

науки в Российской Федерации на период до 2025 года» (<http://правительство.рф/gov/results/>)

7. Сарнадский В.Н. Формализованный топографический диагноз по результатам скрининг обследований пациентов в 4 позах // Диагностика, профилактика и коррекция нарушений опорно-двигательного аппарата у детей и подростков: Тез. докл. II Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием. — М., 2008. — С. 153-156.

Сведения об авторах

Гатиатулин Равиль Рафаилович — г. м. н., проф. кафедры травматологии, ортопедии и ВПХ с курсом ПО им. проф. Л. А. Рогнянского КрасГМУ; e-mail: ravilrg@mail.ru.

Чижакова Галина Ивановна — г. м. н., проф. кафедры педагогики и психологии СибГТУ; e-mail: chizhakova@mail.ru.

Ковалевский Валерий Анатольевич — г. м. н., проф., проректор по науке КГПУ им. В. П. Астафьева; e-mail: Kovalevsky@kspu.ru.

Карлов Геннадий Петрович — к. н. т., доцент, проректор по дополнительному образованию СибГТУ Минобрнауки России, e-mail: karlov@sibstu.rts.ru.

© ГЕЦМАНОВА И. В., ВИНОГРАДОВ К. А.

УДК 343.2/7:614.25

О РЕФОРМИРОВАНИИ УГОЛОВНО-ПРАВОВЫХ НОРМ, СВЯЗАННЫХ С ДЕФЕКТАМИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

И. В. Гецманова, К. А. Виноградов

ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого Министерства здравоохранения РФ, ректор — д. м. н., проф. И. П. Артюхов; кафедра медицинской кибернетики, зав. — д. м. н., проф. К. А. Виноградов.

Резюме. В данной статье вскрыты проблемы неадекватной уголовно-правовой оценки профессиональных нарушений в сфере медицины, обоснована необходимость и пути реформирования.

Ключевые слова: правовая оценка профессиональных нарушений в медицине, дефекты медицинских услуг, конкуренция норм, реформирование.

Проблемы неблагоприятных последствий дефектов профессиональной медицинской деятельности имеют множество юридических и социальных аспектов. Исследование правоприменительной практики показало неоднозначную уголовно-правовую оценку таких дефектов.

Спецификой российского уголовного закона является отсутствие в качестве самостоятельного субъекта ответственности медицинского работника и отдельной статьи в Уголовном кодексе Российской Федерации (далее — УК РФ) [1], посвященной данному субъекту. Диспозиции норм, где он может фигурировать наряду с другими субъектами, рассредоточены в статьях различных глав УК РФ: ч.2 ст. 109 — причинение смерти по неосторожности, ч.2 ст. 118 — причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности, ч. 4 ст. 122 — заражение ВИЧ-инфекцией, ст. 124 — неоказание помощи больному, ст. 123 — незаконное производство аборта, ст. 128 — незаконное помещение в психиатрический стационар, ст. 235 — незаконное занятие медицинской практикой или фармацевтической деятельностью, ч.2 ст. 293 — халатность.

В рамках данной публикации рассматриваются отдельные спорные вопросы правоприменительной практики, вызванные неоднозначной уголовно-правовой оценкой дефектов оказания медицинской помощи.

Принято считать, что неисполнение медицинским работником своих обязанностей означает бездействие, невыполнение конкретных действий, входящих в круг

обязанностей указанного лица (отказ выехать на дом по вызову, отказ от осмотра, от проведения искусственного дыхания, от госпитализации в связи с отсутствием страхового полиса и др.).

Под ненадлежащим исполнением профессиональных обязанностей обычно понимают совершение действий вопреки установленным правилам, порядку либо выполнение действий не в полном объеме.

Как показало изучение практики, чаще всего возникает конкуренция норм, предусмотренных ч.2 ст. 109 УК РФ и ч.2 ст. 124 УК РФ. Это возникает в связи с тем, что в науке уголовного права считается, что деяние первого из указанных составов преступлений выступает в форме действия, а второго — в форме бездействия. Однако такое разделение создает некую искусственность квалификации, поскольку в реальных ситуациях неполнота профессиональных действий имеет место гораздо чаще, чем полное бездействие, а объективно неправильные действия часто сочетаются с бездействием субъекта.

Это станет более наглядным, если сопоставить отдельные дефекты диагностики и лечения с элементами объективной стороны.

Врач скорой помощи, обследовав молодого мужчину с бытовой травмой шеи, на основании комплекса симптомов (невозможность говорить, затрудненное дыхание, хрипы вместо речи, свистящие звуки при дыхании) выставил предполагаемый диагноз — перелом хрящей гортани.

Пациент был доставлен в приемный покой многопрофильной больницы. Врач приемного покоя, ограничившись лишь осмотром пострадавшего, решил, что серьезных опасений для здоровья нет, пациент был отпущен домой, но через 30 минут скончался. При судебно-медицинском исследовании трупа установлен закрытый перелом пластины щитовидного хряща с выраженным отеком окружающих мягких тканей и слизистой оболочки гортани с её стенозом, острая эмфизема легких.

В соответствии с порядком оказания медицинской помощи для постановки правильного диагноза одного осмотра пациента было недостаточно, хотя осмотр является частью комплекса действий по диагностике – первой стадии оказания медицинской помощи. В данном случае имеет место неполнота действий, полного бездействия не наблюдается, хотя деяние в целом квалифицировано по ч.2 ст. 124 УК РФ.

Другой пример. Пациент А. поступил через два часа после травмы (падение с крыши гаража). Обследование ограничилось осмотром, однократным анализом крови и рентгенологическим исследованием (неполнота действий); обнаружен перелом четырех ребер. В течение последующих трех дней не было наблюдения лечащим врачом за состоянием крови в динамике, не проводились рентгенологические исследования (бездействие), разными дежурными врачами проводились формальные осмотры больного (неполнота действий). Назначенное консервативное лечение и настоятельно рекомендованный пациенту активный поведенческий режим (дефект лечения – неправильные действия) на фоне необнаруженного внутреннего кровотечения привели к смерти пациента на четвертые сутки пребывания в стационаре. Согласно заключению комиссионной судебно-медицинской экспертизы, между упущениями в диагностике, лечении и наступившей смертью пациента имелась причинная связь. Таким образом, в указанном деянии наблюдается конгломерат из трех элементов содеянного: неполнота действий (встречалась чаще всего), бездействие и неправильные действия. Как видим, объективная сторона содеянного не ограничилась одними неправильными действиями, при этом деяние квалифицировано по ч.2 ст. 109 УК РФ. Добавим, что в ходе исследования причинной связи влияние каждого из указанных элементов объективной стороны на исход отдельно не изучалось, что порождает дополнительную проблему разграничения ответственности, если помощь оказывалась, как в данном случае, несколькими врачами.

В ряде уголовных дел неполнота действий, бездействие и неправильные действия, совершенные в отношении одного пациента, наоборот приравнивались к бездействию и квалифицировались по ст. 124 УК РФ. При этом значимость каждого из элементов объективной стороны на смертельный исход отдельно также не оценивалась. Яркой иллюстрацией этого положения является следующий пример.

У 9-летнего С. левую руку с рукавицей затянуло внутрь соломорезки, и произошла травматическая ампутация руки по локоть. Родители срочно доставили ребенка в П-кую районную больницу. Дежурный хирург К. осмотрел рану, ввел новокаин и наложил жгут, хотя необходимо было перевязать крупные сосуды или наложить на них зажимы, немедленно начать внутривенное введение крови либо кровезаменителей, плазмы (неправильные действия, неполнота действий). Кровотечение не прекратилось. Заверяющий хирургическим отделением Ч. заменил жгут марлевой повязкой, но остановить кровотечение не удалось (неправильные действия). Позднее, во время слушания в суде дежурившая в тот день медсестра утверждала, что она приготовила операционную, но хирурги предложили родителям отвезти ребенка в К-кую ЦРБ, которая, по их мнению, была лучше оборудована. Это привело к усилению кровотечения во время транспортировки ребенка в ЦРБ, но сопровождавший анестезиолог не принял соответствующих мер, хотя медсестра предоставила перед транспортировкой необходимый перевязочный материал и медикаменты (бездействие).

Согласно оценке суда, «врачи П-кой больницы рану ребенку не промыли, кровотечение не остановили, кровяное давление не измерили, меры по переливанию и восстановлению потерянной мальчиком крови не приняли» (бездействие и неполнота действий).

Хирурги К-кой ЦРБ, куда мальчика доставили в тяжелом состоянии, начали срочную операцию, но через 10 минут после её начала ребенок умер вследствие геморрагического шока.

Сходные проблемы конкуренции норм – между ч.2 ст. 118 и ч.1 ст. 124 УК РФ возникают в случаях причинения тяжкого вреда здоровью пациенту.

При этом неполнота действий при оперативном вмешательстве чаще приравнивается к действию и в зависимости от исхода получает правовую оценку либо по ч.2 ст. 109 либо по ч. 2 ст. 118 УК РФ, а неполнота действий при диагностике чаще приравнивается к бездействию, получая правовую оценку по ст. 124 УК РФ.

Помимо изложенных, в правоприменительной практике возникают сложности правовой оценки содеянного при разграничении ч.2 ст. 293 УК РФ с преступлениями, предусмотренными ст. 124, ч.2 ст. 109, ч.2 ст. 118 УК РФ.

В ходе правовой оценки необходимо проводить разграничение ч.2 ст. 293 УК РФ с составами, предусмотренными ч.2 ст. 109, ч.2 ст. 124 УК РФ по объективной стороне и по субъекту. В ч.2 ст. 293 УК РФ последствия связаны с ненадлежащим выполнением (невыполнением) должностным лицом своих служебных организационно-распорядительных полномочий, а не профессиональных обязанностей.

Устоявшимся в науке считается тезис о том, что врачи-специалисты, другие медицинские работники при выполнении своих профессиональных обязанностей (например, проведение хирургической операции) не могут

рассматриваться как должностные лица и должны нести ответственность по ч.2 ст. 109 либо по ст. 124 УК РФ. Следовательно, от халатности следует отличать случаи неисполнения или недоброкачественного исполнения профессиональных обязанностей, никак не связанных с должностными организационно-распорядительными полномочиями субъекта.

Адекватная правовая оценка предполагает установить, что исполнение соответствующих обязанностей входило в круг правомочий лица учреждения здравоохранения, закрепленных в конкретном нормативном правовом акте, а также в соответствующих должностных инструкциях, приказах, распоряжениях и др. Отсутствие надлежаще оформленного правового акта о круге обязанностей лица исключает ответственность. Кроме того, для вменения лицу указанных последствий необходимо установление причинной связи между его ненадлежащим действием (бездействием) и последствиями.

В ряде уголовных дел действия врачей-специалистов, связанные с упущениями в лечении, неправильной диагностикой, квалифицировались неоднозначно в сходных ситуациях. Так, отказ дежурного врача больницы госпитализировать больного, который вследствие неоказания медицинской помощи умер, квалифицировались либо как халатность (ч. 2 ст. 293 УК РФ) либо как неоказание помощи больному (ч. 2 ст. 124 УК РФ).

Нельзя не отметить также некорректное использование законодателем терминов «больной» и «помощь» в ст. 124 УК РФ. Так, термин «больной» отражает состояние человека, но не его статус, возникающий с момента вступления во взаимоотношения с медицинскими работниками. Название этому статусу уже дано на законодательном уровне – «пациент». Его содержание обозначено в пункте 9 статьи 2 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»: «физическое лицо, которое обратилось за оказанием медицинской помощи независимо от наличия у него заболевания и от его состояния» [2].

Термин «больной», используемый в статье 124 УК РФ, по замыслу законодателя объединяет довольно широкий круг лиц, в том числе травмированных, нуждающихся в неотложной или экстренной помощи. Известно, что на эти категории пациентов должны оформляться различные по названию и форме медицинские документы.

К тому же, при выполнении медицинских пластических услуг использование термина «больной» представляется неуместным с учетом цели оказания данных услуг – улучшение внешнего облика. Вместе с тем термин «пациент» гораздо больше отвечает всем вышеуказанным категориям лиц, а также законодательным положениям.

Второй из вышеуказанных в ст. 124 УК РФ терминов «помощь», следует понимать, во-первых, как медицинскую (а не социальную, иную), во-вторых, как экстренную либо неотложную, (а не плановую), в-третьих, её неоказание

должно повлечь причинение вреда здоровью как минимум средней тяжести.

Вышеописанная неоднозначность правовой оценки из-за конкуренции норм приводит к выводу о нелогичности помещения в разных статьях отдельных элементов объективной стороны содеянного, связанного с неоказанием помощи больному и с ненадлежащим её оказанием.

Стоит напомнить, что до принятия УК РСФСР 1922 года и по российским законам XIX века не существовало уголовной ответственности даже за грубые дефекты лечения, повлекшие смерть пациента. Однако история показала, что последующие значимые успехи медицины не ослабили проблему правовой оценки непредсказуемых неблагоприятных исходов, проблему обоснования причинной связи между нарушениями технологии оказания помощи и вредом здоровью, осложненную в свою очередь, отсутствием до сих пор утвержденной экспертной методики. Значит, следует перенести акценты с уголовно-правовых на гражданско-правовые способы разрешения конфликтов, вызванных дефектами медицинских услуг.

С учетом изложенного предлагается исключить из уголовного закона неосторожные деяния, связанные с ненадлежащим исполнением медицинскими работниками своих профессиональных обязанностей, что будет соответствовать принципам справедливости, гуманизма и единообразию правоприменительной практики в сфере охраны жизни и здоровья человека.

ABOUT THE REFORMING OF CRIMINAL-LAW NORMS RELATING TO THE DEFECTS OF PROFESSIONAL MEDICAL ACTIVITIES

I. V. Getcmanova, K. A. Vinogradov
Krasnoyarsk State Medical University named
after Prof. V. F. Voyno-Yasenetsky

Abstract. In this article were revealed the problems of inadequate criminal legal assessment of professional violations in the sphere of medicine and was proved the necessity and ways of reformation.

Key words: legal assessment of professional violations in medicine, the defects of medical care, competition of norms, reforming.

Литература

1. Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 № 63-ФЗ (в ред. от 05.04.2013).
2. Федеральный закон от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (в ред. Федеральных законов от 25.06.2012 N 89-ФЗ, от 25.06.2012 N 93-ФЗ).

Сведения об авторах

Гецманова Ирина Васильевна – к. юр. н., доцент кафедры медицинской кибернетики КрасГМУ; e-mail: irra02@mail.ru.

Виноградов Константин Анатольевич – г. м. н., проф., зав. кафедрой кибернетики КрасГМУ; e-mail: vinogradov16@yandex.ru