

## ОСОБЕННОСТИ УГОЛОВНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ЗА ПРЕСТУПЛЕНИЯ, СОВЕРШАЕМЫЕ В МЕДИЦИНСКОЙ СФЕРЕ

*Лилия ГЫРЛА*

*Кафедра уголовного права и криминологии*

Аcest articol este dedicat particularităților răspunderii penale a lucrătorilor medicali pentru infracțiunile comise în sfera activității medicale. Deseori, drepturile pacienților sunt lezate prin încălcarea regulilor și metodelor de acordare a asistenței medicale. În articol sunt supuse analizei unele date obținute din rapoartele medicilor-legiști implicați în cercetarea cazurilor respective. Sunt elaborate și propuse spre atenție trei condiții de bază ale răspunderii penale a lucrătorilor medicali.

This article is about peculiarities of criminal liability of the medical staff for the criminal offences committed in the sphere of medical assistance. There is to be mentioned that often rights of the patients are infringed. This criminal research is completed with some forensic data obtained during 2002 and 2006 years, which conclusions demonstrate clearly the increasing of medical offences. As a result of present scientific research three conditions of criminal liability of the medical staff are elaborated. Some disputable questions are solved. Several conclusions are formulated.

На сегодняшний день количество преступлений, совершаемых медицинскими работниками в сфере их профессиональной деятельности, неуклонно возрастает. Права пациента, обратившегося за медицинской помощью, часто нарушаются медицинскими учреждениями. Жертвой врачебной ошибки может стать каждый.

Следует констатировать, что многие права пациента при получении им медицинской помощи грубо нарушаются. Это выражается:

- в неуважительном отношении к пациенту на всем протяжении лечебного процесса;
- в нарушении прав пациента на получение информации о состоянии своего здоровья и тяжести конкретного заболевания;
- в нарушении прав пациента на получение информации о методах диагностики и лечения, в том числе о ближайших и отдаленных его результатах;
- в неоказании либо некачественном оказании медицинской помощи;
- в проведении медицинских экспериментов без согласия человека.

Многие из деяний, совершаемых медицинскими работниками, характеризуются повышенной общественной опасностью, влекут полную или частичную утрату здоровья пациентов, подрывают авторитет медицины в глазах населения.

В рамках настоящей статьи полагаем целесообразным привести некоторые экспертные выводы по делам о преступлениях, совершаемых по данной категории дел. Так, в частности, судебно-медицинским экспертом А. Пэдуре были представлены результаты анализа информации, положенной в основу заключений, вынесенных комиссионными судебно-медицинскими экспертизами по поводу оценки качества медицинской помощи хирургического профиля. Исследованию было подвергнуто 100 комиссионных экспертиз, проведенных с 2002 по 2006 год [1]. Анализ полученной информации выявил продолжающееся количественное и процентное увеличение комиссионных экспертиз по тяжелым случаям из хирургической практики. Так, в 2002 году было проведено 8 (3,2%) освидетельствований и экспертиз; в 2003 – 14 (5,49%); в 2004 – 20 (7,46%); в 2005 – 23 (7,34%) и в 2006 году – 35 (9,33%). Судебно-медицинские экспертизы, проведенные по факту упущений в хирургической практике, назначенные органами уголовного преследования и судебными инстанциями, составили 6,56 % случаев от общего количества комиссионных экспертиз.

В структуре специальностей хирургического профиля преобладают экспертизы по профессиональной оценке деятельности акушеров (36,0%), хирургов общего профиля (27,0%) и нейрохирургов (10,0%). Намного реже претензии пациентов были адресованы гинекологам (6,0%), хирургам-эндоскопистам (3,0%) и стоматологам (2,0%). В исключительно редких случаях (по 1,0%) были проведены комиссионные экспертизы и судебно-медицинские освидетельствования по поводу оценки качества про-

фессиональной деятельности анестезиологов, детских хирургов, хирургов эстетической медицины, офтальмологов, онкологов, отоларингологов.

Сравнительный анализ изученных материалов экспертиз показал, что подавляющее большинство пациентов – 85,0%, находились в стационарных условиях, в то время как 6,0% больных пользовались амбулаторной медицинской помощью. В 2,0% случаев в лечении пациентов принимали участие как врачи из амбулаторий, так и из стационара. В последние годы (2005-2006) резко возросло количество жалоб на деятельность медицинских работников частных медицинских учреждений.

Детальный анализ стационарных медицинских учреждений, к работникам которых предъявлялись различные претензии, показал значительное преобладание медицинских упущений в районных больницах (45,88%). Относительно реже инкриминировались неправильные действия медработников в муниципальных больницах г. Кишинева и г. Бельцы (29,41%), наиболее редки такие случаи в больницах республиканского уровня (21,18%).

Исходя из изученного экспертного материала, 47,0% случаев оказания некачественной или несвоевременной медицинской помощи заканчивались летальным исходом. В 53% случаев с требованием экспертной оценки качества и своевременности оказанной медицинской помощи и об определении причинной связи между оказанной помощью и наступившим вредным последствием обращались пациенты или их представители, в остальных случаях экспертиза проводилась по ходатайству стороны обвинения (защитника или самого обвиняемого).

Возникает необходимость в определении и формулировании оснований уголовной ответственности за ненадлежащее оказание медицинской помощи.

По мнению профессора И.Г. Вермея, уголовная ответственность медицинских работников за ненадлежащее лечение должна наступать только при наличии следующих трех условий:

- 1) действия данного медицинского работника в рассматриваемом конкретном случае были объективно неправильными, находящимися в противоречии с общепризнанными и общепринятыми правилами медицины;
- 2) медицинский работник в силу полученного им образования и занимаемой должности должен был осознавать, что действия его являются неправильными и потому могут причинить вред больному;
- 3) эти объективно неправильные действия прямо или косвенно способствовали наступлению неправильных последствий – смерти больного или причинению существенного вреда его здоровью [2].

**Первое условие.** К действиям медицинского работника (правильным или неправильным) по оказанию помощи больному относятся не только назначение и проведение всех видов лечения (режим, диета, медикаментозная терапия, оперативные вмешательства, физиопроцедуры и др.), но и решения о госпитализации, выписке, транспортировке в лечебное учреждение, направление на консультацию и т.д. Во многих случаях принятием решения на одном из этапов оказания медицинской помощи обуславливается успех или неудача всего последующего лечения.

Медицинские нарушения и упущения А.Пэдуре систематизировал на организационные, диагностические, лечебные, тактические, технические и упущения в заполнении документации.

Упущения организационного характера составили 3% от общего количества медицинских упущений, совершенных чаще администрацией медико-санитарного учреждения, и состояли, главным образом, в нарушениях в процессе трудоустройства медработников (в частности, отсутствие приказов о приеме на работу), в неинформировании руководства о возникновении чрезвычайных ситуаций, непредоставлении для морфологического исследования изъятых хирургических инструментов и т.д.

Упущения диагностического характера были зарегистрированы в 21% случаев и выражались чаще всего в запоздалой, неполной или неправильной диагностике патологического состояния. Наиболее частыми случаями упущений А.Пэдуре признал недостатки лечебного процесса, составившие 26,0% от общего количества экспертиз. Рассматриваемые упущения были систематизированы в операционные и консервативные и были изучены отдельно. Было отмечено, что в структуре лечебных упущений преобладают главным образом операционные (65,38%). Упущения в консервативном лечении были допущены реже, в 26,92% случаев. Вместе с тем, в 7,69% случаев были допущены нарушения как консервативного, так и оперативного характера. В 15% случаев экспертиз были обнаружены тактические упущения, чаще всего связанные с диагностическими и лечебными нарушениями. Гораздо реже были отмечены упущения технического характера (7,0%), включавшие в себя нарушения технических

требований, инструментальное повреждение внутренних органов и других анатомических структур, недостаточное выполнение отдельных операционных манипуляций, оставление во время операции инородных тел в операционной ране и т.д. Настораживает то обстоятельство, что каждая десятая история болезни содержала различные недостатки.

В данном контексте А.Пэдуре отмечает, что в целой серии случаев основанием возникновения жалоб на качество оказанной медицинской помощи явилось нарушение элементарных деонтологических норм в отношениях медицинский работник – пациент или его близкие родственники. В большинстве подобных случаев экспертная комиссия не установила каких-либо нарушений этических норм со стороны медицинского персонала [3].

Действия медицинского работника будут неправильными в том случае, если он не выполнил какие-то обязательные, известные в медицине требования (при переливании крови не определил групповую и резус-принадлежность крови донора и реципиента; не провел биологическую пробу и пробу на индивидуальную совместимость; при операции по поводу травмы живота не произвел тщательную ревизию органов брюшной полости; необоснованно превысил установленные дозировки лекарственного вещества или нарушил требование относительно способов его введения; без достаточного основания допустил существенные отступления от схемы или принципов лечения определенной болезни и т.д.) [4].

В процессе лечения больного врачу постоянно приходится принимать определенные решения (например, о целесообразности назначения какого-либо препарата, о необходимости, характере, объеме, методике оперативного вмешательства), учитывая особенности патологического процесса, состояние больного, имеющиеся возможности, собственный опыт и умение и т.п. Принятое решение в конечном итоге может оказаться полностью или в какой-то его части правильным либо неправильным.

При оценке правильности тех или иных конкретных действий необходимо иметь в виду, что может существовать несколько методов лечения болезни, и врач в таких случаях имеет право выбора исходя из своего опыта, знаний, обеспеченности лекарственными средствами, наличия оборудования и других обстоятельств. *Если из нескольких равноценных методов лечения болезни, принятых в современной медицине, врач остановился на каком-то одном, действия его являются правомерными.*

**Второе условие.** Важнейшим принципом уголовного права является наступление уголовной ответственности только при наличии вины. Для того, чтобы решить вопрос, действовал ли медицинский работник с преступной небрежностью или он проявил преступную самонадеянность, важно установить его профессиональную компетентность в проведении лечебно-диагностических мероприятий, правильность которых проверяется в связи с наступлением для пациента вредных последствий.

Принадлежность медицинского работника к категории врачей или среднего медицинского персонала, а также его профессиональная группа (хирург, терапевт и т.д.) устанавливаются без труда. Уточнение же компетентности врача-специалиста в пределах его профессиональной группы обычно осуществляется двумя путями:

- во-первых, путем постановки перед ним вопросов о стаже, о времени окончания института и об обучении в других учебных заведениях, о характере выполнявшейся им работы за весь период трудовой деятельности;
- во-вторых, это делается путем истребования официальной характеристики с места работы врача.

Оба этих метода необходимо сочетать. При получении официальных характеристик следует обращать внимание на полноту содержащихся в них сведений двоякого рода:

- это данные, характеризующие профессиональный уровень медицинского работника;
- его личные качества, отношение к работе, к больным, к коллективу и т.п.

Чтобы иметь представление о профессиональном уровне характеризуемого, сведений лишь о сроке, в течение которого он работал по такой-то специальности и в таком-то учреждении, разумеется, явно недостаточно. Любая оценка врача как специалиста должна исходить из сведений о прохождении врачом специализации; о результатах его аттестации (как последней, так и предыдущей); из данных о количестве, например, проведенных хирургом операций, однородных той, правильность которой является предметом расследования. Последнее обстоятельство имеет огромное значение для решения вопроса о форме вины хирурга, допустившего профессионально неправильное действие. В содержание рассматриваемой задачи расследования входит также установление объективной возможности для обвиняемых действовать должным образом и предвидеть результаты своих действий. Бесспорно,

вопрос этот может быть разрешен с помощью судебно-медицинской экспертизы. Однако эти данные могут быть получены и с помощью показаний свидетелей.

Исследование личных качеств медицинских работников позволяет выяснить обстоятельства, смягчающие или отягчающие ответственность; решить вопрос о целесообразности привлечения медицинского работника к уголовной ответственности; о виде и мере наказания. Вместе с тем, данные о личности врача не могут служить основой для суждения о наличии и форме вины медицинского работника [5].

Уголовная ответственность за неправильные действия может наступать лишь в случаях, когда медицинский работник, в соответствии с полученным им образованием и занимаемой должностью, *обязан был понимать, что его действия находятся в противоречии с определенными правилами медицины и способны привести к неблагоприятным последствиям.* Понимание правильности своих действий означает и осознание того, что эти действия могут повлечь за собой вредные последствия для больного.

Для подтверждения вышеизложенного приведем пример из судебной практики (Уголовное дело № 1га-1123/08) [6].

*06.10.2004 года, в 16.40 Л.Л., 1975 года рождения, была госпитализирована в стационарное отделение Медицинского Центра «Инкомед» мун. Бэлць с диагнозом: «вторичное бесплодие без сопутствующих патологий». 07.10.2004 в 08.20 врач Б.В. провел пациентке Л.Л. хирургическую лапароскопию с двусторонней сальпингостомией и адгезиолизисом.* Ранний послеоперационный период был осложнен синдромом дефибринации (диссеминированное внутрисосудистое свертывание), а также внутренним брюшным кровотечением с последующим гемморагическим шоком, обнаруженным спустя 6 часов после проведенной лапароскопии. Не предприняв необходимых предоперационных мер по профилактике гипокоагуляции, в 16.25, спустя 6 часов после проведенной лапароскопии, Б.В. принимает решение о повторной лапароскопии, во время проведения которой источник кровотечения так и не был обнаружен, хотя факт кровотечения был установлен. Б.В. своевременно не обратился в службу «AVIASAN», известив последнюю лишь 08.10.2004 в 15.30. Клиническое наблюдение и мониторинг состояния здоровья пациентки в послеоперационный период в медицинской документации отражены фрагментарно. Халатность Б.В. и его диагностические ошибки, выразившиеся в нераспознавании синдрома дефибринации, большая кровопотеря, гемморагический шок, а также множественная недостаточность внутренних органов, повлекли наступление смерти пациентки Л.Л. 09.10.2004 года.

Апелляционная инстанция посчитала, что суд первой инстанции правильно оценил доказательства в судебном заседании и правильно вынес оправдательный приговор. Апелляционная инстанция установила, что правила и методы оказания медицинской помощи должны иметь нормативный характер, независимо от того, какой орган их принял. Как следствие, квалификация преступления должна основываться в обязательном порядке на конкретных статьях и пунктах нормативно-правовых актов, содержащих правила и методы оказания медицинской помощи, которые предположительно были нарушены.

Обе инстанции ссылались на то обстоятельство, что предъявленное обвинение не содержит ссылки на какие-либо инструкции, правила, методы, нарушенные обвиняемым, и как следствие – отсутствует объективная сторона инкриминируемого преступления.

*Вместе с тем, согласно заключению комиссионной судебно-медицинской экспертизы № 89 от 15.07.2005 года было установлено следующее: в клинической практике в случае возникновения осложнений в виде внутрибрюшного кровотечения в результате лапароскопии показана срочная лапаротомия (вскрытие брюшной полости) для окончательной остановки кровотечения. В данном же случае лапаротомия была проведена с опозданием, что привело к развитию гемморагического шока, повлекшего необратимые полиорганические изменения. Конкретные инструкции по оказанию медицинской помощи в подобных случаях отсутствуют. Вместе с тем, врачи действуют, руководствуясь современными требованиями медицинской практики, согласно которым при подтверждении диагноза «внутрибрюшное кровотечение» должна быть срочно проведена лапаротомия в целях прекращения кровотечения.*

*В свою очередь, Высшая Судебная Палата Республики Молдова установила, что поступив таким образом, апелляционная инстанция не учла положения ч. (3) ст. 414 и п. 8) ч. (1) ст. 417 УПК РМ, что, в свою очередь, приравнивается к судебной ошибке, предусмотренной п. 6) ч. (1) ст. 427 УПК РМ.*

*Мотивы судебной инстанции относительно того, что прокурор не привел закон или иной нормативный акт, нарушенный обвиняемым на момент оказания медицинской помощи пациентке Л.Л.,*

представляются неубедительными для Расширенной Коллегии по уголовным делам ВСП РМ для вынесения оправдательного приговора. В частности, согласно письменным заключениям специалистов и экспертов в данной области устанавливается, что **если как таковых специальных правовых норм, регламентирующих ситуацию, подобную той, в которой оказалась пациентка Л.Л., не существует, то применяется общепризнанная клиническая практика, которая предписывает, как следует поступить в подобных случаях.** Обе судебные инстанции, решения которых обжалуются, не высказались по поводу того обстоятельства, почему врач не поступил так, как это принято в общей клинической практике, и каков был бы прогноз в случае, если бы все предписания медицинской практики были бы соблюдены.

Как следствие, в результате подобного подхода апелляционная инстанция необоснованно и преждевременно сделала вывод о невиновности обвиняемого, в то время как доказательства, представленные стороной обвинения, указанные в апелляционной жалобе, не были изучены всесторонне, полностью и объективно. Таким образом, был нарушен принцип состязательности в уголовном процессе, предусмотренный в ст. 24 УПК РМ, была дана явно неадекватная оценка доказательствам, представленным стороной обвинения, что, в свою очередь, повлияло на принятое решение.

В данном контексте следует отметить, что обязанность осознавать неправильность тех или иных действий предполагает также, что данный медицинский работник не только не должен был, но и имел реальную возможность знать, как следует поступать в определенной ситуации. Как лицо, получившее специальное образование и занимающее соответствующую должность, медицинский работник обязан обладать определенной суммой знаний и навыков, позволяющих принимать правильное решение в сложившейся обстановке, правильно выполнять показанные в данном случае и доступные ему манипуляции. Он должен, хотя бы в пределах своей компетенции, владеть методикой обследования больного, методикой установления диагноза в типичных случаях, знать принципы лечения определенного круга болезней и т.д. В случаях каких-то сомнений он обязан обратиться к учебникам, руководствам, справочной литературе, консультациям более опытных и компетентных специалистов, то есть сделать всё необходимое, чтобы исключить саму возможность неправильных действий, способных причинить вред больному. Если это не сделано, то налицо ненадлежащее выполнение своих прямых обязанностей, что является одним из оснований для наступления уголовной ответственности.

**Третье условие.** Уголовная ответственность возникает лишь в случаях, когда вследствие неправильных действий медицинского работника (работников) наступили серьезные неблагоприятные последствия – смерть пациента, причинен существенный вред его здоровью.

В данном контексте следует отметить, что существенный вред здоровью представляет собой повреждение, адекватное тяжкому либо средней тяжести вреду здоровью. Легкое телесное повреждение, возникшее при аналогичных обстоятельствах, может расцениваться как проступок, влекущий за собой дисциплинарную ответственность.

Можно различать две формы связи между действиями медицинского работника и неблагоприятным исходом. В одних случаях расстройство здоровья или смерть являются прямым следствием неправильных действий (например, при случайном повреждении какого-либо органа во время операции, оставлении инородного тела в операционной ране, введении противопоказанного лекарства, назначении в чрезмерно большой дозе препаратов или их перепутывании). В других случаях неправильные действия (неполное лечение, отказ в госпитализации и т.д.) обуславливают снижение эффективности оказываемой медицинской помощи и тем самым не воспрепятствуют естественному неблагоприятному течению болезненного процесса и наступлению вредных последствий. Не одинаковы при этом и основания уголовной ответственности. В первых случаях она наступает за прямо причиненный ущерб здоровью или наступление смерти, во-вторых – за непредотвращение вредных последствий при непринятии должных мер по их предотвращению.

Для наступления уголовной ответственности каждое из трех перечисленных условий является *необходимым*, а все они вместе – *достаточными*. При отсутствии хотя бы одного из указанных условий ответственность исключается. Так, медицинский работник не несет ответственности при неблагоприятном исходе болезни, если его действия были правильными, если он сделал всё, что следовало сделать в данной ситуации; ответственность исключается, если медицинский работник не мог предвидеть, что его действия являются неправильными; если при объективно неправильных действиях не наступили

вредные последствия или же отсутствует причинная связь между неправильными действиями медицинского работника и наступившими неблагоприятными последствиями.

**Литература:**

1. Pădure Andrei. Evaluarea medico-legală a calității asistenței de profil general // [http://library.usmf.md/downloads/anale/vol\\_01/3\\_Medicina\\_legala.doc](http://library.usmf.md/downloads/anale/vol_01/3_Medicina_legala.doc).
2. Вермель И.Г. Судебно-медицинская экспертиза врачебной деятельности. - Свердловск, 1986 , с.27.
3. Pădure Andrei. Evaluarea medico-legală a calității asistenței de profil general // [http://library.usmf.md/downloads/anale/vol\\_01/3\\_Medicina\\_legala.doc](http://library.usmf.md/downloads/anale/vol_01/3_Medicina_legala.doc).
4. Краковский Н.И., Грицман Ю.Я. Ошибки в хирургической практике и пути их предупреждения. – Москва, 1959, с. 6.
5. Концевич И.Г. Долг и ответственность врача. - Киев: Вища школа, 1976, с.28.
6. Arhiva Curții Supreme de Justiție a Republicii Moldova. Dosarul nr. 1ra-1123/08. Decizia Colegiului penal lărgit din 28 octombrie 2008.

*Prezentat la 20.10.2009*