

Министерство внутренних дел Российской Федерации  
Омская академия

**М. И. Галюкова**

**ОСОБЕННОСТИ УГОЛОВНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ  
МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ  
ЗА ПРИЧИНЕНИЕ ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА**

*Учебное пособие*

Омск 2007

УДК 343(075)  
ББК 67.628.1  
Г 17

*Рецензенты:*

кандидат юридических наук, доцент **В. В. Бабурин**  
(Омская академия МВД России);  
профессор, доктор юридических наук **Д. А. Воронин**  
(Южно-Уральский государственный университет, г. Челябинск)

**Галюкова М. И.**

Г 17 Особенности уголовной ответственности медицинских работников за причинение вреда здоровью человека: учебное пособие. – Омск: Омская академия МВД России, 2008. – 55 с.

ISBN 978-5-88651-412-4

В учебном пособии дается юридический анализ современной системы здравоохранения, механизм формирования личности преступника в сфере оказания медицинских услуг. Особое внимание уделено уголовно-правовой характеристике ненадлежащего оказания медицинской помощи, вопросам охраны врачебной тайны.

Учебное пособие предназначено для студентов, аспирантов, соискателей, преподавателей юридических вузов и факультетов, научных и практических работников правоохранительных органов.

1202000000  
Г \_\_\_\_\_  
96 Д (03)-2008

Без объявл., 2008

УДК 343(075)

ББК 67.628.1

ISBN 978-5-88651-412-4

© Омская академия  
МВД России, 2008

## ВВЕДЕНИЕ

Современное демократическое общество представляет собой быстро развивающийся, саморегулирующийся живой организм. В нем отражаются все негативные тенденции социальной, экономической и уголовно-правовой политики. Поиск оптимальных путей развития российского здравоохранения привел к изменению мировоззренческих позиций в области оказания медицинской помощи пациенту. За последние десятилетия наблюдается не только стремительный рост высокоточных, эффективных технологий диагностики и лечения различных заболеваний, но и стремительная утрата авторитета врача и престижа этой профессии. События, происходящие в медицинском сообществе, влекут за собой рост профессиональной преступности среди врачей. Здравоохранение является наиболее сложной формой человеческой деятельности, требующей глубоких специальных знаний, практических навыков, высоких душевных качеств. На протяжении многих веков представителям медицинской профессии отказывалось в праве на ошибку. Однако врач может ошибиться, потому что имеет дело с тонкой организацией человеческого организма, ежедневно сталкиваясь с бесчисленными сложностями и течением патологических процессов.

Ответственность врачей за результаты их профессиональной деятельности в настоящее время в центре внимания специалистов различных областей знаний: медиков, биологов, биоэтиков, юристов, а также политических и общественных деятелей<sup>1</sup>. Научный интерес к вопросам уголовной ответственности медицинских работников растет, однако пока не решен ряд проблем, которые медицинская практика поставила перед теорией уголовного права. С принятием в 1996 г. Уголовного кодекса Российской Федерации (далее – УК РФ) казалось, что вопросы квалификации деяний, совершенных медицинскими работниками, должны были разрешиться, однако этого не произошло. В связи с происходящим в последнее десятилетие реформированием системы здравоохранения правоприменители столкнулись со значительным количеством так называемых медицинских дел. Уголовное законодательство не может гарантировать реализацию принципов законности и справедливости в деле, где обвиняемым является медицинский работник. Данный факт косвенно подтверждается в письме Генеральной прокуратуры Российской Федерации, адресованном первому заместителю Председателя Правительства Российской Федерации Д. А. Медведеву<sup>2</sup>. В письме дается оценка состоянию исполнения законодательства об охране здоровья граждан. Результаты проверки, проведенной Генеральной прокуратурой РФ с участием прокуроров субъектов Российской Федерации оказались неутешительными: установлены многочисленные факты смерти пациентов по вине медицинских работников, случаи вымогательства денежных средств за оказание бесплатной медицинской помощи, нарушения законодательства при реализации программы дополнительного лекарственного обеспечения льготных категорий граждан, несоблюдение санитарно-эпидемиологического режима и т. д.

Все это требует принятия жестких, но эффективных мер контроля за профессиональной преступностью в сфере медицины. В связи с этим основной целью настоящего учебного пособия является развернутый анализ на базе действующего уголовного законодательства России и особенностей уголовной ответственности медицинских работников за профессиональные преступления.

---

<sup>1</sup> См.: *Старостина Я. В.* Проблемы уголовной ответственности медицинских работников: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. – Ставрополь, 2005. – 21 с.; *Сухарникова Л. В.* Особенности расследования неосторожного причинения вреда жизни и здоровью граждан медицинскими работниками в процессе профессиональной деятельности: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. – СПб., 2006. – 25 с.; *Павлова Н. В.* Уголовно-правовое регулирование медицинской деятельности: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. – М., 2006. – 20 с.; *Панеева К. О.* Институт медицинской тайны как объект уголовно-правовой охраны: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. – Н. Новгород, 2006. – 32 с.; *Хмельницкий Б. Г.* Преступления в сфере оказания медицинской помощи: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. – СПб., 2006. – 17 с.; *Пашиных Г. А., Ившин И. В.* Профессиональные преступления медицинских работников против жизни и здоровья. – М., 2006. – 196 с.

<sup>2</sup> См.: *Письмо* Генеральной прокуратуры Российской Федерации от 25 января 2007 г. № 72/3-38-07 «О состоянии исполнения законодательства об охране здоровья граждан».

## **§ 1. Социально-правовая обусловленность профессиональной преступности медицинских работников против здоровья человека**

Ошибка! Закладка не определена.

Развитие медицинской науки позволяет спасти жизнь безнадежно больным людям, разработка и внедрение новых лекарственных средств приблизило Россию к мировым стандартам качества оказания медицинской помощи. Произошедшие в последнее десятилетие изменения в экономике страны привели к созданию принципиально новых условий, в которых приходится функционировать лечебным учреждениям. Изменились источники финансирования, появилась система медицинского страхования, в повседневную жизнь вошли товарно-денежные отношения, договоры. Пациент теперь не просто больной, а потребитель медицинских услуг, т. е. в условиях развивающегося капитализма идет формирование рыночной экономики<sup>1</sup>. В период проведения социально-экономических реформ в стране здравоохранение распалось на государственное: федеральное и региональное, а также муниципальное, происходит формирование института частной медицинской практики. Дезинтеграция государственной монополии здравоохранения носила стихийный характер, не имея под собой ни стратегии, ни нормативно-правовой базы. В результате чего сложилась несбалансированная и нестабильная система национального здравоохранения. Особенности новообразованной структуры являются: нарушение вертикали управления на всех уровнях и, как следствие, преобладание интересов отдельных муниципальных образований в ущерб государственной программе обеспечения охраны здоровья граждан. Утрачена профилактическая направленность в системе здравоохранения. Основное внимание сосредоточено на дорогостоящей стационарной медицинской помощи при том, что амбулаторное лечение более экономично и доступно широким слоям населения. Декларированные Конституцией Российской Федерации гарантии бесплатной медицинской помощи гражданам на практике ничем не подтверждаются, люди вынуждены оплачивать предоставляемые им услуги и лекарства.

Несовершенство системы сопровождается низкой эффективностью использования внутренних ресурсов со смещением медицины как вспомогательной отрасли в сторону удорожания обслуживания. Наиболее острые из перечисленных проблем вошли в комплексные программы здравоохранения и медицинского страхования. При этом некоторые из них требуют оперативного вмешательства и незамедлительного разрешения. Это:

- снижение демографических показателей ввиду отрицательного влияния на здоровье человека экономических, политических и социальных кризисных факторов;
- недостаточное финансирование отрасли и отсутствие тенденции к его увеличению;
- низкое качество оказания медицинской помощи, рост недовольства таким положением вещей со стороны пациентов, медработников и экспертов страховых медицинских компаний<sup>2</sup>.

На фоне обозначенных недостатков в системе здравоохранения прослеживается негативная тенденция развития взаимоотношений «пациент – медицинский работник». Нарушения законодательства в области медицины не получают должной оценки со стороны правоохранительных органов, и конфликтные ситуации, имеющие в своей основе гражданско-правовую природу, постепенно перерастают в деяния, квалифицируемые Уголовным кодексом Российской Федерации.

Еще не так давно медицина широко использовалась «компетентными органами» для решения политических проблем<sup>3</sup>. Анализируя возникновение и развитие криминогенной ситуации в медицинских учреждениях, приходим к выводу, что она обусловлена в большей степени личностью самого преступника, т. е. медицинского работника.

В традиционном понимании это лицо, совершившее преступление, с ярко обозначенной антиобщественной направленностью, выражающей совокупность негативных социально значимых свойств, влияющих в сочетании с внешними условиями и обстоятельствами на характер преступного поведения. В данном определении отражена взаимосвязь между общесоциологическим и уголовно-правовым содержанием понятия личности преступника. Всякая личность – индивидуальное выражение социально значимых свойств, индивидуальная форма отражения бытия и духовных ценностей общества. Выделяют несколько классификаций преступников, однако ни одну из них мы не считаем полной, поскольку мы говорим об особой группе лиц, совершивших преступные деяния. Необходимо изучение личности врача-преступника, ее трансформаций как субъекта профессии, обусловленных сферой деятельности в системе общественных отношений. В связи с чем требуется переосмыслить некоторые общие теоретические положения.

Целесообразно определить структуру личности преступника, совершающего правонарушение в медицинской отрасли. Как правило, это лицо в возрасте от 17 и от 22 лет для среднего и высшего медицинского образования соответственно. Интеллектуальное развитие – среднее или выше среднего, так как жесткий конкурсный отбор при поступлении в медицинские вузы предполагает глубокие знания абитуриентов как по специальным, так и по общеобразовательным предметам. Хотя коррумпированность приемных комиссий позволяет зачислять в число студентов и лиц, обладающих весьма примитивными познаниями в области наук<sup>4</sup>. По уровню социального благосостояния наблюдается относительное равноправие среди студентов: примерно по 33% приходится на каждый социальный слой (дети из малообеспеченных семей, дети из семей среднего уровня дохода и дети из семей с высоким уровнем дохода; последние – это дети из среды медицинской интеллигенции). К моменту окончания первичной специализации (интернатуры или ординатуры) наблюдается четкое расслоение:

- на медицинских работников, имеющих низкий уровень дохода (средняя заработная плата начинающего врача составляет 2,7 тыс. рублей в месяц);
- медицинских работников, имеющих материальный доход значительно выше среднего (большая часть таких работников занимает достаточно высокое должностное положение и (или) имеет ученую степень и (или) ученое звание).

Изучение потребностно-мотивационных и ценностно-нормативных характеристик личности врача позволяет сделать вывод: основные мотивационные искажения, ведущие доктора к нравственному конфликту между выполняемыми им общественно полезными функциями и фактическим пренебрежением к своим должностным обязанностям закладываются еще на этапе обучения в высшем учебном заведении. Психолого-педагогическая направленность большинства медицинских вузов страны не соответствует тем нормам и требованиям, которые предъявляет к ним общество.

Среди главных проблем современного медицинского образования выделяются следующие:

- 1) недостаточность финансирования для реализации программ высшего профессионального образования;
- 2) дефицит высококвалифицированного профессорско-преподавательского состава вуза;
- 3) отсутствие должного этического отношения к студенту.

Специалист, заканчивающий высшее учебное заведение, в настоящее время оказывается неподготовленным к выполнению обязанностей врача: недостаточная квалификация сочетается с моральной дезориентацией. Вопросам профессионального, качественного состава большое внимание уделял профессор судебной медицины Я. А. Чистович (1820-1885 гг.). В своей книге «История первых медицинских школ в России» он пишет, что среди студентов медицинских факультетов «оказались такие, которые не только не знают, но и не способны к учению по тупости и неразвитости. Содержание их в госпитале истощало бюджет, не подавая никаких надежд на будущее, не говоря уже о том, что они закрывают двери Петербургских школ другим и более даровитым молодым людям»<sup>5</sup>.

Для выявления социальных факторов, влияющих на формирование личности потенциального преступника, среди студентов Челябинской государственной медицинской академии было проведено исследование-анкетирование, включающее 10 вопросов. Студенты могли выбрать один, несколько вариантов ответа или же не отвечать вовсе. Тестирование проводилось анонимно для получения более полных ответов.

Из анализа полученных данных следует: большинству студентов (84,3%) нравится их специальность, самостоятельно выбор в пользу медицины сделали 25,3%, мнение родителей повлияло на 61,3% опрошенных.

Одна из причин – желание получить высшее образование (6,7% студентов), сомневаются в «получении материальных благ от результатов врачебной деятельности» 1,7% студентов.

Получив диплом врача, можно с успехом реализовать в другой профессии, требующей концентрации внимания и трудоспособности: менеджер, частный предприниматель, представитель фармфирм и др., – так считают 43,0% опрошенных.

Лишь 15,0% респондентов собираются работать по специальности. Не-однозначную реакцию у студентов вызвал вопрос: «Как Вы считаете, что (кто) играет важную роль при формировании личности будущего врача». Ответы анкетированных распределились следующим образом: 62,7% – преподаватели; 100 – собственный труд; 21,0 – стремление (воля); 8,3 – дисциплинированность; 3,3 – генетические задатки; 91,0% – коллеги.

При обучении испытывают трудности 95% студентов: постоянно либо во время сессии. Учеба в медицинском институте считается одной из самых сложных. При этом на вопрос: «Что Вам не нравится при обучении в медицинском институте?» – ответы распределились следующим образом: человеческие трупы – 19%; отвлеченное отношение к человеку (как к подопытному) – 37; большое количество предметов / загруженность учебной программы, постоянный контроль знаний – 99; нарушение профессорско-преподавательским составом вуза поведенческих и морально-этических норм по отношению к студентам – 71%.

На вопрос: «Вы бы пошли на прием к своим сокурсникам» 97% анкетированных ответили – «нет».

При ответе на вопрос: «Что Вам не нравится в выбранной профессии?» – студенты выделили следующее: низкий уровень оплаты труда – 52%; низкий социальный статус – 38; вредные условия труда – 7; постоянно видеть больных и «измученных» людей – 3%.

Большинство опрошиваемых (77,7%) неоднократно становились свидетелями конфликтных ситуаций между врачами и пациентами. Процесс оказания медицинской помощи относится к категории «трудных ситуаций» для больного. Предпосылок для их развития в медицине много, и если подобные факты не предупреждать, то ситуации из «трудных» перерастают в конфликтные. Сотрудники медико-правового центра Иркутского государственного медицинского университета убеждены, что рост числа конфликтов между пациентами и врачами можно остановить, и прежде всего – повышением мотивации медицинских работников к соблюдению прав пациента<sup>6</sup>.

Проанализировав ответы респондентов на вопросы о моральных качествах врача, можем предложить идеальный образ медицинского работника: лицо, обладающее интеллектом, профессионализмом, внимательностью, тактичностью, терпеливостью, чувством долга, эмоциональной стабильностью, коммуникатив-

ностью, гуманизмом, уверенностью в себе, увлеченностью работой, быстротой принятия решения, лидерскими и другими положительными качествами.

Следовательно, любое отклонение в поведении врача от данной модели воспринимается обществом как минимум неэтичным, и абсолютно неприемлемы невнимательность, цинизм, агрессивность, мелочность, лень, расизм.

При беседе с пациентами, находящимися на излечении в трех ведущих клиниках г. Челябинска, было выяснено следующее: 59,7% считают, что врач к ним относится невнимательно; 5,3% опрошенных отмечают агрессивность в поведении врача; 25,0% больных убеждены, что поведение их лечащего врача является идеальным с этической точки зрения; 10,0% респондентов полагают, что поведение врача является непрофессиональным, но в чем именно затрудняются ответить. На вопрос: «*Какие в основном эмоции Вы испытываете по отношению к медицинским работникам?*» – ответы распределились следующим образом: доверие – 65,7%; симпатию – 15,3; антипатию – 14,3; недоверие – 4,7%. Таким образом, большая часть пациентов доверяет своему лечащему врачу.

Однако реальное восприятие личности врача все же не соответствует идеальной модели, студенты медицинских вузов отчетливо это понимают, но не стремятся противодействовать нарастающей негативной тенденции в восприятии образа врача, тем самым способствуя постепенной профессиональной деформации личности медицинского работника.

Профессиональная и моральная деформация медицинского работника обусловлена следующими причинами:

1) отсутствием профессионального взаимопонимания между бывшим студентом и практикующими врачами;

2) негативным восприятием пациента как источника эмоционального дискомфорта (трудозатраты врача на обследование и лечение больного намного выше, чем моральное, а главное – материальное удовлетворение от выполненной работы);

3) чувство сплоченности, характерное для медицинских коллективов, способствует перераспределению профессиональных обязанностей по отношению к пациенту, и, как следствие, происходит перекалывание ответственности за допущенные ошибки;

4) нереализованность в выбранной специальности вызывает у врача чувство профессиональной никчемности, что приводит к врачебным ошибкам – профессиональным преступлениям.

Важен и статус медицинского учреждения, в котором работает врач. Нас интересуют, прежде всего, условия труда и как их оценивают сами медицинские работники. Результаты нашего исследования приведены в приложении 1.

Можно сделать вывод, что большинство врачей удовлетворены своим местом работы и ощущают уверенность в завтрашнем дне. В то же время оснащение лечебно-профилактических учреждений (далее – ЛПУ) современным диагностическим оборудованием и медикаментами, по мнению опрошенных, не соответствует нормативам, предусмотренным государственной программой и возросшим потребностям пациентов. Существенными моментами, осложняющими медицинскую деятельность, являются: низкий уровень заработной платы (его отметили 100% анкетированных) и отсутствие правовой защиты (97%). Полагаем, что именно внешняя составляющая работы программирует стереотип поведения врача.

Стратегия, выбранная врачом, проявляется в ролевых установках, где поведение доктора – доминирующий фактор в развитии событий. Существенное значение при характеристике личности преступника играет его социальный статус. Именно в соответствии с социальным статусом человека ассоциируется определенная манера поведения и поступков. Невыполнение ролевых предписаний может вызывать конфликт личности с обществом либо со своим окружением. Необычная тенденция наблюдается в медицинском коллективе: социальный статус врача считается настолько неповторимым, что представитель другой профессии воспринимается как «чужак», неспособный понять уникальность менталитета большинства. Но чувство единства и сплоченности между людьми, выбравшими свой путь в медицине, всегда остается незыблемым. Например, существует негласное правило: если врач приходит на прием к своему коллеге, то не стоит в очереди среди других пациентов. Это, как правило, всегда негативно сказывается на качестве оказываемых услуг. При анонимном анкетировании врачей одной из клиник г. Челябинска на вопрос: «*Как часто к Вам обращаются пациенты по поводу некачественного оказания Вами медицинской помощи?*» – мы получили следующие результаты:

– пациенты никогда не обращались по данному вопросу – 27%;

– крайне редко – 35%;

– часто, но их претензии являются необоснованными – 33%;

– «обращаются, но пусть попробуют что-нибудь доказать» – 5%.

Общим является крайне негативное отношение врачей к тому, что пациенты могут усомниться в их квалификации, а в случае необходимости врачами не отрицается и возможная фальсификация медицинских документов<sup>7</sup>.

Ненадежность такого источника медицинской информации, как история болезни (карта амбулаторного или стационарного больного), общеизвестна, однако никто не может предложить другого, более эффективного и объективного способа оценки предоставляемых услуг в медицинских учреждениях. Крайне небрежное оформление медицинских документов в поликлиниках и больницах почти что норма. Зачастую при по-

ступлении больных в стационар описание их органов и систем в документах не отражено, что ведет к упущениям, влекущим за собой диагностические ошибки. В сложных случаях не проводят дифференциальную диагностику, иногда больные несколько дней находятся в стационаре без диагноза. При возникающем затруднении квалификации диагноза в приемном отделении не проводят (либо не оформляют) осмотры пациента группой специалистов. При этом каждый медик выступает в качестве консультанта, без участия лечащего врача, отвечающего за больного при поступлении в медицинское учреждение. При осмотре находящихся на излечении заведующий отделением вносит в историю болезни скупые, эпизодические записи. Этапные эпикризы не оформляются, не дается трактовка состояния больных. Консилиумы собираются неоправданно редко, как правило, с большим запозданием, когда состояние больных уже безнадежно<sup>8</sup>.

Недостатки в ведении документации свидетельствуют о некачественном оказании медицинской помощи. Зачастую встречается небрежное оформление как самой истории болезни, так и ее титульного листа<sup>9</sup>, что является нарушением при заполнении медицинских бумаг, имеющих юридические функции. Можно выделить наиболее частые отступления от правил:

- поверхностный, неинформативный характер записей дежурного врача – 82%;
- неразборчивый почерк – 72%;
- логические ошибки в последовательности развития заболевания – 69%;
- отсутствие обоснования диагноза – 54%;
- сокращения в истории болезни (в тексте, диагнозах) – 45%;
- исправления или зачеркивания – 33%;
- подписи клинических интернов или ординаторов вместо подписи лечащего врача – 26%;
- неуказание времени осмотра пациента дежурным врачом в стационаре – 15%;
- отсутствие даты установления клинического диагноза – 12%.

Общими недостатками являются: неинформативность дневников, отсутствие интерпретации исследований, неудовлетворительное описание текущего статуса больного, употребление терминов «норма», «без особенностей», отсутствие полного описания наблюдаемой картины. Все это свидетельствует о небрежном отношении лечащих врачей к функциональным обязанностям.

Еще одним важным моментом является возможность реализации личностных установок медицинского работника в конкретных жизненных ситуациях. Существуют три типичные ситуации, в которых может реализоваться преступный потенциал личности.

Первая ситуация связана с интенсивной рабочей нагрузкой врача или медсестры. Например, врач-хирург может провести на своем рабочем месте непрерывно около 30 часов, врач-анестезиолог во время точного дежурства может наблюдать до 10 больных, находящихся в крайне тяжелом состоянии. При подобной нагрузке в напряженной обстановке врач склонен к стереотипным, шаблонным действиям и не в состоянии объективно проанализировать сложившуюся ситуацию, что может привести к нарушению прогнозируемого течения заболевания. Нарушается физиологическая способность контролировать свои действия и адекватно оценивать имеющееся положение вещей; вероятность того, что врач совершит ошибку и профессиональное преступление, достаточно высока.

Вторая ситуация связана с тем, что врач, в силу отсутствия необходимых профессиональных знаний, выбирает неверную тактику обследования и лечения.

Третья ситуация связана с грубым нарушением основ медицинской этики и отказом доктора от оказания медицинской помощи больному. Нарушение определенных моральных правил и положений деонтологии является для лиц этой категории закономерным звеном жизни, бессознательным стремлением оказаться в таких ситуациях, в результате которых они могли бы испытывать максимальное чувство превосходства над другими и пребывать в этом состоянии длительное время.

Можно предположить, что вероятность ошибки уже запрограммирована в общественных отношениях «врач – пациент». Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации предложен весьма нелогичный выход из сложившейся ситуации. По данным информационного агентства «Новые известия», Минздравсоцразвития готовит документ, который позволит штрафовать недобросовестных медиков. Таким образом планируется уберечь россиян от врачебных ошибок. Можно отнестись к этой идее скептически. Борьба с ошибками надо страхованием медицинской ответственности, повышением заработной платы и улучшением качества подготовки специалистов. Сколько именно придется «заплатить» врачам, «забывшим» в теле пациента скальпель или поставившим неправильный диагноз, еще неизвестно. Однако инициатива штрафов уже вызвала бурное обсуждение в медицинских кругах. «Если врач виноват, то он должен отвечать за свои поступки, – сообщил “Новым известиям” заведующий травматологическим отделением при Московской городской больнице № 33 А. Назыров. – Я бы таких и диплома лишил. Обвинение врача в некомпетентности, как правило, имеет под собой реальную основу. Случаи, когда медика обвиняют в недобросовестности ни за что, по личным соображениям, встречаются все же редко»<sup>10</sup>. Впрочем, не все разделяют это мнение. Размер штрафов не определен, система установления медицинской вины не разработана и даже само понятие «недобросовестный» слишком абстрактно. Кроме того, нельзя забывать о проблеме загруженности российского врача. Влиять на добросовестность эскулапов надо не только «кнутом». Существенно снизили бы процент врачебных ошибок «пряники» в виде четкого регламентирования взаимоотношений «врач – больной». «До тех пор, пока врач не заинтересован в этом месте работы, до тех пор пока нет конкуренции в этой сфере, социальной защиты (как в форме высоких зарплат, так и в виде страхования

ответственности), никакие штрафы не помогут, – пояснил “Новым известиям” президент Национальной ассоциации защиты прав пациентов Д. Фустов. – Необходимо также обращать внимание на уровень подготовки специалистов. Сейчас многие медвузы выпускают недоучек. Но даже при таком комплексном подходе результаты проявятся не сразу, а лет через пять в лучшем случае»<sup>11</sup>. Самые безобидные последствия в случае принятия законопроекта – недовольство в медицинских кругах и резкий отток кадров. Возможно, штрафы спровоцируют показательную «охоту на ведьм»<sup>12</sup>.

Анализ основных тенденций реформы в области здравоохранения позволил нам выявить проблемы, требующие первоочередного разрешения:

1) низкий уровень профессиональной подготовки специалистов в высших учебных заведениях при высоком уровне коррупции (взяточничество при поступлении в медицинский вуз сопровождается «поборами» при сдаче сессионных экзаменов);

2) низкий уровень заработной платы медицинского работника при ненормированности и большой напряженности трудового дня;

3) принцип коллективизма, который присутствует во многих больницах, способствует «перекладыванию» ответственности за больного с одного врача на другого;

4) чувство безнаказанности за совершение профессиональных проступков обусловлено тем, что судебно-медицинские эксперты скрывают ошибки своих коллег, а отсутствие специальных знаний не позволяет потерпевшему и сотрудникам правоохранительных органов в полной мере разобраться в обстоятельствах дела;

5) отсутствие надлежащего контроля за медицинской документацией: значительное количество историй болезни переписывается, дописывается, теряется в архивах;

6) отсутствие необходимого оборудования, недостаточное обеспечение лекарственными средствами больниц, особенно сельских.

В заключение подчеркнем исключительную роль личности медицинского работника в аспекте криминологической профилактики преступности в сфере оказания медицинских услуг. В связи с чем необходимо проведение комплексных исследований в данном направлении с привлечением специалистов в области права, здравоохранения, экономики (социального страхования) с целью создания необходимых условий для развития медицины.

## **§ 2. Уголовно-правовая характеристика ненадлежащего оказания медицинской помощи**

Юридическая оценка преступного деяния, совершенного медицинским работником, – одна из проблем медицины и права. Меняется уровень развития медицинской науки, улучшается профессиональная подготовка врачей, внедряются в практику новые технологии обследования и лечения, но тема ответственности во врачебной деятельности по-прежнему актуальна. Лечение – сложный процесс, в котором соседствуют успех и ошибки.

Центральным понятием при характеристике общественно опасных деяний, совершаемых медицинскими работниками, остается понятие «врачебная ошибка».

Согласно Энциклопедическому словарю Ф. А. Брокгауза и И. А. Ефрона, под ошибкой понимают нарушение формальной стороны мышления, разность между истинной величиной и полученным измерением<sup>13</sup>. В словаре современного русского языка С. И. Ожегова значение слова «ошибка» понимается как не-правильность в действиях, мыслях<sup>14</sup>.

Множество синонимов у глагола «ошибиться»: промахнуться, сплеховать, опростоволоситься, попасть впросак, наломать дров, обратиться не по адресу, попасть пальцем в небо и т. д.

Ошибка – родовое понятие, под которым понимают отклонение от обычного хода дел, от намеченного плана, обусловленное нарушением мышления. Иногда под ошибкой понимают и сам результат действий того или иного лица, отличный от предполагавшегося, необходимого, должного.

Действующее законодательство не знает правового понятия «врачебная ошибка». Данная ситуация не является уникальной. Юриспруденция оперирует сотнями понятий и терминов, не имеющих установленного законодательно определения. В медицинской литературе содержится около семидесяти промежуточных понятий, описывающих врачебную ошибку<sup>15</sup>. Диагностирование данной дефиниции должно происходить в рамках правового поля.

В советский период это понятие было сформулировано известным патологоанатомом И. В. Давыдовским: «Врачебная ошибка – это добровольное заблуждение врача, основанное на несовершенстве современного состояния медицинской науки и методов ее исследования либо вызванное особенностями течения заболевания определенного больного, либо объясняемое недостатками знаний, опыта врача»<sup>16</sup>.

Большой вклад в разработку проблемы врачебной ошибки внесли труды ученых судебных медиков Ю. С. Зальмунина, Ю. П. Эделя<sup>17</sup>.

В литературе приведены примеры характерных врачебных правонарушений советского периода.

1. В больницу, расположенную в 15 км от города, в 1 ч. ночи машиной скорой помощи был доставлен гр-н Л. Дежурный врач, осмотрев больного, решил, что он пьян, и отправил в отделение милиции. В 4 ч. 30 мин. пациента возвращают в хирургическое отделение, где он, показывая на голову, пытается что-то сказать. Врач ставит диагноз: сотрясение головного мозга и опьянение тяжелой степени. В 9 ч. 30 мин. у боль-

ного возникает и увеличивается в размерах припухлость в правой височной области. Диагноз: перелом правой височной кости, сотрясение головного мозга, опьянение тяжелой степени. Вызванный на консультацию нейрохирург не успел приехать. На третий день больной скончался, при вскрытии обнаружили перелом правой височной кости и другие серьезные патологии.

2. В Ростове мужчина в целях самоубийства принял около 30 мг дихлорэтана. Врач скорой помощи считал его пьяным и не принял необходимых мер, в результате чего пациент умер. Отравление было установлено только при вскрытии. В Таганроге врач скорой помощи, не обследовав и не установив причину беспомощного состояния больного, отправил его в медвытрезвитель, где через четыре часа мужчина скончался. При судебно-медицинском исследовании была установлена смерть от сердечно-сосудистой недостаточности.

3. В хирургическом отделении больницы г. Гукова при неполном обследовании врачом был поставлен ошибочный диагноз: перелом правого плеча со смещением отломков. По медицинским показаниям была наложена гипсовая повязка. Только через две недели пациенту диагностировали вывих правого плечевого сустава. Несвоевременное вправление вывиха привело к гангрене с последующей ампутацией конечности<sup>18</sup>.

Позже М. Д. Шаргородский писал, что «человек в современном мире должен отвечать за то, что он принимает на себя ответственность за деятельность и за действия, с последствиями которых он справиться не в состоянии. Так, должен отвечать хирург, который неграмотно произвел операцию (в результате умер больной), но который эту операцию лучше произвести не мог, потому что он плохо учился, хотя окончил медицинский институт, лучше оперировать не умеет, однако должен, если берется за подобную деятельность. Такой хирург должен отвечать за последствия, с которыми по своей квалификации он справиться не в состоянии. Это не исключает, конечно, того, что отвечают и лица, поставившие субъекта в условия, в которых он должен выполнять функции, которые он выполнить не может»<sup>19</sup>.

Рассмотрение понятия «врачебная ошибка» в историческом ракурсе выявило общность мнений ученых во взглядах на эту проблему.

А. С. Димов считал, что врачебную ошибку определяют как добросовестное заблуждение врача в диагнозе, методах лечения, выполнении операции, возникающее вследствие недостаточности знаний или опыта, либо обусловленное несовершенством медицинской науки, объективными трудностями<sup>20</sup>.

В. А. Глушков и Н. Б. Денисюк вкладывали в изучаемое понятие ошибочные действия врача по установлению диагноза или лечению больного, совершенные им без осознания опасности этих действий для пациента, без предвидения возможности причинения вреда или при уверенности в его предотвращении и обусловленные состоянием медицинской науки на данном этапе ее развития<sup>21</sup>, особыми неблагоприятно сложившимися условиями и обстоятельствами оказания медицинской помощи или недостатком врачебного опыта<sup>22</sup>. На несовершенство медицинской науки и скрытые индивидуальные особенности человеческого организма как на причину врачебной ошибки указывал Л. Майданик<sup>23</sup>.

Швейцарский терапевт Р. М. Hegglin отмечает, что основу врачебной ошибки могут составлять: неконструктивное мышление, уверование в безошибочность поставленного диагноза, предвзятость мнения, самолюбие и тщеславие, нерешительность характера, стремление ставить «интересные диагнозы», пессимизм или излишний оптимизм<sup>24</sup>. По результатам проведенного нами исследования 100% опрошенных врачей на соответствующий вопрос анкеты ответили, что считают себя квалифицированными работниками. А на вопрос «Как Вы оцениваете уровень знаний своих коллег?» – ответы распределились следующим образом: профессиональный уровень – 5%; средний уровень – 45; ниже среднего уровня – 47; непрофессиональный уровень – 3%. Только 3,3% анкетированных осознают, что часто допускают в своей деятельности ошибки, остальные ответы распределились следующим образом: никогда не допускаю ошибок – 2,3%; редко допускаю ошибки – 85,7; «допускаю, но не ошибки», «допускаю ошибки по вине пациентов, так как они сообщают недостоверную информацию» – 8,7%. Из этого следует: респонденты не допускают вероятности, что врачебная ошибка может быть результатом их личных качеств, связанных с завышенной самооценкой своих профессиональных навыков и способностей.

По мнению Я. В. Старостиной, врачебная ошибка является специфическим видом фактической ошибки в уголовном праве. Исходя из положений российского медицинского права и зарубежного опыта, автор классифицирует все ошибки на два вида: *релевантные* и *нерелевантные*<sup>25</sup>.

Под *релевантной* врачебной ошибкой ученый понимает заблуждение медицинского работника соответствующей квалификации и профессионального профиля относительно характера, вида и объема медицинской помощи, повлекшее по неосторожности причинение вреда жизни или здоровью пациента, если оказание такой помощи входило в круг профессиональных обязанностей медицинского работника.

По своей юридической природе *нерелевантная* врачебная ошибка является видом невиновного причинения вреда (например, отсутствие у медицинского работника реальной возможности оказать надлежащую медицинскую помощь, адекватную фактическим обстоятельствам)<sup>26</sup>.

Е. М. Степанов, вопреки положениям юридической науки, солидарен с профессионально неграмотным медицинским сообществом, полагая, что за врачебную ошибку врач «не должен быть наказан»<sup>27</sup>, и классифицирует врачебные ошибки на тактические<sup>28</sup>, технические<sup>29</sup>, объективные<sup>30</sup> и субъективные<sup>31</sup>.

Подводя итог, можно с уверенностью сказать, что в настоящее время отсутствует единая концепция понимания юридического значения ошибки в профессиональной медицинской деятельности.

В специальной литературе встречаются термины и понятия, обозначающие неблагоприятные исходы медицинской помощи.

Термин «ятрогенное заболевание» в юридической и медицинской литературе получил широкое распространение с 1925 г. Первоначальное значение определил немецкий психиатр О. Бумке – это заболевание, обусловленное неосторожными высказываниями или поведением медицинских работников. Во второй половине XX в. ятрогения стала пониматься в более широком смысле: любая патология, возникшая в результате действий врача: от медикаментозных осложнений до тех, что стали результатом неправильно проведенной манипуляции или процедуры.

А. П. Громов утверждал, что «ятрогения является серьезным браком в работе лечебного учреждения... Каждый случай ятрогении должен быть предметом детального обсуждения среди медицинского персонала и в зависимости от его причин и последствий влечет за собой моральное, административное и даже уголовное наказание»<sup>32</sup>. Изречение весьма наукообразное, но нечеткое.

По мнению А. В. Шапошникова, ятрогения – это «негативные прямые и косвенные последствия действий, а также высказываний медицинских работников, обладающих прямыми распорядительными и исполнительными функциями в период и на месте выполнения ими профессиональных и служебных обязанностей, на здорового или больного человека, повлекшие за собой изменения его психического и физического состояния независимо от времени их наступления»<sup>33</sup>.

Ю. И. Пиголкин считает, что «ятрогения с судебно-медицинской точки зрения – это причинение вреда здоровью пациента, находящегося в прямой или косвенной связи с проведением диагностических или реабилитационных мероприятий»<sup>34</sup>.

С. Г. Стеценко предлагает понимать ятрогению как «новое, неумышленное или неизбежно возникающее заболевание или патологическое состояние, являющееся прямым следствием медицинского вмешательства при диагностике, лечении или профилактике»<sup>35</sup>.

М. Я. Яровинский, анализируя данную проблему, отмечает, что в самом термине «ятрогения» при переводе с греческого есть только врач. В связи с этим автор пишет, что психические травмы, причиненные медицинскими сестрами и санитарями, нужно выделять как самостоятельные<sup>36</sup>.

По мнению Н. В. Павловой, «ятрогения – это отрицательные последствия действий, нарушающих порядок предоставления медицинской документации, и высказывания врача, имеющие отношение к пациенту, повлекшие изменения его психического состояния, которое может также оказать влияние на весь организм»<sup>37</sup>.

В. В. Нечкалов определяет ятрогению как «заболевания, патологические процессы, состояния, реакции, возникновение которых однозначно обусловлено медицинским воздействием в ходе обследования, лечения больных, выполнения диагностических или профилактических процедур»<sup>38</sup>. Ученый делит ятрогению на три категории. Под I-й категорией он понимает патологические процессы и реакции, не связанные патогенетически с основным заболеванием или его осложнением и не играющие существенной роли в общей танатологической оценке случая. Ко II-й категории относятся патологические процессы, реакции и осложнения, обусловленные медицинским воздействием, проведенные по обоснованным показаниям и выполненные правильно. Ятрогении III-й категории – патологические процессы, смертельные реакции, в том числе обусловленные неадекватными, ошибочными медицинскими воздействиями.

Таким образом, и при определении понятия «ятрогения» нет единства мнений среди ученых.

Более емким и распространенным термином, объединяющим понятия ятрогении и врачебной ошибки является «дефект оказания медицинской помощи» (далее – ДОМП).

Г. А. Пашинян, В. Н. Талалаев, Р. Г. Анятин предлагают под ДОМП понимать «упущения в организации ОМП (оказания медицинской помощи – М. Г.) обусловленные незнанием, нарушением или неисполнением действующих приказов, инструкций, положений, некачественное оказание медицинской помощи с ошибками в диагностике или лечении пациентов и нарушениями в информационно-деонтологической сфере, которые оказали или могли оказать отрицательное влияние на лечебно-диагностический процесс и состояние здоровья пациента»<sup>39</sup>.

Понятие ДОМП определяется несколькими критериями: медицинским, социальным и юридическим. Судебно-медицинских экспертов интересуют прежде всего медицинские критерии, а социальные и юридические существенны при возбуждении уголовного дела по факту причинения вреда здоровью медицинским работником. По мнению директора Российского центра судебно-медицинской экспертизы Министерства здравоохранения Российской Федерации профессора В. В. Томила, установление ДОМП должно формироваться с учетом представления о вреде здоровью и в контексте положений УК РФ и Правил судебно-медицинской экспертизы тяжести вреда здоровью (утв. Приказом Минздрава России от 10 декабря 1996 г. № 407)<sup>40</sup>.

Причины ДОМП многообразны, их можно условно объединить в три основных блока:

- нарушение организационного порядка;
- неполноценность профессиональных и моральных качеств медицинских работников и их действий (или бездействия);
- объективные обстоятельства, не зависящие от медицинских работников и от медицинского учреждения, которые фактически нельзя относить к ДОМП.

Наиболее удачным представляется подход к рассматриваемой проблеме В. В. Томила и Ю. И. Соседко. Ученые последовательно выделяют сущность ДОМП<sup>41</sup> и его причины<sup>42</sup>:

- 1) отсутствие четкого плана и системы в назначениях влечет за собой затянутость обследования;

2) неполноценное обследование, при котором не используются методы, показанные при данном или сходном заболевании;

3) упрощенное понимание комплексности при отсутствии диагностической концепции: назначение всевозможных исследований, не показанных при конкретном заболевании, тогда как комплексность предполагает использование наиболее результативных методов;

4) в стационарах – бесосновательное дублирование исследований, выполненных амбулаторно;

5) обследование больного на предмет установления основного заболевания, невнимание к сопутствующим болезням;

б) уточнение диагноза с использованием проникающих внутрь методов исследования без строгих показаний может не отразиться на лечении и на исходе болезни.

Наряду с причинами ДОМП нас интересует механизм формирования ошибочного представления врача о своей деятельности и этапы формирования ДОМП.

Исследование показало, что 4,0% опрошенных врачей ориентируются на соблюдение традиций и правил, 9,0 – на распоряжения руководства, 61,3 – на теоретические знания, полученные в процессе учебы и работы, 3,0% – на пожелания пациента.

При постановке сложного диагноза 1,3% анкетированных консультируются с главным врачом ЛПУ, 70,0 – с наиболее опытным врачом, 28,7% – изучают специальную литературу.

По отношению к пациентам 4,7% респондентов испытывают симпатию, 16,0 – сострадание, 7,6 – антипатию, 15,0 – раздражение, 7,0 – ненависть, 49,7% – другое (из них 52,0% опрошенных ответили, что единственное чувство, которое они испытывают по отношению к больному, – безразличие).

При общении с пациентом 12,3% врачей стараются расспросить обо всем, 32,0 – расспрашивают обо всем, но мысленно «отгораживаются» от проблем пациента, 33,7 – стараются ограничиться сбором только необходимой информации, 22,0% – другое (например в рамках интересов больного по поводу его заболевания).

Наиболее незащищенным медицинский работник ощущает себя при личном конфликте с главным врачом или с администрацией учреждения (45,3%), а также при проведении проверок качества оказанных медицинских услуг представителями страховых компаний (33,0%). Более уверенно врач чувствует себя при проведении внутренних проверок качества работы администрацией ЛПУ (1,0%), при распределении заработной платы, надбавок и премий (3,0%). В конфликтах с пациентами неуверенность ощущают 17,7% респондентов.

Свои права и обязанности знают 93,3% анкетированных врачей, в то же время 99,3% считают необходимым улучшить качество своих правовых знаний. Это подтверждают и результаты ответа на вопрос об уровне знаний нормативных правовых актов (прил. 2).

Результаты, отражающие уровень конфликтности в медицинском сообществе, приведены в приложении 3.

Данное исследование позволяет нам сделать вывод, что нет единой причины, вызывающей ДОМП. Это комплексное и многогранное явление, отражающее все негативные стороны современной системы здравоохранения, и врач выступает проводником данной реальности от государства к пациенту. Все вышеизложенное позволяет сформулировать *Правило четырех пятачек*: любое из пяти условий одного из четырех факторов может привести к ДОМП с вероятностью 5%, совокупность всех пяти условий всех четырех факторов приводит к ДОМП в 100% (схема).

В настоящее время нет ни одного признанного официально метода измерения ДОМП, но существует множество способов измерения качества оказания медицинской помощи в зависимости от взглядов пациента, врача, организатора, руководителя лечебного процесса или контролирующего органа. Например, американский исследователь L. D. Brown выделил такие аспекты «качества» медицинской помощи, как профессиональная компетентность, доступность услуг, их медицинская эффективность, безопасность<sup>43</sup>. Н. Hoffman<sup>44</sup>, R. Brook и K. Lohr<sup>45</sup> предложили более обобщающие принципы оценки «качества медицинской помощи»: качество структуры, качество процесса и качество результатов. Мы будем руководствоваться общепризнанным определением, регламентированным стандартом ISO 9000:2005 «Системы менеджмента качества. Требования». Данный международный стандарт устанавливает восемь требований всеобщего менеджмента качества – TQM<sup>46</sup>.

Соблюдать все требования по оказанию медицинской помощи, установленные законодательством РФ, – сложная задача современного здравоохранения. Разрешению этой проблемы способствует широкая нормативная база, включающая в себя новые стандарты качества оказания медицинской помощи. Эти нововведения можно оспаривать и подвергать критике, но пока они – неотъемлемая часть реальности, в которой осуществляют свою практическую деятельность медицинские работники. Компетентное и добросовестное отношение медиков к своим профессиональным обязанностям – одна из важнейших общественных проблем. Сотрудникам правоохранительных органов сложно проводить предварительное расследование, поскольку контроль за качеством оказания медицинской помощи требует значительных временных затрат. Наиболее оперативным и эффективным вариантом контроля может быть экспертная оценка. Но подобные экспертизы (о правонарушениях медицинских работников) – одни из самых сложных, ввиду того, что нет достоверных методов выявления и оценки причинно-следственных связей между лечебно-диагностическими мероприятиями и неблагоприятным исходом. Не случайно В. В. Томилин и Ю. И. Соседко настаивают на разработке

научного обоснования квалифицирующих признаков тяжести вреда здоровью в случаях, возникающих при оказании медицинской помощи<sup>47</sup>. При оценке конкретных действий медицинского персонала при наступлении неблагоприятного исхода Ю. И. Пиголкин предлагает опираться на следующие принципы анализа:

- использование наиболее информативных методов исследования;
- комплексный подход, т. е. сочетание разных методов исследования и сопоставление результатов;
- системный подход, т. е. исследование всех органов и систем организма с выяснением причин всех обнаруживаемых отклонений;
- кондиционализм, т. е. отказ от попыток свести все наблюдаемые явления к действию одной причины;
- установление патогенеза, т. е. последовательности патологических процессов от повреждения до исхода<sup>48</sup>.

В медицинской практике экспертиза часто дает категоричное заключение того, что больной стал инвалидом или скончался в результате неправильных методов лечения. Любое заключение судебно-медицинского эксперта расценивается как однозначное и является единственным доказательством вины врача. Нередко даже опытные медицинские эксперты не хотят или не в состоянии объективно дать обоснованное заключение. На фоне безупречных работ судебно-медицинских экспертов, посвященных судебно-медицинской оценке дефектов оказания медицинской помощи<sup>49</sup>, а также методике учета и анализа ДОМП при проведении судебно-медицинской экспертизы<sup>50</sup>, нельзя забывать об отрицательных моментах рассматриваемого вопроса.

Как отмечает И. М. Тяжкова, «подавляющее большинство подобных дел (имеются в виду уголовные дела о профессиональных преступлениях медицинских работников. – М. Г.) прекращается из-за отсутствия состава преступления, поскольку судебно-медицинские эксперты чаще всего не усматривают в действиях медиков каких-либо нарушений инструкций и методических указаний. Однако правильность этих заключений зачастую вызывает сомнения. Так, бывший юрисконсульт крайздраводела А. Луценко утверждает, что “согласно общему мнению, корень зла заключается в безответственности судебно-медицинских экспертов. Например, из ста медицинских судебных экспертиз, проведенных в прошлом году в Ставропольском крае, ни одна не послужила основанием для возбуждения против медицинского работника уголовного дела... Тенденция «уводить» врача от ответственности достигла просто гротесковых размеров”<sup>51</sup>.

Единственный верный выход – это то, что действия, поведение медицинских работников в той или иной конкретной ситуации, включая диагностику и лечение (т. е. объективная сторона их деяний), должны рассматриваться медицинскими комиссиями как при служебном расследовании, так и при проведении судебно-медицинских экспертиз с точки зрения их правильности или неправильности. Если медицинский работник поступил так, как и требовалось в данной обстановке, то он действовал правильно; если же его поведение отличалось от целесообразного и необходимого, то он действовал неправильно (полностью или частично). Юридически правильная квалификация деяний (в делах о привлечении медицинских работников за профессиональные правонарушения) невозможна без разрешения экспертами-медиками ряда специальных вопросов: правильность самих действий врача; возможности и обязанности медика в конкретной ситуации предвидеть последствия своих действий; наличие или отсутствие причинной связи между действиями (бездействием) медицинских работников и наступившими последствиями<sup>52</sup>.

Тогда вполне закономерно возникает вопрос: зачем теории уголовного права медицинские преступления, если в них так сложно разобраться, и что следует вкладывать в их смысл. Но и в этом случае развернулась полемика среди ученых.

Интересное предложение высказывал А. Язухин: «...за нарушение медицинским персоналом профессиональных обязанностей при лечении больного, ставших причиной смерти или тяжкого вреда здоровью, следует устанавливать уголовную ответственность в качестве самостоятельного состава преступления, не связывая ответственность с должностным положением медицинского или фармацевтического работника»<sup>53</sup>.

Одновременно с А. Язухиным М. Ковалев и И. Вермель высказали мнение, что все неправильные действия медицинских работников (в первую очередь врачей) следует разделить на четыре группы:

- 1) умышленные преступления (незаконное производство аборта, неоказание помощи больному);
- 2) преступления, совершенные по неосторожности (небрежное отношение медицинского работника к выполнению своих служебных обязанностей);
- 3) врачебные ошибки (т. е. добросовестные заблуждения в процессе диагностики и лечения);
- 4) несчастные случаи (когда неблагоприятный исход заболевания при врачебном вмешательстве обусловлен привходящими и обычно непредсказуемыми обстоятельствами)<sup>54</sup>.

По мнению В. А. Глушкова, «под преступлением в области здравоохранения следует понимать умышленное или неосторожное общественно опасное деяние в сфере профессионального обслуживания населения, которое совершено медицинским работником в нарушение профессиональных обязанностей, причинившее или могущее причинить существенный вред интересам... государства, общественным отношениям в области здравоохранения, здоровью отдельных граждан»<sup>55</sup>.

Ю. Д. Сергеев полагает, что «под профессиональным преступлением в медицинской деятельности понимается умышленное или по неосторожности совершенное лицом медицинского персонала в нарушение своих профессиональных обязанностей такое общественно опасное деяние, которое причинило (или реально могло причинить) существенный вред здоровью отдельных граждан или вызвало опасность для их жизни»<sup>56</sup>.

И. М. Тяжкова обосновывает свою позицию тем, что «профессионально неправильные действия медицинских работников заключаются в нарушении (либо несоблюдении) инструкций, методических указаний, правил и пр., которые закрепляют основную их обязанность, связанную с диагностированием или лечением. Например, неправильно поставленный больному диагноз может быть результатом поверхностного и небрежного обследования больного. Отсюда неправильное лечение, что может привести к наступлению для больного тяжких последствий»<sup>57</sup>.

По мнению В. П. Новоселова, «под профессиональными преступлениями медицинских работников понимаются такие, которые совершаются при осуществлении чисто профессиональных функций с нарушением современных требований медицинской науки и практики, положений медицинской этики и врачебной деонтологии, предписаний закона, принятых нормативных актов»<sup>58</sup>.

*Под преступлениями медицинских работников против здоровья человека следует понимать деяния, совершенные умышленно или по неосторожности, вследствие ненадлежащего исполнения своих профессиональных обязанностей лицом, обладающим специальными медицинскими познаниями, которые повлекли за собой причинение смерти или вреда здоровью человека.*

На теоретическом уровне преступления медицинских работников против здоровья человека должны включать в себя такие понятия, как «врачебная ошибка», «ятрогения», «дефект оказания медицинской помощи», которые не содержат оценку правильности действия врача ни с медицинских, ни с юридических позиций.

На наш взгляд, И. М. Тяжкова права, полагая, что «усиление ответственности медицинских работников на современном этапе представляется социально обоснованным, поскольку недобросовестное отношение названных лиц к своим профессиональным обязанностям все чаще... причиняет значительный вред лицам, нуждающимся в их помощи и надеющимся эту помощь получить. Отлично налаженная система здравоохранения, квалифицированная при внимательном отношении к пациентам медицинская помощь – неотъемлемые и обязательные условия функционирования истинно демократического государства»<sup>59</sup>. Предлагаем квалифицированные составы ст. ст. 111, 112, 115 и 116 УК РФ дополнить обстоятельством, отягчающим наказание «вследствие ненадлежащего исполнения лицом, обладающим специальными медицинскими познаниями, своих профессиональных обязанностей».

В заключение следует подчеркнуть положения, которые в данном исследовании наиболее важны.

1. В настоящее время концепция уголовной политики в области охраны здоровья человека от преступных посягательств медицинских работников отражает концентрацию усилий государства и общества, направленную на профилактику тяжких и особо тяжких преступлений. С другой стороны, необходимо приложить массу усилий, чтобы продуманно применять уголовную репрессию, поскольку ее избыточность не только увеличивает категорию судимых лиц, но и существенно ухудшает социальный климат в обществе, приводит к усилению темпов воспроизводства преступности. Обострение экономической и социальной ситуации привело к росту корыстной мотивации при совершении преступлений против здоровья человека.

2. Необходимость юридического переосмысления норм, предусматривающих уголовную ответственность за причинение вреда здоровью потерпевшего медицинским работником, диктуется и стремительно развивающимся техническим прогрессом, и желанием России предоставлять своим гражданам гарантии и права, соответствующие международным стандартам, а также формировать направления национальной политики, ориентированные на восстановление правопорядка.

3. Динамика уголовного права охватывает все процессы развития и функционирования каждого из институтов уголовного права. Решение проблемы уголовно-правовой охраны здоровья человека предопределяет характер правоприменительной деятельности, включая проектирование и принятие как предварительных, так и окончательных уголовно-правовых решений. Уголовное право остается необходимым, сложным и противоречивым социальным инструментом, который следует использовать, оценивая его потенциал, для того чтобы оптимизировать в рамках и на основе Конституции РФ охрану законных прав и интересов человека.

4. Под преступлениями медицинских работников против здоровья человека следует понимать деяния, повлекшие причинение вреда здоровью человека, совершенные умышленно или по неосторожности, вследствие ненадлежащего исполнения своих профессиональных обязанностей лицом, обладающим специальными медицинскими познаниями.

5. Составы преступлений, квалифицируемые ст. ст. 111, 112, 115 и 116 УК РФ, предлагаем дополнить обстоятельством, отягчающим наказание «вследствие ненадлежащего исполнения лицом, обладающим специальными медицинскими познаниями, своих профессиональных обязанностей».

6. Дополнить ст. 118 УК РФ частью 3 следующего содержания:

«3. То же деяние, совершенное вследствие ненадлежащего исполнения лицом, обладающим специальными медицинскими познаниями, своих профессиональных обязанностей, –

наказывается лишением свободы на срок до трех лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового».

### § 3. Специальные вопросы уголовно-правовой охраны здоровья пациента

**Особенности уголовной ответственности за неоказание помощи больному (ст. 124 УК РФ).** Статьей 124 УК РФ предусматривается уголовная ответственность за неоказание помощи больному. В отличие от ранее действовавшего УК РСФСР, современный уголовный закон устанавливает уголовную ответственность не за факт неоказания помощи больному, а за бездействие, которое повлекло причинение средней тяжести вреда здоровью, тяжкого вреда здоровью или смерть.

Традиционно в комментариях к данной статье рассматривается вопрос о неоказании врачом медицинской помощи больному. При внимательном изучении диспозиции ч. 1 ст. 124 УК РФ возникает ряд вопросов.

1. Почему законодатель указывает, что помощь должна оказываться больному, как в сложной ситуации определить, что данный гражданин является больным? Кроме того, средствами массовой информации признано, что слово «больной» является некорректным и вместо него следует упоминать «пациент», что нашло отражение в большинстве законодательных актов РФ.

2. Почему ученые, комментирующие данную статью, настаивают на неоказании медицинской помощи, в то время как законодатель не конкретизирует свою позицию относительно вида помощи?

3. Почему врач (медицинский работник) является специальным субъектом уголовной ответственности? Помощь могут оказывать лица, в силу своих должностных обязанностей выполняющие функции пожарного, милиционера, спасателя и т. д.

4. Какие причины следует признавать уважительными во избежание привлечения к уголовной ответственности по ст. 124 УК РФ?

Для ответа на поставленные вопросы необходимо рассмотреть следующие теоретические положения.

Гражданин России в соответствии с Конституцией Российской Федерации имеет право на охрану жизни и здоровья, а в случае наличия угрозы важнейшим нематериальным благам – право на медицинскую помощь. Это комплекс закрепленных и защищаемых государством прав гражданина, выражающихся в его возможности получить качественное и квалифицированное обследование, лечение, реанимационную терапию и профилактические мероприятия в лечебно-профилактическом учреждении по своему выбору, с учетом гарантированного Конституцией РФ и законодательством РФ объема оказания бесплатной медицинской помощи в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения.

Правовым основанием, порождающим обязанность оказания любого вида медицинской помощи, выступает совокупность факторов:

- 1) наличие опасности, угрожающей жизни или здоровью больного;
- 2) волеизъявление больного, а в случае инициативы оказания помощи – согласие больного;
- 3) наличие нормативно-правовой обязанности оказания соответствующей медицинской помощи<sup>60</sup>.

Отсутствие четкой формулировки понятия «больной» в законе создает путаницу в определении признаков потерпевшего. Представляется целесообразным не только уточнить его признаки, но и вывести потерпевшего за рамки указанного состава преступления, и, напротив, круг лиц, чье состояние требует медицинского вмешательства, установить в Основах законодательства об охране здоровья.

Диспозиции рассматриваемых норм носят бланкетный характер, а неточность законодательной формулировки в части определения вида и объема помощи заставляет нас обратиться к значительному количеству нормативных источников (от Гражданского кодекса РФ до Правил дорожного движения РФ). Исходя из практической детерминанты, можно сделать вывод, что законодатель имел в виду неоказание именно медицинской помощи, а не материальной или какой-либо иной. В чем состоит данное неоказание следует из разновидности медицинской помощи. Можно выделить:

- 1) скорую медицинскую помощь;
- 2) помощь, оказываемую врачами общей практики (семейными врачами), осуществляющими амбулаторный прием и посещения на дому; оказание не-отложной помощи, проведение комплекса оздоровительных, профилактических, лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий;
- 3) помощь, оказываемую в лечебно-профилактических учреждениях.

Приведенный перечень не исчерпывающий: он содержит основные виды, составляющие содержание медицинского обслуживания населения. В каждом случае неоказания помощи больному следует обращаться к нормативным правовым актам, регулирующим порядок предоставления той или иной медицинской услуги и устанавливающим обязанности субъектов медицинской деятельности. Вид и объем помощи должен определяться исходя из потребности больного в определенном лечении в соответствии с медицинскими показаниями, положениями медицинской науки и практики, а также исходя из возможностей конкретного работника и его компетенции.

Неоказание медицинской помощи образует объективную сторону преступления, т. е. данное деяние совершается в форме бездействия<sup>61</sup>. По мнению Г. А. Пашина и И. В. Ившина, объективная сторона может выражаться в форме чистого и смешанного бездействия, в подтверждение тому они приводят ряд примеров<sup>62</sup>.

На взгляд Ф. Ю. Бердичевского, «...неоказание медицинской помощи больному характеризуется бездействием, то есть полным отсутствием такой помощи пациенту, и не охватываются признаками данного состава преступления профессионально-неправомерные деяния медицинских работников, совершенные в активной форме»<sup>63</sup>.

Например, в ожидании самолета пассажирка почувствовала себя плохо и обратилась в медпункт аэропорта с просьбой облегчить боль и дать ей возможность прилечь. Врач медпункта, не осмотрев больную, ответила: «Устраивать на ночлег всех, кто жалуется на боль, – не дело врачей». Женщина покинула медпункт и прилегла на своих чемоданах в окружении пассажиров, среди которых случайно оказалась врач И. Осмотрев больную и придя в медпункт, И. попросила оказать пожилой женщине помощь. Дежурный врач и медицинская сестра заявили, что делать этого не обязаны. Вернувшись к больной, И. попыталась сама довести ее до медпункта, но женщина не смогла встать: каждое движение вызывало у нее приступ за грудиной боли и рвоту. Картина инфаркта миокарда была налицо. На повторную просьбу немедленно вызвать скорую помощь работники медпункта пригрозили отправить И. в милицию, если та будет «нарушать ритм их работы». Врач И. сама позвонила в городскую скорую помощь, но ей отказали, сказав, что бригада врачей выезжает только по вызову медпункта аэропорта. Когда больная умерла, медики вышли из своего кабинета и констатировали смерть. Работники медпункта аэропорта и скорой помощи были привлечены к уголовной ответственности по ч. 2 ст. 124 УК РФ<sup>64</sup>.

Рассматривая понятие «неоказание медицинской помощи», И. И. Горелик пишет, что оно может выражаться:

- в неявке к больному по вызову, приглашению или по собственной инициативе, когда медицинского работнику известно о том, что в его помощи нуждаются;
- в отказе принять больного в лечебное учреждение, куда он доставлен или явился сам;
- в неоказании помощи больному, находящемуся в лечебном учреждении;
- в невызове специалиста медработником, который явился к больному, но оказался некомпетентным из-за недостатка знаний или по другим причинам и т. д.<sup>65</sup>

При наличии объективных факторов, препятствующих оказанию медицинской помощи, уголовная ответственность исключается. Законодатель называет такие факторы «уважительными причинами» (например, наличие реальной угрозы жизни врача или оказание медицинской помощи пациенту, находящемуся в более тяжелом состоянии, и т. д.). Полагаем, что в данном случае имеет место специальный вид освобождения от уголовной ответственности и его следует сформулировать в примечании к статье. На законодательном уровне следует отметить особое обстоятельство – неоказание помощи ВИЧ-инфицированному больному.

Субъектами неоказания помощи больному могут быть не только медицинские работники, но и другие лица, обязанность которых оказывать помощь предусмотрена законом. *Основными признаками*, определяющими субъекты преступления, являются:

- 1) наличие у лица специальной подготовки, которая удостоверяется соответствующими документами, при этом уровень подготовки определяется характером выполняемых профессиональных функций;
- 2) профессиональная пригодность, т. е. соответствие личных качеств, профессиональных знаний и умений требованиям, предъявляемым к данному специалисту;
- 3) наделение лица определенными обязанностями.

Решение всех обозначенных проблем состава ст. 124 УК РФ обобщим в следующей формулировке статьи:

«Статья 124. Отказ в предоставлении гражданину медицинской помощи

1. Неправомысленный отказ гражданину в предоставлении медицинской помощи лицом, обязанным ее оказывать в соответствии с законодательством Российской Федерации, если это повлекло по неосторожности причинение средней тяжести вреда здоровью, –

наказывается штрафом в размере до сорока тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до трех месяцев, либо исправительными работами на срок до одного года, либо арестом на срок от двух до четырех месяцев.

2. То же деяние, если оно повлекло по неосторожности смерть либо причинение тяжкого вреда здоровью гражданина, –

наказывается лишением свободы на срок до трех лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового.

Примечание. Лицо, обязанное оказывать медицинскую помощь, в соответствии с законодательством РФ освобождается от уголовной ответственности, если имеется реальная угроза жизни или здоровью данного лица либо оказание медицинской помощи гражданину сопряжено с причинением тяжкого вреда здоровью или смерти другому лицу, либо если гражданин, нуждающийся в оказании медицинской помощи, является ВИЧ-инфицированным».

**Уголовно-правовая охрана медицинской тайны.** Вопросы обеспечения врачебной тайны, ее морально-этический аспект на всем протяжении истории человечества являлись важной составляющей деятельности, относящейся к врачеванию. В прошлом остались времена, когда вопрос о сохранении врачебной тайны определялся только совестью врача и его моральными взглядами. В настоящее время динамично развивается законодательство, регулирующее вопросы охраны здоровья и прав пациентов, в том числе и право на врачебную тайну.

Еще в начале XX в. выделялись три основные тенденции в науке и практике, направленные на изучение института врачебной тайны:

1) абсолютное сохранение врачебной тайны, недопустимо было разглашение даже при согласии больного, врач подлежал уголовной ответственности независимо от того, какими побуждениями он руководствовался (французская и бельгийская судебная практика, врачи Бруардель, Лакассань, Варваест);

2) допускалось разглашение врачебной тайны при инфекционных заболеваниях и в научных целях (германская судебная практика, юристы Либман, Ренуа);

3) медицинское освидетельствование лиц, вступающих в брак, заключающих договор о страховании жизни – в целях предотвращения плохой наследственности (законодательство некоторых североамериканских штатов, врачи Мори, Хегар, Казалис).

В России, в силу определенных исторических моментов, к врачебной тайне относились не так деликатно, как на Западе. Если в 1928 г. известный русский писатель, врач В. В. Вересаев, настаивал на абсолютном сохранении врачебной тайны<sup>66</sup>, то позднее наркомздрав Н. А. Семашко столь же категорически утверждал: «Мы держим курс на полное уничтожение врачебной тайны. Врачебной тайны не должно быть. Это вытекает из нашего основного лозунга, что “болезнь – не позор, а несчастье”»<sup>67</sup>. Впрочем, взгляды ученых весьма переменчивы, в последующем Н. А. Семашко столь же искренне и уверенно заявлял, что «врач обязан хранить тайну, доверенную ему пациентом, иначе подрывается доверие больного к врачу, но, если сохранение тайны грозит интересам окружающих, коллектива, врач не должен связывать себя тайной»<sup>68</sup>.

В настоящее время актуальность проблемы обеспечения врачебной тайны для нас сохраняется и приобретает особые грани по двум причинам.

Во-первых, российское законодательство в своем развитии все более ориентируется на приоритетную защиту личных прав и свобод человека и гражданина, поскольку только такой подход к правовому пространству и правопорядку позволит завершить процесс становления демократического общества в нашей стране. Одной из основных задач в области национальной безопасности Российской Федерации является обеспечение на территории страны конституционных прав и свобод человека, развитие правовой базы как основы надежной защиты законных интересов граждан, а также соблюдение международно-правовых обязательств государства в сфере соблюдения прав человека.

Во-вторых, переход общества на качественно новый уровень информационного обмена, повсеместное внедрение компьютерных технологий обработки медицинской информации, развитие корпоративных информационных систем требуют нового подхода к разработке правовых и технологических гарантий защиты информации, в том числе составляющей врачебную тайну, от несанкционированного доступа.

В российском законодательстве требования строгого соблюдения врачебной тайны диктуются принципами медицинской деонтологии, юридически закреплены в «Основах законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан»<sup>69</sup> (далее – Основы). Статья 61 Основ определяет ряд условий, при наличии которых возможно предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия на то больного или его законного представителя:

– в целях обследования и лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю. Статья 32 Основ дополняет: «В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением должностных лиц лечебно-профилактического учреждения»;

– при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений. Смысл данного выражения неточен и нуждается в дополнениях, к понятию «инфекционное заболевание» относится и грипп, т. е. те болезни, раскрытие которых нельзя рассматривать с точки зрения безопасности общества;

– по запросу органов дознания и следствия, прокурора и суда в связи с проведением расследования или судебных разбирательств. В Российской Федерации врач в уголовном процессе может выступать как в качестве эксперта, так и в качестве свидетеля. В статье 56 Уголовно-процессуального кодекса РФ «Свидетель» врач не упоминается в числе лиц, которые не подлежат допросу в качестве свидетелей, поэтому за отказ или уклонение от дачи показаний медик может быть привлечен к уголовной ответственности. Врач может быть допрошен о любых обстоятельствах, ставших ему известными;

– в случае оказания помощи несовершеннолетнему в возрасте до 15 лет для информирования его родителей или законных представителей;

– при наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью гражданина причинен в результате противоправных действий. Здесь следует отметить, что на врача не лежит обязанность представлять информацию о каждом таком случае. Закон только устанавливает, что предоставление таких сведений не является нарушением врачебной тайны. Врач будет обязан сделать это в случае, если ему достоверно известно, что произошло преступление или этим он укрывает преступника, но только по тем составам, за укрывательство которых предусмотрено наступление уголовной ответственности;

– если оглашение сведений, составляющих врачебную тайну, произошло на врачебном консилиуме.

При отсутствии этих условий врач не имеет права разглашать врачебную тайну даже родным и близким больного. Лица, которым в установленном законом порядке переданы сведения, составляющие врачебную тайну, наравне с медицинскими и фармацевтическими работниками (с учетом причиненного гражданину ущерба) несут за разглашение врачебной тайны ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации. К данной категории лиц относятся: 1) лица, получившие доступ к указанной информации при обучении или в процессе выполнения определенных функций в целях приобретения профессио-

нальных навыков, необходимых для последующего вида деятельности в полном объеме; 2) лица, профессиональная деятельность которых не имеет прямого отношения к медицине, но связана с обеспечением нормального функционирования лечебных учреждений.

Уголовное законодательство не содержит самостоятельной нормы, предусматривающей ответственность за разглашение врачебной тайны. В то же время в диспозиции ч. 1 ст. 137 УК РФ упоминается личная или семейная тайна в рамках неприкосновенности частной жизни.

Прежде чем устанавливать уголовную ответственность за незаконное разглашение медицинской (врачебной) тайны<sup>70</sup>, следует рассмотреть некоторые вопросы:

– что такое тайна;

– является ли медицинская тайна самостоятельным видом тайны либо она включена в понятие профессиональной тайны;

– каковы перспективы правового развития данного понятия.

Слово «тайна» имеет древнерусское происхождение. В. И. Даль определяет его следующим образом: «Кто чего не знает, то для него тайна; все сокрытое, неизвестное, неведомое»<sup>71</sup>. Сходное определение дано в словаре С. И. Ожегова: «тайна – нечто неразгаданное, еще не познанное; нечто скрываемое от других, известное не всем, секрет; скрытая причина чего-нибудь»<sup>72</sup>.

Действующее российское законодательство, а также юридическая наука предпочитают оперировать другим понятием – «конфиденциальная информация». Указом Президента Российской Федерации от 6 марта 1997 г. № 188 «Об утверждении перечня сведений конфиденциального характера»<sup>73</sup> был утвержден Перечень сведений конфиденциального характера, в котором закреплены следующие виды информации:

1) персональные данные: сведения о фактах, событиях и обстоятельствах частной жизни гражданина, позволяющих идентифицировать его личность, за исключением сведений, подлежащих распространению в средствах массовой информации в установленных законом случаях;

2) тайна следствия и судопроизводства;

3) служебная тайна – служебные сведения, доступ к которым ограничен органами государственной власти в соответствии с Гражданским кодексом Российской Федерации;

4) профессиональная тайна – сведения, связанные с профессиональной деятельностью, доступ к которым ограничен в соответствии с Конституцией РФ и федеральными законами (врачебная, нотариальная, адвокатская тайна, тайна переписки, телефонных переговоров, почтовых отправлений, телеграфных, иных сообщений и т. д.);

5) коммерческая тайна – сведения, связанные с коммерческой деятельностью, доступ к которым ограничен в соответствии с Гражданским кодексом Российской Федерации и федеральными законами;

6) сведения о сущности изобретения, полезной модели или промышленного образца до официальной публикации информации о них.

Основываясь на указанном нормативном правовом акте, ученые-юристы<sup>74</sup> предложили свои классификации тайн. Если все они заслуживают внимания в теоретическом плане, то ни одна из них не может быть использована на практике: слишком тонкие материи и неуловимые категории используют авторы в своих концепциях. Несмотря на обновление и совершенствование российской нормативной правовой базы в области информационных отношений, правовая охрана конфиденциальной информации остается на низком уровне, поскольку в действующем законодательстве отсутствует комплексный подход к решению данной проблемы. В то же время наука уголовного права требует четких дефиниций, иначе сложно определить границы преступного деяния.

Наиболее оптимальными в рамках уголовно-правовой науки нам представляются два подхода.

Первый подход мы обозначим как *εἰς ὅτι ἀσέβητος*, т. е. любая тайна является информацией. Приведем наиболее точную классификацию системы информации<sup>75</sup>:

1. *Ἰσοδύναμα εἰς ὅτι ἀσέβητος*

1) правовая;

2) доступ к которой не может быть ограничен;

3) являющаяся общественным достоянием;

4) подлежащая обязательному раскрытию;

5) массовая;

6) библиотечная и архивная и т. п.

2. *Ἐἰς ὅτι ἀσέβητος ἰσάβητος-αἰς ἰσάβητος αἰσθητὸν ἀσέβητος ἐν ἰσχυρῶν εἰς*

2.1. *Информация с ограниченным доступом:*

1) сведения, составляющие государственную тайну;

2) конфиденциальная информация;

3) информация персонального характера.

2.2. *Информация ограниченного использования (вредная информация).*

Детально разработанный научный подход на основании данной классификации позволит:

1) определить категориальный аппарат информационной теории;

2) исследовать различные точки зрения на природу информационного права;

3) определить особенности публично-правовых режимов отдельных видов открытой информации и информации ограниченного доступа;

- 4) разработать вопрос о соотношении и взаимосвязи различных видов конфиденциальной информации;
- 5) разработать ряд законопроектов о защите конфиденциальной информации.

Основная сложность в том, что еще не сформирована в российском законодательстве самостоятельная отрасль права – информационное право. В настоящее время совокупность информационно-правовых норм представляет собой самостоятельную, динамично развивающуюся, комплексную отрасль информационного законодательства. Науке уголовного права в данном случае отводится выжидательная роль, если ученые-криминалисты вместо своих привычных обязанностей займутся теоретическими изысканиями в области информационного права, возникнут кризис и ломка уголовно-правовой доктрины, что в рамках национальной политики безопасности страны недопустимо.

Второй подход – *επι ιεαση ύε*, т. е. рассмотрение медицинской тайны в рамках института профессиональной тайны. Еще Ф. А. Брокгауз и И. А. Ефрон определяли профессиональную тайну как «обязанность не разглашать того, что стало известно лицу в силу его профессии; сюда принадлежит тайна исповеди, врачебная, адвокатская, нотариальная, служебная (канцелярская), тайна совещания присяжных заседателей. Обязанность профессиональной тайны отчасти нравственного характера и охраняется обычаем, отчасти установлена законом, и нарушение ее карается. Лица, обязанные к профессиональной тайне, освобождаются от показания на суде сведений, которые стали им известны в силу их профессий»<sup>76</sup>. Определяя признаки профессиональной тайны, А. Ф. Кони отмечал: «Некоторые звания, должности и занятия сопряжены при своем практическом осуществлении с получением сведений и обнаружением обстоятельств, оглашение которых может повредить в общественном мнении, а иногда перед лицом карательного закона, спокойствие доброго имени»<sup>77</sup>.

Итак, *ιδιοπαθητικα εση αυ οαετα* представляет собой подлежащую сохранению в тайне в соответствии с требованиями законодательства информацию (не являющуюся государственной тайной), доверенную или ставшую известной лицу в силу исполнения им своих профессиональных обязанностей, не связанных с государственной или муниципальной службой, неправомерное распространение которой может причинить вред правам и интересам собственника информации.

Конфиденциальная информация может считаться профессиональной тайной при наличии следующих условий:

- 1) сведения были доверены или стали известны представителю определенной профессии в связи с исполнением им своих профессиональных обязанностей; правовой охране подлежат не только добровольно сообщаемые лицом сведения, но и та информация, которая соответствующим лицам становится известной в процессе реализации своих функций;
- 2) лицо, в силу своего профессионального статуса получившее доступ к конфиденциальным сведениям, не состоит на государственной или муниципальной службе;
- 3) запрет на распространение конфиденциальной информации установлен федеральным законом или нормативным правовым актом;
- 4) неправомерное разглашение конфиденциальных сведений может влечь неблагоприятные последствия для собственника информации или правопреемников;
- 5) соответствующая информация не относится к сведениям, составляющим государственную тайну.

Иными словами, ключевое значение принципа конфиденциальности при осуществлении любой профессиональной деятельности заключается в следующем.

*Во-первых*, сохранение в тайне информации, ставшей лицу известной в связи с оказанием профессиональной помощи, является средством защиты такой фундаментальной ценности, как права каждого человека на неприкосновенность частной жизни.

*Во-вторых*, соблюдение профессиональной тайны способствует реализации права человека на эффективный контроль за всем происходящим вокруг него и затрагивающим его интересы, что служит залогом личной свободы и минимальной зависимости от действия внешних сил.

*В-третьих*, конфиденциальность в отношениях между профессионалом и клиентом является гарантией защиты социального статуса последнего и его экономических интересов.

*В-четвертых*, недопустимость разглашения сведений о частной жизни лица, обратившегося за профессиональным содействием, обеспечивает необходимое доверие со стороны клиента к лицу, оказывающему профессиональную помощь, создает условия для откровенного общения.

*В-пятых*, от того насколько строго работник соблюдает профессиональную тайну, зависит его деловая репутация.

Понятие «врачебная тайна» является комплексным, собирательным. Оно содержит элементы профессиональной тайны, поскольку доступ к такого рода сведениям ограничен и располагать ими могут только лица, исполняющие свои профессиональные медицинские обязанности (либо приравненные к ним по закону лица). С другой стороны, сведения, составляющие врачебную тайну, являются также персональными данными, поскольку относятся к фактам, событиям и обстоятельствам частной жизни, могут составлять личную или семейную тайну, а также позволяют идентифицировать личность гражданина.

Под врачебной тайной понимается совокупность подлежащих огласке сведений о болезни, личной и семейной сторонах жизни больного, полученные от него самого или в процессе его обследования и лечения. Не оглашаются сведения о функциональных особенностях организма больного, его физических недостатках,

вредных привычках, особенностях психики, его имущественном состоянии, круге знакомств, интересах, увлечениях и т. п.

Врачебная тайна – многогранное этическое и юридическое понятие, касающееся отношений врача с пациентом и обществом в целом. Клятва врача обязывает его хранить врачебную тайну<sup>78</sup>, ибо за нарушение ее он несет ответственность, предусмотренную законодательством РФ. По мнению Ф. Энгельса, «каждая профессия имеет свою собственную мораль»<sup>79</sup>. Истории известны две профессии, лучшие представители которых особенно настойчиво стремились к нравственному регламентированию своей деятельности: к сведению моральных правил в некий кодекс. Это профессии врача и адвоката<sup>80</sup>. Тому есть ряд причин – оба стоят на страже важнейших для человека ценностей: жизни, здоровья, свободы и доброго имени. Их взаимоотношения с заинтересованными людьми носят доверительный характер и слабо поддаются внешнему контролю. В этих сферах деятельности гораздо чаще, чем в других профессиях, возникают трудноразрешимые коллизии между моральным долгом и требованием соблюдения профессиональную тайну.

Подчеркивая сходство двух профессий, А. Ф. Кони отмечал: «Как для врача в его практической деятельности не может быть дурных и хороших людей, заслуженных и незаслуженных болезней, а есть лишь больные и страдания, которые надо облегчить, так и для защитника нет чистых и грязных, правых и неправых дел, а есть лишь даваемый обвинением повод противопоставить доводам прокурора всю силу и тонкость своей диалектики, служа ближайшим интересам клиента и не заглядывая за далекий горизонт общественного блага»<sup>81</sup>. Разница в том, что врач исцеляет пациента, искореняет недуг, а адвокат пытается избежать последствий социальной «болезни», пряча ее как можно глубже. Если в действующем российском законодательстве об адвокатуре есть незыблемые гарантии сохранения адвокатской тайны и адвокатской неприкосновенности, то с врачебной тайной дело обстоит несколько иначе.

Несмотря на актуальность, установление в уголовном праве самостоятельной нормы, предусматривающей ответственность за разглашение врачебной тайны, преждевременно. Необходимо обратить внимание на вопросы гражданско-правового характера, которые до сих пор остаются нерегламентированными. Например, не урегулированы правоотношения по поводу доступа к информации в случае обращения пациента в службу скорой помощи. Данные такого рода сейчас могут передаваться в поликлинику по месту жительства пациента без его согласия. Не передаются сведения о результатах его обследования и лечения в другие лечебные учреждения. Многие вопросы не решены и в работе справочных столов. Любой гражданин может беспрепятственно получить данные о пребывании пациента в стационаре, тогда как сам факт обращения за медицинской помощью является составной частью врачебной тайны. Поэтому в ряде ЛПУ, чтобы не нарушать права пациента на конфиденциальность медицинской информации (включая данные о факте обращения за медицинской помощью), сведения о том, кому она может передаваться, заносятся (со слов пациента) в медицинскую карту и подписываются им. Затем эта информация доводится до медицинского персонала и сотрудников справочного бюро, учитывается при общении с третьими лицами, а также при ответах на письменные и устные обращения юридических и физических лиц. Одним из медицинских документов, предназначенных для «внешнего оборота», из которого можно почерпнуть информацию о болезни и ее продолжительности, является листок временной нетрудоспособности. Он предъявляется по месту работы, учебы. Графы, которые необходимо заполнить, содержат: диагноз, продолжительность заболевания, учреждение, оказывавшее медицинскую помощь. По их заполнению говорить о сокрытии сведений, составляющих врачебную тайну, не имеет смысла. Одна из проблем сохранения врачебной тайны – возможность врача скрывать диагноз от пациента. Но такая трактовка соприкасается с правом пациента на информацию о своем здоровье. Как правило, не говорится диагноз при онкопатологиях и при других болезнях с вероятным летальным исходом. Продиктовано это этическими нормами, а также психологическими особенностями некоторых пациентов.

Это лишь малая часть теоретических проблем, скрывающихся в содержании понятия «медицинская тайна».

Решая вопрос о допустимости разглашения медицинской тайны, теоретикам в области уголовного права приходится балансировать между информационным и медицинским правом, любая неудачная попытка рассмотрения данного вопроса ведет к «засорению» уголовно-правовой доктрины<sup>82</sup>.

Подводя итог, отметим следующие выводы:

1. Медицинская тайна является составляющей понятия «профессиональная тайна». В настоящее время не существует правовых предпосылок вводить уголовную ответственность за разглашение медицинской тайны. Необходимо продолжить научные разработки и исследования в гражданско-правовой сфере, в частности, в области информационного и медицинского права, с последующей рецепцией наиболее значимых положений в теории уголовного права.

2. В случае обращения пациента за медицинской помощью необходимо составлять в простой письменной форме соглашение об оказании медицинских услуг: платных и бесплатных. Существенными условиями соглашения должны являться реквизиты сторон, предмет соглашения, объем оказываемой медицинской помощи, размер и характер ответственности медицинского работника, условия разглашения конфиденциальной информации. В случае возбуждения уголовного дела по факту нарушения медицинским работником профессиональных обязанностей данное соглашение должно служить письменным доказательством.

3. Необходимо восполнить правовой пробел и ввести уголовную ответственность за разглашение профессиональной тайны. Дополнить УК РФ ст. 137<sup>1</sup> в следующей редакции:

«137<sup>1</sup>. Незаконное разглашение профессиональной тайны

1. Незаконное разглашение профессиональной тайны вопреки воле доверителя лицом, вследствие ненадлежащего исполнения своих профессиональных обязанностей, –

наказывается штрафом в размере до восьмидесяти тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до шести месяцев, либо обязательными работами на срок от ста двадцати до ста восьмидесяти часов, либо исправительными работами на срок до одного года.

2. То же деяние, если это причинило крупный ущерб гражданину, –

наказывается штрафом в размере до двухсот тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до восемнадцати месяцев либо исправительными работами на срок от одного года до двух лет, либо лишением свободы на срок до трех лет.

3. То же деяние, повлекшее по неосторожности причинение тяжкого вреда здоровью или смерть человека, –

наказывается лишением свободы на срок до пяти лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового.

Примечание. 1. Под профессиональной тайной в данной статье понимается конфиденциальная информация, ставшая известной лицу в силу исполнения им своих профессиональных обязанностей, не связанных с государственной или муниципальной службой.

2. Под крупным ущербом в настоящей статье признается ущерб, сумма которого превышает сто тысяч рублей».

---

<sup>1</sup> М. П. Клейменов и Е. М. Сейбол справедливо высказывают мнение о том, что «внедрение рыночных отношений в легкоранимую ткань медицинских отношений, коммерциализация медицины породило ряд уродливых явлений, связанных с оказанием медицинских псевдоуслуг, легализацией вредоносного “целительства”, распространением “универсальных” методик и лекарств для лечения всех без исключения болезней. Некоторые врачи стали привлекаться криминальными структурами для “частной” практики, например, для нелегального лечения членов преступных организаций... Отдельные направления использования специальных медицинских познаний криминалитетом настолько законспирированы, что требуют специального изучения и оперативного-розыскного вмешательства» (Клейменов М. П., Сейбол Е. М. Понятие и предмет медицинской криминологии // Медицина и право: сб. мат-лов регион. науч.-практ. конф. – Омск, 2005. – С. 13-17).

<sup>2</sup> Анализ проблем проведен по материалам научно-практической конференции «Проблемы совершенствования законодательства Российской Федерации о здравоохранении», состоявшейся 22 ноября 2006 г. в Институте законодательства и сравнительного правоведения при Правительстве РФ (см.: Путило Н. В. Охрана здоровья граждан в контексте правовых проблем: обзор научно-практической конференции // Журнал российского права. – 2007. – № 2. – С. 143-150).

<sup>3</sup> См.: Бобров О. Е. Медицинские преступления: правда и ложь. – Петрозаводск, 2003. Доктор медицинских наук, профессор О. Е. Бобров по специальности хирург. В рассматриваемой монографии он произвел оценку понятия «медицинские преступления» в историческом ракурсе. Книга состоит из четырех частей. В первой части автор знакомит читателя с системой взаимоотношений «врач – пациент – государство» с древнейших времен до Октябрьской революции 1917 г. Во второй части монографии О. Е. Бобров подробно описывает «врачебные дела», широко фабриковавшиеся в 20-е, 30-е, 40-е гг. Автор делает акцент на роли органов госбезопасности в «раскрытии» медицинских преступлений. Далее О. Е. Бобров рассматривает времена оттепели, застоя, перестройки и плавно переходит к анализу проблем уголовной ответственности медицинских работников в наши дни: профессор использует материалы как Российской Федерации, так и современной Украины (ч. 3 монографии). В качестве примера автор приводит большое число статей Уголовного кодекса Украины, посвященных профессиональной ответственности медицинских работников. О. Е. Бобров приходит к выводу, что врач-хирург под угрозой уголовного преследования просто не может нормально осуществлять операции. В качестве примеров он рассматривает описанные в литературе случаи ошибок в медицинской практике медицинских «светил» XIX и XX вв. А. Я. Крассовского, Н. М. Амосова применительно к нормам современного уголовного законодательства Украины и делает выводы, что в рассматриваемых случаях имелись все основания для привлечения этих врачей к уголовной ответственности (по УК Украины).

<sup>4</sup> См., напр.: Свет ученья стал слишком дорог // Милицейские ведомости Оренбуржья. – 2006. – 20 июля // <<http://www.uvd56.ru/?url=mw&id=2878&data=20.07.2006>>; Орская хроника: газета. – 2001. – 29 мая // <<http://www.hron.ru/?content=statya&t=1829>>; Задорожный А. Власть тьмы // <<http://www.1-linia.ru/interviews/?iid=43>>.

<sup>5</sup> Чистович Я. А. История первых медицинских школ в России. – СПб., 1883. – С. 221-222.

<sup>6</sup> См.: Уголовные дела: региональный срез // Медицинский вестник. – 2007. – № 11(396). – 28 марта. – С. 19.

<sup>7</sup> И. Александрова в своей статье описывает ситуацию, когда родители девятимесячного мальчика, получившего тяжелое хроническое заболевание головного мозга вследствие ненадлежащего оказания медицинской помощи, обратились за помощью в правоохранительные органы. Когда суд затребовал из больницы историю болезни ребенка, оказалось, что ее там нет. Фактическую сторону дела устанавливали по заключению кафедры детских инфекционных болезней Второго московского государственного медицинского института им. Н. И. Пирогова. Из заключения следовало, что болезнь ребенка была вызвана непрофессионализмом врачей районной больницы (см.: Александрова И. Ошибочный диагноз // Спрос. – 2004. – Дек. – С. 34-53). По мнению Н. Козловой, «вся проблема здесь – в документах, на которых должен основываться суд. А именно: заключение медиков о работе своих коллег. Без этого никакой суд ничего не решит. Только профессиональный анализ случившегося будет основанием для суда. Но понятие корпоративности еще никто не отменял, оно живет в нас. Как правило, медики, анализируя работу своих коллег, прекрасно знают, для чего он нужен» (Козлова Н. У врачебной ошибки нет цены. Кроме жизни // Рос. газета. – 2000. – 19 мая).

<sup>8</sup> См.: Зыкова Н. А., Ривенсон М. С. К анализу судебно-медицинских экспертиз по делам о профессиональных правонарушениях медицинских работников // Судебно-медицинская экспертиза. – 1998. – № 3. – С. 5.

<sup>9</sup> Результаты приводятся по данным проведенного нами исследования, заключающегося в анализе 100 историй болезней пациентов терапевтического и хирургического профиля, хранящихся в архиве трех ведущих клиник г. Челябинска. Исследование проводилось методом случайной выборки.

<sup>10</sup> *Обзор прессы* // <[http://www.rol.ru/news/misc/press/07/03/22\\_001.htm#2](http://www.rol.ru/news/misc/press/07/03/22_001.htm#2)>. – 2007. – 22 марта.

<sup>11</sup> Там же.

<sup>12</sup> Там же.

<sup>13</sup> См.: *Энциклопедический словарь*: репринтное воспроизведение издания Ф. А. Брокгауза и И. А. Ефрона: в 82 т. и 4 доп. т. – М., 1997. – Т. 3. – С. 861.

<sup>14</sup> См.: *Ожегов С. И.* Словарь русского языка. – Екатеринбург, 1994. – С. 419.

<sup>15</sup> См.: *Сергеев Ю.* Ошибка или преступление? // *Медицинская газета*. – 1994. – 20 апр.

<sup>16</sup> *Давыдовский И. В.* Врачебные ошибки // *Сов. медицина*. – 1941. – № 3. – С. 3-10.

<sup>17</sup> См.: *Зальмунин Ю. С.* Врачебные ошибки и ответственность врачей: дис. ... канд. мед. наук. – Л., 1949; *Эдель Ю. П.* Врачебные ошибки и ответственность врача (на судебно-медицинском материале): автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Харьков, 1957.

<sup>18</sup> См.: *Акопов В.* К истории судебной ответственности врачей // *Медицина*. – 2001. – № 10(64). – 23 мая; *Бобкова-Басова Г.* Уголовная ответственность врачей // *Сов. юстиция*. – 1939. – № 11. – С. 11-19.

<sup>19</sup> *Шаргородский М. Д.* Научный прогресс и уголовное право // *Сов. гос-во и право*. – 1969. – № 12. – С. 91.

<sup>20</sup> См.: *Димов А. С.* О причинах диагностики ошибок при распознавании заболеваний внутренних органов // *Казанский медицинский журнал*. – 1980. – № 4. – С. 66-70.

<sup>21</sup> Намного раньше в своих работах академик Е. Чазов отмечал, что «развитие медицины не снимает проблемы медицинской ошибки, в частности в диагнозе, от которого зависят правильное лечение и исход болезни. Современная номенклатура включает 10 тыс. названий, в медицинской литературе описано около 100 тыс. различных симптомов, перечень методов исследования трудно перечислить. Таким образом, сегодня объем медицинских знаний уже не может быть освоен и осмыслен одним человеком – врачом общего профиля» (*Чазов Е.* Врачебный диагноз – трудности и ошибки // *Лит. газета*. – 1978. – 11 янв.).

<sup>22</sup> См.: *Глушков В. А., Денисюк Н. Б.* Врачебная ошибка и несчастный случай в медицинской практике // *Клиническая хирургия*. – 1985. – № 1. – С. 63-65.

<sup>23</sup> См.: *Майданик Л.* Ответственность медицинских учреждений за ненадлежащее лечение // *Сов. юстиция*. – 1967. – № 16. – С. 12-13.

<sup>24</sup> Цит. по: *Collen M. F.* Guidelines for multiphasic health checkups // *Arch. Intern. Med.* – 1971. – Vol. 127. – № 1. – P. 99-100.

<sup>25</sup> П. С. Дагель выделял наказуемые и ненаказуемые врачебные ошибки. На наш взгляд, позиция, высказанная Я. В. Старостиной, очень близка к мнению ученого (см.: *Дагель П. С.* Об уголовной ответственности врачей // *Сов. юстиция*. – 1964. – № 19. – С. 13-14).

<sup>26</sup> См.: *Старостина Я. В.* Проблемы уголовной ответственности медицинских работников: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. – Ставрополь, 2005. – С. 14-16.

<sup>27</sup> См.: *Степанов Е. М.* Что такое врачебная ошибка? // *Главврач*. – 2004. – № 11 (ноябрь). – С. 68-69. Следует отметить, что с определенной периодичностью данная точка зрения появляется в юридической литературе, по всей видимости, ее инициатором является профессор Б. Здравомыслов, утверждавший, что «медицинские работники за допущенные ими ошибки при исполнении профессиональных обязанностей не могут быть признаны субъектами должностного преступления» (цит. по: *Попов Н.* Об ответственности медицинских работников за нарушение профессиональных обязанностей // *Соц. законность*. – 1987. – № 2. – С. 49-50).

<sup>28</sup> К тактическим врачебным ошибкам автор относит диагностические, лечебные ошибки, ошибки в профилактике и организации помощи.

<sup>29</sup> По мнению Е. М. Степанова, недочеты в оформлении медицинской документации относятся к техническим ошибкам и не подлежат разного рода санкциям.

<sup>30</sup> К объективным врачебным ошибкам, по мнению ученого, следует относить непостоянство медицинских постулатов, отставание практики от достижений науки, скудное инструментальное и иное техническое оснащение врача и быстрое моральное старение медицинской техники и технологий.

<sup>31</sup> Субъективные врачебные ошибки обусловлены отсутствием достаточного клинического опыта врача и не должны расцениваться как невежество.

<sup>32</sup> *Громов А. П.* Врачебная деонтология и ответственность медицинских работников. – М., 1969. – С. 78.

<sup>33</sup> *Шапошников А. В.* Ятрогения: терминологический анализ и конструирование понятий. – Ростов н/Д, 1998. – С. 165.

<sup>34</sup> *Пиголкин Ю. И.* Критерии обоснованности врачебного риска и их судебно-медицинская оценка // *Судебно-медицинская экспертиза*. – 2004. – № 1. – С. 3-7.

<sup>35</sup> *Стеценко Г. С.* Медицинское право: учебник. – СПб., 2004. – С. 545.

<sup>36</sup> См.: *Яровинский М. Я.* Лекции по курсу «медицинская этика» (биоэтика). – М., 2001. – Вып. 2. – С. 82.

<sup>37</sup> *Павлова Н. В.* Уголовно-правовое регулирование медицинской деятельности: дис. ... канд. юрид. наук. – М., 2006. – С. 27.

<sup>38</sup> *Нечкалов В. В.* Ятрогения: (Патология диагностики и лечения): пособие для врачей. – СПб., 1998. – С. 42.

<sup>39</sup> *Пашиян Г. А., Талалаев В. Н., Анютин Р. Г.* Экспертная оценка дефектов оказания медицинской помощи в оториноларингологии // *Судебно-медицинская экспертиза*. – 2004. – № 4. – С. 6.

<sup>40</sup> См.: *Томилини В. В., Соседко Ю. И.* Обоснование основных понятий дефектов оказания медицинской помощи // *Судебно-медицинская экспертиза*. – 2000. – № 6. – С. 4-8.

<sup>41</sup> Неоказание помощи больному, нераспознанное основное заболевание, нераспознанное осложнение основного заболевания, нераспознанное важное сопутствующее (или предшествующее) заболевание, поздняя диагностика, немотивированный отказ госпитализировать больного, поздняя госпитализация, нарушение правил транспортировки, дефекты при проведении инструментальных методов обследования, дефекты при назначении и проведении медицинских проце-

дур, неправильное применение лекарственных средств, непроведение показанной операции, позднее проведение операции, дефекты хирургического лечения, дефекты анестезии, недостаточный объем медицинской помощи, дефекты реанимационного пособия, дефекты вакцинации, дефекты санитарно-гигиенического обеспечения.

<sup>42</sup> Авторы указывают 30 причин, из которых основными являются: невнимательное отношение к больному, невалифицированное проведение диагностических исследований, невалифицированная подготовка больного к операции (см.: *Томилин В. В., Соседко Ю. И.* Указ. соч. – С. 7).

<sup>43</sup> См.: *Brown L. D.* // Eur. Newslett. On Quality Assurance. – 1993. – Vol. 10. – № 2. – P. 2-3.

<sup>44</sup> См.: *Hoffman H.* // Krankenhaus. – 1984. – Bd. 76. – № 7. – S. 307-310.

<sup>45</sup> См.: *Brook R. H., Lohr K. N.* // J. A. M. A. – 1987. – Vol. 258. – № 21. – P. 3138-3142.

<sup>46</sup> Подробнее см.: *Махнев С. А.* Менеджмент и измерение качества – основа деятельности лечебно-профилактических учреждений // Закон и право. – 2007. – № 4. – С. 51-52.

<sup>47</sup> См.: *Томилин В. В., Соседко Ю. И.* Дефекты медицинской помощи, допускаемые частнопрактикующими врачами (предприятиями) // Судебно-медицинская экспертиза. – 2001. – № 4. – С. 3-5.

<sup>48</sup> Подробнее см.: *Пиголкин Ю. И.* Указ. соч. – С. 3-7.

<sup>49</sup> См.: *Томилин В. В., Соседко Ю. И.* Судебно-медицинская оценка дефектов оказания медицинской помощи в учреждениях здравоохранения Российской Федерации // Судебно-медицинская экспертиза. – 2000. – № 1. – С. 3-7; *Они же.* Дефекты медицинской помощи, допускаемые частнопрактикующими врачами (предприятиями). – С. 3-5; *Андреев В. В., Быховская О. А., Богданова Л. Е., Косовой А. Л.* Дефекты оказания медицинской помощи населению и их судебно-медицинская оценка // Судебно-медицинская экспертиза. – 1994. – № 2. – С. 5-9; *Плаксин В. О., Таболин В. А., Ростовицкий Э. Н.* Судебно-медицинская экспертиза в связи с профессиональными правонарушениями врачей-педиатров // Там же. – С. 3-5.

<sup>50</sup> См.: *Кольчи Л. Б., Бедретдинов Х. Ж., Новиков В. И.* Об экспертной оценке, данной в медицинской документации при установлении степени тяжести телесных повреждений // Судебно-медицинская экспертиза. – 1989. – № 1. – С. 42-44; *Проценков М. Г., Гужеедов В. Н.* Методика учета дефектов оказания медицинской помощи при проведении судебно-медицинской экспертизы // Там же. – С. 44-45.

<sup>51</sup> *Тяжкова И. М.* Уголовная ответственность медицинских работников // Вестн. Моск. ун-та. Сер. 11, Право. – 1994. – № 6. – С. 15.

<sup>52</sup> См.: *Плаксин В. О., Гуртовой Б. Л., Обоймаков В. Б.* Некоторые вопросы организации судебно-медицинских экспертиз по делам о профессиональных правонарушениях медицинских работников (на примере акушерско-гинекологической службы) // Судебно-медицинская экспертиза. – 1994. – № 1. – С. 4.

<sup>53</sup> *Язухин А.* А если наступила смерть или иные тяжкие последствия? // Соц. законность. – 1987. – № 2. – С. 50-51.

<sup>54</sup> См.: *Ковалев М., Вермель И.* Критерии уголовной ответственности медицинских работников за ненадлежащее лечение // Соц. законность. – 1987. – № 4. – С. 57-58.

<sup>55</sup> *Глушков А. В.* Ответственность за преступления в области здравоохранения. – Киев, 1987. – С. 13.

<sup>56</sup> *Сергеев Ю. Д., Ерофеев С. В.* Неблагоприятный исход оказания медицинской помощи. – М., 2001. – С. 12.

<sup>57</sup> *Тяжкова И. М.* Указ. соч. – С. 16.

<sup>58</sup> *Новоселов В. П.* Ответственность работников здравоохранения за профессиональные нарушения. – Новосибирск, 1998. – С. 35.

<sup>59</sup> *Тяжкова И. М.* Указ. соч. – С. 18.

<sup>60</sup> См.: *Савицкая А. Н.* Возмещение ущерба, причиненного ненадлежащим врачеванием. – Львов, 1982. – С. 133.

<sup>61</sup> См.: *Кондрашова Т. В.* Проблемы уголовной ответственности за преступления против жизни, здоровья, половой неприкосновенности. – Екатеринбург, 2000. – С. 229.

<sup>62</sup> См.: *Пашинян Г. А., Ившин И. В.* Профессиональные преступления медицинских работников против жизни и здоровья. – М., 2006. – С. 94.

<sup>63</sup> *Бердический Ф. Ю.* Уголовная ответственность медицинского персонала за нарушение профессиональных обязанностей. – М., 1970. – С. 76.

<sup>64</sup> См.: *Новоселов В. П.* Указ. соч. – С. 53-54.

<sup>65</sup> См.: *Горелик И. И.* Квалификация преступлений, опасных для жизни и здоровья. – Минск, 1973. – С. 192-193.

<sup>66</sup> См.: *Иванюшкин И. А.* Профессиональная этика в медицине. – М., 1990. – С. 111; *Чесноков П. Е., Балуца Е. Г., Каташина Т. Б.* Отечественный институт «врачебной тайны»: некоторые вопросы становления // Медицинское право // <<http://www.ejnews.ru/medpravo10.htm>>.

<sup>67</sup> Цит. по: *Шатов И. А.* Врачебная тайна // Сов. медицина. – 1980. – № 7. – С. 101.

<sup>68</sup> *Семашко Н. А.* Избранные произведения. – М., 1967. – С. 95.

<sup>69</sup> См.: *Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. № 5487-1* // Полное собрание федеральных законов об охране здоровья граждан: комментарии, основные понятия, подзаконные акты. – 2-е изд., перераб. и доп. / под ред. Н. Ф. Герасименко. – М., 2005. – С. 37-82.

<sup>70</sup> Опыт обобщения юридической литературы показал, что в дальнейшем целесообразнее употреблять термин «медицинская тайна», так как он более глубоко отражает механизм правового взаимодействия субъектов информационных отношений.

<sup>71</sup> *Даль В. И.* Толковый словарь живого великорусского языка: в 4 т. – М., 1991. – Т. 4. – С. 386.

<sup>72</sup> *Ожегов С. И.* Указ. соч. – С. 683.

<sup>73</sup> См.: *Собрание законодательства Российской Федерации.* – 1997. – № 10. – Ст. 1127.

<sup>74</sup> См.: *Бондарь И. В.* Тайна по российскому законодательству: (проблемы теории и практики): дис. ... канд. юрид. наук. – Н. Новгород, 2004. – С. 90-94; *Зенин И.* Что такое информация и как ее защищать // Закон. – 2002. – № 12. – С. 12; *Гайнуллина З. Ф.* Правовое обеспечение прав и законных интересов обладателей необщедоступной информации (коммерческой тайны, ноу-хау): дис. ... канд. юрид. наук. – М., 1998. – С. 30; *Смолькова И. В.* Тайна и уголовно-процессуальный закон. – М., 1997. – С. 6.

<sup>75</sup> См.: *Минбалева А. В.* Система информации: теоретико-правовой анализ: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. – Челябинск, 2006. – С. 10.

---

<sup>76</sup> Брокгауз Ф. А., Ефрон И. А. Малый энциклопедический словарь. – СПб., 1909. – Т. 2. – Вып. 4. – С. 1100.

<sup>77</sup> Кони А. Ф. Нравственные начала в уголовном процессе // Собр. соч.: в 8 т. – М., 1967. – Т. 4. – С. 321.

<sup>78</sup> Клятва Гиппократова была первым кодексом этических норм для врача. Нравственность и закон противопоставлять нельзя – они дополняют друг друга.

<sup>79</sup> Энгельс Ф. Людвиг Фейербах и конец классической немецкой философии // Маркс К., Энгельс Ф. Собр. соч.: в 50 т. – М., 1961. – Т. 21. – С. 289.

<sup>80</sup> См.: Бойков А. Д. Этика профессиональной защиты по уголовным делам. – М., 1978. – С. 14.

<sup>81</sup> Кони А. Ф. Указ. соч. – С. 63.

<sup>82</sup> Например, К. О. Папеева приходит к выводу о необходимости не только введения самостоятельной уголовной ответственности за разглашение медицинской тайны, но и предусмотреть такие квалифицированные составы, как «То же деяние, выразившееся в сообщении сведений о наличии у лица ВИЧ-инфекции или СПИДа, венерического, психического заболевания, заболеваний урогенитальной сферы, а также сведений об операциях, связанных с репродуктивной функцией человека или с переменной лицом половой принадлежности, либо сведений, относящихся к сфере сексуальной жизни лица» (Папеева К. О. Институт медицинской тайны как объект уголовно-правовой охраны: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. – Н. Новгород, 2006. – С. 11).

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ ОШИБКА! ЗАКЛАДКА НЕ ОПРЕДЕЛЕНА.

Профессия врача предполагает огромную ответственность за жизнь и здоровье человека. Развитие медицинского законодательства в России способствует скорее оправданию врачебной небрежности, нежели наказанию виновных за причинение морального и физического вреда здоровью пациента. Сущность вышеизложенного сводится к следующим моментам.

1. Концепция уголовной политики в области охраны здоровья человека от преступных посягательств медицинских работников отражает концентрацию усилий государства и общества, направленную на профилактику тяжких преступлений. Необходимо продуманно применять уголовную репрессию, поскольку ее избыточность влечет за собой увеличение числа судимых лиц, и ухудшает социальный климат в обществе, приводит к усилению темпов воспроизводства преступности. Обострение экономической и социальной ситуации привело к росту корыстной мотивации при совершении преступлений против здоровья человека.

2. Необходимость переосмысления норм, предусматривающих уголовную ответственность за причинение вреда здоровью потерпевшего медицинским работником, диктуется: стремительно развивающимся техническим прогрессом, желанием России предоставлять своим гражданам гарантии и права, соответствующие международным стандартам, формировать направления национальной политики, ориентированные на восстановление правопорядка.

3. Динамика уголовного права охватывает все процессы развития и функционирования каждого из институтов уголовной теории. Решение проблемы уголовно-правовой охраны здоровья человека предопределяет практику работы с уголовным законом, включая проектирование, а также принятие предварительных и окончательных уголовно-правовых решений. Уголовное право остается необходимым, сложным, противоречивым, полезным и опасным социальным инструментом, который следует использовать, оценивая его потенциал, чтобы оптимизировать в рамках и на основе Конституции Российской Федерации охрану законных прав и интересов человека.

4. Под преступлениями медицинских работников против здоровья человека следует понимать деяния, совершенные умышленно или по неосторожности, вследствие ненадлежащего исполнения профессиональных обязанностей лицом, обладающим специальными медицинскими познаниями, что повлекло причинение вреда здоровью человека.

5. Предлагаем квалифицированные составы ст. ст. 111, 112, 115 и 116 УК РФ дополнить следующим обстоятельством, отягчающим наказание «вследствие ненадлежащего исполнения лицом, обладающим специальными медицинскими познаниями, своих профессиональных обязанностей».

6. Предлагаем дополнить ст. 118 УК РФ частью 3 следующего содержания:

«3. То же деяние, совершенное вследствие ненадлежащего исполнения лицом, обладающим специальными медицинскими познаниями, своих профессиональных обязанностей, –

наказывается лишением свободы на срок до трех лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового».

7. Предлагаем следующую редакцию ст. 124 УК РФ:

«Статья 124. Отказ в предоставлении гражданину медицинской помощи

1. Неправомерный отказ гражданину в предоставлении медицинской помощи лицом, обязанным ее оказывать в соответствии с законодательством РФ, если это повлекло по неосторожности причинение средней тяжести вреда здоровью, –

наказывается штрафом в размере до сорока тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до трех месяцев, либо исправительными работами на срок до одного года, либо арестом на срок от двух до четырех месяцев.

2. То же деяние, если оно повлекло по неосторожности смерть либо причинение тяжкого вреда здоровью гражданина, –

наказывается лишением свободы на срок до трех лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового.

Примечание. Лицо, обязанное оказывать медицинскую помощь в соответствии с законодательством РФ, освобождается от уголовной ответственности, если имеется реальная угроза жизни или здоровью данного лица либо оказание медицинской помощи гражданину сопряжено с причинением тяжкого вреда здоровью или смерти другому лицу, либо если гражданин, нуждающийся в оказании медицинской помощи, является ВИЧ-инфицированным».

8. Медицинская тайна является составляющей понятия «профессиональная тайна», в настоящее время не существует правовых предпосылок вводить уголовную ответственность за разглашение медицинской тайны. Необходимо продолжить научные разработки и исследования в гражданско-правовой сфере, в частности в области информационного и медицинского права, с последующей рецепцией наиболее значимых положений в теорию уголовного права.

Считаем необходимым восполнить правовой пробел и ввести уголовную ответственность за разглашение профессиональной тайны. Дополнить УК РФ ст. 137<sup>1</sup> в следующей редакции:

«137<sup>1</sup>. Незаконное разглашение профессиональной тайны

1. Незаконное разглашение профессиональной тайны вопреки воле доверителя лицом вследствие ненадлежащего исполнения своих профессиональных обязанностей, –

наказывается штрафом в размере до восьмидесяти тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до шести месяцев, либо обязательными работами на срок от ста двадцати до ста восьмидесяти часов, либо исправительными работами на срок до одного года.

2. То же деяние, если это причинило крупный ущерб гражданину, –

наказывается штрафом в размере до двухсот тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до восемнадцати месяцев, либо исправительными работами на срок от одного года до двух лет, либо лишением свободы на срок до трех лет.

3. То же деяние, повлекшее по неосторожности причинение тяжкого вреда здоровью или смерть человека, –

наказывается лишением свободы на срок до пяти лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового.

Примечание. 1. Под профессиональной тайной в данной статье понимается конфиденциальная информация, ставшая известной лицу в силу исполнения им своих профессиональных обязанностей, не связанных с государственной или муниципальной службой.

2. Под крупным ущербом в настоящей статье признается ущерб, сумма которого превышает сто тысяч рублей».

## ПРИЛОЖЕНИЕ 1

### Оценка условий труда медицинскими работниками

Диаграмма

**Распределение ответов на вопрос:  
«Представьте себе, что Вы в данный момент нигде не работаете.  
Пришли бы Вы на работу в Ваше медицинское учреждение?», %**

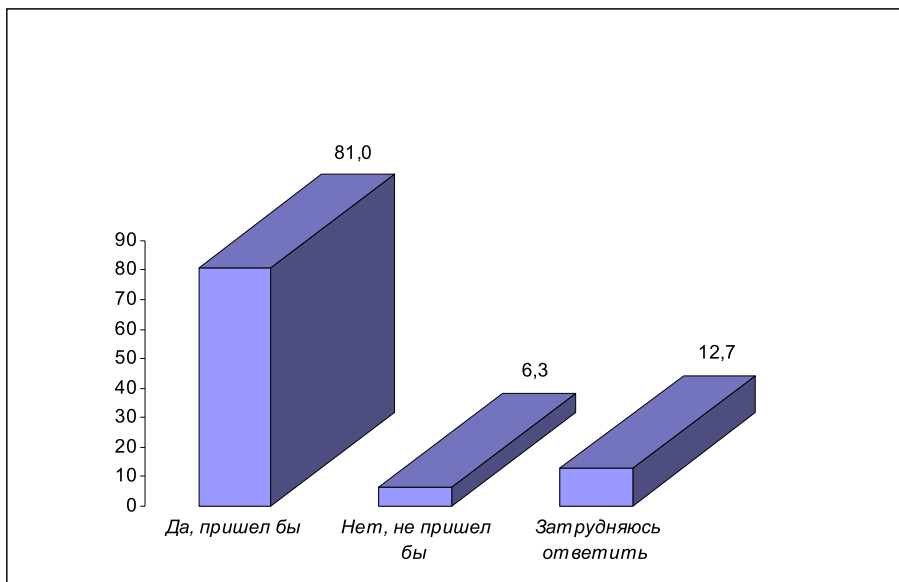


Таблица 1

### Оценка врачами состояния медицинского учреждения и обеспеченности его ресурсами

№ п/п	Ресурсы	Средний балл
1	Специалисты	3-4
2	Средний медицинский персонал	2
3	Младший медперсонал	0
4	Помещение (площадь, техническое состояние)	4
5	Санитарное состояние помещений	4
6	Оснащенность современным медицинским оборудованием	2
7	Обеспеченность медикаментами	0-1
8	Оснащенность вашего рабочего места	3-4

*Примечание.* Оценка производилась по 5-балльной системе.

Таблица 2

### Оценка врачами положительных моментов работы в медицинском учреждении

№ п/п	Положительные стороны работы в ЛПУ	Средний балл
1	Возможность профессионального роста	3
2	Надежность, дающая уверенность в завтрашнем дне	4-5
3	Полезность работы	5
4	Соответствие работы способностям	5
5	Престижность работы	3

*Примечание.* Оценка производилась по 5-балльной системе.

**Распределение результатов при ответе респондентов на вопрос:  
«Что Вас не устраивает в Вашей работе?», %**

№ п/п	Варианты ответа	Результат исследования, %
1	Размер заработной платы	100
2	Условия труда	47
3	Отношения с руководством	15
4	Отношения с коллегами	6
5	Отсутствие возможности для профессионального роста	34
6	Отсутствие эффективной системы поощрения за качественный и результативный труд	12
7	Отсутствие современной лечебной и диагностической аппаратуры	87
8	Отсутствие правовой защиты	97

*Примечание.* Общий показатель больше 100%, так как 300 респондентов указали несколько вариантов ответа.

## ПРИЛОЖЕНИЕ 2

### Уровень знаний нормативных правовых актов

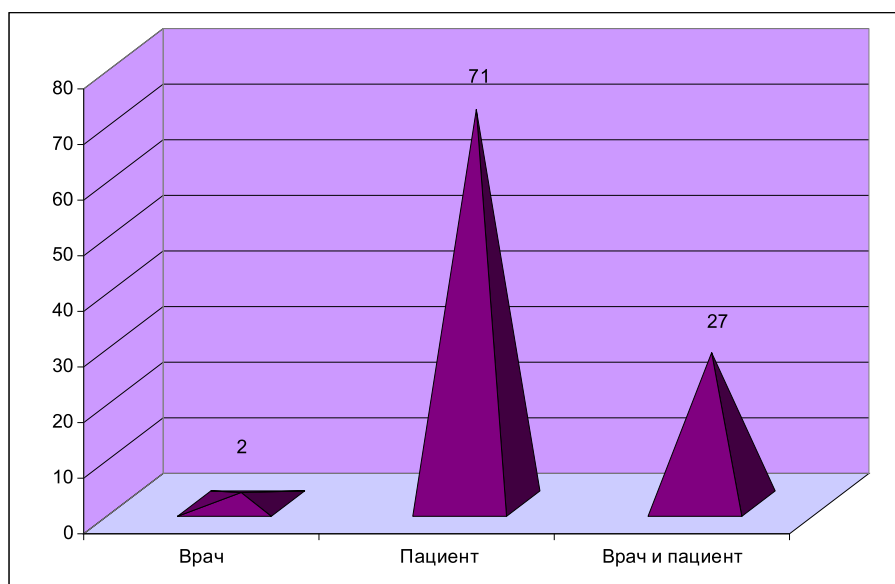
*Таблица*

**Распределение результатов при ответе на вопрос:  
«Насколько хорошо Вы знакомы со следующими законодательными актами?», %**

№ п/п	Законы	Хорошо зна-ком	Имеется некоторая информация	Не знаком	Итого
1	Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. № 5487-1	5,0	88,0	7,0	100,0
2	Гражданский кодекс Российской Федерации	4,7	5,0	90,3	100,0
3	Уголовный кодекс Российской Федерации	2,0	62,0	36,0	100,0
4	Закон от 28 июля 1991 г. «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации»	3,0	94,3	2,7	100,0

*Диаграмма*

**Распределение результатов при ответе на вопрос:  
«Как Вы считаете, кто сегодня оказывается наиболее защищенным  
в своих правах: врач или пациент?», %**



### ПРИЛОЖЕНИЕ 3

#### Уровень конфликтности в медицинском сообществе

Таблица 1

**Распределение результатов при ответе на вопрос:  
«Из-за чего у Вас в коллективе возникают конфликтные ситуации?», %**

№ п/п	Вариант ответа	Результат исследования
1	Стиль руководства главного врача и администрации	4,3
2	Распределение функциональных обязанностей	5,7
3	Распределение и размер заработной платы	11,0
4	Условия работы	10,3
5	Направления на дополнительное обучение и переквалификацию	17,0
6	Низкий профессионализм отдельных врачей	21,0
7	Поведение пациентов	24,6
8	Затрудняюсь ответить	6,0

Таблица 2

**Распределение результатов при ответе на вопрос:  
«Как Вы обычно стараетесь вести себя в конфликтной ситуации?», %**

№ п/п	Вариант ответа	Результат исследования
1	Стараетесь не углубляться в ее разрешение, отложить это «на потом»	12,7
2	Считаете возможным уступить, пожертвовать собственными интересами	1,6
3	Стараетесь найти компромисс	32,3
4	Стараетесь привлечь на свою сторону руководство	14,7
5	Твердо отстаиваете свою позицию	20,7
6	Затрудняюсь ответить	18,0

Таблица 3

**Распределение результатов при ответе на вопрос:  
«Вспомните, пожалуйста, по каким причинам чаще всего возникали конфликты с пациентами у Вас и у Ваших коллег?», %**

№ п/п	Вариант ответа	Результат исследования
1	Из-за низкого, по мнению пациента, качества работы врача	89,7
2	Из-за отсутствия в лечебном учреждении необходимого диагностического или лечебного оборудования	37,0
3	Из-за необходимости проводить долгое время в очередях в ожидании приема врача	78,0
4	Из-за несправедливого, с точки зрения пациента, отказа в направлении на исследование (госпитализацию) в другое медицинское учреждение	69,7
5	Из-за несправедливого, с точки зрения пациента, отказа в назначении необходимого лечения.	62,3
6	Из-за отказа по каким-либо причинам выписывать бесплатные или «льготные» лекарства	50,3
7	Из-за неудобного для пациента режима работы медицинского учреждения	13,7
8	Из-за плохих санитарно-гигиенических условий	44,0
9	Из-за невнимательного, по мнению пациента, отношения врача к нему	34,3
10	Из-за предложения врача дополнительно оплатить некоторые медицинские услуги, которые пациент рассчитывал получить бесплатно	54,3
11	Из-за личных качеств самого пациента (грубость, хамство)	98,7
12	Из-за неправильного оформления документов пациенту (больничных листов, медицинских карт и т. д.)	11,0
13	Разглашения конфиденциальной информации о состоянии здоровья пациента	6,3

*Примечание.* Итоговый показатель больше 100%, поскольку количество ответов неограничено.

Таблица 4

**Распределение результатов при ответе на вопрос:  
«Бывают ли в Вашем медицинском учреждении конфликты между врачами и страховой организацией?», %**

№ п/п	Вариант ответа	Результат исследования
1	Да, таких конфликтов было много	0,7
2	Конфликты бывают, но достаточно редко	35,3
3	Никогда не было	5,0
4	Затрудняюсь ответить	59,0

Таблица 5

**Распределение результатов при ответе на вопрос:  
«Основные причины, по вашему мнению, конфликтов между врачами и страховой организацией?», %**

№ п/п	Вариант ответа	Результат исследования
1	Оплата труда медицинских работников	13,0
2	Качество медицинского обслуживания пациентов	47,0
3	Отчетная документация	6,0
4	Вопросы организации, управления медучреждением	4,7
5	Затрудняюсь ответить	29,3

## СОДЕРЖАНИЕ

Введение .....	3
§ 1. Социально-правовая обусловленность профессиональной преступности медицинских работников против здоровья человека .....	5
§ 2. Уголовно-правовая характеристика ненадлежащего оказания меди- цинской помощи.....	15
§ 3. Специальные вопросы уголовно-правовой охраны здоровья паци- ента .....	30
Заключение .....	44
Приложения .....	47

Учебное издание

**Галюкова Мария Игоревна**

### ОСОБЕННОСТИ УГОЛОВНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ЗА ПРИЧИНЕНИЕ ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА

*Учебное пособие*

Редактор Ю. А. Прудникова

Корректор М. В. Виноградова

Технический редактор Л. А. Янцен

ИД № 03160 от 02 ноября 2000 г.

Подписано в печать . . . Формат 60x84/16. Бумага офсетная № 1. Усл. печ. л. 3,3.  
Уч.-изд. л. 3,0. Тираж 300 экз. Заказ № .

Организационно-научный и редакционно-издательский отдел

Участок оперативной полиграфии

644092, г. Омск, пр-т Комарова, д. 7