

ВРАЧЕБНЫЕ УПУЩЕНИЯ: УСЛОВИЯ И ПРЕДЕЛЫ ПРИМЕНЕНИЯ УГОЛОВНОГО ЗАКОНА

Лилия ГЫРЛА

Молдавский государственный университет

В рамках научного исследования предпринят анализ категорий врачебных ошибок на основании существующих точек зрения как в уголовно-правовой, так и в судебно-медицинской доктрине; исследованы виды добросовестной и недобросовестной врачебной ошибки. Доказывается, что профессиональные преступления медицинских работников являются ошибками недобросовестными и потому уголовно наказуемыми. Осуществлена систематизация врачебных упущений, предусмотренных современным уголовным законом, а также подробно проанализированы вопросы разграничения надлежащего и ненадлежащего оказания медицинской помощи.

Ключевые слова: *врачебная ошибка, врачебное упущение, преступление, совершенное в сфере профессиональной медицинской деятельности, надлежащее оказание медицинской помощи, ненадлежащее оказание медицинской помощи, право на своевременную медицинскую помощь, право на компетентную медицинскую помощь.*

MALPRAXIS MEDICAL: CONDIȚII ȘI LIMITE DE APLICARE A LEGII PENALE

Scopul prezentului articol constă în definitivarea condițiilor și a limitelor de aplicare a legii penale față de malpraxisul medical. Autorul analizează categoria de eroare medicală în baza opiniilor expuse atât în doctrina juridico-penală, cât și în cea medico-legală; au fost examinate formele erorii medicale de bună-credință și de rea-credință; demonstrând că infracțiunile profesionale comise de lucrătorii medicale formează erori medicale de rea-credință, și urmărite penal. S-a efectuat sistematizarea malpraxisului medical prevăzut de legea penală, precum și sunt supuse unei analize detaliate deosebirea dintre asistența medicală proprie și improprie.

Cuvinte-cheie: *eroare medicală, malpraxis medical, infracțiune comisă în sfera activității medicale profesionale, acordare proprie a asistenței medicale, acordare improprie a asistenței medicale, dreptul la asistența medicală oportună, dreptul la asistența medicală competentă.*

MEDICAL MALPRACTICE: CONDITIONS AND LIMITS OF APPLICATION OF THE CRIMINAL LAW

The purpose of the present article consists in the definition of conditions and limits of the Criminal Law towards the medical malpractice. In the realm of this scientific research, the analysis of medical mistakes was performed in the base of different points of view met in the penal doctrine and forensics; also, there were examined medical mistakes of two types such as mistakes from good faith and mistakes from bad faith. There was argued that the criminal offences committed by the medical workers constitute medical mistakes from bad faith and punishable by law. The systematization of medical malpractice provided in the modern criminal legislation was performed. Also, the differences between proper and improper medical assistance were submitted to a detailed explanation.

Keywords: *medical mistake, medical malpractice, criminal offence committed in the sphere of the professional medical activity, proper performing of the medical assistance, improper performing of the medical assistance, right to the opportune medical assistance, right to the competent medical assistance.*

Приступая непосредственно к исследованию условий и пределов уголовной ответственности за допущенные врачебные упущения, подчеркнем, что исключительной значимостью в охране конституционных прав человека на жизнь и здоровье обладает право на оказание своевременной и компетентной медицинской помощи.

Право на охрану здоровья относится к числу неотъемлемых конституционных прав. В соответствии с положениями ч.(1) ст.36 Конституции Республики Молдова, гарантируется право на охрану здоровья [6]. В надлежащем исполнении медицинскими работниками своих профессиональных обязанностей заинтересованы как отдельные люди, так и общество в целом. Сущность профессиональной медицинской деятельности заключается в оказании медицинской помощи больному, надлежащем осуществлении диагностических, лечебных, профилактических и реабилитационных мероприятий.

В свою очередь, неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих профессиональных обязанностей медицинскими работниками не только нарушает конституционное право граждан на охрану здоровья, но и посягает на первостепенные социальные ценности – жизнь и здоровье личности, ее физическое и психическое благополучие.

Уголовно-правовая оценка профессиональных правонарушений в медицинской деятельности представляет собой одну из сложных проблем не только в современной юриспруденции, но и в медицине. Одним из первых эту проблему изучил русский хирург Н.И. Пирогов, представив к публикации анализ своей врачебной деятельности и ошибок, допущенных им в процессе оказания медицинской помощи. Он писал: *«Я считаю священной обязанностью добросовестного преподавателя немедленно обнародовать свои ошибки и их последствия для предостережения других, еще менее опытных, от подобных заблуждений»* [1, с.114].

С уголовно-правовой точки зрения, значимыми в процессе квалификации того или иного дефекта медицинской помощи являются вопросы о наличии либо отсутствии в действиях (бездействии) медперсонала тех или иных нарушений; об их связи с неблагоприятным исходом оказанной медицинской помощи, а также об особенностях психического отношения соответствующих субъектов к совершенному деянию. Ответы на поставленные вопросы невозможны без глубоких специальных познаний в медицине.

Зачастую, дефекты оказания медицинской помощи допускаются в весьма типичных или даже стандартных ситуациях, тогда как диагностика и лечение не представляют особых трудностей. Обладая высокой степенью латентности, врачебные упущения в большинстве случаев обывателю не очевидны. В основе таких упущений зачастую лежат недостаточная подготовленность, низкая квалификация, поверхностность клинического мышления медицинских работников.

Специфика оценки качества медицинской помощи основывается на сопоставлении реальных действий врача и представлений о том, какими они должны быть, с учетом индивидуальных особенностей больного и корректных условий оказания медицинской помощи. Процесс оценки качества медицинской помощи включает три основных этапа: выявление врачебных ошибок; обоснование врачебных ошибок; обоснование рекомендаций по предотвращению врачебных ошибок на основе выяснения причин их допущения.

Обращаясь к анализу врачебной ошибки, подчеркнем, что таковая не является юридической категорией, и легальное определение понятия «врачебная ошибка» в уголовном законе отсутствует. Термин «ошибка» широко применим во всех областях человеческой деятельности.

Медики ошибались всегда. Но еще Гиппократ писал: *«Если мы будем требовательны к себе, то не только успех, но и ошибка станет источником знаний»* [1, с.114].

Если бы в древности велась статистика ошибок и мы могли бы сравнить ее с нашим временем, то с удивлением убедились бы, что количество их с годами не уменьшилось. Между тем медицина за века неизмеримо изменилась, и врач стал совсем другим, более вооруженным знаниями, методами диагностики и лечения, по крайней мере в своей «узкой специализации». Не снизилось количество ошибок и в более обозримый период, хотя бы за последние 50 лет, что отмечено по конкретным заболеваниям и у нас, и за рубежом.

Все это, однако, отнюдь не свидетельствует об отсутствии прогресса. Дело в том, что во времена Галена и Гиппократа классификация болезней была предельно краткой, многих из них вовсе и не было, другие же не были известны медикам. В то время для установления диагноза достаточно было отличить тиф от диареи, желтуху от лихорадки. Позднее возникла необходимость выявлять болезни органов, а во времена С.П. Боткина уже научились отличать механическую желтуху от инфекционной, воспаление легких от туберкулеза легких [1, с.114]. Современному же терапевту следует разбираться в нескольких десятках типов воспаления легких, устанавливая его локализацию, стадию развития, и выбирать наиболее эффективные методы исследования из множества, причем такие, которые были бы безвредны и рациональны для данного больного. Для решения этих вопросов необходимо привлекать других специалистов, уметь взаимодействовать с ними для установления точного диагноза. И только после этого корректировать методы лечения, избирая наиболее подходящие, продумывая их сочетаемость, режим, диету и пр.

Полагаем, что категория врачебной ошибки является собирательным понятием, включающим в себя и невиновные, и виновные (и ненаказуемые, и наказуемые) действия врача или иного медработника. Вместе с тем, в действующем законодательстве присутствует косвенное упоминание об ошибке. Так, согласно ч.(3) ст.15 Закона Республики Молдова № 264 от 27.10.2005 года о врачебной деятельности, *врач имеет право на защиту от вмешательства отдельных лиц или органов публичного управления при осуществлении профессиональной деятельности, за исключением случаев некомпетентности и профессиональной ошибки* [5].

В медицинской литературе до сих пор применяется определение понятия «врачебная ошибка», предложенное патологоанатомом И.В. Давыдовским еще в 1941 году. Он настаивал на том, что под врачебной ошибкой следует понимать *добросовестное заблуждение, основанное на несовершенстве самой медицинской науки и ее методов, или в результате атипичного течения заболевания, или недостаточной подготовки врача, если при этом не усматривается элементов халатности, небрежности, невнимательства или медицинского невежества* [Цит.по: 8, с.17]. Сущность определения добросовестной врачебной ошибки заключается в том, что таковая носит «невиновный», «ненаказуемый» характер.

В данном контексте, под врачебной ошибкой В.Ф. Чавпецов понимает такое действие или бездействие врача, которое способствовало или могло способствовать увеличению или снижению риска прогрессирования имеющегося у пациента заболевания, возникновению нового патологического процесса, неоптимальному использованию ресурсов медицины и неудовлетворенности пациента от взаимодействия с системой здравоохранения [Цит.по: 8, с.23-24].

Врачебные ошибки по-разному проявляются у разных специалистов. У представителей «агрессивной» специальности их всегда больше, чем у терапевтов, отличавшихся известным консерватизмом; у реаниматологов, всегда работающих с тяжелыми, а то и умирающими больными, больше, чем, например, у дерматологов. Понятно, что это зависит от характера болезни, степени ее тяжести, но еще и от того, где быстрее и понятнее виден результат врачебного действия [1, с.113].

Следует учесть, что *профессиональное преступление медицинского работника* тоже является врачебной ошибкой, но уже *недобросовестной*, совершенной при таких обстоятельствах, когда при прочих равных – при должной внимательности и предосторожности, другой медработник той же специализации, того же уровня и образования поступил бы иначе. Другими словами, ошибки можно было бы избежать, но в силу невежества, невнимательности и небрежности медработника, проявляемых по отношению к своим профессиональным обязанностям, таковая была допущена.

Несчастные случаи имеют место тогда, когда действия врачей соответствовали требованиям и правилам медицинской науки и практики, а неблагоприятный результат наступил случайно, то есть по не зависящим от врача обстоятельствам, при этом отсутствовала объективная и субъективная возможность предвидеть неблагоприятные последствия этих действий. Иными словами, в своей сущности действия (бездействие) медработника были правильными, а наступление преступных последствий лицом не должно было и не могло предвидеть.

К несчастным случаям относятся: непредвиденные осложнения или наступление смерти вследствие аллергических или токсических реакций при применении лекарственных веществ или профилактической вакцинации, которые выполнены в соответствии с инструкциями; внезапная смерть перед операцией или на операционном столе от психического или эмоционального шока, от послеоперационного осложнения (воздушная эмболия или непредвиденное кровотечение); тромбоз сосудов при трансфузионной терапии; рефлекторная остановка сердца во время проведения манипуляций (ангиографии, пиелографии, гастрофиброскопии, катетеризации сердца и др.) [1, с.122].

В отличие от несчастных случаев, врачебные ошибки и наказуемые упущения со стороны медицинского персонала (в том числе и преступления) *связаны с объективно неправильными действиями* медработника, не отвечающими общепринятым правилам медицинской науки и практики.

Итак, можно выделить две категории *неправильных действий (бездействий)* медперсонала, значимых для уголовно-правовой квалификации:

- *неправильное действие (бездействие) врача или иного медработника явилось следствием добросовестного заблуждения* – содеянное образует врачебную ошибку и исключает уголовную ответственность по факту невиновного причинения вреда (казуса). Применению подлежит ст.20 УК РМ. Вместе с тем, в гражданско-правовом порядке пациент имеет право требовать возмещения причиненного морального и материального ущерба;
- *неправильное действие (бездействие) стало результатом недобросовестного, непродуманного, легкомысленного или небрежного отношения медработника к своим профессиональным обязанностям* – содеянное образует уголовно наказуемое врачебное упущение и квалифицируется, в зависимости от обстоятельств дела, по соответствующим статьям Особенной части Уголовного кодекса Республики Молдова, закрепляющим уголовную ответственность за нарушение

права пациента на своевременную (ст.162 УК РМ) или компетентную медицинскую помощь (ч.4) ст.212 УК РМ; ст.213 УК РМ).

Обобщив вышеизложенное, приходим к выводу, что любая врачебная ошибка, в отличие от несчастного случая, всегда является действием (бездействием) *неправильным*. Именно наличие добросовестного, внимательного и продуманного отношения медработника к своим профессиональным обязанностям отграничивает ненаказуемую врачебную ошибку от наказуемой. В последнем случае содеянное образует состав правонарушения или даже уголовного преступления.

Если подойти к изучению добросовестной врачебной ошибки с точки зрения *результативности действия (бездействия)* медперсонала, то абсолютно уместным представляется определение врачебной ошибки как некоего негативного (отрицательного) результата мер диагностического, лечебного, профилактического или реабилитационного характера, когда врачом или иным медработником оказана помощь надлежащего объема и содержания, однако несмотря на данные обстоятельства пациенту причинен вред в виде ухудшения первичного состояния (причинение вреда здоровью или наступление смерти) либо в виде недостижения положительного эффекта предпринятого лечения при отсутствии вины медработника.

Применительно к недобросовестным врачебным ошибкам справедливо высказался в 1928 году Я.Л. Лейбович, по мнению которого *сюда следует относить такие неправильные, недобросовестные, небрежные, невежественные неосторожные действия и приемы в оказании медицинской помощи или в уходе за больными, в результате которых явилось телесное повреждение или смерть больного, либо затяжка или ухудшение болезни, либо потеря благоприятного времени для правильного лечения* [Цит.по: 8, с.19].

Обращаясь к систематизации врачебных ошибок, отметим, что одной из удачных, на наш взгляд, является классификация врачебных ошибок, предложенная патологоанатомом И.В. Давыдовским, который выделяет врачебные ошибки объективного (несовершенство знаний, отсутствие надлежащей подготовки у врача, недостаток оборудования и т.д.) и субъективного характера (недостаточное обследование больного и т.д.) [8, с.20].

Врач И.Ф. Огарков делит врачебные ошибки на две группы:

- 1) диагностические ошибки;
- 2) ошибки в назначении и осуществлении лечения [7, с.133-147].

В.Ф. Чавпецов, рассматривая теоретические аспекты проблемы качества медицинской помощи, выделяет *надлежащие* и *ненадлежащие качества* медицинской помощи.

Надлежащие качества медицинской помощи – это соответствие оказанной медицинской помощи современным представлениям о ее необходимых уровне и объеме при данном виде патологии с учетом индивидуальных особенностей больного и возможностей конкретного медицинского учреждения.

Ненадлежащие качества медицинской помощи – это несоответствие оказанной медицинской помощи общепринятым современным представлениям о ее необходимых уровне и объеме при данном виде патологии с учетом индивидуальных особенностей больного и возможностей конкретного медицинского учреждения [8, с.21-22].

Ричард Ригельман приводит свой перечень врачебных ошибок, куда, в частности, относит пренебрежительное отношение к профилактике: иллюзия выигрыша во времени или улучшения прогноза при раннем выявлении болезни и факторов риска, неумение соотнести риск болезни с вероятностью ее возникновения у конкретного больного; непонимание характера взаимодействия множественных факторов риска; неправильная оценка тяжести состояния больного из-за преувеличения выраженности симптомов, изменения количественных показателей, лабораторных данных; неправильная оценка остроты болезни и вследствие этого неправильные действия в экстренной ситуации; назначение симптоматического лечения вместо принятия радикальных мер; тенденция ставить знак равенства между остротой болезни и степенью отклонения от нормы лабораторных показателей. Автор отмечает, что перегруженным практикующим врачам слишком легко убедить себя в том, что их квалификация вполне достаточна, и они не занимаются ее повышением [Цит.по: 1, с.118].

В свою очередь, нами предлагается классификация врачебных ошибок *в зависимости от этапа оказания медицинской помощи*:

- ошибки на этапе диагностики;

- ошибки на этапе лечения;
- ошибки на этапе реабилитации;
- ошибки на этапе профилактики.

Считаем уместным классифицировать врачебные ошибки еще по одному основанию: **в зависимости от характера оказываемой помощи**:

- ошибки, допускаемые в процессе информационно-консультационной помощи;
- ошибки, допускаемые в процессе диагностической помощи;
- ошибки, допускаемые в процессе лечебно-профилактической помощи;
- ошибки, допускаемые в процессе осуществления медицинских исследований и экспериментирования;
- ошибки, допускаемые в процессе проведения судебно-медицинского освидетельствования или экспертизы.

Третья классификация врачебных ошибок, предлагаемая нами, основывается на **сущности избранного метода оказания медицинской помощи**:

- ошибки, допускаемые в рамках неинвазивного (консервативного) метода диагностики, лечения, профилактики или реабилитации;
- ошибки, допускаемые в рамках инвазивного (оперативного) метода диагностики, лечения, профилактики или реабилитации;
- ошибки, допускаемые в процессе выбора между инвазивным и неинвазивным методами лечения.

Отталкиваясь от общих принципов классификации в праве категорий и явлений, настаиваем на том, что врачебные ошибки могут быть подразделены еще на несколько групп:

- ошибки в виде *неоказания* помощи;
- ошибки в виде *несвоевременного* оказания медицинской помощи;
- ошибки в виде *недостаточного* оказания медицинской помощи;
- ошибки в виде *неправильного* оказания медицинской помощи.

Подытоживая вышеизложенное, отметим, что мы будем отталкиваться от критериев надлежащего и ненадлежащего поведения врачей; разграничения «ненаказуемых» и «наказуемых» деяний медицинского персонала, повлекших те или иные неблагоприятные последствия, исходя из специфических особенностей профессии врача или иного медработника.

Представителям правоприменения надлежит учитывать, что медицинский работник (врач, фельдшер, медицинский ассистент и т.д.) при оказании медицинской помощи конкретному пациенту выполняет сугубо профессиональные обязанности и не обладает ни организационно-распорядительными, ни административно-хозяйственными полномочиями.

В этом смысле следует отметить, что профессиональные преступления медицинского работника являются собой разновидность дефектов оказания медицинской помощи (врачебных упущений) наряду с врачебными ошибками и несчастными случаями в медицинской практике.

В литературе преступления медицинских работников, обусловленные нарушением профессиональных обязанностей, часто обозначаются как «*профессиональные*» преступления медицинских работников [9, с.129; 4, с.10; 8, с.15].

Так, по мнению правоведа В.А. Глушкова, «...*необходимым признаком такого преступления является наличие тесной и безусловной связи между исполнением профессиональной обязанности и совершением медицинским работником общественно опасного деяния. Преступление, совершение которого даже облегчается исполнением профессиональных обязанностей, но прямо не связанное с ними, нельзя отнести к указанной группе*» [4, с.10].

Судебные медики Г.А. Пашинян и И.В. Ившин определяют профессиональные преступления медицинских работников как *преступления (противоправные действия или бездействия), которые совершаются при осуществлении чисто профессиональных функций с нарушением требований медицинской науки и практики, положений медицинской этики и врачебной деонтологии, предписаний закона, принятых нормативных актов* [8, с.15].

По нашему мнению, **преступление, совершаемое в сфере осуществления профессиональной медицинской деятельности**, должно определяться как разновидность дефекта оказания медицинской помощи в форме уголовно противоправного и вредоносного деяния (действия, бездействия), совер-

шенного медицинским работником исключительно по *неосторожности* (по легкомыслию или в результате небрежности), в процессе осуществления своих профессиональных полномочий, сопровождаемого умышленным или неосторожным нарушением (в форме действия или бездействия) предписаний действующего законодательства либо умышленным или неосторожным нарушением (в форме действия или бездействия) профессионального стандарта оказания помощи, основанного на достижениях медицинской науки и практики, которое создало реальную опасность, либо повлекло смерть, либо причинило тяжкий вред здоровью пациента.

Настаиваем, что психическое отношение медработника к самому факту нарушения (к действию или бездействию) им своих профессиональных полномочий может быть как в форме умысла, так и в форме неосторожности, в то время как по отношению к наступившим неблагоприятным последствиям виновное лицо проявляет *только неосторожность* в виде легкомыслия или же в виде небрежности.

Уголовное законодательство Республики Молдова не выделяет в самостоятельную группу преступления, совершаемые медицинскими работниками в сфере осуществления ими медицинской деятельности, то есть в процессе исполнения ими профессиональных обязанностей. Данное обстоятельство требует предварительного выявления и последующего анализа тех составов, на основании которых медицинский работник может быть привлечен к уголовной ответственности.

Все преступления, за совершение которых может привлекаться медицинский работник, предусмотренные в Главе II и в Главе VIII Особенной части Уголовного кодекса Республики Молдова, условно могут быть подразделены на две большие группы:

(1) *Преступления врачей или иных медработников в сфере их профессиональной деятельности:*

- (a) упущения в виде *неоказания* медицинской помощи больному (ст.163 УК РМ);
- (b) упущения в виде *ненадлежащего оказания* медицинской помощи (ч.4) ст.212; ст.213 УК РМ);
- (c) *несвоевременное* оказание медицинской помощи больному (ст.213 УК РМ);
- (d) *недостаточное* оказание медицинской помощи больному (ст.213 УК РМ);
- (e) *неправильное* оказание медицинской помощи больному (ч.4) ст.212; ст.213 УК РМ).

(2) *Преступления врачей или иных медработников, выражающиеся в осуществлении незаконной медицинской деятельности:*

- (a) незаконное производство аборта (ст.159 УК РМ);
- (b) незаконное осуществление хирургической стерилизации (ст.160 УК РМ);
- (c) осуществление искусственного оплодотворения или имплантации эмбриона без согласия пациентки (161 УК РМ).

Систематизация профессиональных упущений медицинских работников, предложенная нами, основана на классификации таковых в зависимости от сущности нарушения, а именно – *на неоказании и ненадлежащем оказании медицинской помощи*.

В данном контексте следует оговориться, что определение понятия *ненадлежащего* исполнения профессиональных обязанностей возможно лишь посредством противопоставления понятию *надлежащего* исполнения профессиональных обязанностей. Последнее определить значительно проще, так как *надлежащее* исполнение профессиональных обязанностей является обычным, более распространенным в медицинской деятельности. Кроме того, именно на обеспечение *надлежащего* исполнения профессиональных обязанностей медицинскими работниками направлена правовая регламентация медицинской деятельности, а также вырабатываемые медицинской наукой и практикой правила оказания медицинской помощи.

Надлежащая медицинская помощь характеризуется совокупностью следующих признаков:

- (1) *Может оказываться лишь надлежащим медицинским работником.* Речь идет не о праве на занятие медицинской деятельностью вообще, а о праве на занятие конкретным ее видом, с учетом конкретного уровня образования и конкретной специальности (специализации) медицинского работника. Только тот медицинский работник, который обладает достаточными знаниями, умениями и навыками в соответствующей области медицины, способен оказать больному необходимую медицинскую помощь качественно. Каждый медицинский работник обязан знать содержание своей профессиональной компетентности и воздерживаться от совершения действий, выходящих за ее пределы. В противном случае сам факт совершения медицинским работником таких действий позволяет говорить о *ненадлежащем* исполнении профессиональных обязанностей.

- (2) *Является своевременной.* Лишь своевременные диагностика и лечение могут способствовать предотвращению неблагоприятных для больного последствий имеющегося у него заболевания или травмы. При этом *понятие своевременности оказания медицинской помощи* важно отличать от *понятия своевременности обращения больного за медицинской помощью.* Даже запоздалое обращение больного за медицинской помощью не освобождает медицинского работника от обязанности проведения показанных диагностических и лечебных мероприятий в надлежащие сроки. Несвоевременное оказание медицинской помощи следует расценивать как нарушение профессиональных обязанностей.
- (3) *Охватывает надлежащий объем диагностических и лечебных мероприятий,* что определяется соответствующими медицинскими показаниями. Так, недостаточный объем обследования больного может привести к тому, что правильный диагноз установлен не будет, а это повлечет за собой отсутствие лечения либо ненадлежащее лечение. Непроведение медицинскими работниками показанных диагностических или лечебных мероприятий, а равно выполнение непоказанных (противопоказанных) вмешательств следует расценивать как нарушение профессиональных обязанностей.
- (4) *Характеризуется методологически и технически правильным выполнением диагностических и лечебных вмешательств.* К примеру, соблюдением надлежащих способов введения и дозировок лекарственных средств, выполнением необходимых исследований и проб перед их проведением (например, при переливании крови), соблюдением оперативной технологии и т.д. Несоблюдение методологии и/или техники выполнения медицинских вмешательств является свидетельством ненадлежащего исполнения медицинскими работниками профессиональных обязанностей.
- (5) *Характеризуется соблюдением медицинскими работниками правил асептики и антисептики, санитарно-противоэпидемического режима, правил ухода за больными.* Нарушение указанных правил дает основания расценивать действия медицинских работников как нарушение профессиональных обязанностей.

Рассмотрим далее **объективные и субъективные признаки** преступлений, совершаемых медицинскими работниками в сфере своей профессиональной деятельности.

С точки зрения **объекта посягательства**, все профессиональные преступления медицинских работников в сфере оказания медицинской помощи являются близкими по характеру и типу своей вредности. Рассматриваемые преступления являются двуобъектными, где:

- *основным непосредственным объектом* являются общественные отношения, направленные на соблюдение установленных правил оказания медицинской помощи, а также общественные отношения, обеспечивающие право на современную, своевременную и компетентную медицинскую помощь;
- в качестве *дополнительного объекта* выступают общественные отношения, обеспечивающие безопасность жизни и здоровья пациента.

Если следовать логике законодателя, в случае совершения преступления, предусмотренного ст.213 УК РМ, механизм причинения вреда охраняемым общественным отношениям заключается в том, что в случае нарушения установленного порядка оказания медицинской помощи больному медицинский работник посягает на общественные отношения, направленные на обеспечение надлежащего оказания такой помощи, в результате чего причиняется вред охраняемым уголовным законом важнейшим социальным личностным ценностям – *жизни и здоровью пациента.* Отсутствие хотя бы одного из указанных выше непосредственных объектов может свидетельствовать о непротивоположности деяния в целом.

Получается, что деяние, выражающееся в нарушении установленных правил оказания медицинской помощи, но при отсутствии вреда для охраняемых уголовным законом жизни и здоровья, не является преступлением.

Весьма примечательно то обстоятельство, что неоказание помощи больному, предусмотренное ч.(1) ст.162 УК РМ, инкриминирующей нарушение права на своевременную медицинскую помощь, по своему моменту окончания является составом формальным и признается оконченным с момента фактического отказа от оказания медицинской помощи независимо от наступивших неблагоприятных преступных последствий. Сам по себе отказ в оказании медицинской помощи нуждающемуся лицу уже обладает высоким уровнем вредности и является преступлением, ставящим под угрозу жизнь и здоровье личности. По нашему мнению, такое решение законодателя является вполне оправданным.

Парадоксальная ситуация возникает в случае уголовно-правовой охраны права на *компетентную медицинскую помощь*. Так, если подвергнуть разбору состав преступления, предусмотренного ст.213 УК РМ, то выясняется интересное обстоятельство: законодатель не предусмотрел уголовную ответственность за сам факт ненадлежащего (некомпетентного) оказания медицинской помощи, а медицинский работник подвергается уголовному преследованию, только если в результате ненадлежащего оказания медицинской помощи наступили неблагоприятные последствия в виде тяжкого телесного повреждения или иного тяжкого вреда здоровью либо смерти пациента.

Подобное, на наш взгляд, является недопустимым, так как право на компетентную (надлежащую) медицинскую помощь является не менее значимым для уголовно-правовой защиты, нежели право на своевременную медицинскую помощь.

В этом смысле возникает правомерный вопрос: *если отказ без уважительной причины в оказании медицинской помощи является уголовно наказуемым преступлением, ставящим в опасность жизнь и здоровье личности (а такой вывод мы делаем исходя из родового объекта посягательства, предусмотренного Главой II Особенной части УК РМ), то почему умаляется самостоятельное уголовно-правовое значение права на компетентную медицинскую помощь?*

По нашему мнению, такое является недопустимым. *Разве право на надлежащее (компетентное) оказание медицинской помощи менее значимо по сравнению с правом на своевременное оказание таковой?* Ответ однозначный – нет. И нарушение права на своевременную медицинскую помощь, и нарушение права на компетентную медицинскую помощь лишь одним своим фактом ставят под угрозу жизнь и здоровье пациента. Предположим, что в процессе осуществления оперативного вмешательства на брюшной полости, хирург, стремясь скорее завершить операцию, не провел ревизию раны, не пересчитал все инструменты, в спешке оставил там инородное тело (например, марлевую салфетку), но по счастливой случайности спустя несколько дней данное инородное тело было удалено естественным путем. Ни у кого не вызывает сомнений, что такое врачебное упущение на момент его совершения ставило в опасность жизнь и здоровье пациента.

Руководствуясь вышеизложенным, настаиваем на скорейшем пересмотре статьи 213 УК РМ в такой редакции, чтобы уголовно-правовая охрана права на компетентную медицинскую помощь обеспечивалась не только в случае причинения тяжкого вреда здоровью пациента или его смерти, но и в случае самого факта совершения неосторожного преступления в сфере профессиональной медицинской деятельности.

Объективная сторона рассматриваемых преступлений выражается в совершении лицами медицинского персонала деяний, характеризующихся как неоказание помощи больному (ст.162 УК РМ) либо как ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей (ч.(4) ст.212 УК РМ; ст.213 УК РМ). Они могут быть совершены посредством бездействия (пассивного поведения), когда виновное лицо уклоняется от совершения действий, которые оно должно (обязано) было и могло совершить, либо посредством активного поведения (совершения объективно неправильных действий).

Под *неоказанием медицинской помощи* следует признать прямой отказ в оказании медицинской помощи либо уклонение от оказания таковой, при отсутствии уважительных причин, когда врач или иной медработник должен был и мог предоставить эту помощь.

В соответствии с положениями, предусмотренными ч.(1) ст.162 УК РМ, речь идет об обязанности оказания не любой медицинской помощи, а особой ее разновидности – неотложной (экстренной, скорой, ургентной) помощи. Терминологические различия в данном случае для правильной юридической оценки не имеют принципиального значения.

Подобная помощь оказывается лишь при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства. Помимо несчастных случаев, травм, отравлений, сюда может быть отнесена патология беременности, роды, иная патология, представляющая угрозу жизни и здоровью, которая в случае оказания медицинской помощи неизбежно влечет неблагоприятные для больного последствия. Все иные случаи, не требующие скорой медицинской помощи и, следовательно, не способные повлечь предусмотренных уголовным законом вредных последствий, диспозицией данной статьи не охватываются.

К числу уважительных причин неоказания помощи больному следует относить такие, которые реально препятствовали медицинскому работнику оказать необходимую помощь в тот момент, когда больной нуждался в такой помощи, то есть эти причины должны быть *наличными* (иметь место имен-

но в момент фактического неоказания помощи, а не до или после этого), а также *действительными* (не мнимыми). В качестве таких уважительных причин в литературе часто обозначаются: стихийное бедствие, болезнь медицинского работника, препятствующая оказанию медицинской помощи, его занятость лечением другого, не менее тяжелого больного, отсутствие транспортных средств для выезда к отдаленному месту для оказания неотложной помощи, отсутствие необходимых медицинских инструментов либо лекарств и т.п. [8, с.95]

Под *ненадлежащим исполнением профессиональных обязанностей* медицинскими работниками следует понимать деяния, совершаемые медицинскими работниками в форме действия или бездействия в процессе оказания медицинской помощи больным, в нарушение нормативно-регламентированных либо не получивших жесткого нормативного закрепления, но выработанных медицинской наукой и практикой общепринятых, общепризнанных и являющихся в силу этого общеобязательными в медицине правил оказания медицинской помощи, которые влекут за собой предусмотренные законом вредные последствия [8, с.78].

Бездействие, как правило, характерно для неоказания помощи больному: например, неявка к больному по вызову, отказ в обследовании больного и т.д. В свою очередь, ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей медицинскими работниками совершается, как правило, в форме *действия*: например, назначение противопоказанного лечения, технически неправильное выполнение хирургической операции либо инвазивного вмешательства, передозировка лекарственных средств, переливание иногруппной крови и т.д.

В то же время и неоказание помощи больному, и ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей могут быть совершены в форме *смешанного бездействия*: например – оставление инородных тел (салфеток, зажимов и т.д.) в полостях и тканях при операциях, недостаточное обследование больного и/или принципиально недостаточное лечение и т.д.

Диспозиции уголовно-правовых норм анализируемых преступлений сформулированы законодателем в *бланкетном* виде, поэтому для установления противоправного характера деяний медицинских работников требуется обязательное установление конкретных правил, нарушенных медицинскими работниками, в том числе выработанных медицинской наукой и практикой, которые в ряде случаев зафиксированы в определенных нормативных актах. При противоправном деянии медработников, как правило, нарушаются нормы, содержащиеся в подзаконных актах (стандартах оказания медицинской помощи, инструкциях, методических рекомендациях и т.д.).

Для квалификации содеянного как *неисполнение* либо *ненадлежащее исполнение* профессиональных обязанностей необходимо установить их несоответствие

- правовым нормам, закрепленным и установленным в законном порядке в таких нормативных актах, как стандарты оказания медицинской помощи, инструкции, методические рекомендации и т.п.;
- правилам оказания медицинской помощи при той или иной патологии, которые хотя и не получили жесткого нормативного закрепления, но будучи выработанными медицинской наукой и практикой являются общепризнанными, общепринятыми и общеобязательными в медицине.

Оказание медицинской помощи в современных условиях в значительной степени регламентировано различными нормативными актами. Существуют многочисленные обязательные инструкции, положения, правила, предусматривающие порядок проведения того или иного метода диагностики, лечения или профилактики. Эти нормативно-правовые акты носят, как правило, подзаконный характер, издаются Министерством здравоохранения Республики Молдова в соответствии с его компетенцией.

Среди указанных нормативно-правовых актов, регламентирующих профессиональную медицинскую деятельность, для оценки деяний медицинских работников при оказании медицинской помощи как надлежащего либо ненадлежащего исполнения профессиональных обязанностей целесообразно, по нашему мнению, выделить две группы нормативно-правовых актов:

1. *Нормативно-правовые акты, определяющие содержание и пределы профессиональной компетентности конкретных медицинских работников.* Они содержат нормы, предусматривающие перечень прав, обязанностей, знаний, умений и навыков медицинских работников в соответствии с их образованием, специальностью, занимаемой должностью и квалификацией. К числу таких нормативно-правовых актов относятся, в первую очередь, положения о специалистах различных профилей, а также квалификационные характеристики таких специалистов. К примеру: Приказ Министерства

здравоохранения Республики Молдова № 85 от 30.03.2009 года об организации и функционировании службы скорой медицинской помощи Республики Молдова; «*Неотложные состояния в психиатрии, требующие срочной госпитализации в районные психиатрические стационары*». Приложение к Приказу Министерства здравоохранения Республики Молдова № 1569 от 27.12.2013 года *об организации психиатрической медицинской помощи*; Приказ Министерства здравоохранения Республики Молдова № 790 от 08.08.2012 года об утверждении Правил обследования и медицинского наблюдения для определения заражения вирусом иммунодефицита человека (заболеванием СПИД).

В данном контексте Г.А. Пашинян и И.В. Ившин к числу нормативно-правовых актов, регламентирующих профессиональную компетентность медицинских работников, относят также *локальные нормативные акты* – должностные инструкции, функциональные обязанности и т.п., утверждаемые руководителями (главными врачами) лечебно-профилактических учреждений [8, с.71]. Солидаризируясь в данном вопросе с цитируемыми авторами, подчеркнем, что эти документы, как правило, содержат перечень прав и обязанностей медицинского работника в зависимости от занимаемой им должности и выполняемой трудовой функции и именно поэтому их уместность бесспорна.

2. *Нормативно-правовые акты, регламентирующие правила оказания медицинской помощи больным*. К данной категории нормативных актов следует отнести стандарты, модели, методические рекомендации, протоколы диагностики и лечения определенных болезней, травм или иных патологических состояний. К примеру: Приказ Министерства здравоохранения Республики Молдова № 1087 от 07 октября 2013 года *об организации инвазивного лечения острого инфаркта миокарда*; Приложение № 4 «*Список наиболее часто встречаемых патологий, которые требуют безотлагательного вмешательства в специализированных отделениях интенсивной терапии и реанимации*» к Приказу Министерства здравоохранения Республики Молдова № 1215 от 29.10.2013 года *об организации и функционировании региональной службы скорой медицинской помощи и интенсивной терапии у детей* и т.д.

Эти документы, как правило, содержат основные принципы и подходы к профилактике, диагностике и лечению заболеваний, а также тактике ведения больных с той или иной патологией. При квалификации деяний медицинских работников необходимо установить соответствие вида и объема фактически оказанной больному медицинской помощи (с точки зрения как лечения, так и диагностики) виду и объему таковой, предусмотренной соответствующим стандартом при соответствующей патологии.

Более того, помимо оценки вида и объема оказанной медицинской помощи, рассматриваемая группа документов позволяет также оценить методологическую или/и техническую правильность действий, совершаемых медицинскими работниками.

Таким образом, значение данной группы нормативно-правовых актов для правильной юридической квалификации деяний медицинских работников состоит в том, что содержащиеся в них нормы позволяют оценить действия (бездействие) медицинских работников как с точки зрения соответствия вида и объема фактически оказанной медицинской помощи установленным в медицине правилам, так и с точки зрения методологической или/и технической правильности их выполнения, т.е. они позволяют ответить на вопрос о том, как должен поступать медицинский работник при оказании той или иной медицинской помощи.

В данном контексте уместно процитировать судебных медиков Г.А. Пашиняна и И.В. Ившина: «*При врачевании медицинский работник пользуется свободой выбора метода лечения больных и право не может, естественно, ограничить эти возможности. Особенности медицинской деятельности таковы, что заранее предусмотреть все возможные варианты возникновения, проявления и течения той или иной патологии у того или иного больного практически невозможно. Равно как и невозможно до мелочей регламентировать деятельность врача по оказанию медицинской помощи конкретному больному. Ведь врач лечит не болезнь, а больного*» [8, с.74-75].

Полностью разделяя вышесказанное, подчеркнем, что каждый врач при оказании медицинской помощи обязан руководствоваться теорией и практикой медицины, общепризнанными и общепринятыми правилами и методами, сведения о которых содержатся, в частности, в специальной учебной и справочной литературе.

Вместе с тем, по мнению Ф.Ю. Бердичевского, приемы и методы, которые уже находят свое применение в лечебной деятельности, но не стали общепризнанными, не могут рассматриваться как обязательные [2, с.37-38]. Так, рентгенологическое исследование черепа при травме головы до некоторого времени не являлось обязательным, и отсутствие такого исследования никогда не ставилось вра-

чам в упрек. При этом необходимо отметить, что и в настоящее время рентгенография черепа при черепно-мозговых травмах жесткого и конкретного нормативного закрепления так и не получила, однако ее обязательность в соответствующих случаях определяется ее общепринятостью и общепризнанностью. Представляется бесспорным следующее изречение судебных медиков Г.А. Пашиняна и И.В. Ившина: «Очевидно, что качественное оказание медицинской помощи немислимо путем лишь строгого соблюдения скудных нормативных предписаний, без учета многочисленных выверенных практикой положений медицинской науки» [8, с.74-75].

Вместе с тем, как справедливо указывает Ф.Ю. Бердичевский, «те элементы творчества, которые вносятся опытными и способными врачами в общепризнанные методы диагностики и лечения, весьма желательны, но не обязательны для других врачей. Однако по мере их осмысливания, накопления и популяризации они на определенном этапе утрачивают характер индивидуального мастерства, приобретая значение обязательных положений. Затем происходит дальнейшее совершенствование этих положений» [2, с.38-39].

Настаиваем, что отсутствие конкретного нормативно-правового акта или конкретной правовой нормы, регламентирующей конкретную обязанность медицинского работника, не означает, что объективно неправильное, противоречащее общепринятым и общепризнанным в медицине правилам деяние медицинского характера не может быть квалифицировано как противоправное. Противоправность деяния в таком случае определяется нарушением норм, предусматривающих обязанности медицинского работника по обеспечению обследования и лечения больных на надлежащем уровне, то есть на уровне общепринятых и общепризнанных в медицинской науке и практике правил, принципов и подходов. Такие нормы содержатся в первой группе обозначенных нами выше нормативно-правовых актов.

К вопросам, направленным на выявление признаков посягательства на установленные правила оказания медицинской помощи, относятся следующие:

- Какие приказы, инструкции о лечении были нарушены.
- Соблюдены ли правила оказания медицинской помощи.
- Нарушены ли при оказании медицинской помощи действующие инструкции.
- Не нарушены ли специальные медицинские правила.
- Были ли в полном объеме соблюдены все правила и должностные инструкции при оказании медицинской помощи больному.
- Были ли допущены нарушения методики проведения операции.
- Какие именно требования нормативных документов нарушены при оказании медицинской помощи и т.п.

По моменту окончания эти составы преступлений являются **материальными** (за исключением преступления, предусмотренного ч.(1) ст.162 УК РМ), так как обязательно предусматривают в объективной стороне те или иные вредные последствия, перечень которых также является исчерпывающим: причинение тяжкого телесного повреждения или иного тяжкого вреда здоровью или же смерти. Уголовная ответственность, таким образом, возможна лишь в случае наступления в результате соответствующих деяний указанных вредных последствий и наличия между ними необходимой причинно-следственной связи. Применительно к случаям ненадлежащего врачевания, при отсутствии неблагоприятных последствий для жизни и здоровья пациента, даже несмотря на «неправильность» самого деяния, уголовная ответственность по составу преступления, предусмотренного ст.213 УК РМ, исключается. Так, причинение в результате ненадлежащего исполнения профессиональных обязанностей медицинскими работниками легкого вреда здоровью больного не является преступлением, так как данное последствие уголовным законом не предусмотрено.

Вместе с тем, судебными медиками Г.А. Пашиняном и И.В. Ившиным [8, с.42-43] рекомендуются следующие вопросы, направленные на установление признаков объективной стороны преступления, на которые должна дать ответ судебно-медицинская экспертиза по делам о врачебных упущениях.

- Правильно ли проводилось лечение больного как медикаментозное, так и все прочие виды лечения.
- Правильной и своевременной ли была медицинская помощь на различных этапах ее оказания.
- Соответствовало ли проводимое лечение существующим в медицине положениям и установкам.
- Какие дефекты допущены врачами при оказании медицинской помощи как при амбулаторном, так и при стационарном лечении.
- Имелись ли какие-либо дефекты в технике выполнения операции.

- Какова причина смерти и возможно ли было избежать смертельного исхода при отсутствии установленных упущений и недостатков в лечении больного.
- К каким последствиям привело неправильное либо несвоевременное лечение и какова степень вреда, причиненного здоровью пациента.
- Находятся ли действия (бездействие) врача в прямой причинно-следственной связи с неблагоприятным исходом заболевания больного.

Итак, формулировка вопросов в рамках судебно-медицинских экспертиз по делам о профессиональных преступлениях медицинских работников должна основываться на привычной структуре элементов состава преступления. Иными словами, ответы на поставленные вопросы должны облегчать юристам уяснение признаков элементов того или иного состава преступления, инкриминируемого медицинскому работнику. В этом смысле судебный медик И.Г. Вермель советует, чтобы при составлении судебно-медицинского заключения эксперты придерживались определенной схемы, предусматривающей не случайную, а логически оправданную последовательность ответов. Так, исходя их характера вопросов, требующих при судебно-медицинской экспертизе выяснения правильности действий медицинских работников, рекомендуется следующая примерная последовательность ответов в заключении.

- (1) Характер заболевания, повреждения.
- (2) Правильность и своевременность диагностики.
- (3) Возможность правильной диагностики, полнота обследования.
- (4) Правильность лечения.
- (5) Последствия неправильного лечения.
- (6) Причина смерти.
- (7) Возможность спасения жизни [3, с.62-63].

Если исследуется правильность действий медицинских работников в отношении живых лиц, то после решения вопросов о лечении должны быть установлены состояние здоровья (или трудоспособность) в настоящее время и возможность выздоровления без дефектов.

В данном контексте важное теоретическое и практическое значение для квалификации анализируемых преступлений имеет установление *причинной связи* между вредоносным деянием медицинского работника и наступившими в результате этого вредными последствиями, прямое указание на необходимость которого («вследствие», «если это повлекло») содержится в диспозициях рассматриваемых уголовно-правовых норм.

Следует иметь в виду, что ни правовая, ни судебно-медицинская наука не создает никакого особого учения о причинной связи между преступным деянием и вредными последствиями. Так, в соответствии с теорией уголовного права, необходимо наличие следующих признаков (критериев): деяние предшествует вредным последствиям; создает реальную возможность и является главным условием наступления вредных последствий.

Сложность установления причинной связи по данной категории дел обуславливается рядом факторов:

- разнообразием биологических процессов в человеческом организме и их недостаточной изученностью в силу несовершенства медицинской науки в целом;
- сложностью выявления причин возникновения самого заболевания, предвидения в отдельных случаях последствий действия лекарственных средств, оперативных вмешательств и т.д.

Ни наступление смерти, ни ухудшение состояния здоровья пациента после проведенного лечения сами по себе еще не являются основанием для суждения о том, что смерть либо ухудшение состояния здоровья явились следствием деяний медицинских работников. Для установления этого необходим тщательный и всесторонний анализ, который невозможен без учета специфики медицинской деятельности, что требует проведения квалифицированной судебно-медицинской экспертизы.

Субъективная сторона всех преступлений, предусмотренных составами по отношению к наступившим последствиям, характеризуется виной исключительно в форме неосторожности (в виде легкомыслия или небрежности).

Объективный критерий небрежности носит нормативный характер и означает обязанность лица предвидеть общественно опасные последствия («должно было предвидеть»), проявляя при этом необходимую внимательность и предусмотрительность. Правила, регламентирующие медицинскую дея-

тельность, определяя границы должного поведения медицинских работников, одновременно определяют и критерии их должной предусмотрительности.

Субъективный критерий небрежности означает индивидуальную способность конкретного лица в конкретной ситуации предвидеть возможность наступления вредных последствий («могло предвидеть»). Такая субъективная возможность определяется особенностями ситуации, в которой совершается деяние, и индивидуальными качествами виновного. Применительно к деятельности медицинских работников это означает, что клиническая ситуация не должна быть чрезмерно сложной, чтобы задача предвидеть последствия была в принципе разрешимой, а индивидуальные качества виновного (уровень его образования, квалификация, профессиональный и жизненный опыт, состояние здоровья и т.д.) позволяют правильно воспринимать информацию, вытекающую из обстановки, и делать обоснованные выводы и правильные оценки.

Обязанность медицинских работников предвидеть вредные последствия своих противоправных деяний (объективный критерий небрежности) вытекает из обязанности оказывать медицинскую помощь в соответствующих случаях и из обязанности оказывать такую помощь надлежащим образом. Однако объем обязанностей по оказанию помощи конкретному больному зависит от профессиональной компетентности конкретного медицинского работника – уровня медицинского образования, медицинской специальности, квалификации. Следовательно, и объективный критерий небрежности определяется профессиональной компетентностью медицинского работника.

К вопросам, ответы на которые в той или иной мере *способствуют установлению субъективных признаков преступления (вины)*, относятся следующие.

- Мог ли врач предвидеть последствия.
- Мог ли врач с учетом его образования и квалификации распознать возникшие осложнения.
- Имелась ли возможность, учитывая опыт и квалификацию врача, предвидеть последствия неправильного лечения.
- Имелись ли реальные возможности предвидеть и предотвратить смертельный исход заболевания.
- Имел ли возможность медицинский работник такой же квалификации, как подозреваемый, предвидеть при данных объективных условиях наступление таких последствий для здоровья пациента.
- Достаточен ли уровень специальных знаний врача, имеющегося образования, стажа врачебной работы для своевременного принятия необходимых мер.
- Достаточен ли опыт врача для проведения таких операций.

Следует иметь в виду, что наличие преступного умысла, направленного на причинение смерти либо вреда здоровью человека, исключает даже саму возможность его исполнения в процессе реализации гуманных профессиональных обязанностей медицинским работником. Иными словами, совершение умышленного преступления с исполнением профессиональных обязанностей абсолютно никак не связано. Использование же при совершении умышленных преступлений профессиональных медицинских знаний, навыков, возможностей, доверия, оказанного лицу как медицинскому работнику, медицинского оборудования и т.п. для достижения преступного результата может квалифицироваться в зависимости от конкретных обстоятельств как

- *способ совершения преступления* (например, умышленное убийство путем передозировки лекарственного средства);
- *орудие преступления* (например, при использовании с целью убийства медицинского инструментария или медицинской аппаратуры);
- *средство совершения преступления* (например, при использовании с преступной целью автомобиля скорой медицинской помощи).

Становится очевидным, что все это никакого отношения к профессиональным правонарушениям медицинских работников не имеет.

Применительно к определению *субъекта* данной категории преступлений, сразу же оговоримся, что все эти составы касаются лишь специального субъекта, имеющего особое правовое положение и социальную роль, связанные с его профессией. К числу таких специальных субъектов, безусловно, относятся и медицинские работники – врачи, фельдшеры, медицинские сестры, акушерки и т.д., имеющие непосредственное отношение к оказанию медицинской помощи. Соответственно, необхо-

димым признаком преступлений врачей или иных медработников в сфере их профессиональной деятельности является также наличие тесной безусловной связи между осуществлением профессиональных обязанностей и совершением медицинским работником вредоносного деяния. Таким образом, важнейшим критерием выделения рассматриваемых преступлений является специальный статус субъекта преступления, оговоренный в уголовном законе, – медицинский работник.

Характер надлежащего поведения медицинского работника определяется

- *уровнем его образования;*
- *специальностью*, то есть профилем или видом медицинской деятельности. Так, осуществление хирургического вмешательства в соответствии с квалификационной характеристикой специалиста врача-терапевта не входит в профессиональную компетенцию последнего. Вместе с тем, поскольку хирургическое лечение является прерогативой врача-хирурга, то своевременно должен быть обеспечен вызов последнего к больному либо транспортировка больного в хирургический стационар;
- *уровнем его квалификации*, то есть с учетом имеющейся квалификационной категории.

При этом остается не ясным вопрос о том, относит ли право к числу рассматриваемых медицинских работников так называемый младший медицинский персонал – младших медицинских сестер по уходу за больными, санитаров (санитарок) и т.д. Замещение этих должностей не требует наличия профессионального (высшего или среднего) медицинского образования, однако трудовые функции этих работников подчас самым тесным образом связаны с оказанием медицинской помощи гражданам. Так, в их функциональные обязанности, в их должностные обязанности входит и оказание помощи по уходу за больными, и проведение несложных медицинских манипуляций, и содержание больных в чистоте, и смена нательного и постельного белья, и участие в транспортировке больных.

К существенным признакам, которые характеризуют медицинских работников как специальных субъектов рассматриваемых преступлений, относятся следующие:

- медицинский работник должен иметь допуск к осуществлению профессиональной медицинской деятельности, то есть право на занятие такой деятельностью;
- на медицинского работника как специального субъекта рассматриваемых преступлений должна быть возложена обязанность по непосредственному оказанию соответствующего вида медицинской помощи, отсутствие которой также исключает уголовную ответственность лица.

Только наличие двух указанных признаков в совокупности является законным основанием для признания лица специальным субъектом рассматриваемых преступлений.

Литература:

1. АКОПОВ, В.И., МАСЛОВ, Е.Н. *Право в медицине*. Москва: Книга-сервис, 2002. 352 с. ISBN 5-94909-006-3
2. БЕРДИЧЕВСКИЙ, Ф.Ю. *Уголовная ответственность медицинского персонала за нарушение профессиональных обязанностей*. Москва: Юридическая литература, 1970. 127 с.
3. ГЛУШКОВ, В.А. *Ответственность за преступления в области здравоохранения*. Киев: Головное издательство «Вища школа», 1987. 199 с.
4. ЗАКОН РЕСПУБЛИКИ МОЛДОВА № 264 от 27.10.2005 года о врачебной деятельности. В: *Официальный Монитор Республики Молдова*, 2005, № 172-175.
5. КОНСТИТУЦИЯ РЕСПУБЛИКИ МОЛДОВА от 29 июля 1994 года. В: *Официальный Монитор Республики Молдова*, 1994, № 001.
6. ОГАРКОВ, И.Ф. *Врачебные правонарушения и уголовная ответственность за них*. Ленинград: «Медицина», Ленинградское отделение, 1966. 196 с.
7. ПАШИНЯН, Г.А., ИВШИН, И.В. *Профессиональные преступления медицинских работников против жизни и здоровья: Судебная медицина*. Москва: Международная издательская группа «Медицинская книга», 2006. 196 с. ISBN 5-86093-217-0
8. СЕРГЕЕВ, Ю.Д. *Профессия врача: юридические основы*. Киев: Головное издательство издательского объединения «Вища школа», 1988. 204 с.

Prezentat la 17.02.2014