги виновных пред медициной преувеличиваются, указываются, что они являются кандидатами, докторами наук и чуть не заслужили международную, мировую известность.

Столь либеральным отношением к врачебным преступлениям, особенно если учесть, что в странах СНГ виновные в их совершении редко приговариваются к лишению свобода, общество расплачивается тем, что с каждым годом число таких преступлений с тяжкими последствиями неуклонно растет, а виновные в их совершении остаются безнаказанными.

Профессор Ю.Д. Сергеев справедливо отмечает, что «К сожалению, среди врачей встречаются люди, которые не служат медицине, а формально обслуживают поступающих больных, тягостно отрабатывая свои рабочие часы, совершая грубые нарушения профессиональных обязанностей. В случаях, предусмотренных законодательством, они должны нести ответственность в полной мере». Он же отмечает, что «в 80-х годах прошлого, XX века за различные нарушения врачей им выносилось около миллиона выговоров в год. Сотни врачей, пусть даже виновные в преступной небрежности, самонадеянности, были осуждены как убийцы».[[5]](#footnote-5)

Последнее время в средствах массовой информации сообщается о многочисленных случаях злоупотреблений, вымогательства денег у пациентов, преступной врачебной халатности, повлекшей гибель пациентов. К сожалению, врачебные преступления почему-то не включаются в криминальную хронику. Из нее мы почти ежедневно узнаем, сколько человек погибло в результате пожаров, дорожно-транспортных преступлений, от рук бандитов. На место происшествия выезжают следственно-оперативные группы, возбуждаются уголовные дела, проводится расследование. А вот сколько пациентов погибает в больницах в реанимационных отделениях ночью, после оказания им платных медицинских «услуг», остается тайной, которая лишь приоткрывается в некоторых публикациях. Причем некоторые «эскулапы» хорошо усвоили, что лучшая оборона – это наступление, и чуть что – угрожают журналистам, газетам судебными исками.

* 1. Следственно-судебная практика по делам о врачебных преступлениях за рубежом

Проблема раскрытия, расследования и предупреждения врачебных преступлений, влекущих гибель тысяч пациентов или их тяжкие увечья привлекает постоянное внимание ученых-юристов, медиков, судебных медиков, практических работников правоохранительных органов и лечебных учреждений.

Ю.Д. Сергеев и С.В. Ерофеев отмечают, что «К 1999 году в зарубежной медицине была накоплена богатая информация как в сфере ответственности медицинского персонала, так и в области защиты прав пациента. Созданы международные организации, объединяющие специалистов по медицинскому праву, ятрогенной патологии, регулярно проводились международные конференции. Активность зарубежных медиков и страховщиков в получении информации об эффективности медицинской помощи обусловлено еще и внедрением страхования профессиональной ответственности и без вины и системы ускоренной компенсации ущерба при типично «виновных» нежелательных исходах.

Вот лишь несколько уголовных дел с большим общественным резонансом, возбужденных по факту врачебных преступлений.

Уголовное дело по факту приготовления к убийству А.О. возбуждено Хорошевской межрайонной прокуратурой г. Москвы в связи с попыткой хирургов Московского координационного центра органного донорства (МКЦОД) вырезать почку для богатого пациента у еще живого москвича А.О. Правда, его самого спасти не удалось.[[6]](#footnote-6) И очень скоро стало ясно: МУРовцы (Московский уголовный розыск) зацепили мощную и четко отложенную систему.

Следствие располагает данными о том, что чудовищный случай с О. далеко не частный, не единичный. А почки изымались еще у живых доноров потому, что качество донорской почки, забранной на работающем сердце, значительной лучше трупной. И ее цена значительно выше. Существует отдельный лист ожидания для богатых людей.

Во Львове, на Украине, аналогичное дело, возбужденное в 2001 году, впоследствии было прекращено.

Вся Польша пребывает в шоке после того, как 13 января 2002 г. из публикаций прессы узнала, что врачи «Скорой помощи» в Лодзи торговали телами умерших. Более того, есть подозрения, что не без их содействия больные умирали еще на пути в больницу.[[7]](#footnote-7)

13 января 2002 г. польское издание «Газета выборча» сообщила, что врачи «скорой помощи» в Лодзи намеренно убивали своих пациентов, или не всегда возвращали пациенту жизнь. Иногда он умирал на руках, иногда – не дождавшись приезда «скорой». В этой ситуации медик по мобильному телефону звонил в частное похоронное бюро и сообщал адрес, по которому находится труп. Представители бюро мгновенно прибывали на место и забирали покойника к себе, а потом занимались похоронами. В нынешней Польше похороны по среднему разряду стоят около 4-5 тысяч злотых (1000 – 1250 долларов). Бригада скорой помощи получала за «сигнал» по 1600 злотых. Врачи «скорой», чтобы не потерять свой гонорар, не спасали больного, а убивали его. Методов для этого было два: или не спешить на помощь пациенту, или ускорить смерть больного путем инъекции препарата под названием павулон.

Проверка Министерства здравоохранения Польши показала, что за 2001г. вся варшавская служба «скорой помощи» израсходовала всего около 90 ампул павулона, а врачи «скорой помощи» в Лодзи – 244. Следующее сообщение о ходе расследования дела врачей в Польше в российской прессе опубликовано только через полтора года – в июне 2003 г. Видимо, в Польше, как и в других пост социалистических странах, эти дела также расследуются годами.

Аналогичные проблемы при раскрытии, расследовании и предупреждении врачебных преступлений, привлечении виновных к уголовной ответственности существуют и в Украине

В США, по данным Национального института здоровья, 98 тысяч американцев ежегодно погибают от врачебных ошибок. Это больше, чем от всех убийств и самоубийств и ДТП вместе взятых.[[8]](#footnote-8)

По другим данным Национального Банка данных о практикующих врачах (США), только в 1991-1994 гг. общее количество выплат в качестве компенсации пациентам достигло 80 миллиардов 559 миллионов долларов США. Таким образом, за врачебные ошибки, за которыми, по нашему мнению, скрываются многие врачебные преступления, американские врачи или страховые компании выплачивают пациентам, их родственникам астрономические суммы, которые нашим пациентам и не снились.

Не говоря уже о том, что и в Америке, и в других западных странах врачи за убийство пациентов с их согласия попадают и в места лишения свободы. Так, Джек Кеворкян в Америке за убийство пациента с согласия потерпевшего отбывает 25-летний срок лишения свободы.

В Англии Гарольд Шипман осужден к 15-ти пожизненным заключениям. В той же Англии медицинские ошибки являются третьей после раковых и сердечных заболеваний причиной смертности среди англичан. Исследование, проведенное в ряде больниц Великобритании, показало: примерно 280 тысяч пациентов пострадали от неправильно назначенного лечения и лекарств, передозировки препаратов, а также инфекций, полученных во время пребывания в больнице или хирургических операций.

Теперь, как сообщает газета «Санди таймс», британский департамент здравоохранения планирует выделить 1,2 миллиона фунтов на трехлетнюю программу, в ходе которой будет изучено положение в 20 больницах. Планируется проверить также свыше 10 тысяч историй болезни с целью выявления, можно ли было избежать смертельных случаев.

Статистика врачебных преступлений существует, только она строго засекречена и недоступна ни журналистам, ни широкой общественности. Опубликование такой статистики сильно подорвало бы доверие населения к отечественной медицине, которое и так во многих случаях приближается к нулю. Самыми осведомленными в этом являются судебно-медицинские эксперты, но все дело в том, что все они подчинены Министерству здравоохранения во всех бывших социалистических странах, финансируются из его бюджетов. Зарплата, категория, повышения по службе также зависят от Минздрава. А, как известно, кто платит, тот и заказывает музыку и, как правильно пишет Г. Головлева, в случае совершения врачебного преступления виновного готово защитить «целое медицинское войско».

Не зря известный украинский кардиохирург, академик Амосов, зная истинную цену отечественной медицины, согласился и сам перенес операцию на сердце не в Киеве, и не в Москве, а в Германии и прожил после этого еще несколько лет.

Также в Украине докторскую диссертацию подготовил профессор Ю.Д. Сергеев, судебный медик, на тему: судебно-медицинская экспертиза по делам о правонарушениях среди медицинских работников, изучив при этом тысячи уголовных дел о правонарушениях указанной категории, расследованных и рассмотренных в Украине. Диссертация защищена в Москве в 1987 г.

В решении всех этих проблем нам не нужно открывать Америку, а надо брать с нее пример. Если там существует статистика о числе пациентов, погибающих вследствие врачебных ошибок, за которыми скрывается много врачебных преступлений, то такую статистику следует завести и у нас и периодически ее публиковать в СМИ.

Если в Америке и в Канаде существует электронный банк данных о неблагоприятных исходах оказания медицинской помощи, то такой банк данных надо создать и у нас.

Необходимо ввести изменения в государственную статистику Минздрава, прокуратуры, МВД, в которой был бы и раздел, учитывающий врачебные преступления. Эти же данные включать в ежедневную сводку о совершенных преступлениях, в криминальную хронику.

Через пятьдесят лет после смерти Сталина московских медиков вновь пытаются преследовать по национальному признаку.[[9]](#footnote-9) Это дело было сфабриковано органами МВД в основном против врачей еврейской национальности и являлось частью общего сталинского плана осуществления массовых репрессий против евреев. Вот официальная информация по этому делу: «Правительственное сообщение о заговоре медиков-террористов. 13 января 1953 г. мир был информирован о раскрытии в Советском Союзе (главным образом, в Москве) преступной организации крупных работников медицины, совершивших чудовищные преступления. Пользуясь доверием своих пациентов, они подло умерщвляли их, назначая заведомо противопоказанные по характеру заболеваний и состоянию здоровья процедуры, приводившие к неизбежной гибели».[[10]](#footnote-10)

После смерти И.В. Сталина в марте 1953 «дело врачей» было прекращено, а привлекавшиеся к уголовной ответственности и осужденные врачи реабилитированы. И никто не узнает, сколько в том деле было правды, а еще больше – лжи.

Представляется, что именно после «дела врачей» 1953 г. медицинские работники, лечебные учреждения, органы здравоохранения, напуганные массовыми незаконными репрессиями, решили случаи врачебных преступлений держать в строгом секрете, чтобы не повторились события пятидесятилетней давности.

Я полностью разделяю мнение Ю. Васильева, что врача, любого специалиста нужно оценивать не по национальности, а по опыту и деловым качествам и что подобного рода конфликты в конце концов отрицательно сказываются на качестве медицинского обслуживания пациентов.

Известно, что врачебные ошибки, влекущие гибель пациентов, - это неверная диагностика, неправильный выбор метода лечения или ошибочный клинический прогноз. По данным исследований украинских и зарубежных ученых-медиков, судебно-медицинских экспертов, подобные явления довольно распространены. Например, в Англии врачебные ошибки занимают третье место в перечне причин смертности после раковых и сердечнососудистых заболеваний.

В США да и в других богатых цивилизованных странах адвокаты пациентов через суды могут взыскать с врача крупную компенсацию за ущерб, если врач решился солгать пациенту. Ложь ему дорого обойдется а за спиной врача страховая компания, которая не заинтересована в выплате штрафа за обман, в миллионных убытках.

В 1994 г. по совместной инициативе Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) и Министерства здравоохранения Голландии была принята Амстердамская «Декларация ВОЗ о принципах обеспечения прав пациентов в Европе».

Финляндия стала первой европейской страной, в законодательном порядке обязавшей все лечебные упреждение ввести у себя (в каждом таком учреждении) должность уполномоченного по правам пациентов.[[11]](#footnote-11)

Бывший Президент США Джордж Буш занялся весьма актуальным для Америки, так называемым Биллем о правах пациентов. Сейчас страховые компании наводят страх на врачей, запрещая им рекомендовать пациентам дорогие варианты лечение их болезней. Предлагается дать пациентам право искать правду в суде. Кроме того, как и у нас очень болезненно стоит проблема стоимости лекарств. Буш предложил выделить штатам 12 миллиардов долларов для субсидаций на лекарства для малоимущих и некоторые другие меры, объединенные в так называемый «Срочный план-рука помощи»[[12]](#footnote-12)

В Финляндии компенсации за телесные повреждения, нанесенные больным в ходе медицинского лечения, выплачиваются независимо от вины или упущения медицинского персонала, что означает, что никто не ищет виновных. С 1987 г. по 2001. Центр Страхования больных получил 80663 иска по поводу получения компенсации за полученные повреждения и принял решение по 75525 искам. Число удовлетворенных исков составило 26614 (35,2%) а отклоненных 46980 (62,2 %).

Компенсируются расходы на медицинское лечение, потеря дохода или поддержки, боль и страдания, постоянные функциональные увечья и, в случае смерти, пенсия уцелевшего лица и расходы на похороны. Общая сумма компенсации, выплаченная в 2001 году, составила 17 миллионов евро.[[13]](#footnote-13)

Мировая практика отчетливо свидетельствует, что чем выше вероятность возникновения дефектов оказания медицинской помощи, тем большей является сумма страхового взноса, уплачиваемая врачом либо медицинским учреждением за страхование профессиональной ответственности.

Как уже было показано выше, медицинская деятельность как и ответственность в западных странах строго регламентируется различными нормативными актами, где жизнь и здоровье пациентов надежно защищены от врачебных преступлений и других правонарушений, а медицинские работники, виновные в их совершении, привлекаются к строгой ответственности.

Важным фактором квалификации дефектов оказания медицинской помощи – наличие причинно-следственной связи между действиями врача и негативными последствиями для здоровья пациента.

Действительно, это один из важных и сложных вопросов, решение которого юристы нередко перепоручают судебно-медицинским экспертам.

Но иногда причинная связь очевидна и может быть установлена и без помощи эксперта. Например, в городской больнице у новорожденного ребенка в результате тугого затягивания бинтом левой руки произошло омертвение четырех пальцев с последующей их ампутацией.[[14]](#footnote-14)

Среди причин и условий врачебных преступлений во многих странах, можно назвать слабую подготовку будущих медиков в медицинских учебных заведениях (некоторые выпускники не умеют выполнять простейшие медицинские процедуры: внутривенный укол, анестезию зуба, перевязку); невозможность повышения квалификации, из-за отсутствия средств, в крупных научных центрах других стран. Особенно страдает подготовка хирургов, кардиологов, чья деятельность связана с наибольшим риском для жизни и здоровья пациентов, недостаточный контроль и низкую требовательность Министерства здравоохранения к подчиненным; недостаточный контроль Минздрава за деятельностью аптек, ценами на лекарства, условиями их хранения; плохую юридическую регламентацию врачебной деятельности, не обеспечивающую ответственности врача и медицинского учреждения за результаты своей работы в условиях платной медицины и многое другое.

* 1. Предупреждение врачебных преступлений

Под предупреждением преступлений в криминологии понимают систему государственных и общественных мер, направленных на устранение или нейтрализацию, ослабление причин и условий преступности, удержание от совершения преступлений и коррекцию поведения правонарушителей.[[15]](#footnote-15)

Анализ причин врачебных преступлений в Украине проводится и судебными медиками. При анализе причин неправильных действий врачей экспертные комиссии выявляют ненадлежащее исполнение обязанностей, нарушение общепринятой методики обследования и лечения, небрежность, недобросовестное или недостаточно внимательное отношение к больным, неколлегиальное ведение больных, низкая, недостаточная квалификация врачей.

Многие авторы – ученые-юристы, криминологи, медики, специалисты в области медицинского права предлагают ряд эффективных мер по предупреждению и пресечению этой категории преступлений.

Поскольку некоторые недобросовестные врачи ни во что не ставят жизнь и здоровье пациента прежде, чем допустить их к врачебной деятельности, было бы полезно потренировать их на муляжах-тренажерах, существующих в медицине, на искусственных пациентах.

Практические занятия со Стэном (аббревиатура от «стандард мэн») являются частью учебной программы школы для медсестер в американской Аугусте. Программное обеспечение наделяет Стэна способностью имитировать болезнь и выздоровление настоящего пациента. На симуляторе врачи и ассистенты доводят свои навыки до автоматизма. Но не всегда искусственному пациенту удается пережить попытки собственного спасения.

Создание искусственного пациента обошлось в 1,2 миллиона долларов и налажено его серийное производство. За 1997 г. продано 24 пластиковых пациента. Однако Стэн пока что слишком дорог.

Искусственного пациента используют для обучения студентов и совершенствования врачей и в университетских клиниках Вюрцбурга и Эрлангена. (Германия). Для посторонних специалистов тренировка на искусственном пациенте стоит 900 марок.[[16]](#footnote-16)

Другой мерой предупреждения гибели пациентов явилось бы применение и другого зарубежного опыта, изложенного в статье «Доктор-робот».[[17]](#footnote-17) Доктор Вульф-кардиохирург, проводящий последние приготовления пред операцией по аутокоронарному шунтированию в медицинском центре Университета Огайо. Его 48-летняя пациентка уже лежит на столе – на расстоянии 20 футов от врача.

Оперировать женщину будет кардиоробот, тончайшие щупальца которого произведут все необходимые манипуляции в сердце пациентки. Это лучше тем, что позволяет до минимума сократить разрезы на теле оперируемого: иногда после сложнейшей операции на сердце на грудной клетке остается лишь пара небольших красных пятнышек. Задача Вульфа – установить программу действий и наблюдать за ходом операции.

В 1999 году в Германии была проведена уникальная эндоскопическая операция на сердце, выполненная без прямого участия врача.

Пациенты тоже нуждаются в том, чтобы была гласной информация Минздрава о числе пациентов, пострадавших от врачебных ошибок, небрежности, преступлений, для их предупреждения.

Целесообразным в сфере предупреждения врачебных преступлений является перевод Центра судебно-медицинской экспертизы из подчинения Минздрава в подчинение Министерству юстиции или выделение его в самостоятельный Департамент.

Заслуживают внимания выводы и предложения Карстена Клинга по совершенствованию системы здравоохранения Республики Молдова, реализация которых способствовала бы и предупреждению врачебных преступлений.[[18]](#footnote-18)

Автор отмечает, что существуют различные уровни политики в области здравоохранения:

* персональная ответственность
* ответственность социальных групп
* ответственность государства.

Медицинские услуги должны быть разделены на обычные и дополнительные. Обычные услуги финансируются обществами солидарности, в том числе и с участием госбюджета или бюджета местных органов самоуправления. Дополнительные услуги должны оплачиваться пациентом.

Если причины заболевания в большой степени являются результатом поведения пациента (например, алкоголизм) лечение этих заболеваний не должно финансироваться страховыми компаниями.

Введение в медицине принципов рыночной экономики, конкуренции, в конечном счете, положительно скажется на качестве медицинского обслуживания и принесет пользу как пациентам, так и медицинским работникам.

Характеризуя западные модели медицинского обслуживания пациентов, автор подчеркивает, что, несмотря на их различие, характерным для всех моделей является строгое соблюдение общего для всех этического принципа – ни одно развитое государство не допускает, чтобы его граждане не могли получать медицинскую помощь из-за отсутствия финансовых средств.

В развитых странах на здравоохранение расходуется от 6 до 12% внутреннего валового продукта. В Украине эти цифры намного меньше, что покрывает лишь часть необходимых расходов.

Другими словами, все упирается в средствах, выделяемых на охрану здоровья населения и предупреждение заболеваемости граждан.

Одной из мер предупреждения является письменная форма согласия пациента на медицинское вмешательство – это не только доказательство в суде против необоснованных исков о возмещении вреда здоровью, но и своеобразная профилактика таких исков: информированной пациент не чувствует себя обманутым;

По моему мнению, пациент должен быть проинформирован не только о характере своего заболевания и методах лечения, но и о том, кому он доверяет свою жизнь и здоровье, какова квалификация врача, как часто в его практике встречались трагические исходы и другие сведения. Письменное информирование пациента имеет целью охрану его жизни и здоровья, а не защиту врачей от необоснованных исков и от обязанности возместить ущерб, причиненный жизни и здоровью пациента.

Таким образом, сложившиеся положения можно изменить к лучшему, если органы прокуратуры, другие правоохранительные органы, независимая судебно-медицинская экспертиза, Министерство здравоохранения, парламентские Комиссии, неправительственные правозащитные организации будут уделять больше внимания защите жизни, здоровья других законных прав и интересов всех граждан вообще и пациентов в частности.

3. Обстоятельства, исключающие преступность деяния в медицинской деятельности

Понятие «обстоятельство, исключающее преступность деяния» в советский период традиционно понималось как основание исключения характеристики общественной опасности деяния, содержащего признаки преступления: «При некоторых обстоятельствах деяния, по своим внешним чертам схожие с признаками того или иного преступления, в действительности не являются общественно опасными; они не только не представляют собой опасности… но, наоборот, являются полезными»[[19]](#footnote-19). Такой подход к определению юридической природы обстоятельств, исключающих преступность деяния, в целом сохраняется и в настоящее время.

Однако в последних работах указывается, что для отдельных обстоятельств существуют разные основания для исключения преступности причиненного вреда – в частности, при крайней необходимости, физическом или психическом принуждении, обоснованном риске им является отсутствие признака противоправности в содеянном.

Характеризуя обстоятельства, исключающие преступность деяния, в медицинской деятельности, можно исходить из следующих посылок:

- вред, причиненный медицинским работником в условиях такого обстоятельства, объективно является общественно опасным;

- медицинский работник, причинивший такой вред, сохраняет все признаки специального субъекта на момент причинения;

- отсутствуют основания для признания вреда причиненным в силу нерелевантной врачебной ошибки (т.е. отсутствуют основания для признания причиненного вреда невиновным).

Исключение противоправности является юридическим основанием исключения преступности вреда, причиненного медицинским работником при осуществлении профессиональной деятельности, и именно «дозволение» причинить вред охраняемым УК Украины интересам указывает на то, что такой общественно опасный вред не имеет характеристики вреда противоправного. В медицинской деятельности особое (и специфическое) значение имеют такие обстоятельства, исключающие преступность деяния, как крайняя необходимость и обоснованный риск, что обусловлено самим характером медицинской деятельности.

Крайняя необходимость в медицинской деятельности.

Крайняя необходимость в отечественном уголовном праве является «традиционным» обстоятельством, исключающим преступность деяния.

Согласно общим положениям о крайней необходимости (ст. 39 УК Украины), не является преступлением причинение вреда правоохраняемым интересам в состоянии крайней необходимости, то есть для устранения опасности, непосредственно угрожающей личности лбо охраняемым законом правам этого человека или других лиц, а также общественным интересам либо интересам государства, если эту опасность в данной обстановке нельзя было устранить иными средствами и если при этом не было допущено превышения пределов крайней необходимости.

Юридическим основанием возникновения крайней необходимости выступает столкновение, конфликт двух охраняемых правом интересов, когда сохранение одного интереса может быть достигнуто лишь путем нарушения другого.

В доктрине уголовного права разработаны общие критерии опасности, создающие состояние крайней необходимости, вполне применимые к причинению вреда в данной ситуации, совершенном медицинскими работниками при исполнении своих профессиональных обязанностей.

Общепризнанно, что источником опасности, создающей по уголовному праву состояние крайней необходимости, могут быть не только действия человека.

Во-первых, это действия сил природы, различных стихий; объективные процессы, происходящие в природе, например, землетрясение, наводнение, ураганы, горные лавины, снегопады и т.д., которые создают опасность для жизни и здоровья людей, их имущества. Во-вторых, эта опасность может быть вызвана нападением животных. В-третьих, источник опасности может носить технический (техногенный) характер (неисправность различных механизмов, транспортных средств и пр.) В-четвертых, источником опасности могут быть физиологические, патологические процессы — болезнь, состояние голода и т.д. В-пятых, источником опасности может быть коллизия двух правовых обязанностей:

Наличность опасности означает, что угроза причинения вреда объекту уголовно-правовой охраны существует во вполне определенный промежуток времени и во вполне определенном месте. Состояние опасности может иметь длящийся характер, и фактически длиться довольно продолжительное время. Данная характеристика нередко встречается в профессиональной деятельности медицинских работников и обуславливается характером заболевания и его клиническим течением. В течение всего времени существования опасности лицо (в нашем случае – медработник) должно считаться находящимся в состоянии крайней необходимости.

Другим обязательным критерием опасности при крайней необходимости должна быть ее реальность (действительность) - т.е. реальное существование. В случае, когда опасность существует лишь в воображении лица, якобы действующего в состоянии крайней необходимости, то можно говорить о ситуации «мнимой необходимости». Такая ситуация не может исключать формальной противоправности совершенных этим лицом действий.

Если лицо, причинившее вред правоохраняемому интересу, не предвидело своей ошибки относительно отсутствия реально грозящей опасности для его собственного или иного правомерного интереса, но по обстоятельствам дела должно и могло было это предвидеть, оно должно отвечать за причинение вреда по неосторожности.

Если же обстановка происшествия складывалась таким образом, что лицо не только не предвидело, но и не должно и не могло было предвидеть своей ошибки, налицо случай (казус) как невиновное причинение вреда, освобождающий от уголовной ответственности за причиненный вред. При этом основанием непривлечения лица к уголовной ответственности будет являться отсутствие в содеянном вины, а не противоправности[[20]](#footnote-20).

Приведу пример: к единственному врачу-травматологу, находящемуся на дежурстве, одновременно поступают два пациента – один с серьезной и угрожающей жизни травмой позвоночника, другой – с закрытым переломом конечности, не угрожающим жизни. Спасая жизнь первого, доктор не оказал немедленную помощь второму, хотя имел возможность сделать это (за счет отказа в немедленной помощи более нуждающемуся). Вследствие несвоевременного оказания помощи у второго пострадавшего наступили неблагоприятные последствия, приведшие к причинению вреда здоровью (например, неправильное срастание кости и пр.)

Если придерживаться вышеприведенного подхода, то ситуации крайней необходимости попросту не существует - соответственно, возникнет возможность привлечения такого врача к уголовной ответственности за умышленное причинение вреда здоровью той или иной степени тяжести, т.к. доктор по специальности, находясь на рабочем месте, сделав выбор, вполне допускал возможность наступления неблагоприятных последствий для пациента с травмированной конечностью, но медработник спасал наиболее ценный интерес – жизнь другого человека – которому в данной ситуации грозило причинение вреда.

Медицинский работник, выполняющий профессиональные функции в состоянии крайней необходимости, должен сохранять возможность произвольного выбора (варианта) своего поведения. Если его действия лишены возможности выбора собственного поведения, то отсутствует основание их уголовно-правовой оценки по правилам крайней необходимости.

Специфика крайней необходимости в медицинской деятельности заключается в том, что она имеет в своей основе юридический конфликт между интересами пациента и третьего лица (зачастую являющегося также пациентом).

Основным критерием допустимости причинения вреда в состоянии крайней необходимости является условие того, что причиненный вред должен быть всегда меньше предотвращенного – т.е. причиненный вред должен быть меньше по количественным показателям и (или) качественным показателям. Допустимость вреда по качественным показателям означает, что лицо причиняет вред менее ценному объекту уголовно-правовой охраны, а опасность угрожает более значимому объекту.

Национальный уголовный закон исходит из того, что причинение смерти одному человеку с целью спасения жизни другого - преступление, и ситуация правомерной крайней необходимости в этом случае недопустима. В работах по медицинскому праву, разрабатывающих доктрину деонтологии (врачебной этики), дается однозначный ответ на заданный вопрос: спасение жизни одного пациента за счет другого недопустимо, ибо противоречит основополагающему профессиональному принципу «не навреди».[[21]](#footnote-21)

По этой причине не может быть оправдано крайней необходимостью причинение медицинским работником вреда жизни одному лицу в целях спасения жизни другого лица.

Особую важность данная проблема приобрела в связи с развитием относительно новых медицинских направлений – донорства и трансплантологии. Как известно, изъятие органов и тканей с целью последующей трансплантации возможно как у тел умерших людей, так и у живых доноров. И если донорство из тела умершего не создает явной проблемы крайней необходимости (все-таки спасается жизнь живого человека), то совсем иначе обстоит дело с изъятием органов и тканей у живого донора[[22]](#footnote-22).

И по сей день актуальны слова о том, что «недопустимо спасение жизни одного человека за счет жизни другого», а «трансплантация тканей и органов как живых людей, так и трупов допустима только с согласия, данного при жизни, или с согласия родственников умершего после его смерти».[[23]](#footnote-23)

К сказанному надо добавить, что и добровольное изъятие органа и (или) ткани у живого донора причиняет вред его здоровью – вплоть до тяжкого (ведь утрата органа является признаком тяжкого вреда здоровью). Поэтому причинение донору вреда здоровью как итог добровольного изъятия у него органа и (или) ткани может расцениваться как вред, допустимый в состоянии крайней необходимости, только если такое изъятие обусловлено трансплантацией с целью спасения жизни реципиента.

Если изъятие органа угрожает жизни донора или приводит к его неизбежной смерти, то оно однозначно не может быть признано допустимым по соображениям крайней необходимости. Медицинский работник, проводящий такое изъятие с согласия или даже по просьбе донора, по существу совершает акт эвтаназии. Несмотря на бурно идущую дискуссию о возможности или невозможности легализации эвтаназии в нашей страны, с точки зрения действующего законодательства подобные действия медицинского работника означают ничто иное как убийство донора.

Медицинский работник, выполняющий профессиональные функции в состоянии крайней необходимости, должен сохранять возможность произвольного выбора (варианта) своего поведения. Если его действия лишены возможности выбора собственного поведения, то отсутствует основание их уголовно-правовой оценки по правилам крайней необходимости.

Подобным образом, например, обстоит дело в случаях, когда медицинская помощь оказывается под физическим или психическим принуждением. Вполне возможна ситуация, когда на медицинского работника оказывается физическое или психическое насильственное воздействие, ставящее своей целью принудить его к медицинскому вмешательству (в публицистической литературе нередки примеры того, как к врачам доставляют раненых представителей криминалитета и под угрозой насилия заставляют оказывать медицинскую помощь). Данная ситуация имеет множество черт, сходных с крайней необходимостью – но отличает ее от последней то обстоятельство, что медицинский работник лишен в той или иной степени свободы выбора собственного поведения.

Если основанием крайней необходимости является столкновение правоохраняемых интересов причинителя вреда и третьих лиц, то при принуждении – это изначальное столкновение интересов третьего лица и самого принуждаемого. [[24]](#footnote-24)

Оправданный риск в медицинской деятельности.

Прежде всего надо отметить, что медицинская деятельность на любом этапе по своей природе изначально носит рискованный характер. Данное обстоятельство обусловлено многими объективными причинами – уровнем медицинских знаний, развития фармакологии и технических средств, наличием вариантности методик оказания медицинской помощи и пр.

Кроме объективных причин, немаловажными источниками неопределенности в процессе рискованной деятельности как таковой являются причины субъективного порядка: невозможность однозначного познания риска при сложившихся в данных условиях уровне и методах научного познания; относительная ограниченность сознательной деятельности человека, существующие различия в социально-психологических установках, идеалах, измерениях, оценках, стереотипах поведения.

Вышеперечисленные факторы, свойственные уголовно-значимому риску, присущи и риску в процессе осуществления медицинской деятельности, так как любая познавательная деятельность зачастую связана с риском причинения вреда правоохраняемым интересам. Ситуация неопределенности в процессе осуществления оправданно рискованной деятельности ставит субъекта перед выбором того или иного перспективного решения поставленной цели из нескольких имеющихся альтернатив.[[25]](#footnote-25) Альтернативность как черта оправданного риска проявляется в том, что риск предполагает необходимость выбора из двух или более возможных вариантов деяний. Отсутствие выбора исключает риск. По справедливому замечанию А.П. Альгина, «там, где нет выбора, не возникает рискованная ситуация и, следовательно, не будет риска».[[26]](#footnote-26)

Что представляет собой риск в медицинской деятельности? В соответствии с ч. 1, ст. 42 УК Украины, не является преступлением деяние, причинившее вред правоохраняемым интересам, если это деяние было совершено в условиях оправданного риска для достижения значительной общественно полезной цели.

Оправданный риск как институт уголовного права представляет собой самостоятельный вид правомерного поведения, проявляющийся в совершении в условиях неопределенного результата действия для достижения общественно полезной цели при осознаваемой субъектом риска возможности выбора варианта поведения и вероятности причинения вреда охраняемым уголовным законом интересам (неблагоприятного исхода риска).

Однако такой вид оправданного риска, как риск в медицинской деятельности, имеет ряд специфических черт.

В первую очередь, специфика риска в медицинской деятельности связанна с вмешательством в индивидуальное нематериальное благо каждого здоровье и неизбежностью при этом в той или иной степени вредоносностью медицинской помощи. Поэтому в каждом рискованном случае необходимо определить объем необходимого вреда, без допущения которого конкретная медицинская помощь, направленная на получение положительного результата, невозможна.

Медицинская помощь в силу своей природы всегда сопровождается риском причинения вреда самим медицинским воздействием, и этот риск допускается в целях объективной пользы отдельного пациента.

Далее, мерой оценки действий медицинского работника должен быть уровень требований к врачу, к его квалификации и компетентности, что делает невозможным предъявление одинаковых требований, так как специалистов врачевания всегда будет отличать разный профессиональный уровень. Отсутствие у врача как минимум сертификата специалиста должно исключать осуществление им медицинских действий в условиях обоснованного риска, стоящее вне его опытности и возможностей, если это не обусловлено крайней необходимостью.[[27]](#footnote-27)

Определяющим условием правомерности оправданного риска законодатель считает прежде всего совершение деяния (действия или бездействия) только для достижения общественно полезной цели.

Понимание общественно полезной цели при оправданном риске в медицинской деятельности неразрывно связано с целенаправленностью последней: спасение жизни, улучшение состояния здоровья нуждающегося пациента и являются основным содержанием общественной полезной цели, ради достижения которой допускается риск.

Однако «общеуголовный» подход многовариантного характера рискованной деятельности имеет свою специфику при оказании медицинской помощи, обусловленную следующими обстоятельствами:

1) диагностический и терапевтический потенциал современных лечебно-профилактических учреждений не совершенен, и никто не застрахован от совершения ошибок даже при самом осторожном и вдумчивом обращении с пациентом;

2) индивидуальные особенности пациента часто заставляют отклоняться от общепризнанных стандартов оказания медицинской помощи (диагностики, терапии и пр.) – т.е. необычность клинической ситуации нередко является причиной неизбежности риска.[[28]](#footnote-28)

Следующим критерием оправданности риска выступает характер достаточности предпринятых мер для предотвращения вреда, т.е. стремление к минимизации возможного негативного результата рискованных действий. Рискующий медицинский работник должен предпринять именно те меры для предотвращения вреда пациенту, которые в данной и конкретной ситуации риска зависели от него и, по его мнению, были способны привести к общественно полезной цели, минимизировав вероятность причинения возможного вреда жизни и (или) здоровью пациента.

Вместе с тем, если лицо допустило ошибку, и, несмотря на принятые им меры и вопреки его расчетам, наступивший вред оказался большим, чем мог бы быть при принятии иных мер, не связанных с риском, его действия выходят за границы риска, а значит, в таких случаях имеет место превышение пределов оправданного риска, влекущее наступление уголовной ответственности по правилам фактической ошибки.

Значительный интерес представляет и вопрос о форме вины при превышении пределов обоснованного риска. В публикациях по уголовному праву нередко указывается, что, совершая рискованный поступок, лицо не должно действовать неосторожно (самонадеянно или небрежно). Однако, в ситуации риска субъект (в нашем случае – медицинский работник) предвидит возможность наступления общественно опасных последствий и сознательно ее допускает, хотя и предпринимает меры для их предотвращения.

Среди условий правомерности риска следует также рассматривать содержащееся в ч. 3 ст. 42 УК положение, согласно которому «риск не признается оправданным, если он заведомо создавал угрозу для жизни других людей или угрозу экологической катастрофы либо иных чрезвычайных происшествий». Наличие любого из этих оснований исключает оправданность риска как его обязательную характеристику для признания данного обстоятельства исключающим преступность причиненного вреда.

Формулировка ч. 3 ст. 41 УК о неоправданности риска, если он «заведомо создавал угрозу для жизни других людей» законодательно свидетельствует о допустимости непреступного причинения смерти пациенту но только при условии, что риск в медицинской деятельности индивидуализирован в отношении конкретного лица, нуждающегося в оказании медицинской помощи.

Итак, при оказании медицинской помощи обоснованным надо признавать риск, ставящий своей целью спасение либо минимизацию вреда жизни и здоровья пациента как социально полезные цели. При существовании возможности достижения этой цели без совершения рискованного деяния, медицинский работник должен использовать такую безопасную возможность – в противном случае риск станет неоправданным.

Особенностью обоснованного риска в медицинской деятельности является то обстоятельство, что пациент, в отношении которого существует опасность причинения вреда жизни или здоровью, должен быть об этом информирован и выразить свое добровольное согласие в письменной форме.

Пациент, давая согласие, должен осознавать, что в результате рискованного медицинского вмешательства возможен неблагоприятный для него исход. В любом случае, пациент всякий раз должен давать явно выраженное согласие на возможное причинение ему вреда как возможного результата риска до начала медицинского вмешательства.

Приведу пример из судебной практики.

В судебном заседании Р. пояснила, что в течении многих лет страдала дефектом зрения – близорукостью, носила очки –2,5. 20 мая и 4 июня 1999 г. она заключила с ответчиком – ООО «И-д» договоры на оказание платных медицинских услуг с целью полного устранения указанного выше дефекта и 100% восстановления нормального зрения на оба глаза путем проведения хирургической операции с применением эксимерлазерной коррекции. Однако после проведения операций у нее не произошло полного восстановления нормального зрения как это было обещано, а вместо близорукости возникла дальнозоркость + 3.

Суд установил, что имеющиеся «Согласие пациента на лазерную коррекцию» предупреждение о возможности сохранения у пациента остаточной миопии, гиперметропии, астигматизма после лазерной коррекции может расцениваться как необходимое в данной ситуации предупреждение. Согласно данным медицинской карты до операции у Р. имелась миопия (близорукость) средней степени, следовательно истица, давая свое письменное согласие на проведение лазерной коррекции была предупреждена должным образом, что лазерная коррекция не влияет на течение миопической болезни. Суд пришел к выводу о неубедительности довода Р. о том, что ей перед проведением операции лазерной коррекции зрения гарантировали 100% зрение, поскольку Р., давая свое согласие на лазерную коррекцию зрения, была предупреждение о возможности сохранения остаточной миопии, гиперметропии, астигматизма, а также о том, что лазерная коррекция не влияет на течение миопической болезни и на возможные изменения со стороны глазного дна.[[29]](#footnote-29)

Как видно из приведенного примера, согласие пациента, предупрежденного о рискованном результате медицинского вмешательства, исключило как уголовную, так и иную ответственность медицинских работников.

В случаях, когда пациент в силу объективных причин (недееспособность, недостижение 15-ти летнего возраста, тяжелое физическое состояние) не может выразить свое согласие на проведение риска, то оно должно быть получено от его супруга, родственников или законных представителей.

Иные обстоятельства, исключающие преступность деяния, в медицинской деятельности.

В реальной жизни зачастую встречаются ситуации, когда при оказании медицинской помощи медработник становится перед неизбежным выбором причинения вреда большего, нежели предполагалось до начала вмешательства. Одним из наиболее распространенных в практике случаев такого рода является причинение большего, по сравнению с ожидаемым, вреда в процессе хирургических операций при обнаружении ранее неизвестной патологии, угрожающей жизни пациента.

Решиться на такой шаг – причинить больший, по сравнению с ожидаемым, вред при проведении оперативного вмешательства, - возможно только при однозначном понимании медицинским работником опасности для жизни пациента. Наибольшие юридические трудности в данном случае связаны с тем, что велика вероятность врачебной ошибки, т.к. вновь обнаруженная патология не была выявлена диагностикой на предшествующих этапах медицинской помощи.

Полагаем, что социально-юридическим основанием причинения большего вреда по сравнению с ожидаемым в ходе идущего медицинского вмешательства, является явная и реальная угроза жизни пациента. В противном случае права на причинение такого рода вреда у медработника не возникает.

Приведу судебный пример описанной ситуации.

В городскую больницу № 4. г. Ставрополя в бессознательном состоянии был доставлен гражданин Н. с многочисленными телесными повреждениями, нанесенными тупым предметом. Результаты первичной диагностики показали наличие повреждений органов брюшной полости, внутреннее кровотечение. В ходе неотложного операционного вмешательства, наряду с иными повреждениями внутренних органов, были обнаружены множественные разрывы селезенки. Дежурный хирург, руководивший операцией, принимая во внимание угрожающее состояние пострадавшего, принял решение удалить поврежденный орган. В целях спасения жизни Н., его селезенка была удалена вопреки первоначальному плану операции.

Казалось бы, подобного рода ситуации являются проявлениями крайней необходимости. Действительно, в данном случае имеются много черт, характерных для этого обстоятельства, исключающего преступность деяния. Однако принципиальное отличие от ситуации крайней необходимости заключается в том, что здесь отсутствует конфликт правоохраняемых интересов пациента и третьего лица – последнего попросту нет.

Сходство с обоснованным риском также является внешним: действия врача, носящие вынужденный характер, не санкционированы предварительным согласием пациента (либо лиц, имеющих право дать такое согласие).

Другим обстоятельством, исключающим преступность деяния в медицинской деятельности, не регламентированным в УК Украины, является отказ пациента от медицинской помощи.

По действующему законодательству, отказ от медицинской помощи имеет юридическое значение, если пациент является дееспособным лицом, достигшим 15-ти летнего возраста.

Законодательно регламентирована форма отказа: при отказе от медицинского вмешательства гражданину или его законному представителю в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия. Отказ от медицинского вмешательства с указанием возможных последствий оформляется записью в медицинской документации и подписывается гражданином либо его законным представителем, а также медицинским работником.

Юридическим основанием исключения преступности деяния при отказе от оказания медицинской помощи является признание свободы пациента произвольно распоряжаться своими естественными правами на жизнь и здоровье. Отказ от оказания медицинской помощи возможен на любом этапе ее оказания – от диагностики до реабилитационного периода.

Немаловажно заметить, что отказ от оказания медицинской помощи приобретает юридическую силу только в том случае, когда пациенту (либо перечисленным выше лицам) в надлежащем порядке разъяснены последствия такого отказа.

В литературе по медицинскому праву нередко приводится классический пример отказа родителей от оказания медицинской помощи ребенку, приведшее к смерти последнего. В детскую городскую больницу родителями был доставлен 7-ми летний ребенок с диагнозом «анемия». Требовалось срочное переливание крови. Родители от этой процедуры отказались, сославшись на недопустимость этой процедуры по религиозным убеждениям (они принадлежали к секте Свидетелей Иеговы). Врачи не стали делать переливание крови, вследствие чего ребенок умер.

На основе изложенного полагаем, что отказ от оказания медицинской помощи недееспособному или ограниченно дееспособному лицу, заявленный законным представителем, опекуном или попечителем такого лица, а также отказ от оказания медицинской помощи дееспособному лицу, не могущему самостоятельно его заявить, совершенный супругом или близким родственником, не должен иметь для медицинского работника обязательной силы и расцениваться как основание неоказания медицинской помощи.

Таким образом, все вышеперечисленные обстоятельства, исключающие уголовною ответственность медицинских работников в очередной раз свидетельствует о желательности заимствования зарубежного опыта квалификации врачебных ошибок, связанного с первоочередным учетом обстоятельств, связанных с личностью и качествами, физическим и психическим состоянием самого медицинского работника.

Заключение

В юридической и медицинской литературе существуют различные определения врачебных преступлений, за которые предусмотрена уголовная ответственность, но все они едины в том, что эти преступления совершаются при оказании медицинской помощи пациентам и нередко ведут к гибели или тяжким увечьям потерпевших.

Врачебные преступления посягают на самые разнообразные общественные отношения, но наибольшую общественную опасность представляют преступления против жизни, здоровья, свободы, чести и достоинства личности.

Проблема раскрытия, расследования и предупреждения врачебных преступлений, влекущих гибель тысяч пациентов или их тяжкие увечья привлекает постоянное внимание ученых-юристов, медиков, судебных медиков, практических работников правоохранительных органов и лечебных учреждений. Только объединенными усилиями вышеуказанных специалистов можно достичь положительных результатов в раскрытии, расследовании и предупреждении врачебных преступлений, привлечении виновных к ответственности.

Специфика уголовной ответственности медицинских работников связана с их особым субъектным статусом и определяется социальной сущностью профессиональной и служебной деятельности медицинских работников. Последняя состоит, соответственно, в непосредственном оказании медицинской помощи либо в организации медицинской помощи, управлении ею и осуществлении контроля за ее оказанием.

Лиц, совершивших преступления в сфере медицинского обслуживания очень сложно привлечь к ответственности. Поражение Фемиды в борьбе с врачебными преступлениями имеет много причин. Наиболее существенными из них являются те, что по делам о врачебных преступлениях следователь и судмедэксперт на место происшествия не выезжают, медицинская документация не изымается, подозреваемым врачам, в отличие от подозреваемых юристов, никогда не избирается мера пресечения в виде заключения под стражу. Все подозреваемые остаются на свободе, активно мешают следствию в установлении объективной истины по делу и, в конце концов, успешно добиваются своего оправдания.

Характеризуя обстоятельства, исключающие преступность деяния, в медицинской деятельности, можно исходить из следующих посылок:

- вред, причиненный медицинским работником в условиях такого обстоятельства, объективно является общественно опасным;

- медицинский работник, причинивший такой вред, сохраняет все признаки специального субъекта на момент причинения;

- отсутствуют основания для признания вреда, причиненным в силу нерелевантной врачебной ошибки (т.е. отсутствуют основания для признания причиненного вреда виновным).

Исключение противоправности является юридическим основанием исключения преступности вреда, причиненного медицинским работником при осуществлении профессиональной деятельности, и именно «дозволение» причинить вред охраняемым УК Украины интересам указывает на то, что такой общественно опасный вред не имеет характеристики вреда противоправного. В медицинской деятельности особое (и специфическое) значение имеют такие обстоятельства, исключающие преступность деяния, как крайняя необходимость и обоснованный риск, что обусловлено самим характером медицинской деятельности.

Медицинский работник, выполняющий профессиональные функции в состоянии крайней необходимости, должен сохранять возможность произвольного выбора (варианта) своего поведения. Специфика крайней необходимости в медицинской деятельности заключается в том, что она имеет в своей основе юридический конфликт между интересами пациента и третьего лица. Так как основной целью медицинской деятельности является сохранение жизни и здоровья человека, то причинение в состоянии крайней необходимости вреда любым интересам третьих лиц, кроме их жизни и здоровья, всегда должно считаться правомерным. Не может быть оправдано крайней необходимостью причинение медицинским работником вреда жизни одному лицу в целях спасения жизни другого лица.

При оказании медицинской помощи обоснованным надо признавать риск, ставящий своей целью спасение либо минимизацию вреда жизни и здоровья пациента как социально полезные цели. Обязательным условием оправданного риска является требование «минимизации последствий» - медицинский работник, допускающий риск в профессиональной деятельности, должен принять достаточные меры безопасности в ситуации допускаемого риска, т.е. меры для предотвращения вреда жизни и здоровью пациента, которые в конкретной ситуации риска зависели от него. При соблюдении прочих условий, указанных в ст. 42 УК Украины, спецификой оправданного риска в медицинской деятельности необходимо признать получение предварительного согласия на рискованные действия со стороны пациента. Если пациент в силу объективных причин не может выразить свое согласие на проведение риска, то оно должно быть получено от его супруга, родственников или законных представителей.

Отказ от оказания медицинской помощи (за исключением осуществления медицинской помощи, подпадающей под критерии обоснованного риска) недееспособному или ограниченно дееспособному лицу, заявленный законным представителем, опекуном или попечителем такого лица, а также отказ от оказания медицинской помощи дееспособному лицу, не могущему самостоятельно его заявить, совершенный супругом или близким родственником, не должен иметь для медицинского работника обязательной силы и расцениваться как основание неоказания медицинской помощи.

Таким образом, столь подробная регламентация уголовной ответственности за врачебные преступления в новом Уголовном кодексе Украины свидетельствует о глубокой научной разработке данной проблемы учеными-юристами, судебными медиками, о высокой эффективности этих исследований и их прямом влиянии на законодательную практику, об особой заботе законодателей о защите жизни и здоровья всех пациентов и в особенности несовершеннолетних.

Список использованных источников

1. Уголовный кодекс Украины. – Харьков. – 2001 г.
2. Закон Украины «О трансплантации органов и других анатомических материалов человеку», от 16 июля 1999 г., N 1007-XI
3. Закон Украины «О донорстве крови и ее компонентов» от 23 июня 1995 г., №239/95-ВР
4. «Основы законодательства Украины о здравоохранении» 19.11.1999-ВРУ, № 2801-ХI
5. Юридическая энциклопедия, Москва, 1998 г.
6. М.И. Бажанов, Ю.В. Баулин, В.И.Борисов и др. Уголовное право Украины: Особенная часть: Учебник
7. Актуальные проблемы уголовной ответственности медицинских работников :Монография /А. Г. Кибальник, Я. В. Старостина. - науч. изд. - М.: Илекса, 2006.
8. Флоря В. Н. Уголовная ответственность за врачебные преступления (медицина и право) : Монография. Кишинев, 2004,

Р. Ригельман. Как избежать врачебных ошибок. Изд-во «Практика», Москва, 1994 г.

1. Блинников В.А. Обстоятельства, исключающие преступность деяния, в уголовном праве России. – Ставрополь, 2001.
2. Глашев А.А. Медицинское право. – М., 2004..
3. Шаргородский М.Д. Прогресс медицины и уголовное право // Избранные работы по уголовному праву. – СПб., 2003.

Гехфенбаум Г.М. Крайняя необходимость в уголовном праве. – Ставрополь, 2002.

Алексеев С.С. Общая теория права: В двух томах. Т.II. - М., 1982.

Альгин А.П. Риск и его роль в общественной жизни. - М., 1989.

Курс советского уголовного права. В 6-ти томах. Т. 2. Преступление / Под ред. А.А. Пионтковского, П.С. Ромашкина, В.М. Чхиквадзе. - М., 1970.

 Я.Л. Рапопорт. На рубеже эпох. Дело врачей, 1953 г. Москва, «Книга», 1988 г.

1. Слуцкий И.И. Обстоятельства, исключающие уголовную ответственность. - Л., 1956.
2. Ю.Д. Сергеев «Термина «врачебной ошибки» нет ни в одном законе», «Известия», октябрь 2003 г.
3. Сергей Герасименко. «Дело врачей-потрошителей», «Комсомольская правда», 30 сентября, 1 и 2 октября 2003 г.
4. Алексей Карцев. Скандал в Лодзи: скорая смерть от «скорой помощи» «Эхо планеты», №7, февраль 2002 г.
5. Журнал «Медицинское право», 2003 г., №3
6. Юрий Васильев. Дело врачей – 2003 г. «Московские новости» №7, 25.02. – 03.03. 2003 г.,
7. Ларс Фоллберг. Последствия Амстердамской декларации – революция прав в Европе? Журнал «Медицинское право», №1,2004 г.
8. Журнал «Новое время», 2001 г., №7
9. Мартти Микконен. Профилактика ятрогенных повреждений больного. «Медицинское право», №4, 2003 г.
10. Е. Козминых. Обязательства вследствие причинения вреда здоровью при оказании медицинской помощи «Российская юстиция», 2001 г., №2
11. Муляжи-тренажеры в медицине. «Фокус», Мюнхен, «За рубежом» № 4, 1999 г.
12. Доктор-робот. «За рубежом», № 9, 2000 г.

Золотых В.В., Жуков С.П. Обоснованный риск в медицинской деятельности // Медицинское право. – 2004. - № 4.

Битеев В., Мазин П., Пономарев Г. Крайняя необходимость и обоснованный риск в медицинских отношениях // Уголовное право.–2001.- №32

Доктор Шипман и его большое кладбище.«Эхо планеты», №32, август 2002 г.

1. Carsten Kling. Influenţa instituţiilor statale asupra sistemelor de ocrotire sănătăţii. Disertaţia de doctor în politologie. Chişinău, 1998
1. Доктор Шипман и его большое кладбище. «Эхо планеты», №32, август 2002 г. [↑](#footnote-ref-1)
2. М.И. Бажанов, Ю.В. Баулин, В.И.Борисов и др. Уголовное право Украины: Особенная часть: Учебник, с.66-78 [↑](#footnote-ref-2)
3. Р. Ригельман. Как избежать врачебных ошибок. Изд-во «Практика», Москва, 1994 г., стр. 192-195. [↑](#footnote-ref-3)
4. Р. Ригельман. Указ.соч.стр.195. [↑](#footnote-ref-4)
5. Ю.Д. Сергеев Термина «врачебной ошибки» нет ни в одном законе. «Известия», октябрь 2003 г. [↑](#footnote-ref-5)
6. Сергей Герасименко. Дело врачей-потрошителей. «Комсомольская правда», 30 сентября, 1 и 2 октября 2003 г. [↑](#footnote-ref-6)
7. Алексей Карцев. Скандал в Лодзи: скорая смерть от «скорой помощи» «Эхо планеты», №7, февраль 2002 г. [↑](#footnote-ref-7)
8. Журнал «Медицинское право», 2003 г., №3, стр. 60 [↑](#footnote-ref-8)
9. Юрий Васильев. Дело врачей – 2003 г. «Московские новости» №7, 25.02. – 03.03. 2003 г., стр. 20 [↑](#footnote-ref-9)
10. Я.Л. Рапопорт. На рубеже эпох. Дело врачей, 1953 г. Москва, «Книга», 1988 г., стр.5-72. [↑](#footnote-ref-10)
11. Ларс Фоллберг. Последствия Амстердамской декларации – революция прав в Европе? Журнал «Медицинское право», №1, 2004 г., стр.49. [↑](#footnote-ref-11)
12. Журнал «Новое время», 2001 г., №7, стр.33. [↑](#footnote-ref-12)
13. Мартти Микконен. Профилактика ятрогенных повреждений больного. «Медицинское право», №4, 2003 г., стр.53. [↑](#footnote-ref-13)
14. Е. Козминых. Обязательства вследствие причинения вреда здоровью при оказании медицинской помощи «Российская юстиция», 2001 г., №2, стр. 33. [↑](#footnote-ref-14)
15. Юридическая энциклопедия, Москва, 1998 г., стр. 351 [↑](#footnote-ref-15)
16. Муляжи-тренажеры в медицине. «Фокус», Мюнхен, «За рубежом» № 4, 1999 г. [↑](#footnote-ref-16)
17. Доктор-робот. «За рубежом», № 9, 2000 г., стр. 12. [↑](#footnote-ref-17)
18. Carsten Kling. Influenţa instituţiilor statale asupra sistemelor de ocrotire sănătăţii. Disertaţia de doctor în politologie. Chişinău, 1998, pag. 85-92 [↑](#footnote-ref-18)
19. Курс советского уголовного права. В 6-ти томах. Т. 2. Преступление / Под ред. А.А. Пионтковского, П.С. Ромашкина, В.М. Чхиквадзе. - М., 1970. - С. 342. Слуцкий И.И. Обстоятельства, исключающие уголовную ответственность. - Л., 1956. - С. 11-12 [↑](#footnote-ref-19)
20. Блинников В.А. Обстоятельства, исключающие преступность деяния, в уголовном праве России. – Ставрополь, 2001. – С. 130-131. [↑](#footnote-ref-20)
21. Глашев А.А. Медицинское право. – М., 2004. – С. 39-42. [↑](#footnote-ref-21)
22. Закон Украины от 16 июля 1999 г. *«*О трансплантации органов и других анатомических материалов человеку» [↑](#footnote-ref-22)
23. Шаргородский М.Д. Прогресс медицины и уголовное право // Избранные работы по уголовному праву. – СПб., 2003. – С. 412. [↑](#footnote-ref-23)
24. Гехфенбаум Г.М. Крайняя необходимость в уголовном праве. – Ставрополь, 2002. – С. 57-58. [↑](#footnote-ref-24)
25. Алексеев С.С. Общая теория права: В двух томах. Т.II. - М., 1982. - С. 319. [↑](#footnote-ref-25)
26. Альгин А.П. Риск и его роль в общественной жизни. - М., 1989. - С. 30. [↑](#footnote-ref-26)
27. Золотых В.В., Жуков С.П. Обоснованный риск в медицинской деятельности // Медицинское право. – 2004. - № 4. – С. 3-7 [↑](#footnote-ref-27)
28. Битеев В., Мазин П., Пономарев Г. Крайняя необходимость и обоснованный риск в медицинских отношениях // Уголовное право. – 2001. - № 3. – С. 23. [↑](#footnote-ref-28)
29. Архив Октябрьского районного суда г. Омска. 2001 г. [↑](#footnote-ref-29)