**ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА**

**ВРАЧЕБНАЯ ОШИБКА В УГОЛОВНОМ ПРАВЕ РОССИИ**

**2010**

**ВВЕДЕНИЕ**

Проблемы ответственности медицинских работников за ненадлежащее оказание медицинских услуг либо медицинской помощи, повлекшее вред здоровью человека либо смерть, становятся все более актуальными на современном этапе развития российского общества. Несмотря на это, факты привлечения врачей к уголовной ответственности за указанные действия остаются крайне редкими.

Статья 41 Конституции Российской Федерации закрепляет за гражданами России право на охрану здоровья. В развитие конституционных положений в 1993г. были приняты Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан. В то же время следует отметить, что законодатель не ввел правовую терминологию, не дал определений, этот документ не содержит механизмов реализации провозглашенных правовых норм, в нем не указаны конкретные меры ответственности за нарушение прав пациентов, отсутствуют ссылки на нормы других отраслей права, в частности на нормы, предусматривающие конкретный вид ответственности медицинских работников за несоблюдение прав пациентов. Следовательно, изучение этих проблем имеет не только важное научное, но и практическое значение.

Что касается литературы, посвященной данному вопросу, то существует множество научных статей, посвященных рассмотрению ненадлежащего исполнения своих профессиональных обязанностей медицинскими работниками. Это подтверждает особый интерес к этой теме различных исследователей, как юристов, так и медицинских работников. При написании данной работы были использованы труды таких авторов, как О.Ю. Алесандровой, В.Б. Стукалина, А. Золоева, Л.В. Канунниковой, Н.Е. Крыловой и других.

Согласно различным данным в последние годы в России значительно увеличилось число жалоб на неправильные и неправомерные действия медицинских работников при исполнении ими своих профессиональных обязанностей. Особое место среди этих случаев занимают те, которые принято называть “врачебными ошибками”.

По всей видимости, врачебную ошибку можно считать наиболее противоречивым явлением теоретико-правового осмысления медицинской практики.

Сегодня в научной литературе отсутствует единая концепция понимания юридического значения ошибки в профессиональной медицинской деятельности. В науке существует не менее 65 определений медицинской (врачебной) ошибки, при этом диапазон вариантов ответов достигает диаметрально противоположных значений: от небрежных, недобросовестных, неосторожных действий и приемов до добросовестного заблуждения без признаков халатности и невежества.

Но все авторы сходятся во мнении, что по источнику возникновения медицинские ошибки можно классифицировать, как обусловленные: внешними, объективными факторами; внутренними, субъективными факторами.

Слабая разработанность данной проблемы в уголовном праве приводит к невозможности привлечения медицинских работников к уголовной ответственности за преступления именно с неосторожной формой вины, под которые и подпадает термин “ врачебная ошибка”.

В настоящее время, когда уровень медицины, техники и технологии значительно вырос, проблема четкого установления уголовной ответственности за преступления, совершаемые медицинскими работниками в процессе осуществления ими своей профессиональной деятельности, приобрела особую актуальность, поэтому законодательное обеспечение государственной политики всесторонней охраны жизни предполагает детальное рассмотрение преступлений медработников и поиск способов снижения вероятности таких случаев в медицинской практике.

Объектом исследования выступают общественные отношения, обуславливающие совершение врачебных преступлений, их признаки, меры по предупреждению, а также нормы уголовного законодательства, предусматривающие ответственность за ненадлежащее исполнение медицинским работником своих профессиональных обязанностей.

Предметом исследования является юридический анализ норм уголовного законодательства, выявление недостатков законодательной техники, изучение проблем квалификации ненадлежащего исполнения медицинским работником своих профессиональных обязанностей.

Целью данной работы является исследование такого социально-правового явления, как врачебная ошибка.

Указанная цель реализуется посредством решения следующих исследовательских задач:

Исследовать врачебную ошибку в историко-теоретическом и сравнительно-правовом аспектах.

Выявить проблемы квалификации ненадлежащего исполнения медицинскими работниками своих профессиональных обязанностей.

Рассмотреть спорные вопросы уголовной ответственности медицинских работников.

В работе использовались общенаучные методы (анализ, единство исторического и логического), специальные методы (системный) и частнонаучные методы (сравнительное правоведение).

**1. ПОНЯТИЕ ВРАЧЕБНОЙ ОШИБКИ В уголовном ПРАВЕ России и зарубежных стран**

**.1 Разнообразие подходов к толкованию понятия “врачебная ошибка”**

Врачебная ошибка считается наиболее противоречивым явлением правового осмысления медицинской практики, существенным значением которого является вопрос об ответственности врача при совершении им ошибки. Всеми признается, что, несмотря на успехи медицины, безошибочная работа врачей в принципе является невозможной, поэтому чрезвычайно важной проблемой является выработка взвешенного подхода к правовому регулированию медицинской деятельности и определению однозначного подхода относительно юридической квалификации ошибочных действий врачей.

Действующее законодательство в настоящее время не знает правового понятия «врачебная ошибка». Данная ситуация не является уникальной. Юриспруденция оперирует десятками и сотнями понятий, терминов, не имеющих легального (законодательного) определения. Правовая доктрина должна взять на себя эту задачу.

В настоящее время отсутствует четкое определение понятия «врачебная ошибка» и в науке, существует не менее 65 определений медицинской (врачебной) ошибки, при этом диапазон вариантов ответов достигает диаметрально противоположных значений: от небрежных, недобросовестных, неосторожных действий и приемов до добросовестного заблуждения без признаков халатности и невежества; это свидетельствует об отсутствии единства взглядов на проблему врачебной ошибки.

Одно из первых определений врачебной ошибки в советский период было сформулировано известным патологоанатомом И.В. Давыдовским. Он считал, что главным критерием врачебной ошибки является вытекающее из определенных объективных условий добросовестное заблуждение врача, основанное на несовершенстве современного состояния медицинской науки и методов исследования, на особом течении заболевания у определенного больного или на недостатке знаний и опыта врача, но без элементов халатности, небрежности и профессионального невежества.

При анализе этого определения возникает вопрос о его практической значимости. Если оно преследует цель профессиональной оценки деятельности врача, то под него можно подвести значительную часть повседневной медицинской работы, как имеющей негативные последствия, так и не имеющей таковых. Если говорить об ответственности, то нельзя исходить только из того, заблуждался ли врач, поскольку основное условие наступления ответственности - наличие общественно опасных последствий. В этом случае необходимо согласиться с мнением некоторых авторов, которые считают, что любое добросовестное или недобросовестное заблуждение само по себе не причинит вреда жизни или здоровью человека лишь до тех пор, пока оно не приведёт к ошибочным действиям врача, которые и повлекут неблагоприятные последствия. Поэтому врачебная ошибка должна рассматриваться не как заблуждение, а как неоправданное (неправильное, ошибочное) действие врача или его бездействие.

Ещё один распространённый подход к определению данного понятия основан на мнении Р. Ригельмана, подразумевающего под врачебной ошибкой нежелательные результаты в лечении больного, связанные с неведением или недомыслием врача по причине нехватки информации о пациенте и его болезни. Введение в структуру понятия о врачебной ошибке таких определений, как халатность, невнимательность, медицинское невежество, неведение, недомыслие ставит вопрос о необходимости их соединения с такими юридическими терминами, как неосторожность, легкомыслие и небрежность, указывающими на наличие вины. Если подразумевается совпадение этих понятий, то И.В. Давыдовский называет врачебной ошибкой невиновные действия врача, а позиция Р. Ригельмана направлена на его виновность.

Как уже говорилось выше, юридическое определение понятия врачебная ошибка отсутствует. Косвенно о врачебных ошибках говорится в ст. 63 Основ Законодательства РФ об охране здоровья граждан, предусматривающей страхование профессиональной ошибки, в результате которой причинён вред или ущерб здоровью гражданина, не связанный с небрежным или халатным выполнением медицинскими работниками профессиональных обязанностей.

Большой медицинский энциклопедический словарь определяет врачебные ошибки как «ошибки врача при исполнении своих профессиональных обязанностей, являющиеся следствием добросовестного заблуждения и не содержащие состава преступления или признаков проступков».

Согласно юридическому словарю, под врачебной ошибкой понимают неправильное определение болезни врачом (диагностическая ошибка) или неправильное врачебное мероприятие (операция, назначение лекарства и др.), обусловленные добросовестным заблуждением врача.

Ю.Д. Сергеев и С.В. Ерофеев на основе анализа различных точек зрения относительно природы врачебных ошибок приходят к следующему выводу: «Ятрогения - это причинение вреда здоровью в связи с проведением диагностических, лечебных, профилактических мероприятий».

В их определении сделана довольно удачная попытка увязать понятия «вред здоровью» и «врачебная ошибка».

По мнению И.В. Тимофеева и О.В. Леонтьева, «медицинская ошибка» по юридическому смыслу близка к понятию «дефект в проведении лечебно-профилактических мероприятий».

Под дефектом в проведении (оказании) лечебно-профилактических мероприятий ученые предлагают понимать «ошибочное действие (бездействие) медицинского персонала, выразившееся в неправильном оказании (неоказании) медицинской помощи, ошибочной диагностике заболеваний и неверном лечении заболевших (пострадавших). При этом дефекты, по их мнению, с которым можно полностью согласиться, могут иметь объективные и субъективные причины.

А.А. Мохов, И.Н. Мохова считают: медицинская ошибка - это невиновное причинение вреда здоровью лица в связи с проведением диагностических, лечебных, профилактических мероприятий лицом (лицами), призванным оказывать какого-либо рода помощь в соответствии с законом, договором, специальным правилом или сложившейся практикой. По мнению Мохова А.А., Моховой И.Н., целесообразно вести речь о медицинской или врачебной ошибке как родовом понятии. Данный термин сложился исторически, он связан не с профессиональной деятельностью лица - врача, а с видом деятельности - врачеванием.

С.Г. Стеценко считает, что врачебная ошибка - это «дефект оказания медицинской помощи, связанный с неправильными действиями медицинского персонала, характеризующимися добросовестным заблуждением при отсутствии признаков умышленного или неосторожного преступления», поэтому нет причин подозревать наличие состава преступления. При этом автор считает, что ошибки, возникающие у врачей при наличии объективных обстоятельств (несовершенство медицины, отсутствие необходимых лекарственных средств и техники и др.) должны быть ненаказуемыми для врачей - не должностных лиц, тогда как ошибки, обусловленные субъективными обстоятельствами (неправильная интерпретация результатов лабораторно-инструментальных исследований, недостаточный опыт и т.п.), должны предусматривать персональную ответственность врачей.

По мнению Акопова В.И. причинение вреда при невозможности установления правильного диагноза и назначения соответствующего лечения по объективным причинам юридически не предусматривает вины врача, а отсутствие вины в поведении врача при врачебной ошибке указывает на то, что им были предприняты все меры для оказания надлежащей помощи (должная заботливость и необходимая осмотрительность, которая требовалась по характеру профессиональной деятельности), т.е. отмечается добросовестное заблуждение, вызванное объективными обстоятельствами.

Рыков В.А. также считает, что ошибки, имеющие объективные причины (добросовестное заблуждение врача из-за атипического течения болезни, кратковременности пребывания или тяжести состояния, недостатка диагностических материальных ресурсов и др.), должны называться врачебными ошибками, без возникновения у врачей юридической ответственности.

Так называемое «добросовестное заблуждение» врача, связанное с субъективными причинами (недостаток знаний, непроведение или неполное проведение необходимых методов обследования при имеющейся возможности, плохо выполненная работа и др.), является виновным деянием врача. В этом случае врачебная ошибка перестает быть ошибкой и должна обозначаться термином «медицинский деликт», предложенным А.З. Виноградовым, как виновное противоправное деяние врача, причиняющее вред здоровью и/или жизни пациента и имеющее прямую причинно-следственную связь между противоправным поведением и причиненным вредом, с возникновением соответствующей юридической ответственности.

Что касается классификации врачебных ошибок, то она зависит от выбранного критерия. Наиболее адекватной и отвечающей требованиям медицины и права может считаться классификация, разработанная юристом И.Ф. Крыловым, согласно которой врачебные ошибки делятся на три группы:

) диагностические (нераспознавание или ошибочное распознавание болезни);

) тактические (неправильное определение показаний к операции, ошибочный выбор времени и объёма операции);

) технические (неправильное использование медицинской техники, оставление при операциях инородных тел в полостях и ранах и т.д.).

Мы же в своей работе будем опираться на точку зрения тех авторов и, в частности Канунниковой Л.В. , Фролова Я.А. , Фроловой Е.В., которые предлагают использовать понятие врачебная (медицинская) ошибка, но разделять врачебные ошибки на противоправные виновные деяния медицинских работников (учреждений) и случаи причинения вреда здоровью или жизни пациента при отсутствии вины и юридической ответственности медицинских работников (учреждений). Они считают, что если врачебная ошибка вызвана субъективными причинами, такими, как неосторожность, недостаточность опыта и знаний медицинского работника, невнимательность, неудовлетворительная организация деятельности медицинских учреждений и т.п., то она должна нести за собой уголовную ответственность. Если же врачебная (медицинская) ошибка вызвана объективными причинами, такими, как атипичное развитие болезни, недостаточная обеспеченность медицинских учреждений специалистами, оборудованием, лекарственными препаратами и т.п., то она не должна считаться преступлением и, следовательно, нести за собой уголовную ответственность. Это наиболее компромиссная точка зрения.

Кроме того, не следует игнорировать тот факт, что в наше время термин “врачебная ошибка” воспринимается в общественном сознании как любое нанесение вреда пациенту, и чаще всего врачебная ошибка воспринимается именно как причинение вреда по вине врача. Возможно, такое понимание данного термина было навязано обществу СМИ. Но проводимые исследования по социологии медицины показывают, что обыватели не отличают врачебные ошибки от проступков и преступлений.

Подводя итог исследованию понятия “врачебная ошибка”, необходимо отметить следующее. Сегодня в научной литературе отсутствует единая концепция понимания юридического значения ошибки в профессиональной медицинской деятельности.

В данной работе под врачебной ошибкой будет пониматься объективно противоправный, неблагоприятный результат, обусловленный объективными и субъективными факторами. Таким образом, будут рассматриваться врачебные ошибки, обусловленные субъективными факторами, то есть преступления, характеризующиеся неосторожной формой вины, предусмотренные Уголовным Кодексом Российской Федерации, квалифицирующие ненадлежащее оказание медицинской помощи.

**1.2 Врачебная ошибка в истории уголовного законодательства России**

Деятельность врача в России с древних времён жестко регламентировалась посредством различного рода социальных норм (морали, религии, права).

В Древней Руси за смерть больного врач подлежал «умерщвлению». Русское законодательство допетровской эпохи не различало умысла и неосторожности - лечение приравнивалось к «волхованию и чародейству».

Судопроизводство периода Русской Правды (XI-XIII в.в.) было в основном обвинительным. Доказательства имели характер подтверждений формальными средствами заявленных перед судом требований. Это касалось и требований, предъявляемых врачам недовольными пациентами. Для этого использовались такие средства доказывания, как признание, испытания, судебный поединок, очистительная присяга, крестное целование и некоторые другие.

Немаловажную роль сыграл Аптекарский приказ, который был создан в 1584г. С целью централизации управления здравоохранением. Врачебное освидетельствование (экспертиза больных и увечных), как одна из функций Аптекарского приказа, заключалась в проведении экспертного исследования по определению степени утраты здоровья. В результате такого освидетельствования составлялись «дохтурские сказки», в которых указывалось, в частности, «какой болезнью кто скорбен», «можно ль ему государеву службу служить».

Иными словами, речь шла, говоря современным языком, о зарождении несудебных медицинских экспертиз, в первую очередь, о военно-врачебной экспертизе. Врачи Аптекарского приказа осуществляли экспертизу случаев ненадлежащего оказания медицинской помощи и освидетельствовали пострадавших от такого лечения. Проверка историй болезни («дохтурских сказок») была одним из направлений работы Аптекарского приказа. Таким образом, осуществлялся контроль за врачебной деятельностью (прообраз ведомственной экспертизы).

С XVII века стали активно проводиться освидетельствования и для других целей, в частности для установления характера телесных повреждений. Во второй половине XVII века зафиксированы первые случаи освидетельствования монахами психического состояния обвиняемых, получения справок и допросов докторов и лекарей о порядке употребления лекарств.

В Указе 1686 года лекари предупреждались, что «буде из них кто нарочно или не нарочно кого уморят, а про то сыщется, быть им казненными смертью». Морской устав Петра I, предусматривая уголовную ответственность врача при неблагоприятном исходе лечения, ввел специальную медицинскую экспертизу и особый порядок расследования врачебных дел. Дореволюционное законодательство устанавливало: «Если от неправильного лечения последует смерть или важный вред здоровью, то виновный предается церковному покаянию», если же указанных последствий не произошло, врачам, допустившим ошибку, воспрещалась практика «доколе они не выдержат новые испытания и не получат свидетельства о надлежащем знании своего дела». Таким образом, законодатель с учетом специфики специального субъекта преступления устанавливал соответствующий вид и меру государственного принуждения за нарушение уголовного запрета.

В Уложении о наказаниях уголовных и исправительных 1845 г. Предусматривало наступление ответственности за явные и серьезные врачебные ошибки, за смерть больного и причинение важного вреда его здоровью, за дефекты лечения. Но Уложение предусматривало за профессиональные упущения врачей не уголовные санкции, а меры административного и нравственного порядка, а именно «за явные и серьезные врачебные ошибки - запрещение заниматься практикой, а за смерть больного или серьезный вред здоровью - церковное покаяние».

В Уголовном уложении 1903г. деяние, ранее предусмотренное статьей 870 Уложения о наказаниях 1845 года (неправильное врачевание), влекло ответственность по ст. 464 и 272, предусматривающих соответственно неосторожное лишение жизни и неосторожное причинение телесных повреждений.

Советский период характеризуется ростом числа норм, предусматривающих уголовную ответственность медицинских работников, в связи с чем проблема врачебной ошибки приобрела свою остроту применительно к потребностям судебно-следственных органов. Не случайно вопросам врачебной ошибки стали уделять пристальное внимание судебные медики, патологоанатомы и юристы.

Уголовный кодекс РСФСР 1922г. устанавливал ответственность за неправильное врачевание в ст. 147 - убийство по неосторожности и ст. 154 - неосторожные телесные повреждения. В дальнейшем на врачей, допускавших в своей профессиональной деятельности неосторожные преступления, стали распространятся нормы ст. 109 УК РСФСР (о должностных преступлениях). Постановлением ВЦИК и СНК РСФСР от 01.12.1924 «О профессиональной работе и правах медицинских работников» врач признавался должностным лицом и отвечал за должностные преступления. Рядовые медицинские работники (санитары, фельдшеры, медсестры) к уголовной ответственности в случае наступления смерти пациента не привлекались. В Уголовный кодекс 1960г. кардинальных изменений внесено не было, и врачебная небрежность стала квалифицироваться по ст. 172 - халатность. Основной аргумент - профессия врача ничем не отличается от других и ответственность за их служебные преступления должна наступать по статьям о должностных преступлениях.

Уголовный кодекс Российской Федерации 1996 г. Установил ответственность медицинских работников за умышленные общественно опасные деяния, повлекшие последствия, в зависимости от характера и тяжести вреда, причиненного здоровью, а за неосторожные правонарушения предусмотрена ответственность в ч. 2 ст. 109 (причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей), ч. 2 ст. 118 (причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей), ч. 4 ст.122 (заражение другого лица ВИЧ-инфекцией вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей), ст. 124 (неоказание помощи больному).

Таким образом, можно сделать вывод, что уголовное законодательство со временем претерпело существенные изменения.

**1.3 Отношение к врачебной ошибке в зарубежных странах**

Государственная регламентация врачебной деятельности наметилась в Риме. Положения римского права, разграничивающего неосторожные и умышленные действия врачей, постепенно стали отражаться и в уголовных законах стран Западной Европы. В средние века католическая церковь задержала развитие медицины и права, вопросы ответственности за неудачное врачевание решались, прежде всего, с позиций нарушение теологических догм.

Институт ошибки на протяжении многих лет глубоко исследуется специалистами в области уголовного права. Нормы об ошибке содержатся в уголовном законодательстве отдельных зарубежных стран, в частности, Аргентины, Болгарии, Испании, Норвегии, Польши, США, Франции, ФРГ.

Разграничение умысла и ошибки постепенно нашло отражение в законодательствах всех европейских государств, хотя вопрос об их ответственности решался по-разному. В Германии и Австрии ответственность врача за его профессиональные упущения также рассматривалась с точки зрения частных отношений между ним и больным. Уголовная ответственность за ошибки врачей почти полностью отсутствовала, но им предъявлялось много гражданских исков. Установление причинной связи между ошибкой врача и причиненным им вредом лежало на истце. Если больной, в какой-то степени, сам оказывался виновным в неудовлетворительном исходе лечения, то ответственность врача исключалось. Современное законодательство зарубежных стран (Австрия, Германия, Франция) наказуемой считает только грубую врачебную ошибку, поскольку отношения между врачом и больным и в настоящее время признаются частными. Зарубежное законодательство содержит специальные нормы об уголовной ответственности «за неправильное лечение по незнанию медицинского искусства и за неумело, неловко проведенную операцию», например параграфы 856, 857 УК Австрии.

Согласно ст. 122-3 УК Франции не подлежит уголовной ответственности лицо, представившее доказательства того, что в силу ошибки относительно права, которой оно не могло избежать, оно полагало, что имеет законное основание совершить действие. В данной статье ошибка рассматривается как неправильное представление лица о юридических свойствах совершенного действия, т.е. о юридической ошибке.

Норма о фактической ошибке содержится в Уголовном кодексе ФРГ, в котором параграф 16 называется «Ошибка в фактических обстоятельствах деяния». В соответствии с п. 1 данного параграфа кто, совершая деяние, не знает об обстоятельстве, которое относится к составу деяния, предусмотренному законом, тот действует непреднамеренно. Наказуемость за деяние, совершенное по небрежности, при этом остается без изменений. В ст. 14 УК Болгарии установлено: «Незнание фактических обстоятельств, которые относятся к составу преступления, исключает умысел относительно этого преступления. Это положение применяется и к деянию, совершенному по неосторожности, если только само незнание фактических обстоятельств не составляет неосторожности».

Из сказанного следует, что ошибка в аналитическом аспекте связана с субъективной стороной состава преступления и сущностью ее является добросовестное заблуждение лица о юридических или фактических признаках деяния.

Согласно Типовому уголовному кодексу США (Model Penal Code) медицинский персонал совершает преступления с двумя формами вины - неосторожно (recklessly), «небрежно» (negligently). Так, американский комментарий к Уголовному кодексу и руководство по уголовному праву определяют преступную небрежность («negligence») как ситуацию игнорирования существенного и неправомерного риска, о котором субъект не знал, хотя должен был знать. Эти же источники толкуют преступную неосторожность («recklessness») как ситуацию игнорирования существенного и неправомерного риска, о котором субъект знал, игнорировал его сознательно и продолжал опасное поведение. Легко сделать вывод, что в отечественной юридической литературе эта форма вины носит название «преступное легкомыслие».

Важным отличием в процессе квалификации преступления в судопроизводстве США является то, что современное американское право к причинам возникновения смерти относит любые незаконные действия, обусловившие смерть в течение 3 лет после их совершения. В этой связи уместно привести перечень случаев, когда врач обязан сообщить об очевидных или подозрительных признаках насильственной смерти коронеру или медицинскому ревизору: все случаи насильственной смерти, смерть при комах неясной этиологии, смерть при криминальном аборте, внезапная смерть при медицинских вмешательствах, смерть заключенных, смерть лиц, подлежащих кремации, захоронению в море, транспортировке в иные государства.

Как и в США, в Великобритании существует особый вид юристов - коронеры («coroners»), которые чаще всего имеют два высших образования - медицинское и юридическое, и расследуют дела о насильственной и скоропостижной смерти. В России ощущается потребность в таких специалистах.

В отличие от зарубежных стран информация о количестве, существе обвинительных и оправдательных приговоров, о решениях кассационных инстанций в нашей стране не регистрируется, не публикуется, не анализируется. Получается, что мы игнорируем весьма важный принцип для профилактики правонарушений в медицине: «знающий уже защищен».

В этом отношении зарубежные руководства по медицинскому праву отличаются от отечественной литературы в лучшую сторону, поскольку в них уделяется значительное место рекомендациям по профилактике преступлений среди медицинского персонала. Подчеркивается и активно реализуется тезис о том, что врачи должны быть точно информированы о методах и обстоятельствах оказания помощи, которые являются наиболее рискованными в смысле возникновения виновного неблагоприятного исхода и особенно - по материалам уже завершенных судебных процессов.

Таким образом, экскурс в историю показывает, что отношение государства к ненадлежащему поведению врача в различные периоды было неодинаковым и зависело от правосознания, религиозных воззрений, морально-этических норм и успехов медицинской науки.

С точки зрения действующего уголовного законодательства России, ошибки в профессиональной медицинской деятельности, обусловленные внешними, объективными факторами, не влекут уголовной ответственности, а если такие ошибки по источнику происхождения обусловлены внутренними, субъективными факторами, то медицинские работники будут привлекаться к уголовной ответственности за ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей.

Изложенное демонстрирует необходимость углубленного изучения судебно-медицинских и правовых аспектов проблемы ненадлежащего оказания медицинской помощи, а сравнение отечественной и зарубежной практики позволяет избрать оптимальный путь профилактики правонарушений с использованием позитивного опыта и исключением ошибок, уже допущенных зарубежными коллегами.

**2. КВАЛИФИКАЦИЯ НЕНАДЛЕЖАЩЕГО ИСПОЛНЕНИЯ МЕДИЦИНСКИМ РАБОТНИКОМ СВОИХ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ОБЯЗАННОСТЕЙ**

**.1 Причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей (ч. 2 ст. 109 УК РФ)**

Из всего многообразия преступлений медицинских работников особое внимание привлекают случаи ненадлежащего выполнения ими своих профессиональных обязанностей, влекущие по неосторожности смерть. Из всех неосторожных преступлений медицинских работников те, что приводят к смерти пациента, являются наиболее опасными. Такие деяния подпадают под действие ч. 2 ст. 109 УК РФ. Смертельный результат процесса лечения нередко не зависит от действий медицинского работника и при определенных объективных условиях не является незаконным. При уголовно-правовой оценке смертельных исходов в медицинской практике в первую очередь необходимо ответить на вопрос: правильно или неправильно оказана медицинская помощь. Если медицинская помощь оказана правильно, то с юридической точки зрения необходимость в проверке причин неблагоприятных последствий отпадает. При неправильном лечении возникает необходимость установить причины, которые это обусловили. В правовой литературе, медицине и обществе распространено мнение, что каждый случай ятрогенных заболеваний и связанный с ним летальный исход является заслуживающей особого внимания ситуацией.

Российский Уголовный Кодекс не относит причинение смерти другому лицу по неосторожности к разряду убийств. Однако это преступление, безусловно, относится к посягательствам на жизнь человека. В рамках ненадлежащего оказания медицинской помощи нас интересует часть 2 статьи 109 Уголовного Кодекса Российской Федерации, предусматривающая квалифицирующий признак - причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей. Этот признак характеризуется наличием специального субъекта - лица, имеющего определенную профессию, и особенностями объективной стороны, состоящими в ненадлежащем исполнении профессиональных обязанностей, возложенных на указанное лицо законом, другим нормативно-правовым актом или вытекающих из специфики профессии, когда лицо имеет возможность исполнить их надлежащим образом.

Итак, следует провести юридический анализ данного преступления.

Понятно, что субъект причинения смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей специальный, в нашем случае медицинский работник. Исходя из основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан можно сделать вывод, что это лица, получившие высшее или среднее медицинское и фармацевтическое образование в Российской Федерации, имеющие диплом и специальное звание, а также сертификат специалиста и лицензию на осуществление медицинской или фармацевтической деятельности, а также лица, не имеющие законченного высшего медицинского или фармацевтического образования, которые могут быть допущены к занятию медицинской или фармацевтической деятельностью в должностях работников со средним медицинским образованием. То есть это лица, осуществляющие свою профессиональную деятельность в медицинской сфере (врачи, фельдшеры, медицинские сестры, санитары и т.д.).

Объектом данного преступления является жизнь человека. Объективная сторона складывается из:

) деяния, которое может быть в форме действия или бездействия медицинских работников;

) общественно опасных последствий в виде смерти, в нашем случае смерти, пациента, больного;

) причинной связи между деянием и наступившими последствиями.

Что же следует понимать под ненадлежащим исполнением лицом своих профессиональных обязанностей, из чего же вытекают профессиональные обязанности медицинских работников? Прежде всего, следует отметить, что профессиональные обязанности могут исходить из закона, другого нормативного акта, всякого рода правил и инструкций, установленных стандартов и т.п. Специфика медицинской профессии заключается в том, что профессиональные обязанности вытекают из закона (Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан 1993 г.), и из многочисленных инструкций, приказов, предписаний Министерства здравоохранения и социального развития и других органов здравоохранения, содержащих перечень показанных диагностических и лечебно-профилактических мероприятий с учетом имеющейся у больного патологии (Стандарт медицинской помощи больным с желудочковой тахикардией и т.п.). Именно данными инструкциями и предписаниями врач и руководствуется в своей профессиональной повседневной деятельности. Проблемным для юридического анализа является то, что эти нормы могут существовать как в письменной форме (в источниках информации, учебниках, журнальных статьях и т.д.), так и в неписанных традициях медицинской деятельности. Единого мнения по поводу оценки правильности действий медицинских работников в науке нет. Под ненадлежащим исполнением лицом своих профессиональных обязанностей понимаются нерадивые, небрежные, безответственные или недобросовестные действия лица, обязанного должным образом выполнить свои служебные функции и имеющего реальную возможность эти функции выполнить. То есть, если врач, оказывая помощь пациенту, не опирается на данные нормативные акты, то он ненадлежащее исполняет свои обязанности. Таким образом, если в данных обстоятельствах пациент умирает, то действия врача следует квалифицировать по части 2 статьи 109 УК РФ. Существует огромное количество инструкций, предписаний, стандартов, которые последовательно регламентируют действия врача при том или ином случае заболевания, патологии. Другим важным моментом, который выделяется доктринальными источниками, является реальная возможность исполнить свои профессиональные обязанности надлежащим образом. Под реальной возможностью в данном случае следует понимать нормальные условия оказания медицинской помощи, соответствие квалификации врача, его знаний тому, что от него требует момент оказания помощи, соответствие медицинского оборудования, наличие всех необходимых в данном случае лекарственных препаратов и т.д., то есть отсутствие объективных обстоятельств, способным привести к ненадлежащему исполнению медицинским работником своих профессиональных обязанностей. Под отсутствием возможности надлежащего исполнения медицинским работником своих профессиональных обязанностей следует понимать трудности оказания помощи из-за кратковременности пребывания, крайне тяжелого состояния и поздней госпитализации больного или его алкогольного опьянения, недостаточного уровня знаний в медицине о сути патологического процесса и несовершенства методов медицинской науки и практики, атипичности течения болезни, отсутствия необходимых средств диагностики и лечения.

Общественно опасные последствия должны выразиться в смерти хотя бы одного пациента, больного. Состав преступления материальный, поэтому считается оконченным с момента наступления смерти. Как и для всех составов, квалифицирующих ненадлежащее исполнение медицинским работником своих профессиональных обязанностей, данному составу характерна сложность в установлении причинно-следственной связи между деянием и наступившими последствиями. Это напрямую связано с проблемой установления субъекта преступления. Ведение больного - это производство, которое имеет довольно сложную организацию и требует четкого распределения функций и ответственности между участниками лечебно-диагностического процесса. Согласно ст. 59 «Основ законодательства об охране здоровья в РФ», личную ответственность за лечение больного несет его лечащий врач.

Казалось бы, четкая и ясная формулировка, однако если вдуматься, эта четкость - мнимая. Не вполне ясно, что означает термин «лечение больного», кроме того, далеко не везде мы можем четко и ясно определить, кто именно является лечащим врачом больного в данный конкретный момент. Часто сложно установить, действия, какого именно медицинского работника привели к нежелательному результату. Ведь все медицинские работники, в том числе и лечащий врач, опираются на заключения, данные другими узкими специалистами, на результаты различных лабораторных исследований и т.д. Как правило, виновным объявляют врача, который последний лечил больного.

Еще одной проблемой для установления объективной стороны в преступлениях медицинских работников является наличие дефектов в ведении медицинской документации. Данные дефекты осложняют как установление субъекта преступления, так и установление причинно-следственных связей.

Субъективная сторона части 2 статьи 109 УК РФ характеризуется неосторожной виной в виде легкомыслия или небрежности. Причинение смерти, совершенное по легкомыслию, будет иметь место в том случае, если лицо предвидело возможность наступления общественно опасных последствий своих действий (бездействия), но без достаточных к тому оснований самонадеянно рассчитывало на предотвращение этих последствий. При причинении смерти по небрежности лицо не предвидело возможности наступления общественно опасных последствий своих действий (бездействия), хотя при необходимой внимательности и предусмотрительности должно было и могло предвидеть эти последствия. В качестве примера причинения смерти по небрежности можно привести случай из судебной практики: приговором Тобольского городского суда Тюменской области осужден дежурный врач городской больницы Ковальчук Сергей Михайлович, в результате ненадлежащего исполнения обязанностей которого наступила смерть пациентки. Ковальчук признан виновным в совершении преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 109 УК РФ (причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей), ему назначено наказание в виде 2 лет лишения свободы условно с лишением права заниматься лечебно-диагностической деятельностью на 2 года.

Вот еще один случай из судебной практики: 9 декабря 2005 года «скорая помощь» доставила больного Глупышева в Холмогорскую ЦРБ. Накануне он почувствовал острую боль в животе. Ночь терпел, а на следующий день обратился к медикам. С диагнозом «аппендицит» больной оказался на операционном столе. Удалить аппендикс взялся заведующий хирургическим отделением Ефрем Ефремов. Как говорится в материалах следствия, при операции врач скальпелем повредил мочевой пузырь больного. После операции Ефремов не осуществлял надлежащего наблюдения за пациентом. К примеру, не провел консультацию с врачом-урологом, которая обязательна в таких случаях. В результате состояние больного резко ухудшилось, развился не только перитонит, но и энтотоксиновый шок, и Глупышев умер. По показаниям свидетелей, операцию в Холмогорской больнице врач проводил, будучи в нетрезвом состоянии. Районный суд признал Ефремова виновным в совершении преступления, предусмотренного статьей 109 ч. 2 УК РФ «Причинение смерти по неосторожности». Он приговорен к двум годам лишения свободы с отбыванием наказания в колонии-поселении с лишением права заниматься врачебной деятельностью сроком на три года.

**2.2 Причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности, совершенное вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей (ч. 2 ст. 118 УК РФ)**

Ответственность медицинских работников за причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности, совершенное вследствие ненадлежащего исполнения их профессиональных обязанностей наступает по части 2 статьи 118 УК РФ.

Причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности, совершенное вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей, в нашем случае врачей - квалифицированный состав. Поучается, что вред причиняется в той сфере и тем лицом, которые призваны гарантировать безопасность здоровья граждан. Нередко при этом возрастает и объем (размер) вреда.

Под вредом здоровью понимаются либо телесные повреждения, т.е. нарушение анатомической целостности 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. По объективным признакам состав ч. 2 ст. 118 УК РФ соотносится со ст. 111 УК РФ - умышленное причинение тяжкого вреда здоровью, различие усматривается лишь в субъективной стороне и в субъекте. Важнейший признак тяжкого вреда здоровью - создание опасности для жизни. При наличии этого признака причинение вреда здоровью признается тяжким независимо от того, какие это повлекло последствия.

Опасным для жизни является вред здоровью, вызывающий состояние, угрожающее жизни, которое может закончиться смертью. Предотвращение смертельного исхода в результате оказания медицинской помощи не изменяет оценку вреда здоровью как опасного для жизни.

Признаки тяжкого вреда здоровью названы в статье 111 УК РФ. Тяжкие последствия, причиненные медицинскими работниками должны выразиться в состоянии опасном для жизни человека, или повлекшем за собой потерю зрения, речи, слуха либо какого-либо органа или утрату органом его функций, прерывание беременности, психическое расстройство, заболевание наркоманией либо токсикоманией, или выразившегося в неизгладимом обезображивании лица, или вызвавшего значительную стойкую утрату общей трудоспособности не менее чем на одну треть или полную утрату профессиональной трудоспособности.

Не все из перечисленных опасных для жизни повреждений одинаково распространены в судебной практике. Повреждения, наносимые медицинскими работниками имеют свою специфику, так как большинство из них уже связано с нарушением целостности человеческого организма. Для неосторожного причинения вреда здоровью медицинскими работниками наиболее характерны повреждения крупных кровеносных сосудов, органов (при хирургических вмешательствах), оставление при операциях инородных тел в полостях и ранах, ампутация конечностей и т.д..

В законодательстве различаются общая и профессиональная трудоспособность, учитывается повышенная опасность такого преступления в связи с наличием дополнительного объекта посягательства (наряду со здоровьем - утрата профессиональной деятельности).

Размер стойкой утраты трудоспособности устанавливается судебно-медицинской экспертизой после определившегося исхода повреждения на основании объективных данных, с учетом специальных таблиц процентов утраты трудоспособности с округлением до 5. Значительной стойкой утратой общей трудоспособности не менее чем на одну треть считается утрата трудоспособности на 35% и более.

Объектом преступления является здоровье человека. Объективная сторона складывается из:

) деяния в форме действия медицинских работников;

) общественно опасных последствий в виде причинения тяжкого вреда здоровью пациента, больного;

) причинной связи между деянием и наступившими последствиями.

Как уже рассматривалось выше, в рамках ч. 2 ст. 109 УК РФ, ненадлежащее исполнение медицинскими работниками своих профессиональных обязанностей вытекает из несоблюдения врачом инструкций, предписаний, стандартов, которые последовательно регламентируют действия врача при том или ином случае заболевания, патологии. Данное неисполнение должно носить субъективный характер, то есть должны отсутствовать объективные причины ненадлежащего оказания медицинской помощи. Состав материальный, преступление окончено в момент наступления последствий.

Общественно опасные последствия должны выразиться в виде причинения тяжкого вреда здоровью хотя бы одного пациента. Необходимым является установление причинной связи, с чем могут возникнуть проблемы, свойственные всем врачебным преступлениям с неосторожной формой вины.

Субъект преступления специальный - медицинские работники, обязанные в силу своих профессиональных обязанностей оказывать врачебную помощь.

Субъективная сторона предполагает неосторожную форму вины - либо легкомыслие, либо небрежность. Причинение смерти, совершенное по легкомыслию, будет иметь место в том случае, если лицо предвидело возможность наступления общественно опасных последствий своих действий (бездействия), но без достаточных к тому оснований самонадеянно рассчитывало на предотвращение этих последствий. При причинении смерти по небрежности лицо не предвидело возможности наступления общественно опасных последствий своих действий (бездействия), хотя при необходимой внимательности и предусмотрительности должно было и могло предвидеть эти последствия.

В этой связи возникает вопрос о соотношении ч. 2 ст. 118 и ст. 124 (неоказание помощи больному), когда речь идет о неисполнении профессиональных обязанностей медицинским работником. Различие между ними усматривается в объективной стороне: в одном случае помощь вообще не оказывается (преступное бездействие), в другом она оказывается, но ненадлежащее, не в полном объеме, не на должном профессиональном уровне.

Вот один из приговоров по причинению тяжкого вреда здоровью при прерывании беременности. Приговором Казанского районного суда Тюменской области признана виновной по ч.2 ст. 118 УК РФ врач-гинеколог отделения Центральной районной больницы Самсонова Марина Геннадьевна. Она осуждена и подвергнута наказанию в виде лишения свободы на срок 9 месяцев с лишением права заниматься медицинской деятельностью на срок 1 год.

Вот например еще один случай, произошедший в г.Братске: 26 июня 2008 года гражданка Н. вызвала скорую помощь, так как у ее сына Е. поднялась температура 38,5 градусов. Е. был госпитализирован в инфекционное отделение. Ребенок был направлен в реанимацию. Состояние его ухудшилось и 3 июля 2008г. Е. был направлен в областную инфекционную больницу г.Иркутска. Врачи, по мнению матери ребенка, ненадлежащее оказали медицинскую помочь, что в результате повлекло паралич Е. Проведенная служебная проверка не выявила отклонений от стандартов ведения больных с данной патологией. Н. было отказано в возбуждении уголовного дела по данному факту.

**2.3 Заражение другого лица ВИЧ-инфекцией вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей (ч. 4 ст.122 УК РФ)**

СПИД (синдром приобретенного иммунодефицита человека), названный «чумой XX века», представляет собой тяжелое хроническое, на сегодняшний день неизлечимое заболевание, поражающее иммунную систему человека. Количество лиц, заболевших СПИДом, увеличивается день ото дня. Число вирусоносителей исчисляется сотнями. К несчастью, растет число инфицированных детей.

Несмотря на предпринимаемые государством и медицинскими учреждениями меры, по-прежнему одним из самых опасных факторов распространения вируса остается переливание крови. В нем нуждаются лица, страдающие лейкемией, анемией, попавшие в автокатастрофы и другие. Спрос на донорскую кровь и ее компоненты велик. В средствах массовой информации все время сообщается о новых случаях парентерального (через кровь) заражения ВИЧ-инфекцией в российских медицинских учреждениях.

Статья 122 Уголовного кодекса Российской Федерации (далее - УК РФ) предусматривает уголовную ответственность, во-первых, за заведомое поставление другого лица в опасность заражения ВИЧ-инфекцией, а во-вторых, за фактическое заражение ею. Ответственность за поставление в опасность заражения данной инфекцией не дифференцируется в зависимости от субъекта преступления. За это деяние могут нести равную ответственность и лица-вирусоносители, и медицинские работники. Что касается фактического заражения, то в данном случае уголовная ответственность различна для лиц-вирусоносителей, знавших о наличии у них этой инфекции, и для лиц, выполнявших свои профессиональные обязанности ненадлежащим образом.

Вначале следует определить круг медицинских работников, которые способны нести уголовную ответственность за рассматриваемые преступления. Заготовкой крови занимаются специальные учреждения - станции переливания (пункты забора) крови. Допустим, медицинский регистратор, в обязанности которого входит проверка прописки донора, установление наличия или отсутствия противопоказаний к донорству и другое, этого не делает. Должен ли он нести уголовную ответственность за поставление другого человека в опасность заражения ВИЧ-инфекцией? Ведь кровь должна проходить карантинизацию в течение 6 месяцев, в течение этого времени донор, сдавший кровь, обследуется повторно с целью выявления у него возможных инфекций, передаваемых с кровью. Кроме того, кровь (плазма) имеет определенный срок хранения и вообще может быть не перелита пациенту. На этапе регистрации донора неизвестно, о какой инфекции идет речь: о ВИЧ-инфекции, вирусе гепатита, сифилисе, другом венерическом заболевании.

Думается, что ненадлежащее выполнение медрегистратором своих профессиональных обязанностей, в результате чего возникает реальная опасность заражения ВИЧ-инфекцией других лиц, дает основания для квалификации его действий (бездействия) по ч. 1 ст. 122 УК РФ при условии, что поведение медика характеризуется прямым умыслом. Диспозиция данной уголовно-правовой нормы такова, что наказуемым признается сам факт поставления в опасность заражения другого лица ВИЧ-инфекцией.

За поставление в опасность заражения названной инфекцией должны нести ответственность и другие медицинские работники, которые непосредственно забирают кровь и ее компоненты (для переливания, клинических исследований и т.п.), переливают их или выполняют с ними иные манипуляции с нарушением установленных правил, а также врачи самых разных специальностей (стоматологи, хирурги, гинекологи и др.), ненадлежащее исполняющие свои профессиональные обязанности и ставящие в опасность заражения ВИЧ-инфекцией своих пациентов. Однако следует иметь в виду, что данное преступление очень латентно. Правоохранительным органам и общественности, как правило, становится известно лишь об уже свершившихся случаях заражения ВИЧ-инфекцией: если «грязная» кровь была перелита больному или были совершены иные действия (акты бездействия), приведшие к фактическому заражению.

Фактическое заражение другого лица ВИЧ-инфекцией вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей наказывается в соответствии с ч. 4 ст. 122 УК РФ, о которой мы и будем говорить как об одной из форм ненадлежащего оказания медицинской помощи. И хотя закон прямо не называет медицинских работников как возможных субъектов данного преступления, в действительности поведение именно этих лиц, ненадлежащее выполняющих свои профессиональные функции, приводит к заражению пациентов ВИЧ-инфекцией. Таким образом, по ч. 4 ст. 122 УК РФ несут ответственность только специальные субъекты, причем преступление совершается ими в момент выполнения своих профессиональных обязанностей.

И так, следует провести юридический анализ данного преступления. Объектом преступления является здоровье гражданина. Субъектом данного преступления являются лица, профессионально связанные с процессом лечения и обслуживания больных вирусом иммунодефицита (врачи, медсестры и т.д.), а также с получением или хранением крови (например, работники станции переливания крови).

Объективная сторона заключается в ненадлежащем исполнении лицом профессиональных обязанностей, в результате чего было заражено другое лицо ВИЧ-инфекцией. Объективную сторону преступления образуют действия (бездействие), состоящие в нарушении как специально установленных правил профилактики ВИЧ-инфекции (например, некачественная проверка донорской крови и лиц, проходящих освидетельствование), так и общих требований предосторожности (например, некачественная подготовка к повторному использованию медицинского инструмента). Местом в данном случае может выступать больница, помещение в станции переливания крови, любое другое место, где непосредственно произошло заражение. Так и время должно соответствовать моменту заражения. Обязательным последствием является заражение ВИЧ-инфекцией хотя бы одного лица. В данном случае обязательно установление причинной связи между ненадлежащим исполнением лицом своих профессиональных обязанностей и наступившими последствиями. В этом возникает сложность, свойственная всем составам ненадлежащего оказания медицинской помощи. Из чего вытекает сложность непосредственного установления субъекта, который должен нести ответственность. Кто именно должен отвечать - регистратор, лаборант, делающий анализ, либо лицо, непосредственно осуществляющее переливание на месте? Целесообразнее говорить именно об ответственности лаборанта по ч.4 ст. 122 УК РФ. Но и действия регистратора можно квалифицировать по ч.4 ст. 122 УК РФ.

Средствами совершения преступления в данном случае являются различные аппараты для переливания, перекачивания крови, шприцы и т.д.

Состав преступления материальный, то есть деяние считается оконченным с момента наступления последствий в виде заражения другого лица ВИЧ-инфекцией.

Установление субъективной стороны преступлений, предусмотренных ст. 122 УК РФ, может вызвать сложности в судебно-следственной практике, в особенности если речь идет о заражении ВИЧ-инфекцией в результате ненадлежащего выполнения медицинским работником своих профессиональных обязанностей. В связи с этим рассмотрим данный вопрос более подробно.

Определить форму вины применительно к случаю заражения вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей сложно. Законодатель не говорит здесь о заведомости, не употребляет других терминов, указывающих на умышленный характер преступления. Это провоцирует неоднозначный подход к субъективной стороне данного преступления, существование различных точек зрения на субъективную сторону. Заражение ВИЧ-инфекцией в медицинских учреждениях происходит преимущественно по неосторожности - в результате легкомыслия или небрежности со стороны медиков. Случаи умышленного заражения медицинскими работниками своих пациентов ВИЧ-инфекцией крайне редки. Согласно п. 2 ст. 24 УК РФ деяние, совершенное только по неосторожности, признается преступлением лишь в случае, когда это специально предусмотрено соответствующей статьей Особенной части УК РФ. Подобного указания в п. 4 ст. 122 УК РФ нет. Следовательно, можно предположить, что в намерения законодателя входило установление ответственности как за умышленное, так и неосторожное совершение рассматриваемого преступления. Косвенным подтверждением этому служит сопоставление санкций анализируемого преступления с санкциями неосторожных преступлений против жизни и здоровья человека. Санкция п. 4 ст. 122 УК РФ для неосторожного преступления неоправданно высока. Сопоставление этой санкции с санкцией, предусмотренной в норме об ответственности за причинение смерти по неосторожности (ст. 109 УК РФ), позволяет сделать вывод о том, что причинение медицинским работником смерти при ненадлежащем исполнении своих профессиональных обязанностей наказывается мягче, чем заражение ВИЧ-инфекцией. Это можно понять только как то, что законодатель считает заражение ВИЧ-инфекцией более общественно опасным деяние. Возможно, законодатель считает, что инфицированный ВИЧ человек может поспособствовать, гипотетически заразить других здоровых людей и этим объясняется более высокая санкция, нежели за убийство по неосторожности.

Неосторожное причинение смерти вследствие ненадлежащего исполнения медицинским работником своих профессиональных обязанностей (п. 2 ст. 109 УК РФ) наказывается в качестве максимального наказания лишением свободы сроком до трех лет, в то время как заражение ВИЧ-инфекцией (п. 4 ст. 122 УК РФ) лишением свободы на срок до пяти лет. При этом дополнительное наказание в виде лишения права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью (в частности, медицинской) сроком до трех лет в случае причинения смерти является факультативным, т.е. может и не назначаться. В случае же заражения ВИЧ-инфекцией назначение указанного дополнительного наказания составляет обязанность суда. Его не назначение возможно лишь на основании ст. 64 УК РФ (назначение более мягкого наказания, чем предусмотрено за данное преступление).

Но большинство авторов сходятся во мнении, что субъективная сторона данного преступления выражается в неосторожной форме вины.

Как уже отмечалось, в медицинских учреждениях России заражение ВИЧ-инфекцией происходит, как правило, по неосторожности, а не умышленно. Однако уголовный закон не дифференцирует ответственность за заражение этой инфекцией в зависимости от формы вины - умышленной или неосторожной. Установление повышенной в сравнении с причинением смерти по неосторожности ответственности было бы понятно, если бы речь шла об ответственности за умышленное заражение ВИЧ-инфекцией, но конструкция рассматриваемой нормы такова, что теоретически допускает любую форму вины. В результате неосторожное заражение пациента ВИЧ-инфекцией медицинским работником может быть наказано строже, чем причинение по неосторожности смерти пациенту. При прямом умысле медицинский работник должен осознавать общественную опасность своего поведения, выразившегося в ненадлежащем выполнении своих профессиональных обязанностей, предвидеть возможность или неизбежность заражения пациента ВИЧ-инфекцией и желать наступления этих последствий. При косвенном умысле медицинский работник осознает общественную опасность заражения другого лица ВИЧ-инфекцией в результате нарушения им своих профессиональных обязанностей, предвидит возможность заражения другого лица этой инфекцией, не желает этих последствий, но сознательно их допускает либо относиться к ним безразлично.

Медицинские работники, выполняющие ненадлежащим образом свои профессиональные обязанности, как правило, относятся легкомысленно к возможности заражения пациентов ВИЧ-инфекцией и рассчитывают на предотвращение этих последствий. К примеру, регистратор станции переливания крови, не проверивший донора по компьютерной картотеке вирусоносителей, поверивший донору, утверждавшему, что он не является носителем ВИЧ, надеется на то, что кровь все равно тестируется на наличие антител ВИЧ, гепатита В и С, сифилиса, поэтому заражения не произойдет.

Психическое отношение к факту заражения пациента может быть и в виде небрежности. В таком случае медицинский работник, ненадлежащее исполняющий свои профессиональные обязанности, вообще не предвидит заражения другого лица ВИЧ-инфекцией, но при необходимой внимательности и предусмотрительности должен был и мог предвидеть заражение другого лица этой инфекцией.

Конструкция п. 4 ст. 122 УК РФ очень сходна с конструкцией п. 1 ст. 293 УК РФ о должностном преступлении - халатности. Последняя заключается в неисполнении или ненадлежащем исполнении должностным лицом своих обязанностей вследствие недобросовестного или небрежного отношения к службе, повлекшем причинение крупного ущерба. Ученые-юристы единодушны в том, что халатность - неосторожное преступление. Однако применительно к заражению другого лица ВИЧ-инфекцией говорят и об умышленном, и о неосторожном характере поведения виновного лица.

Исследователи считают необходимым в ст. 122 УК РФ специально оговорить, что в отношении факта заражения может быть лишь неосторожность. Умышленное (с прямым или косвенным умыслом) заражение ВИЧ-инфекцией медицинским работником следует наказывать по общей норме об ответственности за причинение тяжкого вреда здоровью по ст. 111 УК РФ. Предварительно нужно внести изменения в данную норму, дополнив ее указанием на такое последствие, как заражение ВИЧ-инфекцией. В настоящее время ни одно из перечисленных в диспозиции данной уголовно-правовой нормы последствий не охватывает эту инфекцию (это не утрата органа, не утрата органом его функции и т.д.). К опасному для жизни состоянию в том понимании, какое давалось в Правилах судебно-медицинской экспертизы тяжести вреда здоровью 1996 г. (данный нормативно-правовой акт считается недействующим, поскольку не прошел регистрацию в Министерстве юстиции РФ), ВИЧ-инфекцию тоже нельзя относить. Правила говорили о таких состояниях, телесных повреждениях и заболеваниях, которые уже в момент совершения преступления представляют непосредственную угрозу жизни и в отсутствие эффективной медицинской помощи приводят к летальному исходу. При ВИЧ-инфекции лицо может несколько лет быть вирусоносителем, но не болеть СПИДом. Именно это обстоятельство позволяет отграничить умышленное заражение другого лица ВИЧ-инфекцией от убийства. В случае убийства действия или бездействие виновного лица являются ближайшей непосредственной причиной наступления смерти другого человека, при заражении ВИЧ-инфекцией поведение преступника не ведет с необходимостью к смерти потерпевшего, длительное время он может вообще не ощущать признаков болезни. Но характер данной инфекции, неизлечимость на сегодняшний день СПИДа дают основания говорить о причинении здоровью зараженного тяжкого вреда. Законодатель уже включил в ст. 111 такие заболевания, как наркомания и токсикомания, признав их тяжкими по последствиям видами вреда здоровью. Думается, что перечень этих заболеваний нужно дополнить ВИЧ-инфекцией.

Что касается наказуемости неосторожного заражения другого лица ВИЧ-инфекцией, некоторым авторам представляется необходимым снизить размер наказания за это преступление как минимум до трех лет лишения свободы. Неосторожное заражение ВИЧ-инфекцией не может караться строже, чем неосторожное причинение смерти. Иначе нарушится логика построения уголовно-правовых норм. Норма об уголовной ответственности за заражение ВИЧ-инфекцией далека от совершенства. Видимо, в этом кроется одна из основных причин крайне редкого ее применения на практике. Данная норма является скорее одной из новелл Уголовного Кодекса РФ, нежели, действительно действующей в судебной практике нормой. Норма ст. 122 УК РФ практически не работает ввиду отсутствия четких научно-обоснованных рекомендаций по наиболее значимым проблемам ее применения. Одной из приоритетных задач всего государства следует считать предупреждение распространения ВИЧ-инфекции, особенно в учреждениях здравоохранения.

**2.4 Неоказание помощи больному (ст. 124 УК РФ)**

Неоказание помощи больному - наиболее распространенное преступление медицинских работников.

В соответствии со ст. 38 и 39 Основ законодательства Российской Федерации о здравоохранении медицинская помощь подразделяется на первичную, скорую, специализированную и медико-социальную помощь (гражданам, страдающим социально-значимыми заболеваниями и заболеваниями, представляющими опасность для окружающих). Не до конца ясен вопрос, о всяком ли виде помощи идет речь в ст. 124 УК РФ либо только о срочной, первичной, скорой. Согласно ч. 1 ст. 41 Конституции Российской Федерации каждый имеет право на медицинскую помощь, которая в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно. Авторы сходятся во мнении, что неоказанием помощи считается отказ или уклонение от оказания не терпящей отлагательства помощи, что создает реальную угрозу причинения серьезного вреда здоровью потерпевшего.

Потерпевшим от преступления является больной, т.е. лицо, страдающее каким-либо заболеванием и нуждающееся в оказании медицинской помощи. Вид заболевания и стадия его течения в плане квалификации значения не имеют. Важно, чтобы болезнь при неоказании помощи создавала реальную угрозу причинения вреда здоровью потерпевшего.

В объективную сторону неоказания помощи больному входят элементы, характеризующие деяние (неоказание помощи без уважительных причин), последствие (как минимум вред здоровью средней тяжести) и причинную связь между ними.

Неоказание помощи выражается в бездействии. Существует мнение, что оно может воплотиться и в частичном бездействии (непринятии всего комплекса медицинских мер, некачественном лечении и т.п.). Вряд ли это верно. Закон различает понятия неоказания помощи и ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей (ч.2 ст. 118 УК РФ), с чем нельзя не считаться. Другой вопрос, что санкции ст.ст. 118 и 124 УК РФ должным образом не скорректированы.

В конкретном случае неоказание помощи может выразиться в отказе врача принять вызов или выехать на дом, принять поступившего больного или осмотреть его. Виновный может отказаться сделать искусственное дыхание, остановить кровотечение, наложить швы, вызвать надлежащего специалиста по профилю заболевания, дать необходимые лекарства, не принять меры к доставлению нуждающегося в этом потерпевшего в больницу и т.д.

Уголовная ответственность за бездействие, как известно, предполагает, что лицо должно было и могло действовать.

Обязанность (долженствование) действовать вытекает из предписаний Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (ст. ст. 38 и 39), где сказано, что первичная и скорая медицинская помощь оказывается гражданам в случаях травм, отравлений и других неотложных состояний лечебно-профилактическими учреждениями независимо от территориальной, ведомственной подчиненности и форм собственности. Обязанность оказывать помощь больному подкрепляется Клятвой Гиппократа, произносимой выпускником медицинского учебного заведения.

Возможность действовать (субъективный критерий) - обязательное условие ответственности. Не случайно в данной статье говорится о неоказании помощи без уважительных причин. К уважительным относятся причины, непреодолимые в момент возникновения конкретной обязанности действовать. Ими можно считать непреодолимую силу, состояние крайней необходимости, болезнь самого медицинского работника, отсутствие необходимого инструмента, лекарств и т.д.

Условиями, вызывающими обязанность действовать, являются обращение больного, его родственников, иных лиц, а также наблюдение самим обязанным лицом ситуации, вызывающей необходимость действовать (например, оно является свидетелем дорожно-транспортного происшествия с наличием пострадавших). Как правило, на медицинское вмешательство требуется согласие больного. В соответствии со ст. 32 Основ «необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие гражданина». Вместе с тем оказание помощи без согласия больного (его родственников, законных представителей и т.д.) возможно, если по каким-либо причинам согласие не может быть получено (например, ввиду коматозного состояния потерпевшего), а медицинское вмешательство безотлагательно необходимо.

Составы преступления сконструированы по типу материального, считаются оконченными при наступлении как минимум вреда здоровью средней тяжести. Причинение вреда здоровью средней тяжести - минимальный размер вреда, при наличии которого возможна уголовная ответственность. Если же неоказание помощи вызвало, лишь легкий вред здоровью, уголовное преследование исключается. Необходимым признаком состава преступления является причинно-следственная связь. Вред здоровью должен быть обусловлен бездействием виновного, неоказанием им помощи потерпевшему. Если такой связи нет, содеянное не может быть квалифицировано по ст. 124 УК РФ, даже если и деяние в виде неоказания помощи, и вредные последствия имели место.

Субъектами преступного посягательства являются медицинские работники, а также лица, обязанные оказывать первую помощь по закону или по специальному правилу (ст.ст. 38 и 39 Основ). Под медицинскими работниками следует понимать лиц, профессионально выполняющих свои функции (врач, фельдшер, медицинская сестра, акушерка, провизор и т.п.). Некоторые авторы считают, что подсобный медицинский персонал (санитары, сиделки, лаборанты, регистраторы и т.д.) субъектом данного состава преступления не является и при соответствующих условиях может нести уголовную ответственность по ст. 125 УК РФ. В литературе существуют споры относительно ответственности за неоказание помощи больному различных медицинских работников. Но большинство авторов сходятся во мнении, что субъектом данного преступления могут быть врачи, провизоры, лица со средним медицинским образованием, фармацевты и даже студенты старших курсов медицинских ВУЗов и другие, - все те, кто получили определенные знания в области медицины.

Субъективная сторона неоказания помощи больному характеризуется неосторожной формой вины: лицо, отказывая или уклоняясь от оказания помощи, предвидит возможность причинения вреда здоровью больного, но без достаточных к тому оснований самонадеянно рассчитывает на предотвращение такого вреда (например, надеется, что помощь окажет другой живущий невдалеке медицинский работник), либо не предвидит возможности причинения вреда здоровью в результате неоказания помощи больному, хотя при необходимой внимательности и предусмотрительности должно было и могло предвидеть наступление вреда (например, врач отказался обследовать больного, заявив, что, судя по словам родственников, ничего страшного не произошло; если бы обследование было проведено, итог мог быть иным). Случай из судебной практики: Полуторагодовалого малыша привезли в больницу 1 мая 2005 г. Все признаки указывали на острое и опасное отравление ребенка. О его состоянии говорила и высокая температура. Как рассказывала на процессе мать, врач не проявил особой озабоченности. Он спокойно объяснил, что поскольку день праздничный, никто в больнице обследовать малыша не будет. Пропущенное время обернулось трагедией. Мальчик умер. 15 февраля 2007 г. Преснинский суд г. Москвы признал врача 9-й столичной больницы Пикалина Д. виновным и приговорил к трем годам лишения свободы с лишением права заниматься врачебной практикой в течение трех лет после истечения срока условного наказания. Вышестоящая инстанция оставила приговор в силе.

Не соответствует закону распространенное мнение, что анализируемое преступление предполагает «двойную форму вины»: умысел по отношению к бездействию и неосторожность по отношению к последствию. Согласно ст. 27 о преступлении, совершенном с двумя формами вины, можно говорить лишь в случае, когда результатом совершения умышленного преступления являются тяжкие последствия, усиливающие уголовную ответственность. Речь, следовательно, идет о квалифицированных составах. Применительно к основному составу нельзя говорить о двух формах вины, поскольку деяние само по себе преступным не является. Оно способно повлечь дисциплинарную, административную или общественную ответственность.

Итак, следует подвести итоги.

Анализируя судебную практику можно сделать вывод, что в различных городах России уголовная ответственность за причинение смерти вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей в отношении медицинских работников все-таки наступает, несмотря на всю проблематику доказывания.

**3. СПОРНЫЕ ВОПРОСЫ УГОЛОВНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ЗА врачебные ошибки**

врачебный ошибка неосторожность смерть

Среди спорных вопросов уголовной ответственности за ненадлежащее оказание медицинской помощи можно выделить несколько очень важных аспектов. Прежде всего, к ним относятся: обстоятельства, исключающие уголовную ответственность за медицинские ошибки, ответственность за коллегиальные решения врачей и, наконец, проблема уголовной ответственности за медицинский эксперимент.

Правомерность медицинской деятельности в целом не вызывает каких-либо сомнений. Однако любое медицинское вмешательство, будучи направленным на охрану жизни или здоровья больного, так или иначе, связано с риском для последнего. Наиболее это выражено в хирургической практике. Кроме того, процесс развития науки сопровождается внедрением в медицинскую практику новых методов диагностики и лечения, что также часто сопровождается определенным риском для больных. Вопрос о правомерности обоснованности подобных рискованных действий, как правило, возникает при неблагоприятном исходе оказания медицинской помощи, что часто требует надлежащей оценки действий медицинского персонала.

Проблема обстоятельств, исключающих общественную опасность и противоправность деяний в области здравоохранения, недостаточно разработана в отечественной науке. Существует множество точек зрения относительно перечня таких обстоятельств, к числу которых, помимо «производственного риска», крайней необходимости, относят и «общественно полезную профессиональную деятельность», и «согласие потерпевшего». Но в соответствии с существующей в российском праве догмой научная теория никогда не считалась источником уголовного права. Исключить уголовную ответственность могут только обстоятельства, прямо предусмотренные Уголовным кодексом.

Действующий УК РФ предусматривает условия шести обстоятельств, исключающих преступность деяния: необходимая оборона; причинение вреда при задержании лица, совершившего преступление; крайняя необходимость; физическое или психическое принуждение; обоснованный риск; исполнение приказа или распоряжения (ст. 37-42 УК РФ).

Среди предусмотренных уголовным законом обстоятельств, исключающих преступность деяния, для медицинской деятельности существенное значение имеют крайняя необходимость и обоснованный риск.

Медицинская деятельность часто осуществляется в условиях крайней необходимости. В соответствии со ст. 39 УК РФ не является преступлением причинение вреда охраняемым уголовным законом интересам в состоянии крайней необходимости, то есть 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 превышения пределов крайней необходимости. Превышением пределов крайней необходимости признается причинение вреда, явно не соответствующего характеру и степени угрожавшей опасности и обстоятельствам, при которых опасность устранялась, когда указанным интересам был причинен вред равный или более значительный, чем предотвращенный.

В юридической литературе встречается мнение, согласно которому о крайней необходимости нужно вести речь в любом случае обращения пациента в медицинское учреждение за медицинской помощью. С такой позицией согласиться нельзя. При крайней необходимости ситуация должна отличаться неординарностью, конфликтностью различных интересов, возможностью разрешения только путем 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. Даже в случаях обращения в медицинское учреждение в связи с каким-либо заболеванием далеко не всегда можно говорить о ситуации крайней необходимости, диктующей врачу такое поведение, которое связано с причинением вреда правоохраняемому интересу.

Одним из самых дискуссионных вопросов в уголовно-правовой доктрине является вопрос о допустимости причинения смерти человеку ради спасения жизни других людей в условиях крайней необходимости. Так, профессор М.Д. Шаргородский, говоря об условиях правомерности причинения вреда при крайней необходимости применительно к трансплантации органов и тканей человека, писал: “…разобравши” донора на части можно спасти жизнь не одному, а нескольким лицам, а с точки зрения существующего решения вопроса о крайней необходимости это следует признать правомерным, так как ценой жизни одного лица спасается жизнь нескольких человек”. В более поздней работе Г.Р. Рустемова отмечает, что по свидетельству медицинской науки один человек, отдав все свои органы и ткани, может спасти жизнь 400 человек. М.Д. Шаргородский считал подобный подход неприемлемым: жизнь человека не может быть принесена в жертву даже для достижения цели спасения нескольких людей.

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. Это мнение далеко не единственное. Возможно, это вызвано тем, что институт крайней необходимости не устанавливает запрета на умышленное причинение смерти одному человеку для спасения нескольких, а тем более множества людей, использование органов и тканей донора для спасения жизни нескольких сотен реципиентов не только правомерно, но и “общественно полезно”. Такое понимание крайней необходимости недопустимо в силу ряда обстоятельств. Во-первых, происходит коллизия норм о крайней необходимости и нормы уголовного закона о принуждении к изъятию органов или тканей человека для трансплантации (ст. 120 УК РФ). Во-вторых, Конституция РФ (ст. 2) признает человека, его права и свободы высшей ценностью. Это положение делает невозможным не только спасение жизни и здоровья одного человека за счет жизни и здоровья другого, но и спасение жизни нескольких людей за счет жизни одного (сказанное не относится к случаям необоснованных общественно опасных посягательств со стороны со стороны человека, которому впоследствии причиняется вред (необходимая оборона и задержание лица, совершившего преступление.). Шаргородский предлагает решить этот вопрос следующим образом: ненаказуемость деяний, совершенных в состоянии крайней необходимости, должна быть ограничена только причинением определенных видов вреда.

По существу, любое медицинское вмешательство в той или иной мере причиняет вред здоровью больного. Так, при инвазивных медицинских вмешательствах, особенно хирургических операциях, фактически неизбежно имеет место нарушение анатомической целости органов и тканей или их физиологических функций, т.е. причинение телесных повреждений. Вместе с тем такое вмешательство, будучи выполненным по неотложным показаниям, т.е. для предотвращения реальной угрозы для жизни больного, и технически правильно, т.е. в соответствии с предусмотренной оперативной технологией, не только не является противоправным, но признается общественно полезным и целесообразным. Последнее является настолько очевидным, что на практике даже не возникает вопросов относительно правомерности причинения телесных повреждений при таких вмешательствах. Аналогичная ситуация может встречаться и при консервативном лечении некоторыми лекарственными средствами, при которых неизбежны неблагоприятные побочные эффекты. Будучи направленным на предотвращение наличной и действительной угрозы охраняемому законом праву на жизнь, такое вмешательство, причиняя фактически меньший вред здоровью больного, полностью соответствует предусмотренным ст. 39 УК РФ условиям крайней необходимости, что и исключает преступность такого деяния.

В.А. Глушков в качестве примеров крайней необходимости в медицинской практике упоминает случай краниотомии (нарушения целостности черепа) на еще живом плоде с целью спасения жизни матери, а также пересадку органа от одного человека (донора) другому (реципиенту) как единственное средство спасения жизни или восстановления здоровья последнего.

Однако крайняя необходимость может иметь место лишь в неотложных случаях, когда угроза жизни реальна, налична и действительна, которыми не исчерпывается медицинская практика. Но и в неотложных случаях, по нашему мнению, далеко не все медицинские вмешательства соответствуют установленным в действующем УК РФ критериям крайней необходимости. Так, по мнению Ф.Ю.Бердичевского, перитонит, вызванный воспалением отростка слепой кишки (аппендицитом), полностью оправдывает действия хирурга, берущегося оперировать больного с гемофилией (заболеванием, сопровождающимся нарушением свертываемости крови). Тот факт, что при наличии нескольких вариантов отражения опасности, грозящей больному, врач выбрал вариант, причиняющий, по его мнению, наименьший вред, с юридической точки зрения само по себе не означает состояния крайней необходимости, поскольку уголовный закон говорит не о наименьшем вреде при отражении опасности, а о менее значительном по сравнению с предупрежденным.

Далее Ф.Ю. Бердичевский отмечает, что невозможность приглашения врача соответствующей узкой специальности, необходимость в чем возникла в процессе уже начатой другим врачом (не являющимся таким специалистом) операции, также является весьма характерной для медицинской деятельности ситуацией, укладывающейся в понятие крайней необходимости. И этот случай, по мнению Ившина И.В., при неблагоприятном для жизни исходе операции формально не укладывается в предусмотренные уголовным законом условия крайней необходимости.

Несоответствие некоторых случаев условиям крайней необходимости вовсе не означает, что указанные действия медицинских работников, правомерность которых очевидна, выпадают из правового поля.

Следует согласиться с исследователями, которые считают, что подавляющее большинство не являющихся общественно опасными и противоправными медицинских вмешательств с неблагоприятным для жизни или здоровья больного исходом выполняются в условиях обоснованного риска.

Следует отметить, что существующее законодательство в области здравоохранения не раскрывает понятия медицинского риска, условий его обоснованности. Это создает реальные проблемы в оценке деятельности медиков в допускаемых ими рискованных ситуациях. В связи с этим возникают трудности, как у медицинских работников, так и в правоприменительной практике.

Условия правомерности обоснованного риска предусмотрены статьей 41 УК РФ. В соответствии с ней не является преступлением причинение вреда охраняемым уголовным законом интересам при обоснованном риске для достижения общественно полезной цели. Риск признается обоснованным, если указанная цель не могла быть достигнута не связанными с риском действиями (бездействием) и лицо, допустившее риск, предприняло достаточные меры для предотвращения вреда охраняемым уголовным законом интересам. Риск не признается обоснованным, если он заведомо был сопряжен с угрозой для жизни многих людей, с угрозой экологической катастрофы или общественного бедствия.

Таким образом, условия правомерности причинения вреда при обоснованном риске, указанные в законе, можно разделить на две группы:

) условия, характеризующие риск как ситуацию, дающую право на рискованные действия;

) условия, характеризующие действия, предпринимаемые при наличии риска.

В отношении самого риска закон указывает три условия:

) цель риска - общественно полезная;

) эта цель не может быть достигнута иными, не связанными с риском действиями (бездействием);

) оправданный риск исключается, если он заведомо был сопряжен с угрозой для жизни многих людей, или с угрозой экологической катастрофы, или с угрозой общественного бедствия.

Относительно действий, предпринимаемых в условиях риска, закон предъявляет одно требование - принятие лицом достаточных мер для предотвращения вреда, охраняемым законом интересам.

Важно также подчеркнуть, что в отличие от крайней необходимости, при которой в соответствии со статьей 39 УК РФ требуется, чтобы вред, фактически причиненный, был меньше вреда предотвращенного, при обоснованном риске ограничений в размере вреда не предусмотрено.

Приведенные выше случаи оперативного лечения больного с гемофилией, проведения операции неспециалистом с целью спасения жизни больного, которые Ф.Ю. Бердичевский относил к условиям крайней необходимости, а также другие упоминаемые примеры, касающиеся проведения операции по жизненным показаниям в ненадлежащих условиях скорее соответствуют условиям обоснованного профессионального риска. Следует отметить, что многие авторы рассматривают обоснованный риск, в т.ч. в медицинской практике, преимущественно лишь как связанный с новаторством, экспериментом, внедрением новых методов профилактики, диагностики и лечения. Другие авторы определяют врачебный риск как «правомерное применение для спасения жизни, сохранения здоровья больного лечебно-диагностических мероприятий (в обычных условиях не применяющихся ввиду их определенной опасности), если положительный результат недосягаем традиционными, проверенными средствами. При правомерном врачебном риске медицинский работник как бы пренебрегает предвидением вредных последствий для больного. Однако такая позиция является единственным выходом в клинической ситуации.

Вместе с тем практика говорит о том, что обоснованный риск встречается и в самых «обычных» клинических ситуациях (например, выскабливание полости матки, применяемое в акушерско-гинекологической практике при медицинском аборте и в ряде других случаев всегда связано с риском повреждения матки). Весьма актуальным в связи с этим является вопрос о том, каковы критерии достаточности мер, предпринятых врачом при подобном риске, для признания последнего обоснованным. По мнению ряда авторов, одно и то же действие врача с одинаковыми последствиями должно расцениваться по-разному в зависимости от конкретных условий. Так, если врач произвел перфорацию болезненно измененной стенки матки во время выскабливания последней, но делал это в больничных условиях после тщательного исследования больной, то прободение матки может быть, либо ошибкой, либо несчастным случаем. Другое дело, если врач сделал это в тех же условиях, но без предварительного тщательного исследования больной. В этом случае, как они отмечают, речь может идти о небрежности.

Таким образом, для признания обоснованным риска при производстве подобного медицинского вмешательства помимо надлежащей техники выполнения оперативного пособия требуется наличие соответствующих условий проведения операции, а также полнота и тщательность предоперационного обследования больной с целью выявления возможных патологических изменений, которые могут обусловить неблагоприятный исход операции. Вывод о том, были или не были предприняты все необходимые меры предосторожности, могут сделать только высококвалифицированные судебные эксперты, которые должны привлекаться в каждом таком случае.

Следует отметить, что в медицинской практике целый ряд иных инвазивных вмешательств, помимо выскабливания матки, также совершается практически «вслепую», «по ощущениям». Это касается, например, и пункций, и катетеризации, и многих иных инвазивных вмешательств. Во всех этих случаях при возникновении осложнений требуется тщательная оценка всех обстоятельств медицинского вмешательства с точки зрения условий обоснованного риска.

В литературе существует мнение, что юридическая природа правомерности обоснованного риска определяется отсутствием вины у причинителя вреда. Лицо, причиняющее вред при наличии всех условий правомерности оправданного риска, не осознает общественно опасного характера своих действий, напротив, оно понимает их полезный для общества результат и стремится к нему, предпринимая все необходимые меры предосторожности.

Одной из самых наименее разработанных является и проблема ответственности врачей в связи с принятием коллегиальных решений. Каковы же будут варианты юридических последствий для участников консилиума в случае возбуждения уголовных дел?

Принятие коллегиального решения в обследовании и лечении больного для медицинской практики - явление распространенное и крайне необходимое в сложных ситуациях врачебного искусства. О важности выработки общего - объективного - медицинского мнения говорит тот факт, что одним из ключевых принципов врачевания, изложенных в своих трудах еще Гиппократом («Клятва», «О законе», «О врачах»), является обращение за помощью и советом в интересах больного к коллегам. Более того, этот постулат, без смысловой переработки, возведен в ранг закона. В 1999 году Государственная Дума РФ приняла текст «Клятвы врача», которая составляет статью 60 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан. В этой же статье определено, что врачи за нарушение клятвы несут ответственность, предусмотренную законодательством РФ.

Среди доступной литературы, прежде всего правой и судебно-медицинской тематики, не встречается разработок по вопросу уголовной ответственности врачей в случае принятия коллегиальных решений и причинения вреда здоровью пациента. Исключение составляет книга А.П.Зильбера «Этика и закон в медицине критических состояний», в которой профессор задается вопросами о персональной юридической ответственности врачей, принимавших коллективное решение в лечении больных.

В арсенале лечащего врача имеются всего две официальные формы принятия совместного решения по тактике ведения больного: консилиум и консультация специалиста этой или другой специальности. В Энциклопедическом словаре медицинских терминов «консилиум (consilium; лат. совещание, обсуждение) - совещание врачей одной или разных специальностей с целью выработки заключения о состоянии здоровья обследуемого, установления диагноза болезни, определения ее прогноза, тактики обследования и лечения больного». В Словаре русского языка С.И.Ожегов дает толкование слова «консультация» как совещание специалистов по какому-нибудь делу, вопросу или совет, даваемый специалистом.

Рассмотрим возможные варианты наступления юридической ответственности участников консилиума при неблагоприятном исходе лечения и в случаях расхождения мнений среди коллег. Хотелось бы обратить внимание на то, что амбициозность и откровенная несостоятельность в коллегиальных рекомендациях лишь усугубляют правовые последствия, не говоря уже о том, что в проигрыше всегда оказывается больной. А организация и проведение необоснованных консультаций и консилиумов свидетельствуют о превентивном поведении врачей и являются одним из проявлений известного в западной медицине явления defensive medicine («защита от ятрогении»).

Итак, в судьбе больного посредством консилиума (консультации) принимают участие двое и более врачей. Их мнение и рекомендации в обязательном порядке должны фиксироваться в первичной медицинской документации и скрепляться подписями участников, а эти записи, в свою очередь, используются при доказывании виновности (невиновности) в судебно-следственных разбирательствах. Кто из врачей будет нести ответственность в случае неблагоприятного исхода лечения?

Вред, причиненный больному лечащим врачом, в том числе по рекомендации консилиума, считается неумышленным, а если к причинению неумышленного вреда были причастны двое и более медицинских работников, то согласно уголовно-правовой доктрине, они не могут быть привлечены к уголовной ответственности. Таким образом, если лечащий врач (например хирург) был согласен с мнением членов консилиума, а после операции это мнение оказалось ошибочным и в результате этого лечения наступили последствия в виде вреда здоровью пациенту, то хирург не будет привлечен к уголовной ответственности. Если же у хирурга было особое мнение, отличное от выводов членов консилиума, и он его оформил в медицинской карте больного, то его виновность следует поставить под сомнение (при отсутствии дефектов в проведенном оперативном вмешательстве). Любой лечащий врач вынужден выполнять решения большинства, так как этого требуют его функциональные обязанности, тем более что в состав консилиума входят и более опытные коллеги. Следовательно, ответственность ложится на других членов консилиума, которые ненадлежащим образом исполняли свои обязанности (рекомендовали неправильную тактику лечения), в результате чего наступили неблагоприятные последствия. Но привлекать к уголовной ответственности за неумышленное причинение вреда здоровью двух и более лиц запрещено законодательством. Это означает, что никто из участников медицинского происшествия от уголовного преследования не пострадает. В аналогичной, более распространенной лечебной практике ситуации, когда после осмотра больного заведующим отделения его мнение расходится со взглядом лечащего врача, заведующий остается один на один с Уголовным кодексом и может быть привлечен к уголовной ответственности.

Из практики здравоохранения известно, что особое мнение при проведении консилиумов, совместных осмотров с заведующим отделением, консультировании встречается относительно редко. Причем это «единодушие» обусловлено не столько единством медицинских взглядов, сколько морально-этическими отношениями между коллегами, прежде всего между руководителем и подчиненным, начинающим и опытным врачом, ординатором и профессором. Каждый врач, подписывая заключение консилиума, обязан сделать выбор между личной ответственностью перед законом и корпоративными отношениями, но всегда и везде во главу угла должны ставиться интересы больного.

Еще одним краеугольным камнем является проблема уголовной ответственности медицинских работников за медицинский эксперимент. Эта проблема очень сильно связана с институтом добровольного информированного согласия пациента. Вопрос информированного согласия является краеугольным камнем современной биологической этики, значительно изменившим традиционные подходы в медицинской практике, остававшиеся незыблемыми со времен Гиппократа.

В этой связи следует подчеркнуть, что согласие пациента на медицинское вмешательство означает лишь реализацию его права обладать информацией для принятия решения о вмешательстве, и вовсе не означает освобождение исполнителя медицинской услуги от ответственности за ненадлежащее ее оказание. В соответствии со ст. 43 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан от 22.07.93. Медицинские работники могут применять новые, научно обоснованные, но еще не допущенные к всеобщему применению методы лечения, диагностики, профилактики и лекарственные средства в интересах излечения больного и с его согласия. К числу названных методов можно отнести те, которые еще не допущены ко всеобщему применению в клинической практике, однако проверены в условиях научно-исследовательского эксперимента либо применялись в условиях какого-либо конкретного заболевания.

Медицинская деятельность немыслима без экспериментирования. Однако не в этом ее специфика для уголовного права, так как эксперимент, являясь средством человеческого познания, характерен для многих отраслей деятельности, а в том, что медицинский эксперимент, как правило, не может быть завершен в искусственно созданных условиях и окончательная проверка новых лечебно-диагностических средств и методов возможна лишь на человеческом организме, в связи, с чем и возникает риск наступления вредных последствий. Эту особенность медицинской деятельности уголовному праву нельзя не учитывать, поскольку в принципе любое экспериментирование над человеком стоит вне закона. С другой стороны, любая попытка запретить применение к человеку новаторских средств и методов медицинского вмешательства только потому, что они не являются общепризнанными, делает невозможным прогресс медицины и, по существу, ставит вне закона ее открытия.

Медицинский эксперимент, в зависимости от его назначения, можно разделить на терапевтический, т.е. связанный с применением новых методов и средств для диагностирования и лечения больных, и научно-исследовательский, не имеющий прямого диагностического или лечебного воздействия на испытуемых лиц. Но и тот и другой должны проводиться с целью излечения или улучшения состояния больного.

Удачным представляется определение медицинского эксперимента, предложенное В.Ф. Глушковым, как доклинического или первого клинического проведения научно обоснованного метода диагностики, лечения, профилактики, применения новых лекарственных веществ с терапевтической или научной целью, а также создания контролируемых и управляемых условий для изучения биологических процессов в человеческом организме. Оно должно быть осуществлено в целях излечения больного. Отсутствие этих целей либо подчинение их задачам апробации новаторского метода или средства делает медицинское вмешательство неправомерным, придает ему характер незаконного экспериментирования, при котором ответственность наступает как за нарушение целостности тканей и органов человека и их функций, так и за последствия. При наличии причинной связи даже с более отдаленными результатами - стойкой инвалидностью или смертью - последние также могут быть инкриминированы виновному. Новаторские средства и методы медицинского вмешательства во всех случаях, когда это возможно, должны пройти достаточную предварительную проверку на животных. Достаточной считается такая проверка, которая подтверждает возможность наступления ожидаемых результатов с определенной степенью вероятности. От величины этой вероятности и от состояния здоровья пациента зависит диапазон оправданного врачебного риска.

Некоторые авторы предлагают дополнить условия правомерности медицинского эксперимента гласностью - полной информацией об условиях проведения эксперимента - и запрещением эксперимента на психически больных, заключенных, военнопленных, безнадежно больных, новорожденных, беременных женщинах, а также запрещением проведения терапевтического эксперимента на людях, болезнь которых не имеет непосредственной связи с целью опыта.

Иные нарушения условий проведения медицинского эксперимента, результат которого - смерть пациента, влекут уголовную ответственность. По мнению М.Д. Шаргородского, «если согласия больного или его законных представителей получено не было, а результатом эксперимента явилась смерть или вред здоровью пациента, врач может отвечать как за неосторожное преступление против жизни и здоровья, так иногда и за преступление, совершенное с эвентуальным умыслом. Так как целью действия врача здесь является экспериментирование, а не лечение, то оснований для исключения возможности состава телесных повреждении нет». Действительно, если больной умер в ходе операции, проводимой в целях эксперимента, то действие врача данном случае можно считать совершенным с косвенным умыслом, так как он осознает общественную опасность деяний и, не желая смерти своему пациенту, сознательно допускает возможность ее наступления или относится к этому безразлично, считая главной целью для эксперимента получение результата (неважно, положительного или отрицательного).

Причинение смерти или других неблагоприятных последствий в этой ситуации может быть совершено и по неосторожности, если врач предвидел наступление общественно опасных последствий, но самонадеянно рассчитывал на предотвращение этих последствий, либо не предвидел возможности наступления этих общественно опасных последствий, но при необходимой внимательности и предусмотрительности должен был и мог их предвидеть (ч. 2 и 3 ст. 26 УК РФ). В этом случае действия медицинского работника должны квалифицироваться по статьям Уголовного кодекса.

Проведенный анализ позволяет нам прийти к следующим выводам.

Среди предусмотренных уголовным законом обстоятельств, исключающих преступность деяния, в практической медицинской деятельности встречаются крайняя необходимость и обоснованный профессиональный риск.

Наиболее часто правомерные медицинские вмешательства, влекущие неблагоприятные для больного последствия, соответствуют условиям обоснованного профессионального риска, для выявления которых необходим тщательный анализ медицинского происшествия.

Для правильной юридической квалификации в каждом конкретном случае требуется тщательный анализ исходя из обозначенных выше позиций. Для решения в процессе расследования и судебного рассмотрения дела вопросов, связанных с наличием условий обоснованного профессионального риска при производстве медицинского вмешательства, необходимо назначение судебно-медицинской экспертизы.

Некоторые авторы предлагают решить вопрос ответственности за коллегиальные решения следующим образом: в статье 26 УК РФ в качестве дополнительной самостоятельной части может быть сформулировано положение о том, что если преступный результат причиняется неосторожными действиями нескольких лиц, суд при назначении наказания учитывает, насколько действия каждого лица способствовали наступлению преступного последствия.

Что касается медицинского эксперимента, то представляется возможным дополнить ч.2 ст. 43 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан, изложив ее следующим образом: «Не разрешенные к применению, но находящиеся на рассмотрении в установленном порядке методы диагностики, лечения и лекарственные средства могут использоваться в интересах излечения или с целью облегчения тяжелого состояния пациента только после получения его добровольного письменного согласия».

При проведении медицинского эксперимента с терапевтической целью, когда результат лечения неизвестен, а оценка самого эксперимента носит вероятностный характер, его применение будет законным, если оно охватывается понятиями крайней необходимости (ст. 39 УК РФ), когда устранение реальной опасности для жизни человека невозможно иными средствами, кроме как проведением медицинского эксперимента, или обоснованного риска (ст. 41 УК РФ). В этих случаях врач освобождается от уголовной ответственности даже при наступлении смерти пациента.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Традиционно общество предъявляет к врачам высокие требования, предусматривающие недопущение в их деятельности профессиональных ошибок, особенно влекущих за собой невосполнимые последствия. Во времена, когда деятельность врачей отождествляли с действием сверхъестественной силы, в случаях неблагоприятных исходов болезни врача жестоко наказывали. К примеру, по Законам Хаммурапи, "если врач сделает человеку тяжелый надрез бронзовым ножом и причинит смерть этому человеку или неудачно снимет бельмо... то ему должно отрезать пальцы". В России XVII в. за смерть от неправильного лечения или "важный вред здоровью" виновные предавались церковному покаянию; врачам воспрещалась практика, "доколе они не выдержат нового испытания и не получат свидетельства в надлежащем знании своего дела".

В число элементов гражданской правоспособности и конституционных прав современного гражданина России входит возможность обратиться в специализированное медицинское учреждение с требованием об оказании медико-социальной помощи в целях восстановления утраченного или поврежденного здоровья. В процессе их реализации непосредственное воздействие на пациента осуществляется с помощью соответствующих медицинских средств и способов, которые в определенных комбинациях, объединенные единой целевой направленностью воздействия на организм пациента, образуют законченную систему действий, именуемую медицинскими мероприятиями. Они, в свою очередь, включают манипуляции, процедуры и вмешательства.

В Основах законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан закреплены общие основания правовой ответственности медиков. Данный закон значительно расширил права пациентов, среди которых наиболее важными в свете настоящей публикации представляются: право на возмещение ущерба в случае причинения вреда его здоровью при оказании медицинской помощи (п. 1 ст. 68); право на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (п. 7 ст. 30); на получение информации о своих правах и обязанностях и состоянии своего здоровья, а также на выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья (п. 9 ст. 30); на допуск к пациенту адвоката или иного законного представителя для защиты его прав (п. 12 ст. 30). Вместе с тем в современных условиях данные нормы остаются во многом декларативными, а права пациента - незащищенными.

Современные отечественные и зарубежные исследования, посвященные проблемам качества медицинской помощи, свидетельствуют о неуклонном росте осложнений диагностики и лечения и увеличении заболеваний, развитие которых обусловлено дефектами оказанной медицинской помощи или ятрогениями. По данным ВОЗ, ятрогении встречаются у 20% больных и составляют 10% в структуре госпитальной смертности. Последствиями этого могут быть не только летальный исход, но и увеличение расходов на лечение, инвалидность, снижение качества жизни. Тем самым нарушаются конституционные права граждан на жизнь, охрану здоровья и получение медицинской помощи, необходимой для сохранения жизни и улучшения здоровья.

Проведя исследование проблем и, осуществив анализ законодательства в сфере регулирования ответственности медицинских работников за ненадлежащие исполнение своих обязанностей, автор выявил следующие основные проблемы:

отсутствует единообразие в определение понятия «врачебная ошибка», поэтому считаем целесообразным разработать определение понятия «врачебная ошибка», что позволит усовершенствовать понятийный аппарат науки уголовного права в целом, и медицинского права в частности, и тем самым будет способствовать правильной квалификации того или иного деяния, совершенного при ненадлежащем исполнении медицинским работником своих профессиональных обязанностей. Автор предлагает следующее определение «врачебной ошибки»: это действие (бездействие), совершенное виновно или по неосторожности, медицинским работником при осуществлении своих профессиональных обязанностей, повлекшее причинение вреда здоровью пациента различной степени тяжести либо его смерть.

для всех составов, квалифицирующих ненадлежащее исполнение медицинским работником своих профессиональных обязанностей характерна сложность в установлении причинно-следственной связи между деянием и наступившими последствиями. Это напрямую связано с проблемой установления субъекта преступления. Далеко не везде мы можем четко и ясно определить, кто именно является лечащим врачом больного в данный конкретный момент. Часто сложно установить, действия, какого именно медицинского работника привели к нежелательному результату. Проблема установления причинно-следственных связей в медицинском судебном процессе имеет глубокие корни. Многие связывают ее с тем, что практически все судебные экспертизы проводятся в территориальных Бюро судебно-медицинской экспертизы (СМЭ), которые являются учреждениями здравоохранения и подчинены органу здравоохранения субъекта Российской Федерации. Естественно, что местные СМЭ дают, как правило, оправдательные для медиков заключения. Для обеспечения реальной независимости экспертов целесообразно назначать проведение судебных экспертиз в независимых экспертных организациях (в частности, в лабораториях судебной экспертизы Минюста России), которые имеются в большинстве областей России, либо направлять дела для производства экспертизы в другие регионы. Выбирая эксперта для судебной экспертизы, следует руководствоваться уровнем его компетентности в той области медицины, к которой относится конкретный процесс.

- проблемой для установления объективной стороны в преступлениях медицинских работников является наличие дефектов в ведении медицинской документации. Данные дефекты осложняют как установление субъекта преступления, так и установление причинно-следственных связей.

проблема привлечение к уголовной ответственности за коллегиальные решения медицинских работников. В арсенале лечащего врача имеются всего две официальные формы принятия совместного решения по тактике ведения больного: консилиум и консультация специалиста этой или другой специальности. Проблемным в данном случае является то, что при отсутствии особого мнения какого-либо врача, привлекать к уголовной ответственности за неумышленное причинение вреда здоровью необходимо двух и более лиц. А это запрещено уголовным законодательством. Из практики здравоохранения известно, что особое мнение при проведении консилиумов, совместных осмотров с заведующим отделением, консультировании встречается относительно редко. Причем это «единодушие» обусловлено не столько единством медицинских взглядов, сколько морально-этическими отношениями между коллегами, прежде всего между руководителем и подчиненным, начинающим и опытным врачом, ординатором и профессором. Некоторые авторы предлагают решить вопрос ответственности за коллегиальные решения следующим образом: в статье 26 УК РФ в качестве дополнительной самостоятельной части может быть сформулировано положение о том, что если преступный результат причиняется неосторожными действиями нескольких лиц, суд при назначении наказания учитывает, насколько действия каждого лица способствовали наступлению преступного последствия. Такое решение служило бы дальнейшей дифференциации ответственности и гарантировало бы обоснованность привлечения к ответственности в случае неосторожного сопричинения.

Среди мер профилактики преступлений медицинских работников следует предложить частичную и временную дисквалификацию всего медицинского учреждения в случае вынесения определенного количества обвинительных заключений в отношении его сотрудников в течение, например, года. Повысить требования к процедуре аттестации медицинских работников. России необходим, в том числе опыт зарубежных стран по введению института должностных лиц типа коронеров («coroners»), которые чаще всего имеют два высших образования - медицинское и юридическое, и расследуют дела о насильственной и скоропостижной смерти. Необходим независимый орган, осуществляющий контроль и надзор за медицинскими учреждениями. Его независимость должна обеспечиваться тем, что он не будет входить в систему органов здравоохранения.

Решение данных проблем будет способствовать совершенствованию уголовного законодательства и практики его применения.

**СПИСОК ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Всеобщая декларация прав человека. Принята Генеральной Ассамблеей ООН 10 декабря 1948г.// Международное публичное право: Сб. документов. Т.1. - М., 1996. - С.460 - 464.

2. Конституция Российской Федерации: Принята всенародным голосованием 12 декабря 1993 г. // СПС «КонсультантПлюс». Версия проф.

. Уголовный Кодекс Российской Федерации: ФЗ от 13.06.1996 № 63 ФЗ (в ред. ФЗ от 13.02.2009г.) // СПС «КонсультантПлюс». Версия проф.

. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан: ФЗ от 22.07.1993 N 5487-1 ФЗ (в ред. ФЗ от 30.12.2008г.) //СПС «КонсультантПлюс». Версия проф.

. Стандарт медицинской помощи беременным с многоплодной беременностью: Приказ Министерства здравоохранения и социального развития от 2 марта 2006 г. № 132 // СПС «КонсультантПлюс». Версия проф.

. Стандарт медицинской помощи больным с желудочковой тахикардией: Приказ Министерства здравоохранения и социального развития от 30 ноября 2005 г. № 705 // СПС «КонсультантПлюс». Версия проф.

. Постановление Прокуратуры г.Братска от 1 апреля 2006г. О возбуждении уголовного дела № 62035.

. Постановление Прокуратуры г. Братска от 6 октября 2007г. О прекращении уголовного дела № 62035.

. Постановление Прокуратуры г.Братска от 26 октября 2008г. Об отказе в возбуждении уголовного дела №1587цр-2008.

. Александрова О. Ю. Юридическая квалификация врачебных ошибок и дефектов медицинской помощи /О. Ю. Александрова, И. Ю. Григорьев, О. Н. Лебединец // СПС «КонсультантПлюс». Версия проф.

. Акопов В. И. Медицинское право в вопросах и ответах / В. И. Акопов //СПС «КонсультантПлюс». Версия проф.

. Андреев А. А.Отношение к врачебным ошибкам и социальные пути их предупреждения /А. А. Андреев //СПС «Консультант Плюс». Версия проф.

. Бондаренко Д.В. К вопросу о юридической ответственности медицинских работников /Д.В. Бондаренко //Медицинское право. - 2006. - №4. - С.37.

. Васильева Е.Е. Институт добровольного информированного согласия пациента на медицинское вмешательство в российском и американском праве / Е.Е. Васильева // СПС «КонсультантПлюс». Версия проф.

. Векленко В. Уголовно-правовой анализ понятия «вреда здоровью» /В. Векленко, М. Галюкова // Уголовное право. - 2007.- №1. - С.34.

. Ветров Н.И. Уголовное право. Особенная часть /Под ред. Н.И. Ветрова - М.: Норма, 2008. - 410с.

. Владыкина Т. Роды в ванной /Т. Владыкина //Российская газета . - 2007. - 10 апреля. - С.7.

. Гаухман Л.Д. Уголовное право. Особенная часть: Учебник / Л.Д. Гаухман, С.В. Максимов. - М., 2009. -317с.

. Гецманова И.В. Актуальные вопросы правовой оценки и расследования преступлений, связанных с дефектами оказания медицинской помощи /И.В. Гецманова // Медицинское право. - 2007. - №2. -С.61.

. Громов Н.А. Постатейный комментарий к Уголовному Кодексу Российской Федерации / Под ред. Н.А. Громова.- СПб., 2007. - 368с.

. Гуревич К.Г. Этические и правовые проблемы оказания медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях / К.Г. Гуревич, Е.Г. Фабрикант, И.А. Якиревич // Медицинское право - 2008. - №4. - С.17-18.

. Ерофеев С.В. Медико-правовые аспекты оценки качества медицинской помощи: сравнение отечественной и зарубежной практики / С. В. Ерофеев //Медицинское право. - 2006. - №1 - С.47.

. Журавлев М.П. Уголовное право России. Части общая и особенная: учебник /Под ред. М.П. Журавлева, А. И. Рарога. - М., 2008. - 487с.

. Завидов Б.Д. Общественно опасные последствия и их значение для квалификации преступлений (научно-практический и аналитический комментарий уголовного законодательства России) /Б.Д. Завидов. - М.: ПРИОР, 2008. - 219с.

. Золоев А. План проверки по факту ятрогении /А. Золоев //Законность. -2007.- №9. - С.28-29.

. Золоев А. Причины неблагоприятных результатов (исходов) медицинских мероприятий /А. Золоев //Законность. - 2008. - №2. - С.44.

. Ившин И.В. Обстоятельства, исключающие преступность деяния в сфере профессиональной медицинской деятельности /И.В. Ившин //Медицинское право. - 2006. - №1.- С.35.

. Канунникова Л.В. О правовых проблемах врачебной (медицинской) ошибки /Л.В. Канунникова, Я.А. Фролов, Е.В. Фролова //Медицинское право. - 2003. - №2. - С.38.

. Козак В.С. Кто отвечает за лечение больного? /В.С. Козак //Качество медицинской помощи. - 2004. - № 4. - С.47.

. Козак В.С. Частичная и временная дисквалификация как возможная мера ответственности медицинских работников /В.С. Козак //Медицинское право. - 2004. - № 1. - С.55.

. Комментарий к УК РСФСР 1960г. /Под ред. В.И. Радченко. - М.: 2000. - С.217-218.

. Комментарий к Уголовному Кодексу РФ /Под ред. В.И. Радченко. - М.: Проспект, 2008.- 418с.

. Комментарий к УК РФ. / Под ред. Ю.В. Грачева, Л.Д. Ермакова. - М.: Норма, 2009. - 254с.

. Комментарий к УК РФ. / Под ред. В.Т. Томина, В.С. Устинова, В.В. Сверчкова. 2-е изд., испр. и доп. - М.: Инфра, 2007. - С.159.

. Крылова Н.Е. Крайняя необходимость в медицинской деятельности: некоторые вопросы практического применения /Н.Е. Крылова, Н. Павлова //Уголовное право. - 2005. - № 1. - С. 41-43.

. Крылова Н.Е. Некоторые вопросы уголовной ответственности медицинского работника за заражение ВИЧ-инфекцией /Н.Е. Крылова //Медицинское право. - 2004. - № 3. -С.27.

. Кудрявцев В.Н. Курс Российского уголовного права. Общая часть /В.Н. Кудрявцев, А.В.Наумов. - М., 2008. - 256с.

. Кузнецов А.Н. Проблема установления причинно-следственных связей в медицинском судебном процессе /А.Н. Кузнецов //Медицинское право и этика. - 2004. - № 1. - С.56.

. Кузнецова Н.Ф. Курс уголовного права. Общая часть. Учение о преступлении. Т.1. Учебник для вузов / Н.Ф. Кузнецова, И.М. Тяжкова. - М., 2007. - 569 с.

. Кузнецова А.С. О законодательстве в сфере предупреждения ВИЧ/СПИДА/ А.С. Кузнецова // СПС «КонсультантПлюс». Версия проф.

. Лебедев В.М. Научно-практическое пособие по применению УК РФ / Под ред. В.М. Лебедева.- М., 2008. - 382с.

. Маляева Е.О. Причинение смерти медицинскими работниками в результате медицинского эксперимента: проблемы уголовной ответственности /Е.О. Маляева // Медицинское право. - 2004. - №2. - С.52.

. Мохов А.А. “Врачебная ошибка” как актуальная проблема судебной практики / А.А. Мохов, И.Н. Мохова // Медицинское право. - 2004. - №2. - С.37.

. Мохов А.А. История использования медицинских знаний для целей уголовного и гражданского судопроизводства в России /А.А. Мохов //Медицинское право. - 2003. - №2. - С.35-36.

. Мыц Я. Неоказание помощи больному / Я. Мыц // Законность. - 2006. - №11. - С.35.

. Набитович В. Нетрезвая операция /В. Набитович // Российская газета. - 2007. - 13 апреля - С.7.

. Наумов А.В. Практика применения Уголовного Кодекса Российской Федерации. Комментарий судебной практики и доктринальное толкование /А.В. Наумов, Г.М. Резник.- М., 2007. - 276с.

. Невинная И. Белая халатность / И. Невинная // Российская газета.- 2007. - 30 марта.- С. 7.

. Постатейный комментарий к УК РСФСР 1922г. / Под ред. Д. Карницкого, Г. Рогинского. - М.: Юристъ, 1932. - С.125-126.

. Попов В.Л. Правовые основы медицинской деятельности. /В.Л. Попов. - СПб., 1997. - С.6-7.

. Путило Н.В. Комментарий к основам законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22.07.1993 N 5487-1 ФЗ / Под ред. Н.В. Путило.- М., 2008. - 93с.

. Риффель А.В. Отказ от оказания медицинской помощи: правовой и медицинский аспекты / А.В. Риффель //Современное право. - 2008. - №8. -С.62.

. Риффель А.В. Роль врача в современном обществе /А.В. Риффель //Медицинское право. - 2007. - №3. - С.56.

. Рустемова Г.Р. Проблемы совершенствования борьбы с преступлениями в сфере медицинского обслуживания населения / Под ред. Г.Р. Рустемовой.- М., 2007. - 148с.

. Рыков В.А. Врачебная ошибка: медицинские и правовые аспекты / В.А. Рыков // Медицинское право. - 2005. - № 1. - С.47.

. Сальников В.П. Регламентация медицинской деятельности в России: историко-правовые вопросы / В.П. Сальников, С.Г. Стеценко // Журнал Российского права. - 2001. - №4. - С.72.

. Сергеев В.В. Профессиональные ошибки медицинских работников: проблемы правового обоснования / В.В. Сергеев // Медицинское право. - 2004. - №4.- С.23.

. Сергеев Ю.Д. Ятрогенная патология - актуальная судебно-медицинская проблема / Ю.Д. Сергеев, С.В. Ерофеев // СПС «КонсультантПлюс». Версия проф.

. Сидоренко Э. Заражение ВИЧ-инфекцией: вопросы уголовно-правовой оценки / Э. Сидоренко // Уголовное право. - 2007. - № 1. - С. 55.

. Стеценко Е.Г. Врачебные ошибки и несчастные случаи в практике работ учреждений здравоохранения: правовые аспекты / Е.Г. Стеценко // Юрист.- 2004. - № 2. - С.44.

. Стукалин В.Б. К вопросу об ответственности за ненадлежащее оказание медицинской помощи и медицинских услуг / В.Б. Стукалин // Общество и право. - 2008. - №2. - С.59.

. Тарасова Ю.В. История формирования специального субъекта преступления / Ю.В. Тарасова // Российский следователь. - 2007.- №8 .- С.73.

. Тимофеев И.В. Медицинская ошибка. Медико-организационные и правовые аспекты / И.В. Тимофеев, О.В. Леонтьев // СПС «КонсультантПлюс». Версия проф.

. Уголовное Уложение 1903 года. Проект Редакционной комиссии и объяснение к нему. Т.6. - СПб.: Питер, 1897.-С.138.

. Уголовное право Российской Федерации. Особенная часть: Учебник / Под. ред. Л.В. Иногамова-Хегай, А.И. Рарога, А.И. Чучаев. - М., 2008. - 442 с.

. Уголовное право России. Часть Особенная. /Отв. ред. Л.Л. Кругликов.- М., 2008. - 254с.

. Уголовное право России: Учебное пособие / Под ред. Н.В. Полосина, С.А. Скверцовой. - М., 2007. - 272с.

. Филиппов Ю.Н. Соблюдение прав пациента как критерий правовой грамотности медицинского персонала лечебно-профилактических учреждений / Ю.Н.Филипов, Н.С. Эделев, И.П. Краев // Медицинское право.- 2008. - № 2. - С.72.

. Черниловский З.М. Хрестоматия по общей истории государства и права. /З.М. Черниловсий. - М., 1996. - 651с.

. Шаргородский М.Д. Избранные работы по уголовному праву /М.Д. Шаргородский. - СПб., 2007. - 615с.

. Большой медицинский энциклопедический словарь /Под. ред. В. Быстренина - М., 2006. - 768 с.

. Большой юридический словарь /Под. ред. А.Я. Сухарева, В.Д. Зорькина, В.Е. Крутских. - М, 2008. - 790с.

. Лысов В. Прокуратура проверила врачей и ужаснулась / В. Лысов // http: //www. pnp. ru/ 17520132.

. Прокуратура "трясёт" лечебные учреждения. // http: // www. vsluh. ru/ news/ incident/ 54928.

|  |  |
| --- | --- |
| [**КНИЖНЫЙ МАГАЗИН**](http://учебники.информ2000.рф/chitai.shtml) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| [**ТОВАРЫ для ХУДОЖНИКОВ и ДИЗАЙНЕРОВ**](http://учебники.информ2000.рф/kar.shtml) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| [**АУДИОЛЕКЦИИ**](http://учебники.информ2000.рф/lectr.shtml) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| [**IT-специалисты: ПОВЫШЕНИЕ КВАЛИФИКАЦИИ**](http://учебники.информ2000.рф/otu.shtml) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| [**ФИТНЕС на ДОМУ**](http://учебники.информ2000.рф/fit1.shtml) |  |