

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ТАМБОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ Г.Р.
ДЕРЖАВИНА»**

УДК 347.61 (5753)

На правах рукописи

ББК 67.6 (2Т)

О – 42

ОГНЕРУБОВ НИКОЛАЙ АЛЕКСЕЕВИЧ

**КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ ОСНОВЫ УГОЛОВНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ
МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ЗА ПРИЧИНЕНИЕ ВРЕДА ЖИЗНИ И
ЗДОРОВЬЮ ПАЦИЕНТОВ**

Диссертация на соискание ученой степени

**доктора юридических наук по специальности: 12.00.08. – Уголовное
право и криминология; уголовно-исполнительное право**

Научный консультант:
доктор юридических наук,
профессор, заведующий кафедрой
теории и истории государства и права
юридического факультета ТНУ
Азиззода У.А.

ДУШАНБЕ – 2023

ОГЛАВЛЕНИЕ

Перечень сокращений и (или) символов.....	4
Введение	5-31
Глава 1. Методологические основы ответственности в сфере медицинской деятельности.....	32-73
§1. Историческая ретроспектива становления и развития института ответственности медицинских работников за правонарушения в сфере профессиональной деятельности	32
§ 2. Понятие «медицинский работник»: легальное и доктринальное толкование в контексте содержания категории «медицинская деятельность».....	42
§ 3. Дифференциация ответственности за совершение правонарушений в сфере медицинской деятельности.....	55
§ 4. Систематизация составов преступлений, совершаемых в сфере медицинской деятельности по субъектному признаку.....	62
Глава 2. Проблемы уголовно-правового регулирования ятрогенных посягательств на жизнь и здоровье пациентов	74-144
§ 1. Криминальные ятрогении: медицинский и уголовно-правовой аспекты.....	74
§ 2. Объект криминальных ятрогений: гносеологический анализ	91
§ 3. Неосторожное причинение смерти, тяжкого вреда здоровью пациента, заражение ВИЧ- инфекцией при оказании медицинской помощи.....	106
§ 4. Неоказание помощи больному.....	119
Глава 3. Уголовная ответственность медицинских работников за не ятрогенные посягательства на жизнь и здоровье пациентов.....	146-178
§ 1. Уголовная ответственность за вред, причиненный жизни и здоровью в сфере трансплантологии и донорства: перспективы совершенствования законодательства.....	146
§ 2. Незаконное проведение искусственного прерывания беременности.....	159

§ 3. Проблемы криминализации незаконных действий с эмбрионом.....	168
Глава 4. Обоснованный профессиональный медицинский риск как обстоятельство, исключающее преступность деяния.....	179-210
§ 1. Обоснованный риск: общая характеристика и место в системе обстоятельств, исключающих преступность деяния.....	179
§ 2. Понятие и дифференциация профессиональных рисков медицинских работников.....	190
§ 3. Условия правомерности медицинского риска.....	203
Глава 5. наказание за ятрогенные посягательства на жизнь и здоровье пациентов: проблемы теории и практики.....	212-261
§1. Цели и виды наказаний в контексте конструирования санкций уголовно-правовых норм.....	212
§ 2. Эмпирический анализ судебной перспективы уголовных дел о ятрогенных посягательствах на жизнь и здоровье пациентов, совершаемых медицинскими работниками, а также практики назначения наказания.....	226
§ 3. Дифференциация наказания за причинение смерти и тяжкого вреда здоровью пациента по неосторожности.....	240
Глава 6. Сравнительный анализ уголовного законодательства Российской Федерации и Республики Таджикистан	163-196
Заключение	297-302
Рекомендации по практическому использованию результатов исследования.....	303-310
Список литературы	311-353
Публикации по теме диссертации.....	354-363
Приложение.....	364-380

Перечень сокращений и (или) символов

КоАП РФ – Кодекс об административных правонарушениях Российской Федерации

РФ – Российская Федерация

РТ – Республика Таджикистан

СССР – Союз Советских Социалистических Республик

СНГ – Содружество Независимых Государств

УК РФ – Уголовный кодекс Российской Федерации

УК РТ – Уголовный кодекс Республики Таджикистан

УК РТ – Уголовный кодекс Республики Киргизстан

УК РСФСР – Уголовный кодекс Российской Советской Федеративной Социалистической Республики

УК РБ – Уголовный кодекс Республики Беларусь

УПК РСФСР – Уголовно-процессуальный кодекс Российской Советской Федеративной Социалистической Республики

ОПГ – Организованная преступная группа

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. Медицинская деятельность разноаспектна и своим назначением реализует наиболее значимые права человека – права на жизнь (ч. 1 ст. 20 Конституции РФ¹, ст. 6 Международного Пакта о гражданских и политических правах²) и права на охрану здоровья (ч. 1 ст. 41 Конституции РФ, ст. 12 Международного Пакта об экономических, социальных и культурных правах³). Преступные посягательства на жизнь и здоровье человека можно считать одной из основных угроз государственной и общественной безопасности РФ, поскольку они препятствуют развитию демографической и социально-экономической политики государства, не позволяют обеспечивать оптимальный уровень здоровья и работоспособности населения. Отметим, что сохранение населения, здоровья и благополучия людей признано в качестве важнейшей национальной цели развития Российской Федерации⁴.

Оказание медицинской помощи особо значимо в условиях чрезвычайных ситуаций, а также пандемии, следствием которой стало введение режима повышенной готовности в субъектах РФ, связанного с угрозой распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19)⁵. Особое внимание законодатель акцентирует на недопустимости осуществления действий, создающих угрозу безопасности, жизни, здоровью, санитарно-эпидемиологическому благополучию

¹ Конституция Российской Федерации: принята всенародным голосованием 12.12.1993 г. (с учетом поправок, внесенных Законами РФ о поправках к Конституции РФ от 30.12.2008 № 6-ФКЗ, от 30.12.2008 № 7-ФКЗ, от 05.02.2014 № 2-ФКЗ, от 21.07.2014 № 11-ФКЗ, от 14.03.2020 № 1-ФКЗ, от 04.10.2022 № 8-ФКЗ) // [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.consultant.ru/> (дата обращения: 06.10.2022).

² Международный Пакт о гражданских и политических правах. Принят резолюцией 2200 А (XXI) Генеральной Ассамблеи от 16 декабря 1966 года [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.consultant.ru/> (дата обращения: 06.10.2022).

³ Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах: принят резолюцией 2200 (XXI) ГА ООН от 16.12.1966 // Ведомости Верховного Совета СССР. 1976. № 17. Ст. 291.

⁴ О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года: Указ Президента РФ от 21.07.2020 № 474 // Собрание законодательства РФ. 2020. № 30. ст. 4884.

⁵ О защите населения и территорий от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера: Федеральный закон от 21.12.1994 № 68-ФЗ (ред. от 14.04.2023) // Собрание законодательства РФ. 1994. № 35. Ст. 3648.

лиц, находящихся на территории, на которой существует угроза возникновения чрезвычайной ситуации, или в зоне чрезвычайной ситуации⁶.

Часто здоровье и жизнь граждан становятся объектами криминальных посягательств медицинских работников, что в современной России ятрогенную преступность ставит на одно из первых проблем, которая в настоящее время достойным образом не изучена, с научных позиций не проанализирована и не осмыслена. Более того, Следственным комитетом РФ актуализирована проблема динамики роста преступлений в сфере медицинской деятельности, а именно подчёркивается тенденция сохранения врачебных ошибок, влекущих за собой возбуждение уголовных дел (за январь-май 2023 г. 62 уголовных дела переданы в суд)⁷.

Вопросы меры пресечения медицинских работников за ятрогенные посягательства на здоровье и жизнь пациентов интенсивно обсуждаются, также на правовом уровне, но до настоящего времени практических шагов к получению ясной и эффективной модели, определяющей как уголовно-правовые запреты на совершение действий (бездействия), которые могут быть оценены как криминальные ятрогении, так и наказуемости соответствующих действий пока не предпринято.

Вопросы исследования структуры преступлений в различных областях медицины и здравоохранения, законных особенностей индивидуальных составов преступных деяний против жизни и благополучия людей, что, по нашему мнению, не дает возможности разработать конкретное понятие ответственности в области профессиональной деятельности и на ее базе усовершенствовать практику по применению права и отечественное законодательство. Кроме того, конечно могут появиться ряд теоретическо-правовых и законодательных проблем, как преступные ятрогении не изолированы от преступных посягательств

⁶ Об утверждении Правил поведения, обязательных для исполнения гражданами и организациями, при введении режима повышенной готовности или чрезвычайной ситуации: Постановление Правительства РФ от 02.04.2020 № 417 // Собрание законодательства РФ.2020. № 15 (часть IV). Ст. 2274.

⁷ См. подробнее: Беляя халатность: СК довел до суда более 60 уголовных дел на врачей [Электронный ресурс]. – Режим доступа: Официальный сайт «Известия IZ». URL: <https://iz.ru/1539763/elena-balaian/belaia-khalatnost-sk-dovel-do-suda-bolee-60-ugolovnykh-del-na-vrachei> (дата обращения: 10.08.2023).

против здоровья и жизни человека, что влечет высокую степень латентности данного вида преступности; развитие медицинской практики и науки в сфере репродуктивных технологий обуславливает необходимость пересмотра основных подходов к определению момента начала человеческой жизни, требует решения вопросов правового статуса эмбриона, а также криминализации отдельных незаконных действий в области вспомогательных репродуктивных технологий. На повестке дня и проблемы, возникающие в ходе экспертной оценки качества осуществляемой медицинской помощи, что затрудняет квалификацию деяний, совершенных работниками медицины в уголовно-правовом поле.

Не менее важными являются вопросы, связанные с назначением наказания за ятрогенные посягательства на здоровье и жизнь пациентов. На наш взгляд, они должны считаться в комплексе с общей доктринальной проблемой цели уголовного наказания и эффективности их системы. Наказуемость деяний, посягающих на особо ценные объекты уголовно-правовой охраны – это здоровье и жизнь человека, может служить основополагающим для конструирования модели всей системы наказаний, предусмотренных ст. 44 УК РФ. Также, совершение преступлений, посягающих на здоровье и жизнь человека, с неосторожной формой вины, является специфическим признаком криминальных ятрогений, а также предметом научно-правовых споров в течении всей истории развития и становления как уголовного права, так и данной отрасли юридической науки. Особенно этот вопрос актуален в контексте общей склонности к гуманизации уголовной политики, которая применительно к предмету исследования проявилась в декриминализации причинения вреда здоровью средней тяжести, совершенного по неосторожности. Небезынтересным с точки зрения конструирования санкций статей уголовного закона, которые предусматривают уголовную ответственность за совершение преступлений работниками здравоохранения, а также анализ статистического материала, которые представлены Судебным департаментом при Верховном Суде РФ. Так, количественные данные по состоянию судимости за 2021 и 2022 гг.

свидетельствуют о том, что за этот период преобладающими видами основного уголовного наказания, назначенными за преступления против жизни и здоровья (в том числе за профессиональные преступления против жизни и здоровья пациентов), стали лишение свободы на определённый срок и ограничение свободы⁸. При этом можно заметить, что отдельные виды уголовных наказаний, например, принудительные работы, за обозначенный период практически остались не востребованными. Более того, сохраняющаяся вариативность в построении санкций уголовно-правовых норм вызывает определённые трудности в правоприменительной деятельности, что подчёркивает важность анализа вопросов реализации отдельных видов наказаний за ятрогенные преступления.

Вышеизложенное говорит о наличии нерешенного комплекса прикладных и теоретических проблем, касающихся уголовной ответственности медицинских служащих за совершение ими преступных поступков в профессиональной сфере, и определяет необходимость их научного осмысления, что актуализирует настоящее исследование.

Степень изученности научной темы. Нельзя сказать, что проблемы уголовной ответственности медицинских работников за причинение вреда жизни и здоровью пациентов остаются в тени исследовательских интересов специалистов в области уголовного права.

В начале XX в. вопросы уголовной ответственности за причинение вреда жизни и здоровью исследовали В.В. Вересаев⁹, Н.Д. Оранжиреев¹⁰, С.В. Познышев¹¹, Н.С. Таганцев и др¹².

⁸ Сводные статистические сведения о состоянии судимости в России за 2021 год [Электронный ресурс]. – Режим доступа: Официальный сайт Судебного департамента при Верховном Суде РФ. URL: https://docs.yandex.ru/docs/view?url=yabrowser%3A%2F%2F4DT1uXEPRrJRXIUFoewruG9uXloEjFkQANSY3Cb2EiqJMS_6oQN3SldU95erFt_8xqr6KVvwhk24WUzrKx9vHnxylobrCQA1OR7hubkfOIAkqdEnxISKn9Jr9COR1paBIubJ7J_hDO2_qp7TVE_Rdg%3D%3D%3Fsign%3Dj5L7VWp_KsPfvPRGNyhFdjr3yBfLvj36vx9YmFgdP4Q%3D&name=10.1-svod-2021.xls&nosw=1; Сводные статистические сведения о состоянии судимости в России за 2022 год [Электронный ресурс]. – Режим доступа: Официальный сайт Судебного департамента при Верховном Суде РФ. URL: https://docs.yandex.ru/docs/view?url=browser%3A%2F%2F4DT1uXEPRrJRXIUFoewruKB3MQi9tUdA_AIFq4HWAAhPUESlligyqb4nfGyQVNgmXbCnlUD1DaAevUa_50Jt9XeEbNjyaqVRWkWbwCL3bu1CmNg90PLBx8bO8tpymPiIwvbKMrrk3ha15we9oWIAQ%3D%3D%3Fsign%3D2KpCTb3n93LlnGTknyq9ektzZiA_syGqZNVhGFx8sVQ%3D&name=k4-svod_vse_sudy-2022.xls&nosw=1 (дата обращения: 10.08.2023).

⁹ Вересаев В.В. Записки врача. – М.: Сов. писатель, 1961. – 361 с.

¹⁰ Оранжиреев Н.Д. Преступление и наказание в математической зависимости: (Идея и схема ее применения) / Инж. Н.Д. Оранжиреев. – Москва: типо-лит. т-ва И.Н. Кушнерев и К°, 1916. – 69 с.

Во второй половине XX в. этой проблеме, в том числе в контексте профессиональных медицинских преступлений, уделяли внимание В.Ю. Бердичевский¹³, Я.М. Брайнин¹⁴, В.Н. Винокуров¹⁵, А.П. Громов¹⁶, В.П. Новоселов¹⁷, И.Ф. Огарков¹⁸, Т.В. Церетели¹⁹, А.В. Шапошников и др²⁰.

На современном этапе развития уголовно-правовой науки общие проблемы уголовной ответственности за причинение вреда жизни и здоровью человека, а также отдельные вопросы ответственности за медицинские преступления рассматривались в работах Ю.Ф. Дружининой²¹, К.В. Дядюна²², Г.А. Есакова²³, Ю.Ф. Ибатулиной²⁴, А.А. Мохова²⁵, Р.А. Абдуллаевой и др²⁶.

Отдельные вопросы, касающиеся обстоятельств, исключающих преступность деяния, совершенного в процессе оказания медицинской помощи, рассматривали

¹¹ Познышев С.В. Особенная часть русского уголовного права. Сравнительный очерк важнейших отделов особенной части старого и нового уложений. – Спб., 1912. – 516 с.

¹² Таганцев Н.С. О преступлениях против жизни по русскому праву. Т. 1 / Таганцев Н.С. - С.-Пб.: Тип. Н.А. Неклюдова, 1870. – 466 с.

¹³ Бердичевский Ф.Ю. Уголовная ответственность медицинского персонала за нарушение профессиональных обязанностей. – М.: Юрид. лит., 1970. – 128 с.

¹⁴ Брайнин Я.М. Уголовная ответственность и ее основание в советском уголовном праве. – М.: Госюриздат, 1963. – 275 с.

¹⁵ Винокуров В.Н. Объект преступления. – М.: Юрлитинформ, 2015. – 224 с.

¹⁶ Громов А.П. Права, обязанности и ответственность медицинских работников. – М.: Медицина, 1976. – 168 с.

¹⁷ Новоселов В.П. Ответственность работников здравоохранения за профессиональные правонарушения. – Новосибирск: Наука, 1998. – 231 с.

¹⁸ Огарков И.Ф. Врачебные правонарушения и уголовная ответственность за них. – Л.: Медицина, 1966. – 196 с.

¹⁹ Церетели Т.В. Причинная связь в уголовном праве. – Тбилиси: Изд-во Тбил. ун-та, 1957. – 276 с;

²⁰ Шапошников А.В. Ятрогения. Терминологический анализ и конструирование понятия. – Ростов-на-Дону: Издательство АО «Книга», 1998. – 168 с.

²¹ Дружинина Ю.Ф. Правовой режим эмбриона in vitro // Журнал российского права. – 2017. – № 12. – С. 129-140.

²² Дядюн К.В. Анализ объективных признаков состава ст. 123 УК РФ: проблемные вопросы законодательного подхода и правоприменения // Адвокат. – 2014. – № 9. – С. 29-35.

²³ Есаков Г.А. Начало жизни человека при преступном причинении смерти: сравнительно-правовой анализ уголовного права России и Англии // «Черные дыры» в Российском законодательстве. Юридический журнал. – 2004. – № 2. – С. 198-203.

²⁴ Ибатулина Ю.Ф. Ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей медицинскими работниками и врачебная ошибка: уголовно-правовой аспект // Российский следователь. – 2010. – № 1. – С. 12-15.

²⁵ Мохов А.А. К вопросу о кодификации законодательства об охране здоровья граждан // Право и политика. – 2002. – № 7. – С 82-88.

²⁶ Абдуллаева Р.А. Медицинская преступность в Республике Таджикистан: уголовно-правовые и криминалистические проблемы: автореф. дис. ... д-ра юрид. наук. – Душанбе, 2023. – 63 с.; Бабаджанов И.Х. Эвтаназия: юридические и медицинские аспекты / Вестник тадж. нац. ун-та. – 2014. – № 3/4(139). – С. 73-77; Аминова Ф.М. правовое регулирование отношений, возникающих в результате применения вспомогательных репродуктивных технологии в Таджикистане: проблемы и перспективы: автореф. дис. ... д-ра юрид. наук. – Душанбе, 2022. – 57 с.

А.Н. Берестовой²⁷, В.А. Блинников²⁸, Т.Ю. Орешкина²⁹, К.А. Саранцев³⁰, В.Н. Флоря³¹, А.С. Хачатрян и др³².

Проблемные вопросы уголовно-правового регулирования медицинской деятельности, его соответствия активному развитию биомедицинских технологий исследовали М.И. Авдеев³³, Т.И. Акулина³⁴, И.Ф. Александров³⁵, А.А. Малышева³⁶, И.О. Никитина³⁷, Н.С. Постникова³⁸, Г.Б. Романовский³⁹, И.В. Тимофеев и др⁴⁰.

В области эффективности системы уголовных наказаний в целом и наказаний за совершение преступлений против жизни и здоровья граждан – в частности, особого внимания заслуживают работы З.А. Астемирова⁴¹, С.С. Босхолова⁴², В.Н.

²⁷ Берестовой А.Н. Классификация и место обстоятельств, исключаящих преступность деяния, в теории уголовного права // Вестник Омской юридической академии. – 2017. – № 3. – С. 41-46.

²⁸ Блинников В.А. Обстоятельства, исключаящие преступность деяния, в уголовном праве России. – М: Юрлитинформ, 2014. – 216 с.

²⁹ Орешкина Т.Ю. Обстоятельства, исключаящие преступность деяния: дискуссионные вопросы общего характера // Уголовное право. – 2016. – № 4. – С. 66-76.

³⁰ Саранцев К.А. Медицинский риск как разновидность обоснованного риска и особенности его оценки при расследовании преступно-неадекватного оказания медицинской помощи // Российский следователь. – 2013. – № 3. – С. 10-12.

³¹ Флоря В.Н. Следственно-судебная практика по делам о врачебных преступлениях // Медицинское право. – 2007. – № 4. – С. 49-50.

³² Хачатрян А.С. Клеточная трансплантация: вопросы правовой оценки и повышения качества законодательства // Юридическая наука и практика: Вестник Нижегородской академии МВД России. – 2013. – № 22. – С. 277-279.

³³ Авдеев М.И. Правовое регулирование пересадки органов и тканей. // Советское государство и право. – 1968. – № 9. – С. 83-88.

³⁴ Акулина Т.И. Правовой статус медицинского работника как специального субъекта трудового права // Закон. – 2012. – № 4. – С. 163-170.

³⁵ Александров И.Ф. Правовое регулирование искусственных методов репродукции человека: семейно-правовой аспект // Евразийский юридический журнал. – № 4 (95). – 2016. – С. 159-164.

³⁶ Малышева А.А. Право на жизнь: особенности правовой защиты эмбрионов // Российский ежегодник Европейской конвенции по правам человека. – Выпуск 3. – М.: Статут, 2017. – С. 168-178.

³⁷ Никитина И.О. Ответственность за преступления в сфере здравоохранения: вопросы применения и совершенствования законодательства. – Н. Новгород, 2008. – 231 с.

³⁸ Постникова Н.С. Планируемые изменения законодательства о трансплантации тканей и органов. Какие сложности вызовет вступление в силу нового федерального закона в области трансплантации? Процедура получения согласия пациентов, не включенных в регистры доноров // Правовые вопросы в здравоохранении. – 2015. – № 8. – С. 22-35.

³⁹ Романовский Г.Б. К вопросу о правовом регулировании репродукции человека // Правоведение. – 2000. – № 5. – С. 42-48.

⁴⁰ Тимофеев И.В. Качество медицинской помощи и безопасность пациентов: медико-организационные, правовые и деонтологические аспекты. – СПб.: Изд-во ДНК, 2014. – 216 с.

⁴¹ Астемиров З.А. Проблемы теории уголовной ответственности и наказания. – Махачкала: Изд-во Даг. ун-та, 2000. – 91 с.

⁴² Босхолов С.С. Современная уголовная политика как часть социально-правовой политики государства // Сибирский криминологический журнал. – 2006. – № 1. – С. 6-12.

Воронина⁴³, Д.С. Дядькина⁴⁴, В.Ф. Лапшина⁴⁵, А.В. Милькова⁴⁶, В.Н. Орлова и др⁴⁷.

Фундаментальный вклад в исследование методологических и организационных основ медицинской деятельности, уголовно-правовой охраны прав и законных интересов пациентов внесли В.С. Кудрин в своей докторской диссертации «Концептуально-методологические и организационные основы оценки медицинской деятельности»⁴⁸ (2003), а также А.Г. Блинов в докторской диссертации «Учение об уголовно-правовой охране прав и свобод пациента»⁴⁹ (2014). Важная роль в изучении проблем уголовной ответственности медицинских работников за ятрогенные посягательства на жизнь и здоровье пациентов на уровне кандидатских диссертаций принадлежит В.А. Глушкову⁵⁰ (1983), И.В. Ившину⁵¹ (2005), Н.В. Павловой⁵² (2006), Е.В. Перевозчиковой⁵³ (2006), И.О. Никитиной⁵⁴ (2007), А.С. Якименко (2007) и др⁵⁵.

Вместе с тем в работах специалистов основное внимание уделялось лишь отдельным аспектам уголовной ответственности медицинских работников вне контекста о необходимости взаимосвязанного достижения назначения уголовной

⁴³ Воронин В.Н. Критерии индивидуализации наказания при рецидиве преступлений // Актуальные проблемы российского права. – 2016. – № 8. – С. 121-128.

⁴⁴ Дядькин Д.С. Теоретические основы назначения уголовного наказания: алгоритмический подход. – СПб.: Юридический центр Пресс, 2006. – 368 с.

⁴⁵ Лапшин В.Ф. Истинная цель уголовного наказания и критерии ее достижимости // Журнал российского права. – 2018. – № 5. – С. 75-85.

⁴⁶ Мильков А.В. О несостоятельности концепции двухаспектной юридической ответственности // Закон. – 2016. – № 6. – С. 152-164.

⁴⁷ Орлов В.Н. Уголовное наказание: понятие, цели, система, объекты и субъекты: Монография. – М.: МГЮА имени О.Е. Кутафина, ООО «Издательство Элит», 2011. – 466 с.

⁴⁸ Кудрин В.С. Концептуально-методологические и организационные основы оценки медицинской деятельности: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Оренбург, 2003. – 42 с.

⁴⁹ Блинов А.Г. Учение об уголовно-правовой охране прав и свобод пациента: дис. ... д-ра юрид. наук. – Саратов, 2014. – 561 с.

⁵⁰ Глушков В.А. Уголовная ответственность медицинских работников за нарушение профессиональных обязанностей: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. – Киев, 1983. – 22 с.

⁵¹ Ившин И.В. Судебно-медицинские аспекты профессиональных преступлений медицинских работников против жизни и здоровья: дис. ... канд. медицин. наук. – М., 2005. – 261 с.

⁵² Павлова Н.В. Уголовно-правовое регулирование медицинской деятельности: дис. ... канд. юрид. наук. – М., 2006. – 201 с.

⁵³ Перевозчикова Е.В. Конституционное право на жизнь и репродуктивные права человека: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. – Казань, 2006. – 26 с.

⁵⁴ Никитина И.О. Преступления в сфере здравоохранения (законодательство, юридический анализ, квалификация, причины и меры предупреждения): дис. ... канд. юрид. наук. – Н. Новгород, 2007. – 270 с.

⁵⁵ Якименко А.С. Уголовная ответственность за преступления, связанные с незаконным изъятием органов и (или) тканей человека: дис. ... канд. юрид. наук. – Ростов н/Д, 2007. – 167 с.

репрессии и цели уголовного наказания, в том числе и путем оптимизации и обособления законодательной регламентации уголовной ответственности медицинских работников как специальных субъектов. Недостаточно исследованными остаются общие вопросы дифференциации ответственности за совершение правонарушений в сфере медицинской деятельности, а также систематизации соответствующих преступлений. Пристального изучения и научного осмысления требуют проблемы уголовной ответственности за вред, причиненный жизни и здоровью в сфере трансплантологии и донорства, незаконного проведения искусственного прерывания беременности, криминализации незаконных действий с эмбрионом. Вне исследовательских интересов на протяжении длительного времени остается вопрос наказуемости медицинских преступлений, требующий комплексного исследования с позиций цели и видов наказаний, принципов дифференциации наказания за причинение смерти и тяжкого вреда здоровью пациента по неосторожности.

Связь исследования с программами либо научной тематикой. Представленное исследование находится во взаимосвязи с темами, разрабатываемыми на кафедре уголовного права и процесса Института права и национальной безопасности Тамбовского государственного университета имени Г.Р. Державина «Ятрогенная преступность: вопросы совершенствования законодательной регламентации», «Критерии дифференциации уголовной ответственности», «Особенности правового регулирования медицинского права», «Противодействие преступлениям, причиняющим вред здоровью человека», «Применение принудительных мер медицинского характера: цели и основания», «Особенности уголовной ответственности медицинских работников».

Основное содержание диссертационной работы коррелирует с положениями Государственной программы Российской Федерации «Развитие

здравоохранения»⁵⁶, Государственной программы Российской Федерации «Обеспечение общественного порядка и противодействие преступности»⁵⁷.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИССЛЕДОВАНИЯ:

Цель исследования заключается в разработке концептуальных основ привлечения медицинских работников к уголовной ответственности за профессиональные преступления. (служащих медицинской отрасли за преступления совершенные в профессиональной сфере).

Задачи исследования. Постановка указанной цели предопределила необходимость решения следующих **задач**:

- определить методологические основы ответственности в сфере медицинской деятельности;
- предложить доктринальное и легальное толкования понятия «медицинский работник» в рамках содержания категории «медицинская деятельность»;
- разработать основания дифференциации ответственности за совершение правонарушений в сфере медицинской деятельности, предложив авторскую классификацию преступлений, совершаемых медицинскими работниками;
- выявить проблемы уголовно-правового регулирования ятрогенных посягательств на жизнь и здоровье пациентов и предложить пути их решения;
- сформулировать оптимальную формулу законодательных норм, которые регулируют запрещение небрежного нанесения смерти или тяжелого увечья здоровью больного по причине непрофессионального исполнения медицинского служащего собственного профессионального долга;
- определить и конкретизировать содержание категории «обоснованный риск» как положение, которое исключает поступок как преступность в области врачебной профессиональной работы;

⁵⁶ Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения»: постановление Правительства РФ от 26.12.2017 года № 1640 (ред. от 16.12.2022) // Собрание законодательства РФ. № 1 (ч. II). 2018. ст. 373.

⁵⁷ Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Обеспечение общественного порядка и противодействие преступности»: постановление Правительства РФ от 15.04.2014 № 345 (ред. от 16.01.2023) // Собрание законодательства РФ. 2014. № 18 (часть IV). ст. 2188.

- выявить особенности уголовной ответственности работников медицины за не ятрогенные посягательства на здоровье и жизнь пациентов, обозначив перспективы совершенствования уголовного законодательства в данной сфере;

- выявить проблемы применения уголовного законодательства в части индивидуализации наказания за причинение смерти и тяжкого вреда здоровью пациента по неосторожности и предложить пути их решения;

- разработать предложения по совершенствованию уголовного законодательства в части регламентации ответственности медицинских работников за посягательства на жизнь и здоровье пациентов.

Объект исследования представлен общественными отношениями, складывающимися при причинении медицинскими работниками вреда жизни и здоровью пациента.

Предмет исследования составляют нормы уголовного законодательства, регламентирующие ответственность медицинских работников за причинение вреда жизни и здоровью пациента.

Этап, место и период исследования (исторические рамки исследования). Место проведения исследования. Диссертация подготовлена на кафедре уголовного права и процесса Института права и национальной безопасности Тамбовского государственного университета имени Г.Р. Державина. С 2010 г. проводилась работа по написанию диссертационного исследования (о чём свидетельствуют статьи диссертанта по теме представленного исследования). Тема диссертационного исследования была утверждена в 2014 году.

Период исследования охватил широкие временные рамки. В частности, в исследовании были затронуты периоды развития института уголовной ответственности медицинских работников за причинение вреда жизни и здоровью граждан в профессиональной деятельности – от периода Древней Руси до настоящего времени. Более детально работа была направлена на изучение периода развития современного российского законодательства, регламентирующего уголовную ответственность медицинских работников за

совершение преступлений в профессиональной деятельности, начавшегося с принятием Уголовного кодекса 1996 г. Российской Федерации.

Теоретические основы исследования. Диссертационное исследование базируется на фундаментальных теоретических положениях общей теории права, трудах специалистов отраслевых наук: уголовного, административного, гражданского, уголовно-процессуального права, криминологии. На формирование теоретических воззрений автора существенно повлияли работы известных ученых С.С. Алексеева, Ф.Ю. Бердичевского, В.Н. Махова, А.Г. Блинова, Я.М. Брайнина, Г.Н. Борзенкова, Ю.Д. Сергеева, Р.Р. Галиакбарова, Н.С. Таганцева, В.Е. Квашица, Е.Н. Маслова, И.И. Горелика, В.А. Глушкова, А.П. Громова, П.С. Дагеля, Н.Д. Дурманова, А.Н. Ильяшенко, В.В. Татаркина, Е.Б. Кургузкиной, А.В. Тихомирова, Н.И. Загородникова, В.Д. Иванова, О.С. Капинуса, В.И. Колосовой, В.В. Хохлова, Т.В. Кондрашовой, В.В. Лунеева, А.Н. Попова, С.В. Познышева, Ю.Е. Пудовочкина, М.Д. Шаргородского и др.

Методологические основы исследования. Методологической основой диссертационного исследования являются положения и принципы диалектического метода познания с присущими ему требованиями системности и комплексности.

Обоснованность выводов и предложений, содержащихся в работе, обеспечивается применением общих и частнонаучных методов сбора и анализа информации: исторического, структурно-логического, индуктивно-дедуктивного, сравнительно-правового, статистического, социологического и др., способствующих выявлению и разрешению многочисленных проблем в области уголовной ответственности медицинских работников за ятрогенные посягательства на жизнь и здоровье пациентов. Так, исторический и сравнительно-правовой методы использовались применительно к изучению опыта правового регулирования ответственности медицинских работников за профессиональные правонарушения в российском уголовном законодательстве в различные периоды его становления и развития, а также позитивного

международного опыта правовой регламентации соответствующих отношений. Методы индукции и дедукции, логического анализа и синтеза применялись при изучении сущности и содержания базовых дефиниций, относящихся к предмету исследования, норм уголовного закона, регламентирующих ответственность за неосторожное причинение вреда жизни и здоровью человека, а также для выявления степени согласованности общих предписаний регулятивного законодательства в сфере медицинской деятельности со специальными нормами об уголовной ответственности за совершение преступлений против жизни и здоровья.

Эмпирическая часть диссертации формировалась с использованием практических методов научного исследования. Ее результаты основаны на изучении материалов уголовных дел, экспертных заключений и данных судебной статистики⁵⁸.

Эмпирические предпосылки. Нормативную правовую основу исследования образуют Конституция РФ, международные правовые акты в области обеспечения и защиты прав и свобод человека, и гражданина, уголовное, уголовно-процессуальное, административное, гражданское и иное федеральное законодательство, ведомственные нормативные правовые акты, законодательство зарубежных государств. В целях обеспечения полного и комплексного изучения предмета исследования были использованы решения судебных органов, в том числе Европейского суда по правам человека, Конституционного Суда РФ, Верховного Суда РФ и др.

Эмпирическая основа диссертационного исследования включает статистические, социологические и фактографические сведения, полученные в результате анализа документов, анкетирования и интервьюирования, экспертных оценок. В основу положены статистические данные ГИЦ МВД Российской Федерации, ИЦ ГУВД МВД России по Воронежской области, Судебного департамента при Верховном Суде Российской Федерации о состоянии

⁵⁸ См.: Приложения № 1-5.

преступности в сфере здравоохранения за период с 2021 года по 2022 год. Также эмпирическую основу исследования формируют: опубликованная практика Верховного Суда РФ и Конституционного суда РФ; постановления Пленума Верховного Суда РФ, в которых рассматривались вопросы уголовной ответственности за неосторожное причинение вреда здоровью и жизни человека; обобщения судебной практики с использованием информационной системы «Судебные и нормативные акты РФ» (<http://sudact.ru>).

Результаты исследования базируются на проведенном автором изучении материалов более 160 уголовных дел, возбуждённых по фактам ятрогенного посягательства на жизнь и здоровье пациентов, а также по иным основаниям, в ходе производства по которым установлена причинно-следственная связь между неоказанием или ненадлежащим оказанием медицинской помощи и неблагоприятными для жизни и здоровья граждан последствиями. Кроме того, в контексте анализа заявленной проблемы было обращено внимание на материалы правоприменительной практики по гражданским и административным делам, позволившие соотнести санкции, предусматриваемые соответственно за гражданско-правовые деликты и административные правонарушения в области нарушения порядка осуществления медицинской деятельности, с уголовными наказаниями. В процессе работы над диссертацией все указанные материалы исследованы методом случайной выборки.

Кроме того, автором использовались результаты эмпирического анализа, проведенного по итогам изучения 86 заключений судебно-медицинских экспертиз, анкетирования медицинских работников, сотрудников правоохранительных и судебных органов, проведённого в Тамбовской области в 2022-2023 гг.

В работе использован личный опыт диссертанта, полученный им в ходе более, чем тридцатилетней работы в качестве практикующего хирурга-онколога.

Научная новизна исследования. Научная новизна диссертационного исследования заключается в том, что в нем сформулированы концептуальные

основы привлечения медицинских работников к уголовной ответственности за причинение вреда жизни и здоровью пациентов. Научная новизна состоит в том, что:

- на уровне докторской диссертации проведено исследование различных аспектов уголовно-правового регулирования медицинской деятельности, а также эффективности существующего уровня уголовной репрессии за преступления, совершаемые медицинскими работниками в процессе оказания медицинской помощи гражданам, в контексте достижения целей уголовного наказания;

- разработаны концептуальные основы привлечения медицинских работников к уголовной ответственности за причинение вреда жизни и здоровью пациентов, позволяющие решить комплекс теоретико-практических проблем в этой области, имеющих значение прежде всего для науки уголовного права;

- проведена систематизация преступлений, совершаемых медицинскими работниками, которая позволила выявить критерии отнесения части из них к числу криминальных ятрогений, определив их детерминирующие признаки;

- обоснована необходимость структурного обособления профессиональных преступлений медицинских работников в самостоятельную главу уголовного закона.

Положения, выносимые на защиту. Научная новизна диссертационного исследования нашла отражение в основных положениях, выносимых на защиту:

Комплекс научных положений, отражающих содержание концептуальных основ привлечения медицинских работников к уголовной ответственности за совершение ятрогенных преступлений

1. В основе института уголовной ответственности медицинских работников за ятрогенные посягательства на жизнь и здоровье пациентов лежат те же теоретико-методологические положения, которые свойственны уголовной ответственности в целом. Вместе с тем специфика медицинской деятельности предопределяет особенности, суть которых находит фрагментарное отражение в отдельных нормах уголовного закона и ряда других нормативных правовых актов,

что свидетельствует об отсутствии системного подхода и требует разработать соответствующую концепцию в этой области.

Данная концепция нужна для достижения целей уголовного наказания и должна включать в себя: совершенствование норм уголовного закона, предусматривающих ответственность за профессиональные медицинские преступления; упорядочение понятийного аппарата, используемого законодателем для правового регулирования медицинской деятельности, т.е. имеющего межотраслевой характер; систематизацию преступлений, совершаемых медицинскими работниками; детализацию объекта криминальных ятрогений; выявление специфических признаков, характеризующих объективную сторону деяний, отнесенных к числу криминальных ятрогений и их формулировку в диспозициях соответствующих статей уголовного закона; установление принципов наказуемости ятрогенных посягательств на жизнь и здоровье пациентов; определение перспективных направлений развития уголовного законодательства в части охраны права на жизнь.

2. Вывод о необходимости отграничения смежных категорий «медицинская помощь» и «медицинская деятельность», путем детерминации медицинской деятельности как вида деятельности, осуществляемого профессионалами-медиками, по оказанию медицинской помощи, проведению медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований, санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий и соответствующая деятельность, связанная с трансплантацией (пересадкой) органов и (или) тканей, обращением донорской крови и (или) ее компонентов, общим назначением которого является поддержание и восстановление здоровья, осуществляемые путем профилактики, диагностики и лечения заболеваний пациентов, а также уход за больными и их реабилитация.

Конкретизация понятия «медицинский работник», содержащегося в пункте 13 статьи 2 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» следующим образом: «медицинский работник – это

физическое лицо, имеющее медицинское или иное образование, заключившее трудовой договор с медицинской организацией, осуществляющее медицинскую деятельность в соответствии с должностными обязанностями руководителя, врача, специалиста с высшим профессиональным (немедицинским) образованием, среднего и младшего медицинского персонала, а также физическое лицо, являющееся индивидуальным предпринимателем, непосредственно осуществляющим медицинскую деятельность».

3. Классификация составов преступлений, совершаемых в сфере медицинской деятельности, по субъектному признаку, а именно:

1) профессиональные преступления против жизни и здоровья пациентов (криминальные ятрогении), которые представляют собой общественно опасные деяния, совершенные по неосторожности медицинскими работниками в связи с ненадлежащим выполнением или невыполнением ими своих профессиональных обязанностей и повлекшие причинение вреда здоровью либо смерть человека, а именно: причинение смерти по неосторожности (ч. 2 ст. 109 УК РФ); причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности (ч. 2 ст. 118 УК РФ); заражение ВИЧ-инфекцией (ч. 4 ст. 122 УК РФ); неоказание помощи больному (ч. 1, 2 ст. 124 УК РФ);

2) не ятрогенные преступления против жизни и здоровья, совершаемые медицинскими работниками (п. «м» ч. 2 ст. 105 УК РФ, п. «ж» ч. 2 ст. 111 УК РФ, ст. 120 УК РФ, ст. 123 УК РФ);

3) служебные преступления, совершаемые в сфере медицинской деятельности, в круг которых входят: незаконная госпитализация в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, совершенная лицом с использованием своего служебного положения (ч. 2 ст. 128 УК РФ), злоупотребление должностными полномочиями (ст. 285 УК РФ), нецелевое расходование бюджетных средств (ст. 285.1 УК РФ), нецелевое расходование средств государственных внебюджетных фондов (ст. 285.2 УК РФ,

превышение должностных полномочий (ст. 286 УК РФ), получение взятки (ст. 290 УК РФ), служебный подлог (ст. 292 УК РФ), халатность (ст. 293 УК РФ).

4. Вывод о том, что преступления в области профессиональной медицинской деятельности, означающие концепцию преступной ятрогении, имеют такие признаки, которые позволяют отделить их от иных преступлений в сфере здравоохранения: видовым объектом ятрогенного посягательства являются здоровье и жизнь пациента; объектом таких преступлений представляют индивидуальные лица, которые обладают правовым статусом медицинского служащего; реальный аспект ятрогенных преступлений имеет особенность возможности их совершения и в виде действия, так и в виде бездействия на одном из следующих этапов оказания медицинской помощи: диагностики, лечения, профилактики и реабилитации пациента; появление опасных последствий для общества прямо связано с профессионализмом медицинских служащих по схеме «медицинский служащий-больной» в процессе диагностики, лечения, профилактики или реабилитации пациента; ятрогенные преступления совершаются с неосторожной формой вины.

В динамике ятрогенное преступление может быть представлено следующей совокупностью элементов: медицинский работник → пациент → осуществление медицинской деятельности в форме диагностики, лечения, реабилитации, профилактики при помощи медицинских мероприятий (манипуляций, вмешательства, процедур) → нарушение установленных правил и стандартов оказания медицинской помощи → ятрогенные последствия.

5. Общим признаком объективной стороны составов криминальных ятрогений, последствием которых стало причинение смерти, тяжкого вреда здоровью пациента или заражение ВИЧ-инфекцией является ненадлежащее исполнение медицинским работником профессиональных обязанностей. Его предлагается определять как деяние, совершаемое в процессе оказания медицинской помощи пациенту, нарушающее нормативные стандарты, протоколы, правила оказания определенного вида медицинской помощи,

повлекшие предусмотренные уголовным законом ятрогенные последствия. Кроме того, составы преступлений, предусмотренные ч.2 ст. 109 УК РФ, ч. 2 ст. 118 УК РФ, ч. 4 ст. 122 УК РФ, имеют общий объект посягательства, а также неосторожную форму вины, совершаются в рамках правоотношений медицинский работник-пациент.

6. Неисполнение обязанности по оказанию медицинской помощи представляет собой бездействие лица, имеющего статус медицинского работника, в силу которого оно несет обязанность оказания определенного вида медицинской помощи в соответствии с уровнем полученного образования, квалификацией и выполняемой трудовой функцией. Детерминирующими признаками криминального ятрогенного бездействия являются: неисполнение профессиональных обязанностей медицинским работником; наступление нездоровых последствий в форме тяжкого увечья для здоровья или нанесение смерти пациенту, присутствие обоснованной общественной причинной взаимосвязи между бездействием медицинского служащего и приходом таких вредных результатов; отсутствие уважительных причин неоказания медицинской помощи; неосторожная форма вины.

7. Развитие новых биотехнологий, методов пренатальной диагностики и медицины должно сопровождаться изменением и дополнением регулятивного законодательства, в том числе и в сфере охраны прав эмбриона. В настоящее время правовой статус эмбриона имеет двойственную природу, в зависимости от того, развивается ли он *in vivo* и *in vitro*. В первом случае юридическая судьба эмбриона неотделима от охраны и защиты прав беременной женщины, при этом пределы реализации права эмбриона на жизнь определяются законодательно путем установления срока для возможного прерывания беременности. Во втором – эмбрион нуждается в самостоятельной правовой защите, в том числе и средствами уголовного права с учетом возможности совершения в отношении него таких незаконных действий как: 1) создание эмбрионов и последующее проведение исследований при отсутствии показаний к применению ЭКО; 2)

нарушение установленного законом порядка проведения ЭКО (такие нарушения могут иметь место на всех этапах ВРТ: организации, получения биологического материала (яйцеклеток), оплодотворения, подсадки эмбрионов в матку, утилизации биологического материала (эмбрионов); 3) использование эмбрионов по личным мотивам, торговля эмбрионными тканями; 4) нарушение эмбриона для получения органов, тканей и клеток в целях их дальнейшего использования и трансплантации.

8. Исследование института обоснованного риска как обстоятельства, исключающего преступность деяния, разрешило заявить о его универсальной природе применительно к освобождению медицинского работника от уголовной ответственности при причинении вреда здоровью и жизни пациента. Как вид обоснованного риска, профессиональный медицинский риск представляет собой объективно необходимое деяние медицинского работника в сложившейся ситуации, выразившееся во вмешательстве в функционирование организма человека, направленное на спасение жизни, восстановление здоровья больного, а также совершенное с целью дальнейшего развития медицинской науки и практики, с учетом вероятности положительных результатов или негативных осложнений. В зависимости от поставленной общественно-полезной цели вмешательство в функционирование человеческого организма, сопряженное с наличием риска, может быть двух видов: новаторское (медицинский эксперимент) и лечебное (диагностика и лечение различных заболеваний во всех сферах медицинской практики).

9. Изменение существующих санкций за совершение неосторожных преступлений против жизни и здоровья граждан применительно к ятрогенным преступлениям. Предлагается применение трех альтернативных видов основных наказаний за ятрогенные преступления: ограничения свободы, принудительных работ и лишения свободы. Если в качестве ятрогенного последствия наступает смерть пациента, то срок ограничения свободы является максимальным и составляет четыре года, принудительных работ и лишения свободы – четыре года

и пять лет при неисполнении медицинским работником своих профессиональных обязанностей. Причинение тяжкого вреда здоровью пациента карается с пропорциональным снижением уровня уголовной репрессии, но также с учетом морально-этического и профессионального компонентов неоказания помощи больному.

Комплекс научных положений и рекомендаций по совершенствованию уголовного законодательства в части ответственности медицинских работников за профессиональные преступления

10. Предложение о дополнении положений ст. 41 УК РФ специфическим условием правомерности медицинского риска – наличием согласия пациента на медицинское вмешательство.

11. Вывод о необходимости обособления медицинских преступлений против жизни и здоровья пациентов в самостоятельную главу 16.1 «Преступления медицинских работников против жизни и здоровья пациентов» Раздела VII УК РФ «Преступления против личности», включив в нее следующие статьи: ст. 125.1 «Ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей медицинским работником», ст. 125.2 «Неисполнение профессиональных обязанностей медицинским работником», ст. 125.3 «Нарушение установленного законом порядка изъятия органов, тканей и физиологических жидкостей человека». Соответствующие предложения сформулированы в проекте федерального закона «О внесении изменений в Уголовный кодекс Российской Федерации по вопросам совершенствования уголовной ответственности медицинских работников».

12. Утверждение о том, что составы преступлений, предусмотренные ст. 120 УК РФ нуждаются в более четком технико-юридическом оформлении путем:

- изменения названия статьи 120 «Принуждение лица к даче согласия на изъятие органов и тканей для трансплантации»;

– уточнения диспозиции ч. 1 указанной статьи и в части предмета преступления, и в части формулировки объективной стороны: «принуждение лица

к даче согласия на изъятие органов и тканей для трансплантации, а также репродуктивных органов и тканей, физиологических жидкостей»;

- обособления состава преступления, по которому потерпевшим является медицинский работник в ч. 1.1. ст. 120 УК РФ;

- дополнения квалифицированного состава принуждения к донорству (ч. 2 ст. 120 УК РФ) еще одним пунктом – совершение преступления в соучастии, т.е. «группой лиц, группой лиц по предварительному сговору или организованной группой».

13. Предложения по корректировке положений ст. 123 УК РФ, направленные на расширение пределов ее применения в соответствии с положениями действующего законодательства в сфере здравоохранения, а также общим вектором социальной политики государства по повышению рождаемости, охране материнства и детства, а именно:

- определение субъекта ответственности за незаконное исполнение искусственного прерывания беременности с учетом действующих квалификационных требований к специалистам в области акушерства и гинекологии, а также включение в число лиц, несущих ответственность по ч. 1 ст. 123 УК РФ, акушеров-гинекологов, проводящих операцию по искусственному прерыванию беременности с нарушением установленного законом порядка;

- криминализация таких форм незаконного прерывания беременности как проведение операции вне медицинского учреждения, имеющего соответствующую лицензию, нарушение нормативно установленных сроков производства аборта, а также его производство при наличии медицинских противопоказаний;

- установление в качестве квалифицирующих обстоятельств состава ст. 123 УК РФ производство аборта без согласия беременной женщины, а также с целью использования тканей эмбриона.

Теоретическая и практическая значимость исследования. Теоретическая значимость исследования состоит в том, что оно восполняет имеющиеся в теории

уголовного права пробелы, касающиеся привлечения медицинских работников к ответственности за совершение ятрогенных преступлений. Исследование позволило выявить и сформулировать существующие в законодательстве и правоприменительной практике проблемы, разработать научно обоснованные рекомендации и предложения по совершенствованию института уголовной ответственности медицинских работников.

Основные авторские выводы отражены в концептуальных основах привлечения работников медицины к уголовной ответственности за причинение вреда жизни и здоровью пациентов, развивающей соответствующие положения науки уголовного права и связанные с ними вопросы уголовно-процессуального права, без разрешения которых невозможно обеспечить эффективность применения уголовного закона.

Положения диссертационного исследования обогащают научные знания об объекте и объективной стороне криминальных ятрогений, наказуемости соответствующих деяний, ориентированные на взаимосвязанное достижение цели уголовной репрессии и назначения уголовного судопроизводства.

Представленная работа открывает перспективы последующих научных изысканий в области уголовного права в целом и института уголовной ответственности за профессиональные преступления – в частности.

Практическая значимость диссертационного исследования заключается в том, что сформулированные в ней практические рекомендации могут быть использованы в деятельности правоохранительных и судебных органов, расследующих и рассматривающих по существу уголовные дела, связанные с преступлениями, совершенными медицинскими работниками.

Результаты проведенного исследования могут быть учтены в процессе дальнейшего совершенствования уголовного законодательства, послужить основой для планирования и реализации соответствующих программ развития медицины в целом и отдельных медицинских технологий в области диагностики и лечения заболеваний, а также внедрения в практику вспомогательных

репродуктивных технологий с учетом имеющихся стандартов качества медицинской помощи, несоблюдение которых может повлечь за собой привлечение к уголовной ответственности в случае причинения вреда жизни и здоровью пациента. Выводы, содержащиеся в работе, могут быть полезны и при проведении судебно-медицинских экспертиз, сопровождающих производство по уголовным делам, возбужденным по фактам совершения ятрогенных преступлений.

Практическая значимость диссертационного исследования определяется также тем, что деятельность по привлечению медицинских работников к уголовной ответственности была систематизирована, обобщена, проанализирована и критически оценена, что позволяет использовать выводы и рекомендации, содержащиеся в работе, при разработке методических материалов по вопросам расследования преступлений данной категории, подготовке обзоров и разъяснений о практике предупреждения, выявления и пресечения ятрогенных преступлений, научной литературы, учебно-методических материалов для образовательных учреждений, а также в процессе преподавания дисциплин «Уголовное право», «Уголовно-процессуальное право», «Медицинское право» и смежных спецкурсов.

Степень достоверности результатов. Обоснованность и достоверность результатов исследования обеспечивается применением социологических критериев репрезентативности выборочного исследования, средств математической статистики, сравнением применяемых теоретических положений и результатов эмпирического анализа, сопоставлением авторских выводов с результатами, полученными другими исследователями. В целях комплексного изучения проблем рассмотрен широкий круг источников, сформировавших теоретическую и нормативную базы диссертации.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности. Тема диссертации соответствует паспорту научной специальности 12.00.08 –

Уголовное право и криминология; уголовно-исполнительное право (юридические науки).

Личный вклад соискателя ученой степени. В процессе написания диссертационного исследования автор, опираясь на многолетний медицинский опыт и юридические познания, сформулировал концептуальные основы привлечения медицинских работников к уголовной ответственности за причинение вреда жизни и здоровью пациентов, систематизировал и обобщил преступления, совершаемые в сфере медицинской деятельности, выдвинул ключевые направления в изменении положений Уголовного кодекса в части преступлений, совершаемых медицинскими работниками. Получены Акты внедрения от Российского университета дружбы народов юридического института, Тамбовского государственного технического университета юридического института.

Апробация и применение результатов диссертации. Результаты исследования докладывались на заседаниях кафедры уголовного права и процесса Тамбовского государственного университета имени Г.Р. Державина (2011-2023 гг.). Диссертация дополнительно обсуждена на кафедре уголовного права и противодействие с коррупции юридического факультета Таджикского национального университета.

Основные положения диссертации получили апробацию на международных, всероссийских и иных научно-практических конференциях в г. Тамбове, г. Воронеже, г. Москве, г. Казани, г. Екатеринбурге, г. Уфа среди которых можно выделить:

1) Международные научно-практические конференции:

– Международная научная конференция – на тему «Современная наука Евразии», 28 октября 2017 г. – доклад на тему: «К вопросу о формах использования специальных знаний в уголовном судопроизводстве». (г. Воронеж).

– Международная научно-практическая конференция – на тему «Государство и правовая система в условиях информационного общества», 8 октября 2018 г. – доклад на тему: «К вопросу о детерминации понятия преступления в сфере медицинской деятельности». (г. Казань).

– XI Международная научная конференция – на тему «Наука России: цели и задачи», Международная объединенная академия наук, 10 октября 2018 г. – доклад на тему: «Момент смерти: уголовно-правовой и медицинский аспекты». (г. Екатеринбург).

– Международная научно-практическая конференция «Государство и правовая система в условиях информационного общества», 2018 г. – доклад на тему: «К вопросу о детерминации понятия преступления в сфере медицинской деятельности». (г. Уфа).

– XI Съезд онкологов и радиологов стран СНГ и Евразии, 25 апреля 2020 г. – доклад на тему: «Ятрогенные посягательства на жизнь и здоровье пациентов». (г. Казань).

– IV Международная научно – практическая конференция, 2020 г. – доклад на тему: «Административно-правовое регулирование в сфере здравоохранения: перспективы в условиях цифровизации государственного управления и экономики». (г. Тамбов).

– X Международная научно-практическая конференция – на тему «Актуальные проблемы уголовного права криминологии, уголовного процесса и уголовно-исполнительного права: теория и практика», 16-17 апреля 2021 г. – доклад на тему: «Некоторые аспекты уголовно-правовой охраны общественных отношений в сфере медицинской деятельности». (г. Тамбов).

– VIII международная научно-практическая конференция «Актуальные проблемы уголовного права, криминологии, уголовного процесса и уголовно-исполнительного права: теория и практика», 2021 г. – доклад на тему: «Некоторые аспекты уголовно-правовой охраны общественных отношений в сфере медицинской деятельности». (г. Тамбов).

– V Международной научно-практической конференция «Тамбовские правовые чтения имени Ф. Н. Плевако», 28-29 мая 2021 г. – доклад на тему: «Развитие уголовной ответственности медицинских работников как элемента их правового статуса». (г. Тамбов).

– Международная конференция «Онкология 21 века. Инновации медицинской науки в практическом здравоохранении», 9 июля 2021 г. – доклад на тему: «Защита прав граждан и медицинских организаций при оказании медицинской помощи по профилю «онкология» пациентам за пределами территорий их страхования». (г. Казань).

– VI Международная научно-практическая конференция – на тему «Тамбовские правовые чтения имени Ф.Н. Плевако», Тамбовский государственный университет имени Г.Р. Державина, 19-21 мая 2022 г. – доклад на тему: «Состояние правоприменительной практики по делам о незаконном проведении искусственного прерывания беременности». (г. Тамбов).

2) Научные форумы и конгрессы:

– V Конгресс Российского общества специалистов по опухолям головы и шеи, Российское общество специалистов по опухолям головы и шеи, 29-30 марта 2019 г. – доклад на тему: «Ятрогенная преступность: необходимость теоретического исследования и законодательной регламентации». (г. Москва).

3) Всероссийские научно-практические конференции:

– Всероссийская научно-практическая конференция – на тему «25 лет Конституции Российской Федерации: традиции и новации государственно-правового развития», Тамбовский государственный университет имени Г.Р. Державина, 19-20 октября 2018 г. – доклад на тему: «Профессиональный медицинский риск: конституционно-правовой и уголовно-правовой аспекты». (г. Тамбов).

– Всероссийская научно-практическая конференция – на тему «Правовое регулирование в сфере здравоохранения в условиях новых вызовов: вопросы теории и практики», Тамбовский государственный университет имени Г.Р.

Державина, 25-26 марта 2022 г. – доклад на тему: «Становление и развитие правового регулирования незаконного проведения искусственного прерывания беременности в России и за рубежом». (г. Тамбов).

Публикации по теме диссертации. Теоретические и практические положения диссертационного исследования отражены в 56 трудах автора, в том числе в 5 монографиях «Ятрогении в медицинской деятельности: уголовно-правовой аспект», «Лицо, обладающее специальными знаниями, и формы его участия в производстве по уголовному делу», «Уголовная ответственность медицинских работников за причинение вреда жизни и здоровью пациентов: теория и практика», «Синдром эмоционального выгорания: медицинский, уголовно-правовой и криминологический аспекты», «Актуальные вопросы и современные аспекты уголовного судопроизводства».

Основные результаты исследования отражены в 23 научных статьях, 20 из которых опубликованы в журналах, рекомендованных ВАК Минобрнауки РФ, ВАК при Президенте РТ и 3 – в журналах, входящих в базу Scopus.

Структура и объем диссертации. Объем диссертационного исследования соответствует требованиям ВАК при Президенте Республики Таджикистан. Определяется задачами и логикой исследования. Диссертация состоит из введения, шести глав, объединяющих семнадцать параграфов, заключения, списка использованной литературы, приложений и публикации по теме диссертации, а ее общий объем составляет 380 страниц.

ГЛАВА 1. МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ОТВЕТСТВЕННОСТИ В СФЕРЕ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

§ 1. Историческая ретроспектива становления и развития института ответственности медицинских работников за правонарушения в сфере профессиональной деятельности

Многоаспектное исследование эволюции института уголовной ответственности за совершение так называемых ятрогенных преступлений, непосредственным объектом которых являются жизнь и здоровье пациентов, представляется необходимым с точки зрения дальнейшего совершенствования российского законодательства, как в области здравоохранения, так и в уголовно-правовой сфере. Таковое, на наш взгляд, должно соответствовать не только требованиям сегодняшнего дня, но и исторической правовой традиции, которая соотносится с отечественным менталитетом. Важность сохранения интереса к генезису правовых основ российской медицины, подходов к ответственности медицинских работников за совершение правонарушений в своём исследовании подчёркивают и другие авторы⁵⁹.

Достаточно весомым является тот факт, что наложение определенных публично-правовых запретов, нарушение которых наказуемо в соответствии с уголовным законом, позволяет проследить взаимозависимость деликтного поведения в сфере оказания медицинской помощи и наступающих последствий, как индивидуального, так и общественного характера.

В силу специфики врачебной деятельности, она стала предметом правового регулирования уже в период появления первых памятников русского права. Религиозный характер общественной жизни в X – XV вв. предопределил развитие монастырской врачебной практики, которая регулировалась «Церковным Уставом» Владимира Святославовича. Ввиду отсутствия в исследуемый период сколь-нибудь значимых правовых установлений публичного характера, в том числе и в

⁵⁹ Кобец П.Н. Генезис юридической ответственности за ненадлежащее оказание медицинских услуг в России XI–XX веков // Вестник Казанского юридического института МВД России. – 2022. – Т. 13. – № 1 (47). – С. 31-37; Малышева Ю.Ю. Генезис понятия врачебной ошибки и его отражение в отечественном и зарубежном уголовном законодательстве // Гуманитарные и политико-правовые исследования. – 2022. – № 4 (19). – С. 36-50.

сфере светской медицинской деятельности, в российской науке предлагается именно врачевание в монастырях определять как начало развития соответствующего вида деятельности, впоследствии регламентируемого на государственном уровне⁶⁰.

Лечение вне монастырей, т.е., по сути, светская медицина осуществлялось в частном порядке за плату, которая, согласно ст. 30 Русской Правды составляла от одной до трех гривен в зависимости от тяжести заболевания. Данный вид медицинской практики может быть определен как профессиональный, что отличает его от народной медицины, практикуемой знахарями, волхвами и зелейниками, которые до настоящего времени пользуют лечение травами, однако традиционно такая помощь не относится к категории медицинской и не регламентируется на легальном уровне.

Несмотря на отсутствие системной правовой регламентации, на наш взгляд, нельзя утверждать, что до принятия Судебника 1497 г. оказание медицинской помощи осуществлялось вне правового регулирования⁶¹. Тем не менее говорить о наличии сколь-нибудь значимого публичного подхода к регулированию охраны здоровья можно, начиная с XV- XVII вв., т.е., согласно общим основам исторической науки – с периода начала централизации государственной власти (Московского государства), когда началось «вытеснение» монастырской и народной медицины светской (городской). Непосредственно к теме нашего исследования можно отнести положения, например, Воинского Устава 1716 г., который воспринял ряд положений Судебников 1497 и 1597 гг. в части наказаний за врачебные ошибки. Заметим, что названный нами нормативный правовой акт не упоминал в себе конкретный перечень профессиональных и этических требований, которые должны были предъявляться субъекту оказания

⁶⁰ Дуленко Ю.К. К вопросу о становлении государственной медицины // Медицина и здравоохранение в дни войны и мира. – М., 2000. – С. 67.

⁶¹ См.: Новоселов В.П. Ответственность работников здравоохранения за профессиональные правонарушения. – Новосибирск: Наука, 1998. – С. 10; Никитина И.О. Преступления в сфере здравоохранения (законодательство, юридический анализ, квалификация, причины и меры предупреждения): дис. ... канд. юрид. наук. – Н. Новгород, 2007. – С. 16.

медицинской помощи, но и вводил ятрогенные деликты в число преступных деяний.

Основополагающие нововведения, повлиявшие в целом на развитие законодательства России имеют прочную связь с принятием с 1857 по 1864 гг. ряда Уставов, в числе которых Устав врачебный, переработанный и дополненный в 1892 г. (далее - Устав)⁶². Положениями Устава регулировались профессиональная квалификация и обязанности врачей (лекарей, уездных фельдшеров, вольнопрактикующих лиц). Так, устанавливалось требование наличия специального образования, а также знания русского языка, что было востребовано в связи с большим количеством иностранных лекарей, практиковавших в России в петровскую эпоху. На городском и муниципальном уровнях велись списки практикующих врачей, а также принимались должностные инструкции. К примеру, Московской уездной управой в 1868 году было установлено, что к обязанностям земского врача относятся: проживание на территории того участка, где осуществляется медицинская практика, осуществление административно-хозяйственных функций в подведомственном лечебном учреждении, установление графика приема больных в условиях амбулатории, соблюдение правил хранения и утилизации лекарственных средств, включая яды и сильнодействующие препараты, информирование властей о наличии на территории участка инфекционного заболевания и принятие мер к купированию его распространения и т.д.

Совершение врачебной ошибки могло послужить основанием для отстранения от практики вплоть до подтверждения врачом своей квалификации и получения соответствующего свидетельства. Если же такая ошибка стала причиной возникновения каких-либо тяжких последствий, то на виновного налагалось церковное покаяние.

⁶² Там же. – С. 340-364.

Принятое несколько позднее Уголовное уложение 1903 года не внесло никаких существенных изменений в исследуемый правовой институт. Как отмечает С.В. Познышев, были криминализованы такие деяния как неоказание помощи больному и выдача заведомо ложного заключения о состоянии здоровья. По мнению С.В. Познышева, следующие поступки, такие как неоказание поддержки пациенту и предоставление заведомо неверного заключения о его здоровье, были криминализованы⁶³.

Именно на этом этапе развития выявляется проблема критериев возможного привлечения медицинских работников к ответственности. Проблемность вопроса заключалась, в большей степени, в том, что, согласно установившемуся в тот период профессиональному тезису, медицинская деятельность носит исключительно гуманный характер, потому трудно определить, какие именно действия медицинских работников могут выходить за рамки этого гуманного характера, и, как следствие, за какие конкретно действия медицинский работник может быть привлечён к уголовной ответственности. Здесь следует провести грань между неосторожностью при осуществлении медицинских действий в рамках предписанных правил и профессиональной халатностью, заключающейся в несоблюдении протокола лечения. Только в первом случае врачебная ошибка могла повлечь за собой уголовную ответственность.

Начиная с 1917 года по вполне понятным социально-политическим причинам можно говорить о начале нового исторического периода развития отечественного здравоохранения и его правовой регламентации. В период построения нового государства были заложены основы государственной системы здравоохранения, функционально построенной на следующих основных началах:

- необходимости защиты граждан во всех аспектах, в том числе и в так называемом социальном аспекте;
- обязательного оказания бесплатной и при этом максимально качественной и эффективной медицинской помощи всем нуждающимся в данных услугах;

⁶³ См.: Познышев С.В. Особенная часть русского уголовного права. Сравнительный очерк важнейших отделов особенной части старого и нового уложений. – Спб., 1912. – С. 44.

- государственного финансирования медицинских учреждений во всех регионах страны; и т.д.

В УК РСФСР 1922 г. впервые в истории развития отечественного уголовного права был закреплён термин «должностное лицо». Так, согласно ст. 105, должностным лицом именовался субъект, который в той или иной системе обладал административно-хозяйственными функциями, а также правом принятия стратегически важных решений в рамках данных ему полномочий, в том числе и те, которые непосредственно касались решения поставленных государством задач⁶⁴. Отсюда можно сделать вполне логичный вывод: раз охрана здоровья – задача государства, то лица, реализующие эту задачу становятся потенциальными субъектами должностных преступлений. Позиция государства заключалась в следующем: особую общественную опасность несет за собой получение взятки (ст. 114), которое признавалось противоречащим принципу бесплатного оказания медицинской помощи в советском государственном учреждении. В тоже время частная врачебная практика могла осуществляться с взиманием платы, но с угрозой привлечения медицинского работника к дисциплинарной ответственности.

Принятые позднее кодифицированные нормативные акты 1926 и 1960 годов полностью воспроизводили приведенные положения. Следует отметить, что, наряду с получением взятки, практически востребованными являлись нормы права, как-либо закрепляющие наступление уголовной ответственности за халатность. От иных так называемых служебных преступных деяний по своей природе существенно отличаются преступления, которые были совершены медицинскими работниками непосредственно при оказании медицинской помощи, если они стали непосредственной причиной (между деянием и последствием прослеживается причинно-следственная связь) нанесения вреда жизни или здоровью пациента, т.е. фактически криминальные ятрогении. К их числу могут быть отнесены, например:

⁶⁴ Постановление ВЦИК от 01.06.1922 «О введении в действие Уголовного Кодекса Р.С.Ф.С.Р.» (вместе с «Уголовным Кодексом Р.С.Ф.С.Р.») (утратил силу) // СУ РСФСР. 1922. № 15. ст. 153.

- убийство по неосторожности или неосторожные телесные повреждения;
- незаконное абортирование;
- разглашение сведений, составляющих врачебную тайну и т.д.

Развитие советского государства в период с 1991 года с общим курсом на построение рыночной экономики не могло не оказать существенного влияния на преобразование системы здравоохранения как наиболее значимой части публично-правового механизма, имеющей кардинальные социальные последствия. Четко были разделены государственная (муниципальная) и частная системы здравоохранения. В основе первой лежит принцип социального (обязательного) медицинского страхования, в основе второй – платное оказание соответствующих услуг. Развитие медицинской науки, внедрение новых технологий повлекли за собой и трансформацию преступной деятельности, что нашло отражение в принятом 1 января 1997 года УК РФ, а также внесенных в него многочисленных изменений и дополнений. Проанализировав нормы Особенной части УК РФ можно констатировать, что система преступлений, совершаемых в сфере медицинской деятельности, содержит множество составляющих, которые детерминируются и как общеуголовные, и как должностные преступления.

Число составов преступлений, за совершение которых работник медицины может нести ответственность, весьма значительно, но при этом отсутствует их систематизация применительно к профессиональной деятельности, не выделены детерминирующие (квалифицирующие) признаки ятрогенности, которые являются определяющими с точки зрения наносимого вреда жизни и здоровью пациента.

На страницах научных изданий можно встретить различное обозначение сути исследуемой группы деликтов – от врачебной ошибки до несчастья в медицинской практике⁶⁵, что является следствием недостаточной разработанности

⁶⁵ Кудрин В.С. Концептуально-методологические и организационные основы оценки медицинской деятельности: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Оренбург, 2003. – С. 23; Кучеренко В., Флек В. Глоссарий терминов и понятий

дефинитивного аппарата, являющегося одной из главных детерминант обособления определенной группы общественно опасных деяний. И, на наш взгляд, необходимо не только систематизировать отечественное законодательство в сфере медицины, но и уделить должное внимание теоретической проработке института уголовной ответственности в целом, и в сфере оказания медицинских услуг – в частности.

Аналогичная картина прослеживается при сравнительно-правовом анализе уголовного законодательства государств – членов СНГ. Приведем конкретный пример. Так, правовое регулирование системы здравоохранения Таджикистана тесно связано с историей развития дореволюционного российского законодательства и основ советского здравоохранения. При этом после распада советского государства совершились существенные изменения в законодательно-нормативном праве по вопросу оказания первой медицинской помощи народу, где был издан Кодекс здравоохранения Республики Таджикистан, который, однако, не учел всех проблем, существующих в данной сфере деятельности, в том числе и проблемы юридической ответственности.

По нашему мнению, в Кодексе здравоохранения можно было бы предусмотреть три раздела или три части и несколько глав. В первом разделе следовало бы изложить общие положения, касающиеся здравоохранения, роли государства в этой сфере, разъяснить социальное значение здравоохранения в обществе, финансирование сферы здравоохранения, общее правовое положение пациента, медработника и т.д. Второй раздел можно было бы посвятить общим вопросам медицинской и фармацевтической деятельности. В третий раздел можно было бы включить положения о специальных направлениях здравоохранения и медицинской деятельности, таких как СПИД, трансплантация, страхование и др.⁶⁶

В исторической ретроспективе режим уголовной ответственности в профессиональной сфере деятельности тесно связан со многими аспектами, в

(тезаурус) по оценке эффективности деятельности медицинских организаций // Главврач. – 2004. – № 5. – С. 89-94; Малеина М.Н. Человек и медицина в современном праве. – М.: Бек, 1995. – С. 27.

⁶⁶ Бабаджанов Д.Б. Гражданско-правовая ответственность врачей по закону РТ "Об охране здоровья населения" и кодексу здравоохранения республики Таджикистан // Вестник ТГУПБП. – 2020. – №3 (84). – С. 97.

числе которых и качество оказываемой медицинской помощи, технический прогресс, демографические показатели и т.д. Мы сочли возможным выделить несколько этапов⁶⁷:

1.- X-XV вв., когда медицинская помощь оказывалась вне государственно-правовых форм (например, народная или монастырская медицина), но тем не менее первые упоминания о существовании права на медицинскую практику и взимание платы за соответствующие услуги содержатся в Русской Правде и Судебнике 1497 года. Несмотря на отсутствие системной правовой регламентации, на наш взгляд, нельзя утверждать, что до принятия Судебника 1497 г. Оказание медицинской помощи осуществлялось вне правового регулирования. Тем не менее говорить о наличии сколь-нибудь значимого публичного подхода к регулированию охраны здоровья можно, начиная с XV-XVII вв., т.е., согласно общим основам исторической науки – с периода начала централизации государственной власти (Московского государства), когда началось «вытеснение» монастырской и народной медицины светской (городской).

2.- XVI-XVIII вв., когда централизация государственной власти предопределила создание и развитие светской медицины. Судебник 1597 года, а впоследствии Воинский Устав 1716 г. уже содержали нормы ответственности за ненадлежащее оказание медицинской помощи, не оперируя пока самостоятельным легальным дефинитивным аппаратом, позволяющим отграничить профессиональные преступления от общеуголовных. Например, Воинского Устава 1716 г., который воспринял ряд положений Судебников 1497 и 1597 гг. в части наказаний за врачебные ошибки. Заметим, что названный нами нормативный правовой акт не упоминал в себе конкретный перечень профессиональных и этических требований, которые должны были предъявляться субъекту оказания медицинской помощи, но и вводил ятрогенные деликты в число преступных деяний.

⁶⁷ См.: Приложение № 1.

3.- XIX - начало XX вв. связан с общим кардинальным реформированием законодательства, которое в числе прочего своим следствием имело принятие

Врачебного устава 1857 г. и ряда отраслевых подзаконных нормативных актов, создав тем самым институт земской медицины, определявший профессиональную пригодность и стандарты оказания медицинской помощи. Отдельного внимания стоит факт того, что именно в этот период времени преступления, совершаемые в сфере медицины, структурно выделяются в нормативном правовом акте, а именно в Уложении о наказаниях уголовных и исправительных 1845 г., образуя собой обособленный раздел - «О нарушении уставов врачебных». Принятое несколько позднее Уголовное уложение 1903 года не внесло никаких существенных изменений в исследуемый правовой институт. Именно на этом этапе развития выявляется проблема критериев возможного привлечения медицинских работников к ответственности. Проблемность вопроса заключалась, в большей степени, в том, что, согласно установившемуся в тот период профессиональному тезису, медицинская деятельность носит исключительно гуманный характер, потому трудно определить, какие именно действия медицинских работников могут выходить за рамки этого гуманного характера, и, как следствие, за какие конкретно действия медицинский работник может быть привлечён к уголовной ответственности. Здесь следует провести грань между неосторожностью при осуществлении медицинских действий в рамках предписанных правил и профессиональной халатностью, заключающейся в несоблюдении протокола лечения. Только в первом случае врачебная ошибка могла повлечь за собой уголовную ответственность

4.-с 1917 по 1991 гг., когда в условиях существования советской бюджетной системы здравоохранения были созданы и достаточно успешно функционировали крупные клинические больницы, на базе которых велась профессиональная подготовка кадров, повышались требования к качеству оказания медицинской помощи, а, соответственно, менялась и ответственность за их нарушение. В уголовном законодательстве данного периода не существовало специального

раздела, регламентирующего ответственность медицинских работников, которая наступала (в зависимости от фактической стороны дела) за преступления против жизни и здоровья либо за должностные преступления. В УК РСФСР 1922 г. впервые в истории развития отечественного уголовного права был закреплён термин «должностное лицо». Так, согласно ст. 105, должностным лицом именовался субъект, который в той или иной системе обладал административно-хозяйственными функциями, а также правом принятия стратегически важных решений в рамках данных ему полномочий, в том числе и те, которые непосредственно касались решения поставленных государством задач. Принятые позднее кодифицированные нормативные акты 1926 и 1960 годов полностью воспроизводили приведенные положения. Следует отметить, что, наряду с получением взятки, практически востребованными являлись нормы права, как-либо закрепляющие наступление уголовной ответственности за халатность. От иных так называемых служебных преступных деяний по своей природе существенно отличаются преступления, которые были совершены медицинскими работниками непосредственно при оказании медицинской помощи, если они стали непосредственной причиной нанесения вреда жизни или здоровью пациента.

5. - с 1991 г. по настоящее время, характеризуется стремительным развитием новых, частных форм оказания медицинской помощи, которые по сей день существуют и поступательно развиваются одновременно с привычной государственной системой здравоохранения, дополняя друг друга, и, что немаловажно для эффективного развития, в положительном смысле конкурируя друг с другом. Развитие медицинской науки, внедрение новых технологий повлекли за собой и трансформацию преступной деятельности, что нашло отражение в принятом 1 января 1997 года УК РФ, а также внесенных в него многочисленных изменений и дополнений. Однако приходится констатировать и тот факт, что даже активное функционирование частного сектора медицины не решает в полной мере все существующие ныне проблемы. Но нельзя отрицать и

тот факт, что существование альтернативных путей обращения к медицинской помощи в силу объективно существующих названных нами ранее причин положительным образом сказывается на качестве медицинских услуг. Касаемо непосредственно сегодняшнего дня, считаем, что общество нуждается в строгой нормативно-правовой регламентации сферы оказания медицинских услуг (как государственного, так и частного сектора). Представляется, что подобная регламентация могла бы в полной мере ответить тем потребностям, которые сейчас существуют, в особенности имеется в виду потребность каждого лица пациента в соблюдении его законных прав и свобод.

§ 2. Понятие «медицинский работник»: легальное и доктринальное толкования в контексте содержания категории «медицинская деятельность»

В нынешнее время понятие «медицинская деятельность» укреплено в п. 10 ст. 2 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»⁶⁸. По нашему мнению, указанное нами определение возможно отнести к категории так называемых «комплексных определений», так как включает в себя перечень возможных форм рассматриваемой нами деятельности. Но при этом мы считаем, что наличие подобного широкого определения не означает отсутствие доктринальных вопросов, связанных с необходимостью решения, в том числе установление неких условных границ аппарата, который включал бы в себя все, без исключения, направления профессиональной медицинской деятельности, а так, что немаловажно, отражал реальное развитие и возможный потенциал рассматриваемой нами сферы.

Субъектами медицинского преступления являются лица, наделенные статусом медицинского работника. К ним номенклатурный перечень должностей медицинских и фармацевтических служащих включает:

⁶⁸ Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 24.07.2023 г.) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.consultant.ru> (дата обращения: 10.08.2023).

- начальников медицинских предприятий, которые считаются уполномоченными лицами;
- врачей с высшим профессиональным медицинским образованием, должности которых могут занимать как врачи-специалисты, так и врачи стажеры;
- работников с высшим образованием, не медицинского направления и не приравняемые к группе врачей;
- средний медицинский персонал, имеющий соответствующее медицинское образование (например, акушер; зубной техник; лаборант; медицинская сестра и т.д.);
- младший медицинский персонал (например, санитар; санитар-водитель; сестра-хозяйка и т.д.)⁶⁹.

Как видно, законодатель, используя определения «медицинская деятельность» и «медицинская помощь», не избегает их многозначности, но для достижения правового регулирования юридической ответственности их нужно различать по содержанию, так и по объему. Приведем несколько аргументов.

Прежде всего, обращаясь к ст. 41 Конституции РФ, мы делаем вывод о том, что медицинская помощь, как неотъемлемое право каждого гражданина, является важнейшим конституционно-правовым институтом. Исходя из конституционных норм и иных норм законодательства (в особенности, п. 3 ст. 2 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»), можно выявить следующую дефиницию: медицинская помощь – комплекс определённых мероприятий (манипуляций), имеющих своей целью восстановление/поддержание/профилактику/реабилитацию здоровья пациента посредством предоставления необходимых пациенту медицинских услуг. При этом объективно существующим структурным элементом оказания медицинской помощи медицинское вмешательство, которое в качестве дефиниции несколько отличается от медицинской помощи как таковой, хотя и имеют много схожего.

⁶⁹ Об утверждении Номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников: Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1183н (ред. от 04.09.2020) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://legalacts.ru/doc/prikaz-minzdrava-rossii-ot-20122012-n-1183n/> (дата обращения: 11.08.2023).

Медицинское вмешательство – это комплекс манипуляций, осуществляемых медицинскими служащими с целью эффективного преобразования телесного и психического положения пациента. Этот процесс охватывает различные процедуры, предпринимаемые специалистами в области здравоохранения для поддержания и восстановления здоровья пациентов. Среди этих медицинских вмешательств справедливо включается и искусственное прерывание беременности, которое может потребоваться по медицинским и психосоциальным показаниям.

Далее, на наш взгляд, необходимо определиться с пониманием категорий «медицинская помощь» и «медицинская услуга». С нашей точки зрения, вполне обоснованно и аргументировано мнение учёных, ставящих знак равенства между двумя этими понятиями⁷⁰. С точки зрения частного права, а именно гражданского, где категория «услуга» является одной из основополагающих, услуга представляет собой произведение определённого действия либо целого комплекса последовательных действий для удовлетворения личных нужд гражданина, обратившегося за данной услугой⁷¹. Данное определение, в рамках медицинской помощи, не может быть ограничено осуществлением медицинской деятельности в государственных или муниципальных учреждениях здравоохранения. Отсюда следует, в том числе, и обоснованность необходимости существования частного сектора оказания медицинских услуг. При этом в литературе имеются и иные мнения. К примеру, отдельные авторы полагают, что между понятиями «медицинская услуга» и «медицинская помощь» принципиальная разница состоит в том, что первое предполагает оконченное действие, которое имеет своё начало и конец, а также оказывается конкретному пациенту, в то время как второе понятие включает в себя целый набор как медицинского, так и немедицинского

⁷⁰ Кравченко Р.М. К вопросу об уголовно-правовой оценке некачественного медицинского вмешательства // Российский следователь. – 2017. – № 13. – С. 29.

⁷¹ Колоколов Г.Р., Махонько Н.И. Медицинское право: Учебное пособие. – М.: Дашков и К, 2009. – С. 87.

характера, которые выполняются не только в отношении одного, но также и нескольких пациентов одновременно⁷².

Остановимся более подробно на рассмотрении медицинской помощи. Так, профессиональная медицинская помощь реализуется в двух формах:

1) в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения, что опосредует реализацию названного выше конституционного права каждого гражданина и детализируется в части видов, объема, форм и порядка ее оказания государством⁷³;

2) в частных медицинских предприятиях, где такие услуги предлагаются за определенную оплату и по обоюдным условиям, диспозитивная природа которых базируется на общих принципах гражданско-правового регулирования общественных отношений. При этом данная форма медицинской помощи подчинена лицензионным требованиям и стандартизирована государством.

Кроме того любой вид применения медицинской деятельности сопряжена с определённой долей профессионального риска, что может повлечь нанесение вреда здоровью пациента, причинение увечий, наступление смерти пациента по вине медицинского работника и т.д. Потому медицинская деятельность регулируется методом лицензирования (п. 46 ст. 12 Федерального закона «О лицензировании отдельных видов деятельности»⁷⁴). В то же время на подзаконном нормативно-правовом уровне к медицинской деятельности относится значительно более широкий перечень услуг, в числе которых проведение медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований, санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, профессиональная деятельность, связанная с трансплантацией

⁷² Слепенко Ю.Н., Станкевич Г.В., Степанова Л.П. Особенности ответственности медицинской организации за причинение вреда здоровью пациента // Юридический вестник Дагестанского государственного университета. – 2021. – № 2. – С. 75.

⁷³ Например: Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи: Приказ Минздрава России от 20.06.2013 № 388н (ред. от 21.02.2021 г.) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.consultant.ru> (дата обращения: 11.08.2023).

⁷⁴ О лицензировании отдельных видов деятельности: Федеральный закон от 04.05.2011 № 99-ФЗ (ред. от 29.12.2022) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.consultant.ru> (дата обращения: 11.08.2023).

(пересадкой) органов и (или) тканей, обращением донорской крови и (или) ее компонентов в медицинских целях⁷⁵.

Во-вторых, считаем целесообразным иметь в виду то, что на сегодняшний день медицинская помощь не ограничивается лишь профессиональной составляющей⁷⁶. К такому выводу можно прийти, проанализировав весь массив нормативного регулирования рассматриваемой нами сферы: ни один нормативный правовой акт, включая и положения п. 3 ст. 2 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», не устанавливает запрета производства медицинских манипуляций лицами, не имеющими полученного в установленном порядке профессионального медицинского образования. Так, можно предположить, что и так называемая «народная медицина» тоже является своего рода деятельностью по оказанию медицинских услуг, тем более, что она имеет ту же цель, что и «официальная» медицина – охрану жизни и здоровья пациента.

Народная медицина, между тем, поименована в законодательстве, а именно в ст. 50 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Народная медицина на практике включает в себя комплекс определённых манипуляций, безопасность и польза совершения которых укоренены в народном опыте. Законодателем также отдельно подчёркивается отграничение от методов народной медицины магических либо религиозных практик. Народную медицину, на наш взгляд, нельзя отнести к институту медицинской деятельности, так как это противоречит и положениям отечественного законодательства, и правовой доктрине. При этом нам кажется вполне логичным вывод о том, что народную медицину является возможным

⁷⁵ О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации (вместе с «Положением о лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)»): Постановление Правительства РФ от 01.06.2021 № 852 (ред. от 16.02.2022) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.consultant.ru> (дата обращения: 11.08.2023).

⁷⁶ Ковалевский М.А. Правовые проблемы оказания платной медицинской помощи // Кодекс-инфо. – 2002. – № 9. – С. 72.

отнести к категории медицинской помощи (непрофессиональной), которая хоть и не может являться частью «государственной медицины», но вполне возможно её существование в частном секторе, то есть оказание помощи посредством народной медицины на возмездной основе.

Интересно также проанализировать категории «фармацевтическая организация» и «фармацевтический работник» (пп. 12 и 14 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации») на предмет их соотношения с медицинской деятельностью. Содержание рассматриваемой деятельности включает в себя изготовление и розничную торговлю лекарственными средствами. Она подлежит лицензированию в соответствии с законодательством Российской Федерации⁷⁷. Субъект, осуществляющий фармацевтическую деятельность, должен получить соответствующее профессиональное образование. Сама по себе деятельность имеет собой одну задачу с медицинской деятельностью – охрана жизни и здоровья граждан. Однако важно понимать существенную разницу в осуществлении этих двух видов деятельности, и по этой причине кажется спорным доказательство о том, что деятельность по фармацевтике отнесится к медицинской деятельности⁷⁸.

Как следует из сказанного нами выше, медицинская помощь далеко не всегда может быть профессиональной и являться частью медицинской деятельности. Например, ее можно разделить на категории:

- деятельность матерей, которые самостоятельно своих малолетних детей от распространенных заболеваний, например простудных, либо от незначимых травм;
- занятие старших детей семьи, по самостоятельному исполнению ухода за больными и беспомощными родителями;

⁷⁷ См.: Об утверждении Положения о лицензировании фармацевтической деятельности: Постановление Правительства РФ от 31.03.2023 № 547 (ред. от 03.08.2023) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.consultant.ru> (дата обращения: 11.08.2023).

⁷⁸ Павлова Н.В. Уголовно-правовое регулирование медицинской деятельности: дис. ... канд. юрид. наук. – М., 2006. – С.16.

- действие лиц по применению первой помощи потерпевшим при эпидемиях, в катастрофах, техногенного или природного характера и в других явлениях;

- деятельность других лиц, которые оказывают психологическую консультацию или применившие другие действия, связанные с реабилитацией или лечением больных.

Итак, можно утверждать что медицинская деятельность это *деятельность, осуществляемая профессионалами-медиками, по оказанию медицинской помощи, проведению медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований, санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий и соответствующая деятельность, связанная с трансплантацией (пересадкой) органов и (или) тканей, обращением донорской крови и (или) ее компонентов, общим назначением которой является поддержание и восстановление здоровья, осуществляемые путем профилактики, диагностики и лечения заболеваний пациентов, а также уход за больными и их реабилитация.*

Предлагаемое определение актуализирует вопрос о субъекте, относимом к числу «профессионалов-медиков».

Если опираться на требования, изложенные в п. 13 ст. 2 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», то можно констатировать, что медицинский работник – это физическое лицо, которое имеет медицинское или иное образование, работает в медицинской организации и в трудовые (должностные) обязанности которого входит осуществление медицинской деятельности, либо физическое лицо, которое является индивидуальным предпринимателем, непосредственно осуществляющим медицинскую деятельность.

Столь широкое легальное толкование не может не вызывать значительных трудностей в правоприменительной практике, которые находят отражение в различных теоретических работах, посвященных анализу спорных ситуаций, возникающих при определении субъекта, ответственного за ненадлежащее

оказание профессиональной медицинской помощи. Например, Т.Е. Сучкова, включает в число медицинских работников не только врачей, но и средний медицинский персонал⁷⁹.

П.С. Чупрына, в свою очередь, высказывает предположение, согласно которому к штату медицинских работников необходимо относить всех тех лиц, которые относятся к штату медицинского учреждения и в своей ежедневной профессиональной деятельности непосредственно соприкасаются с пациентами либо же с их биологическим материалом в ходе его исследования в клинических лабораториях⁸⁰. Позволим себе поставить под сомнение справедливость приведенных утверждений.

Так, достаточно алогично выглядит тезис о том, что к категории медицинских работников относятся все лица, имеющие как непосредственный, так и опосредованный контакт с пациентом. Полагаем, что определяющим в данном случае является трудовой договор лица с медицинским учреждением, в котором ему приписано в обязанность осуществление медицинской деятельности. Смысловая и содержательная разница в данном случае является существенной.

Рассматриваемая проблема не является краеугольной с тех пор, как была разработана и впоследствии введена в действие номенклатура должностей медицинских и фармацевтических работников. В качестве таковых названная номенклатура выделила:

- лиц, замещающих руководящие должности в медицинских организациях – руководителей соответствующих организаций, которые в своей профессиональной деятельности в большинстве случаев реализуют исключительно организационно-управленческие полномочия, не имея при этом постоянного контакта с пациентами;

- врачей, получивших в установленном порядке высшее профессиональное медицинское образование (в данную категорию, в свою очередь, входят и врачи-

⁷⁹ Сучкова Т.Е. К вопросу о необходимости конкретизации юридической терминологии медицинского законодательства // Земский врач. – 2014. – № 1(22). – С. 53.

⁸⁰ Чупрына П.С. Уголовная ответственность медицинских работников за нарушение ими профессиональных обязанностей // Вестник Томского государственного университета. – 2009. – № 320. – С. 143.

специалисты, и врачи-стажёры⁸¹). Нам представляется целесообразным в рамках настоящего исследования высказать предположение о том, что в Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» - необходимо отразить не существующую в нём сейчас дефиницию «лечащий врач» (п. 15 ст. 2), а общее понятие – «врач». На наш взгляд, данное нововведение имеет весомое значение, поскольку при этом появляется реальная возможность выстраивания акцентов не конкретно на деятельности врача в период прохождения пациентом лечения, но на общей ответственности врачей в сфере оказания качественных медицинских услуг;

- лиц, не имеющих высшее медицинское образование, однако имеющих иное высшее профессиональное образование, наделяющее их необходимыми знаниями и навыками и позволяющее им работать с пациентами в ходе прохождения лечения, не обладая при этом статусом врача (например, это может быть судебный эксперт, психолог, биолог и т.д.);

- лица, имеющие среднее профессиональное медицинское образование (как минимум), иначе – средний медицинский персонал (лаборант; акушер; медицинская сестра; зубной техник; и т.д.);

- младший медицинский персонал (санитар; водитель-санитар; сестра-хозяйка и т.д.)⁸².

В другую группу медицинских служащих необходимо отнести практикантов в негосударственном секторе здравоохранения, частных бизнесменов. В соответствии с п. 13 ст. 2 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» частнопрактикующие специалисты должны иметь соответствующую лицензию, которая выдается исключительно лицам со

⁸¹ Думается, что подобный подход снимает с повестки дня вопрос об отграничении врачей от иных категорий медицинских работников именно по образовательному цензу, что активно обсуждалось на страницах периодической печати (См., например: Боева О.Ю., Идрисова С.Ф. Медицинский работник как субъект профессионального преступления // Проблемы экспертизы в медицине. – 2009. – № 36-4. – Том 9. – С. 4; Косарев К.В. Субъекты гражданско-правовой ответственности за причинение вреда здоровью пациентов // Вестник Томского государственного университета. – 2012. – № 363. – С. 131).

⁸² Об утверждении Номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников: Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1183н (ред. от 01.08.2014) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: // <http://legalacts.ru/doc/prikaz-minzdrava-rossii-ot-20122012-n-1183n/> (дата обращения: 19.02.2023).

специальным образованием, когда есть какой-нибудь стаж работы по данной спецификации, и сертификат о прохождении курса (п. 4 пп. «в» Положения о лицензировании медицинской деятельности⁸³), как уже было указано выше, не рассматривается непосредственно п. 13 ст. 2 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Изложенное позволяет конкретизировать дефиницию «медицинский работник», изложив пункт 13 статьи 2 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» следующим образом: **«медицинский работник – это физическое лицо, имеющее медицинское или иное образование, заключившее трудовой договор с медицинской организацией, осуществляющее медицинскую деятельность в соответствии с должностными обязанностями руководителя, врача, специалиста с высшим профессиональным (немедицинским) образованием, среднего и младшего медицинского персонала, а также физическое лицо, являющееся индивидуальным предпринимателем, непосредственно осуществляющим медицинскую деятельность».**

Как уже нами было сказано выше, существуют определённые условия отнесения субъекта к категории медицинских работников. Все эти условия пересекаются в одном аспекте – субъект, называемый медицинским работником, так или иначе состоит в трудовых правоотношениях с организацией, осуществляющей медицинские услуги, потому ясно, что отношения медицинского работника и соответствующей организации лежат в плоскости трудового права, и, соответственно, регулируются его нормами, а также в ст. 72 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Основным принципом вероятности применения медицинской деятельности считается профессионализм медицинского служащего (п. 10 ст. 2 Федерального

⁸³ О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»): Постановление Правительства РФ от 16.04.2012 № 291 (ред. от 08.12.2016г.) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.consultant.ru> (дата обращения: 11.01.2023).

закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»). Из этого положения напрямую следует, в частности, обязанность медицинских работников на протяжении всей своей профессиональной деятельности углублять свои знания и совершенствовать профессиональные навыки (п. 3 ч. 2 ст. 73 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»). Из текста клятвы врача, содержащейся в ст. 71 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», существует еще один важный принцип, который относится к применению медицинской деятельности – честность и добросовестность. Он предусматривает честное выполнение своих обязанностей врача и распространяется на всех медицинских работников. Добросовестность включает в себя заботливость и осмотрительность, необходимые для правильного выполнения профессиональных обязанностей и задач⁸⁴. Кроме того, важным является и принцип ответственности медицинских служащих, прямо закрепленный в ч. 2 ст. 98 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», которая наступает за нарушение прав в сфере охраны здоровья, причинение вреда жизни и (или) здоровью при оказании гражданам медицинской помощи.

В контексте рассматриваемых вопросов целесообразно сосредоточить внимание и на такой категории, как «профессиональный статус медицинского работника», который достаточно комплексно проанализировала Т.А. Кирова в своей диссертации⁸⁵. В это понятие автор включает «границы правомерного профессионального поведения лиц, участвующих в ходе предоставления медицинской помощи больным, который обеспечивает возможность эффективного исполнения ими своих медицинских задач».

В заключении можно сформулировать ряд обобщающих выводов, где важно определиться с концепцией категорий «медицинская помощь» и «медицинская услуга». С нашей точки зрения, вполне обоснованно и аргументировано мнение

⁸⁴ Каменева З.В. Понятие и принципы медицинской деятельности // Законодательство и экономика. – 2016. – № 1. – С. 14.

⁸⁵ Кирова Т.А. Уголовно-правовое обеспечение профессионального статуса медицинских работников: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. – Саратов, 2021. – С. 11.

учёных, ставящих знак равенства между двумя этими понятиями . С точки зрения частного права, а именно гражданского, где категория «услуга» является одной из основополагающих, услуга представляет собой произведение определённого действия либо целого комплекса последовательных действий для удовлетворения личных нужд гражданина, обратившегося за данной услугой . Данное определение, в рамках медицинской помощи, не может быть ограничено осуществлением медицинской деятельности в государственных или муниципальных учреждениях здравоохранения. Отсюда следует, в том числе, и обоснованность необходимости существования частного сектора оказания медицинских услуг. При этом в литературе имеются и иные мнения. К примеру, отдельные авторы полагают, что между понятиями «медицинская услуга» и «медицинская помощь» принципиальная разница состоит в том, что первое предполагает оконченное действие, которое имеет своё начало и конец, а также оказывается конкретному пациенту, в то время как второе понятие включает в себя целый набор как медицинского, так и немедицинского характера, которые выполняются не только в отношении одного, но также и нескольких пациентов одновременно .

Во-первых, понятие «медицинская деятельность» необходимо отграничивать от смежной категории «медицинская помощь» как по кругу субъектов, так и по содержанию.

Во-вторых, анализ содержательной стороны понятий «медицинская помощь» и «медицинская услуга» позволил прийти к выводу о том, что первое значительно шире второго и не имеет возможность сравняться с цивилистической группой гражданско-правовых услуг по причине неимения правил погашения и свободы соглашения. По этой причине дается предложение выделять два обоснованных форм медицинской помощи:

1) медицинскую помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения, оказываемую гражданам за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, иных поступлений;

2) медицинские услуги, предоставленные на возмездном начале по обоюдным условиям сторон, которое закреплено в гражданском законе.

В-третьих, чтобы быть отнесенным к группе медицинских служащих, необходимо соответствовать следующим условиям: иметь образовательный ценз, заключить трудовое соглашение с медицинским учреждением, и реализация медицинской деятельности. В этом аспекте необходимо определить понятие «медицинский работник», закрепленный в п. 13 ст. 2. Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» следующим образом: «медицинский работник – это физическое лицо, имеющее медицинское или иное образование, заключившее трудовой договор с медицинской организацией, осуществляющее медицинскую деятельность в соответствии с должностными обязанностями руководителя, врача, специалиста с высшим профессиональным (немедицинским) образованием, среднего и младшего медицинского персонала, а также физическое лицо, являющееся индивидуальным предпринимателем, непосредственно осуществляющим медицинскую деятельность».

Сравнительный анализ категории «медицинская деятельность» и «медицинский работник» в Уголовном законодательстве и Кодексе здравоохранения Республики Таджикистан выявил их отсутствие. Широкое легальное толкование не может не вызывать значительных трудностей в правоприменительной практике, которые находят отражение в различных теоретических работах, посвященных анализу спорных ситуаций, возникающих при определении субъекта, ответственного за ненадлежащее оказание профессиональной медицинской помощи.

На наш взгляд, категория медицинских служащих включает лиц, у которых имеется высшее профессиональное образование и они сертифицированы/лицензированы соответствующим государственным органом в области здравоохранения. Также в эту категорию входят персонал среднего медицинского образования, обладающий необходимыми сертификатами для выполнения определенных видов медицинской работы (например, медсестры,

медсестры, фельдшеры, акушерки, санитары). Студенты медицинских вузов и колледжей также относятся к этой категории.

Существуют определённые условия отнесения субъекта к категории медицинских работников. Все эти условия пересекаются в одном аспекте – субъект, называемый медицинским работником, так или иначе состоит в трудовых правоотношениях с организацией, осуществляющей медицинские услуги, потому ясно, что отношения медицинского работника и соответствующей организации лежат в плоскости трудового права, и, соответственно, регулируются его нормами, а также в ст. 72 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

§ 3. Дифференциация ответственности за совершение правонарушений в сфере медицинской деятельности

Совершение в сфере медицинской деятельности профессиональных преступлений со всей очевидностью представляет собой существенную криминологическую угрозу общественной безопасности. Ее превенция тесно связана с решением научных проблем уголовной ответственности в сфере оказания медицинских услуг. На первый план в данном контексте выступает вопрос об основаниях ответственности лиц, осуществляющих медицинскую деятельность.

Общеправовое понимание юридической ответственности как обязанности лица, совершившего деликт, претерпеть неблагоприятные последствия правового характера, может быть экстраполировано на уголовно-правовую сферу в полной мере. В любом случае таковая носит ретроспективный характер, поскольку является публично-правовой реакцией на уже совершенное противоправное деяние, которое имеет все необходимые признаки правонарушения, а именно: посягает на охраняемые государством общественные отношения, причиняя им

вред, наличествуют признаки субъекта, действующего виновно, что в свою очередь предопределяет наличие детерминанты наказуемости.

Применяя указанные признаки на ятрогенные преступления отметим следующее. Систематизация преступных деяний в данном случае обусловлена общим объектом посягательства – регламентированными законом общественными отношениями, складывающимися в процессе оказания медицинской помощи субъектом, обладающим всеми квалификационными признаками медицинского работника. Вариативность деликтов предполагает, что ответственность за их совершение предусмотрена различными отраслями права.

Так, если вред причиняется в рамках имущественных отношений, складывающихся в процессе оказания медицинских услуг, то речь идет о гражданско-правовом деликте. Кроме того, неблагоприятные последствия медицинских манипуляций, причиняющие вред здоровью пациента в данном случае, расцениваются законодателем как вред нематериальным благам, возмещаемый также в имущественном эквиваленте. Цивилистическое понимание медицинского деликта характеризуется денежным выражением его возмещения. Обратим внимание на то, что в судебной практике достаточно распространены дела, касающиеся возмещения вреда пациентам в имущественном эквиваленте, а также моральной компенсации⁸⁶.

Немаловажным с точки зрения гражданского законодательства является вопрос о том, кто несет ответственность при возникновении названного выше имущественного ущерба, т.е., кто является ответчиком в исковом производстве. Часть специалистов высказывается о необходимости индивидуализации ответственности конкретного медицинского работника, другая часть – ссылаясь на систему трудовых отношений, обосновывает позицию, согласно которого

⁸⁶ См., например: Решение Боровичского районного суда Новгородской № 2-762/2020 2-762/2020~М-570/2020 М-570/2020 от 15 сентября 2020 г. по делу № 2-762/2020 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: // sudact.ru/regular/doc/UvEvOD1rkHdp/ (дата обращения: 11.08.2023); Решение Советского районного суда г. Липецка № 2-118/2020 2-118/2020(2-6225/2019;)-М-5671/2019 2-6225/2019 М-5671/2019 от 20 июля 2020 г. по делу № 2-118/2020 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: // sudact.ru/regular/doc/Jd0Tij1QfVWl/ (дата обращения: 11.08.2023); Решение Краснокаменского городского суда Забайкальского края № 2-3/2020 2-3/2020(2-462/2019;)-М-362/2019 2-462/2019 М-362/2019 от 29 мая 2020 г. по делу № 2-3/2020 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: //sudact.ru/regular/doc/МуМНІЗНСВ5m8/ (дата обращения: 11.08.2023).

ответственность несет медицинское учреждение (организация), в которой служит лицо, причинившее вред⁸⁷. Данная позиция представляется нам наиболее соответствующей существующему правовому регулированию, поскольку ч. 3 ст. 98 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» вред, причиненный медицинским работником и возмещаемый в исковом производстве, является зоной ответственности работодателя (индивидуального предпринимателя). Внесем некоторое уточнение. Наличие трудового договора является определяющим при возмещении вреда медицинской организацией, однако, аналогичное правило действует и при наличии договорных отношений с лицом, непосредственно ответственным за имущественный ущерб (ст. 1068 ГК РФ)⁸⁸. В качестве условия возмещения можно выделить оказание медицинских услуг в рамках задания и под контролем организации (учреждения). Тот факт, что при гражданско-правовом деликте в качестве ответчика выступает юридическое лицо не отменяет дисциплинарной и материальной ответственности причинителя вреда, если таковая предусмотрена трудовым договором. Трудовое законодательство (ст.ст. 232-233 ТК РФ⁸⁹) предполагает возмещение виновным имущественного вреда, причиненного работодателю в связи с исковым производством, т.е. прямых отношений пациент – медицинский работник в данном случае не возникает.

В силу специфики гражданско-правовой ответственности интерес представляет сложившаяся судебная практика, которая к числу медицинских деликтов относит, например:

- отсутствие надлежащего уровня профессиональной подготовки для осуществления конкретной медицинской манипуляции, что в данном случае

⁸⁷ См., например: Кагаловская Э.Т., Солощева С.А., Лысенкова М.В., Бендз С.Ю. Страхование профессиональной ответственности медицинских работников в России: сущность и проблемы развития // Финансы. – 2003. – № 10. – С. 42-46.

⁸⁸ Гражданский кодекс Российской Федерации (часть вторая) от 26.01.1996 N 14-ФЗ (ред. от 24.07.2023 г.) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.consultant.ru> (дата обращения: 06.10.2022).

⁸⁹ Трудовой кодекс Российской Федерации от 30.12.2001 № 197-ФЗ (ред. от 04.08.2023 г.) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.consultant.ru> (дата обращения: 06.10.2022).

лежит также и в зоне ответственности медицинской организации, которая заключала трудовой договор и определяла круг обязанностей работника;

- совершение медицинских манипуляций при отсутствии специального оборудования, что также является обязанностью работодателя, определяющего перечень оказываемых медицинской организацией услуг с учетом наличествующего технического оснащения;

- сложности диагностики и лечения нетипичных заболеваний, которые находятся вне рамок существующих протоколов и исключают виновность медицинского работника, поскольку обусловлены индивидуальными особенностями организма пациента и не укладываются в стандарты лечения;

- виновное поведение пациента, связанное как с поздним обращением за медицинской помощью, так и игнорированием данных врачом предписаний и т.д.

Описание приведенных выше ситуаций позволяет сделать общий вывод о том, что наличие гражданско-правового деликта обусловлено противоправностью деяния, виновностью, а также наличием причинной связи причиненного вреда здоровью пациента и совершенными медицинскими манипуляциями.

Если мы проводим параллели с криминальными ятрогениями, то наступление гражданско-правовой ответственности характеризуется презумпцией вины медицинского работника, доказывание отсутствия которой входит в процессуальные обязанности ответчика, а именно – в процессе диагностики и лечения лицом были приняты все возможные меры для охраны жизни и здоровья пациента, что подтверждается медицинской документацией, в частности - договором, в котором должны быть под роспись разъяснены возможные последствия медицинских манипуляций, а также письменным согласием пациента на проведение диагностики и лечения.

Все вышеизложенное позволяет констатировать, что гражданско-правовая ответственность за медицинские деликты характеризуется имущественным характером возмещения, а также субъектом – ответчиком, в качестве которого

выступает работодатель, обладающий правом регрессного требования к причинителю вреда.

Административные правоотношения также имеют определенную специфику, поскольку нормы об ответственности в данном случае адресованы медицинским организациям и должностным лицам, что связано со спецификой содержания деликта, возникающего из публично-правовых отношений. В литературе подчеркивается, что перечень специфических административных правонарушений, совершаемых медицинскими организациями и медицинскими работниками является достаточно многообразным⁹⁰.

Так, административная ответственность в сфере здравоохранения наступает за причинение вреда санитарно-эпидемиологическому благополучию населения, существенное нарушение лицензионных требований, нарушение законодательства о рекламе, несоблюдение принципа информирования граждан (например, о программах медицинского страхования), когда в качестве санкций предусмотрено приостановление и аннулирование лицензии.

В последние годы законодатель демонстрирует очевидную тенденцию к индивидуализации административной ответственности, предусматривая в качестве субъекта правонарушения уже не медицинскую организацию, а конкретного медицинского работника (например, невыполнение обязанностей о представлении информации о конфликте интересов при осуществлении медицинской деятельности (ст. 6.29 КоАП РФ)⁹¹, нарушение протокола лечения определенного заболевания, а также порядка проведения медицинских манипуляций, нарушение порядка лекарственных исследований на возможность их практического применения; неверный порядок назначения лекарств; работа в сфере медицины и фармацевтики без получения в установленном порядке лицензии на осуществление соответствующей деятельности).

⁹⁰ Егоров О.Н., Майоров А.В. Вопросы юридической ответственности в медицинской деятельности // Вестник Челябинского государственного университета. Образование и здравоохранение. – 2021. – № 4 (16). – С. 25.

⁹¹ Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях от 30.12.2001 № 195-ФЗ (ред. от 04.08.2023 г.) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.consultant.ru> (дата обращения: 06.10.2022).

В данном случае речь идет об административных санкциях в виде штрафа либо предупреждения. В частности, ранее упомянутая нами ст. 6.29 КоАП РФ (ч. 1 – ч. 3) предусматривает наказание в виде административного штрафа. Обратимся к примеру применения данной санкции на практике. Так, в решении Дюртюлинского районного суда Республики Башкортостан рассматривается жалоба заведующего-врача судебно-медицинского эксперта межрайонного судебно-медицинского отделения ГБУЗ Бюро МЗ РБ Шакирова Ш.Ф. на постановление руководителя территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по Республике Башкортостан по делу об административном правонарушении, предусмотренным ч.1 ст.6.29. КоАП РФ. Установлено, что данным лицом при явном наличии конфликта интересов не были приняты необходимые меры к его предотвращению путем письменного сообщения о наличии прямого конфликта интересов при предоставлении платных ритуальных немедицинских услуг⁹².

Проводя компаративный анализ с криминальными ятрогениями, отметим, что административные деликты в сфере здравоохранения имеют иной уровень общественной опасности⁹³, поскольку данный признак исключен из легального толкования соответствующей дефиниции (ст. 2.1 КоАП РФ).

Во внимании остается тот факт, что медицинская практика регламентируется в основном позитивным законодательством, при совершении ятрогенного посягательства на жизнь и здоровье пациента, нарушаются нормы уголовно-правового характера, что влечет за собой наступление иного вида ответственности. Исходя из базовых принципов уголовного права, субъектом преступления может быть только физическое лицо, что исключает ответственность работодателя (как это было описано выше применительно к гражданско-правовым деликтам), равно как и презумпцию виновного поведения с

⁹² Решение Дюртюлинского районного суда Республики Башкортостан № 12-113/2019 12-8/2020 от 18 февраля 2020 г. по делу № 12-113/2019 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: // sudact.ru/regular/doc/EPaajzeIDjNt/ (дата обращения: 11.08.2023).

⁹³ Плиев Р.С. Административная ответственность медицинских учреждений и должностных лиц за нарушение права граждан на охрану здоровья // Ленинградский юридический журнал. – 2017. – № 1. – С. 209.

возложением обязанности доказывания на причинителя вреда. При применении положений уголовного закона об обстоятельствах, исключающих преступность деяния (обоснованный риск либо крайняя необходимость) нельзя исключать и трансформации формы ответственности – из уголовной в гражданско-правовую.

Таким образом, медицинская деятельность не является предметом регулирования какой-либо одной отрасли российского права, составляя предмет целого комплекса отраслей, в том числе уголовного права. Факт того, что медицинская деятельность регулируется комплексом отраслей права, наталкивает на мысль о необходимости кодификации законодательства о медицинской деятельности и возможном создании единого нормативного правового акта – кодекса. Этот шаг помог бы, в частности, выявить необходимые условия наступления правовой ответственности в рассматриваемой нами сфере⁹⁴. В силу специфики гражданско-правовой ответственности интерес представляет сложившаяся судебная практика, которая к числу медицинских деликтов относит, например:

- отсутствие надлежащего уровня профессиональной подготовки для осуществления конкретной медицинской манипуляции, что в данном случае лежит также и в зоне ответственности медицинской организации, которая заключала трудовой договор и определяла круг обязанностей работника;

- совершение медицинских манипуляций при отсутствии специального оборудования, что также является обязанностью работодателя, определяющего перечень оказываемых медицинской организацией услуг с учетом наличествующего технического оснащения;

- сложности диагностики и лечения нетипичных заболеваний, которые находятся вне рамок существующих протоколов и исключают виновность медицинского работника, поскольку обусловлены индивидуальными особенностями организма пациента и не укладываются в стандарты лечения;

⁹⁴ См.: Клык Н., Соловьев В. Медицинский кодекс России: каким ему быть? // Российская юстиция. – 1997. – № 9. – С. 21; Косолапова Н.В. Конституционное обеспечение права граждан на медицинскую помощь: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. – Саратов, 2000. – С. 8; Мохов А.А. К вопросу о кодификации законодательства об охране здоровья граждан // Право и политика. – 2002. – № 7. – С. 82-88.

- виновное поведение пациента, связанное как с поздним обращением за медицинской помощью, так и игнорированием данных врачом предписаний и т.д. В качестве аргумента против принятия единого нормативного правового акта обычно называют отсутствие зарубежного опыта в принятии подобного акта в сфере оказания медицинских услуг. Административные правоотношения также имеют определенную специфику, поскольку нормы об ответственности в данном случае адресованы медицинским организациям и должностным лицам, что связано со спецификой содержания деликта, возникающего из публично-правовых отношений. В литературе подчёркивается, что перечень специфических административных правонарушений, совершаемых медицинскими организациями и медицинскими работниками является достаточно многообразным.

Мы считаем, что отсутствие полных аналогов в зарубежном законодательстве лишь свидетельствует о наличии широкого горизонта возможных исследований в правовой доктрине, так как в разработках по вопросам правового регулирования медицинской деятельности нет значимого отставания по сравнению с мировой наукой⁹⁵. Мы видим очевидный позитив кодификации законодательства в сфере здравоохранения в том, что это позволит создать общий механизм ответственности за медицинские деликты, избежав пробелов и противоречий.

§ 4. Систематизация составов преступлений в сфере медицинской деятельности по субъектному признаку

Специфика предмета нашего исследования предполагает выявление сущностных признаков медицинских преступлений с целью их последующей классификации. Нельзя не отметить, что в правовой доктрине не раз встречались попытки систематизации изучаемой группы преступлений по различным критериям. Наиболее востребованным является простейший, на наш подход, в

⁹⁵ Основы медицинского права России: Учебное пособие / Под ред. Ю.Д. Сергеева. – М.: Издательство «МИА», 2007. – С. 96.

соответствии с которым выделяется наиболее существенный признак – причинение вреда правоотношениям, возникающим в сфере охраны здоровья⁹⁶, а также нарушение протоколов лечения отдельных видов заболеваний, норм врачебной этики и предписаний отраслевого законодательства⁹⁷. Признавая очевидность названных критериев, позволим себе отметить, что не во всех случаях они указывают на совершение именно преступного деяния, что было нами проиллюстрировано в предыдущем параграфе при характеристике отдельных форм юридической ответственности медицинских работников.

Нужно отграничивать деликты в сфере здравоохранения в целом, как понятие более широкое, от деяний, совершенных непосредственно в процессе оказания профессиональной медицинской деятельности в общественных отношениях, складывающихся между врачом и пациентом, что, как мы считаем, прямо вытекает из второго параграфа настоящего диссертационного исследования. Так, мы считаем себя вправе высказать собственное мнение, согласно которому главным отличительным признаком института медицинских преступлений, отграничивающим его от иных групп преступных деяний, является особый, специальный субъект, а именно – медицинский работник, имеющий соответствующее профессиональное образование, навыки и знания, позволяющие ему осуществлять свою профессиональную деятельность в сфере медицины⁹⁸. Поясним свою позицию.

Во-первых, принципиально важным является тот факт, что все медицинские работники (врачи, специалисты с высшим немедицинским образованием, средний и низший медицинский персонал) оказывают медицинскую помощь профессионально, т.е. в рамках своих должностных обязанностей, а, следовательно, помимо общих признаков субъекта преступления (возраст и

⁹⁶ Леонтьев А.В., Балло А.М, Курганский Ю.Н. Особенности юридической ответственности в медицине. Экспертный контроль за медицинской деятельностью. – СПб.: ЛИО «Редактор», 2000. – С. 32.

⁹⁷ См.: Ответственность работников здравоохранения за профессиональные правонарушения. – Новосибирск: Наука, 1998. – С. 35.

⁹⁸ Для детерминации сущности преступлений медицинских работников против жизни и здоровья пациентов нами предлагается использовать термин «криминальная ятрогения», содержание которого будет раскрыто во второй главе диссертационного исследования.

вменяемость) обладают и специальными, ограничивающими возможность привлечения иных лиц к ответственности.

Во-вторых, при совершении медицинским работником общеуголовного преступления, его профессиональная принадлежность юридического значения не имеет, в отличие от случаев прямого указания на нее как на элемент основного либо квалифицированного (особо квалифицированного) состава преступления. Здесь возникает одно из возможных оснований классификации – градация по наличию или отсутствию указания на специального субъекта, отвечающего критериям, необходимым для оказания профессиональной медицинской помощи:

- преступления, совершаемые медицинским работником в процессе диагностики и лечения пациентов (ч. 2 ст. 109, ч. 2 ст. 118 и ч. 4 ст. 122 УК РФ);

- преступления, совершаемые общим субъектом уголовной ответственности.

В этой связи, возвращаясь к проблеме отграничения медицинских составов преступлений в обособленную группу, отметим, что уголовный закон не оперирует термином «медицинский работник», указывая либо на отсутствие специальных знаний, либо на неисполнение (ненадлежащее исполнение) профессиональных обязанностей.

Как справедливо отмечается в специальной литературе, анализ социально-правовой сущности некоторых составов преступлений, позволяет утверждать, что их субъектом может являться только медицинский работник (например, принуждение лица к изъятию органов и (или) тканей для трансплантации)⁹⁹.

В-третьих, при отсутствии у медицинского работника легального статуса специального субъекта уголовной ответственности, его можно причислить к числу субъектов профессиональных преступлений. Анализ положений Особенной части уголовного закона позволяет утверждать, что он несет уголовную ответственность сообразно его статусу, когда общественно опасные последствия деяния находятся в причинной связи с профессиональной деятельностью. Мы

⁹⁹ Боева О.Ю, Идрисова С.Ф. Медицинский работник как субъект профессионального преступления // Проблемы экспертизы в медицине. – 2009. – № 36. – С. 4-6.

выявили пять составов преступлений с четко легализованным признаком специального субъекта:

- квалифицированные виды причинения смерти по неосторожности (ч. 2 ст. 109),
- причинения тяжкого вреда здоровью по неосторожности (ч. 2 ст. 118),
- заражение ВИЧ-инфекцией вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей (ч. 4 ст. 122),
- основной и квалифицированный составы неоказания помощи больному (ч. 1, 2 ст. 124).

На наш взгляд, без учёта признаков и характеристик специального субъекта в рассмотрении понятия медицинских преступлений против жизни и здоровья, существует риск расширения составов преступлений ввиду включения сюда же иных, умышленных преступлений, объектом которых являются жизнь и здоровье человека. Полагаем, что данная позиция не свободна от критики и с позиций формальной логики, на том основании, что отсутствие специального субъекта в данной ситуации предполагает действия медицинского работника как общего субъекта уголовной ответственности, а, следовательно, приведенный состав преступления не может относиться к числу медицинских. Предположив другое, мы делаем вывод о том, что врач (иной медицинский работник) имеет умысел на убийство либо причинение вреда здоровью пациента, приступая к оказанию медицинской помощи, что противоречит социальной сущности данного вида деятельности. В этой связи достаточно убедительной представляется позиция Ю.Д. Сергеева, И.Ю. Григорьева, Ю.И. Григорьева, которые полагают, то преступления, совершаемые умышленно (например, предусмотренные ст.ст. 105, 111, 112 УК РФ), не могут быть отнесены к числу «врачебных», поскольку не связаны с профессиональной принадлежностью преступника, а являются следствием особенностей его психики¹⁰⁰.

¹⁰⁰ Сергеев Ю.Д., Григорьев И.Ю., Григорьев Ю.И. Юридические основы деятельности врача // Медицинское право: Учебное пособие в схемах и определениях. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – С. 177.

Вместе с тем, нельзя отрицать наличия в уголовном законе преступлений против жизни и здоровья, которые, исходя из их социальной сущности, совершаются преимущественно медицинскими работниками, которые не выделяются законодателем из общего массива субъектов преступлений, а, следовательно, не могут быть отнесены к числу криминальных ятрогений. К таким преступлениям мы относим, прежде всего, принуждение к изъятию органов или тканей человека для трансплантации (ст. 120 УК РФ), незаконное проведение искусственного прерывания беременности (ст. 123 УК РФ). Полагаем, что такие деяния должны быть обособлены в отдельную группу, поскольку отличны от ятрогений не только по признаку специального субъекта, но и по форме вины, а также особенностям объективной стороны составов преступлений.

Основным при привлечении медицинского работника к ответственности за должностные преступления считается проблема о присутствии у него элементов, которые описывают этого должностного работника¹⁰¹. Такая объективная и подобающая трактовка дается в примечании 1 к ст. 285 УК РФ.

Следуя логике подзаконного нормативно-правового акта (Номенклатуре должностей медицинских работников и фармацевтических работников¹⁰²), при исполнении служебных обязанностей должностные лица выполняют административно-хозяйственные и организационно-распорядительные функции. Первые, согласно позиции Верховного Суда РФ, реализуются в сфере служебной подчиненности¹⁰³, что позволяет расширительно толковать содержание организационно-распорядительных полномочий, относя к ним совершение любых действий, влекущих правовые последствия, что решает дилемму содержания полномочий врача в пользу признания его должностным лицом.

¹⁰¹ Абдуллаева Р.А. Преступления по уголовному кодексу Республики Таджикистан, совершаемые в сфере медицины // Вестник КРСУ. – 2019. – № 11. – С. 69.

¹⁰² Об утверждении Номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников: Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1183н (ред. от 01.08.2014) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: // <http://legalacts.ru/doc/prikaz-minzdrava-rossii-ot-20122012-n-1183n/> (дата обращения: 15.01.2023).

¹⁰³ О судебной практике по делам о злоупотреблении должностными полномочиями и о превышении должностных полномочий: Постановление Пленума Верховного Суда РФ № 19 от 16 октября 2009 г. (ред. от 11.06.2020) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.consultant.ru> (дата обращения: 10.08.2023).

Административно-хозяйственные полномочия связаны с распоряжением имуществом и финансами.

Немаловажным является и вопрос о порядке возложения должностных функций и его влиянии на признание медицинского работника виновным в должностном преступлении. Так, в науке уголовного права существует концепция фактического выполнения соответствующих функций, в соответствии с которой, при наличии адекватного фактического положения никакого правового акта для признания лица субъектом уголовной ответственности за должностные преступления уже не требуется¹⁰⁴, которая в настоящее время подвергается острой критике и признается несостоятельной ввиду содержания возлагаемых на лицо должностных обязанностей, которое должно быть облечено в надлежащую правовую форму. Фактическое выполнение лицом должностных функций при отсутствии надлежаще оформленного специального полномочия исключает ответственность за преступления, предусмотренные гл. 30 УК РФ.

Сказанные выше слова дает возможность говорить о том, что при притягивании медицинского служащего к уголовной ответственности за совершение должностного преступления необходимо исходить из солидарной совокупности следующих обстоятельств:

- возложение на лицо соответствующих полномочий в установленном законом порядке;
- совершение деяния в пределах административной компетенции.

Подводя итог изложенному, позволим себе предложить следующую систематизацию преступлений, совершаемых медицинскими работниками:

- криминальные ятрогении;
- нейтрогенные преступления;
- служебные преступления.

¹⁰⁴ Комментарий к Уголовному кодексу РСФСР / Анашкин Г.З., Ахметшин Х.М., Борзенков Г.Н., Власов И.С., и др.; Отв. ред.: Анашкин Г.З., Карпец И.И., Никифоров Б.С. – М.: Юрид. лит., 1971. – С. 369; Стренин А. Проблемы ответственности за умышленное неисполнение должностным лицом своих служебных полномочий // Уголовное право. – 2003. – № 1. – С. 55-57; Сулейманова А.Д. Злоупотребление полномочиями по уголовному законодательству России: дис. ... канд. юрид. наук. – Казань, 2005. – С. 61.

Проблема приведения в одну систему составов преступлений, которые совершены медицинскими служащими в ходе медицинской деятельности, требует осмысления с точки зрения возможности их структурного обособления в рамках отдельной главы уголовного закона. Мнения специалистов по данной проблеме разделились. Так, некоторые из них не разделяют обозначенную позицию, аргументируют свое мнение тем, что это приведет к сложностям правоприменительной практики и вызовет дублирование составов преступлений, конкуренцию норм при наличии в действующем законодательстве такого квалифицирующего признака как «несоответствующее выполнение служащим таких профессиональных задач», охватывающие действия (бездействие) медицинских служащих¹⁰⁵. Другие же активно придерживаются противоположной идеи, утверждая, что органам предварительного расследования тяжелее определить ятрогенные преступления, состав которых зачастую квалифицируются по ст. 109 УК РФ в силу ее общей формулировки. При этом, действующее уголовное законодательство содержит несколько вариаций норм, между которыми стоит сложный выбор, поскольку они могут соответствовать совершенному деянию и наступившим последствиям¹⁰⁶. Мы солидарны с данной позицией по нескольким причинам.

Так, анализ статистических данных о состоянии преступности применительно к составам преступлений, которые отнесены нами к числу ятрогенных, свидетельствует о наличии определенных трудностей в связи с отсутствием в имеющихся формах отчетности специальных позиций, касающихся профессиональных медицинских преступлений. Приведем только один пример, касающийся «наиболее востребованного» состава преступления – ч. 2 ст. 109 УК РФ. По данным МВД России и Судебного департамента при Верховном Суде

¹⁰⁵ Смирнова Д.В. Понятие «преступления медицинских работников против жизни и здоровья» и его криминалистическое значение // Адвокатская практика. – 2015. – № 2. – С. 28; Жук М.С. Становление и развитие институтов российского уголовного права // Lex russica. – 2013. – № 7. – С. 760.

¹⁰⁶ Пашинян Г.А., Ившин И.В. Профессиональные преступления медицинских работников против жизни и здоровья. – М.: Медицинская книга, 2006. – С. 56-62; Багмет А.М., Черкасова Л.И. Профессиональные ошибки и дефекты при оказании медицинской помощи детям: уголовно-правовая оценка // Российский следователь. – 2015. – № 1. – С. 15-17.

России ежегодно по данной статье уголовного закона приговорены от 65 до 126 человек¹⁰⁷, при этом установить, сколько медицинских работников из них, не представляется возможным. Подобная ситуация возникает и по иным составам криминальных ятрогений, что достаточно убедительно проиллюстрировано, например, И.О. Перепечиной применительно к ст. 124 УК РФ, ч. 4 ст. 122 УК РФ¹⁰⁸, а также С.В. Ерофеевым применительно к ч. 2 ст. 118 УК РФ¹⁰⁹.

С количеством поданных пациентами жалоб, в связи с оказанием ненадлежащей медицинской помощи¹¹⁰, а также согласно данным статистики, например, Управления Роспотребнадзора по Воронежской области о частоте расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов, свидетельствующих о серьезном неблагополучии в сфере медицинских услуг, такие показатели несопоставимы¹¹¹.

Однако, известным остается тот факт, что уголовные дела, относящиеся к профессиональным преступлениям медицинских работников, возбуждаются достаточно редко, что говорит о повышенном уровне скрытности приведенного вида преступности. Кроме того, СК РФ провел анализ уголовных дел, возбужденных в отношении медицинских работников, который показал, что их расследование носит дряхлый характер, а приговоры отличаются неоправданной мягкостью, что, на наш взгляд, справедливо объясняется несовершенством

¹⁰⁷ Данные о состоянии преступности предоставлены по запросу в ГИАЦ МВД России. Данные о состоянии судимости взяты с официального сайта Судебного департамента при Верховном Суде России [Электронный ресурс]. – Режим доступа: URL: <http://www.cdpr.ru> (дата обращения: 06.10.2022).

¹⁰⁸ Перепечина И.О. Анализ статистических сведений о преступлениях против жизни и здоровья, совершенных медицинскими работниками // Российский юридический журнал. – 2013. – № 5. – С. 139-144.

¹⁰⁹ Ерофеев С.В. Неблагоприятный исход медицинской помощи: изучение проблемы в судебно-медицинской практике // Международный конгресс по здравоохранительному праву стран СНГ и Восточной Европы (Москва, 7 - 9 ноября 2012 г.): Сб. тезисов докладов. – М., 2012. – С. 70-72.

¹¹⁰ Согласно информационно-аналитической справке «О деятельности по защите прав застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования в Воронежской области» за период январь-декабрь 2017 года, 82,5 % всех поданных жалоб касаются ненадлежащего качества оказания медицинской помощи [Электронный ресурс]. – Режим доступа: // <http://ora.ffoms.ru/portal/page/portal/top/protect/information>. (дата обращения: 12.06.2022).

¹¹¹ Так, по сведениям Департамента здравоохранения Управления Роспотребнадзора по Воронежской области, средний процент расхождений клинического патологоанатомического диагнозов в стационарах г. Воронежа и области составляет 14 18%, при этом в год производится 26 - 29 тыс. вскрытий, умерших в стационарах, значит, в абсолютных цифрах число расхождений диагнозов составляет примерно 3600 помощи [Электронный ресурс]. – Режим доступа: // <https://36.rospotrebnadzor.ru/> (дата обращения: 12.06.2022).

действующего законодательства¹¹². В частности, достаточно показательны примеры, имеющиеся в Воронежской области. Например, при вызове «скорой» помощи к мужчине, жаловавшемуся на боли в груди и затрудненное дыхание, врачом был поставлен диагноз «остеохондроз» и рекомендовано обращение к участковому терапевту. Повторно вызванная «скорая» констатировала смерть мужчины от острого инфаркта. По приговору суда врач был осужден на два года условно. Резонансным стало осуждение Железнодорожным районным судом г. Воронежа бывшего врача больницы «Электроника» к 1,5 годам колонии-поселения, поскольку это первый случай в Воронежской области вынесения медику, виновному в гибели пациента, приговора, связанного с лишением свободы¹¹³.

В этой связи предлагаем выделить криминальные ятрогении и неатрогенные покушения на жизнь и здоровье больных в отдельную главу 16.1 «Преступления медицинских работников против жизни и здоровья пациентов» Раздела VII УК РФ «Преступления против личности», включив в нее составы преступлений, обладающие специфическими признаками, характерными для профессиональных медицинских преступлений, а также иных преступлений, совершаемых преимущественно медицинскими работниками, о которых пойдет речь в следующих главах диссертационного исследования.

В заключение данной параграфа можно сделать следующие выводы:

Деликты в сфере здравоохранения в целом нужно отграничивать, как понятие более широкое, от деяний, совершенных непосредственно в процессе оказания профессиональной медицинской деятельности в общественных отношениях, складывающихся между врачом и пациентом, что, как мы считаем, прямо вытекает из второго параграфа настоящего диссертационного исследования. Так, мы считаем себя вправе высказать собственное мнение, согласно которому

¹¹² См.: Гришин С.М. Преступления, совершенные медицинскими работниками вследствие ненадлежащего исполнения своих профессиональных обязанностей (по материалам судебной практики Европейской части России 2015-2017 г.г.) // Медицина. 2018. № 1 помощи [Электронный ресурс]. – Режим доступа: // <http://www.fsmj.ru/015318.html> (дата обращения: 06.10.2022).

¹¹³ Зайцев С. Впервые в Воронеже врачу за смерть пациента дали реальный срок. помощи [Электронный ресурс]. – Режим доступа: URL: <https://moe-online.ru/material/1000240> (дата обращения: 06.10.2022).

главным отличительным признаком института медицинских преступлений, отграничивающим его от иных групп преступных деяний, является особый, специальный субъект, а именно – медицинский работник, имеющий соответствующее профессиональное образование, навыки и знания, позволяющие ему осуществлять свою профессиональную деятельность в сфере медицины. Поясним свою позицию.

Во-первых, принципиально важным является тот факт, что все медицинские работники (врачи, специалисты с высшим немедицинским образованием, средний и низший медицинский персонал) оказывают медицинскую помощь профессионально, т.е. в рамках своих должностных обязанностей, а, следовательно, помимо общих признаков субъекта преступления (возраст и вменяемость) обладают и специальными, ограничивающими возможность привлечения иных лиц к ответственности.

Во-вторых, при совершении медицинским работником общеуголовного преступления, его профессиональная принадлежность юридического значения не имеет, в отличие от случаев прямого указания на нее как на элемент основного либо квалифицированного (особо квалифицированного) состава преступления. Здесь возникает одно из возможных оснований классификации – градация по наличию или отсутствию указания на специального субъекта, отвечающего критериям, необходимым для оказания профессиональной медицинской помощи:

- преступления, совершаемые медицинским работником в процессе диагностики и лечения пациентов (ч. 2 ст. 109, ч. 2 ст. 118 и ч. 4 ст. 122 УК РФ);

- преступления, совершаемые общим субъектом уголовной ответственности.

В этой связи, возвращаясь к проблеме отграничения медицинских составов преступлений в обособленную группу, отметим, что уголовный закон не оперирует термином «медицинский работник», указывая либо на отсутствие специальных знаний, либо на неисполнение (ненадлежащее исполнение) профессиональных обязанностей.

Как справедливо отмечается в специальной литературе, анализ социально-правовой сущности некоторых составов преступлений, позволяет утверждать, что их субъектом может являться только медицинский работник (например, принуждение лица к изъятию органов и (или) тканей для трансплантации)¹¹⁴.

В-третьих, при отсутствии у медицинского работника легального статуса специального субъекта уголовной ответственности, его можно причислить к числу субъектов профессиональных преступлений. Анализ положений Особенной части уголовного закона позволяет утверждать, что он несет уголовную ответственность сообразно его статусу, когда общественно опасные последствия деяния находятся в причинной связи с профессиональной деятельностью. Мы выявили пять составов преступлений с четко легализованным признаком специального субъекта:

- квалифицированные виды причинения смерти по неосторожности (ч. 2 ст. 109),
- причинения тяжкого вреда здоровью по неосторожности (ч. 2 ст. 118),
- заражение ВИЧ-инфекцией вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей (ч. 4 ст. 122),
- основной и квалифицированный составы неоказания помощи больному (ч. 1, 2 ст.

Вопрос о порядке возложения должностных функций и его влиянии на признание медицинского работника виновным в должностном преступлении. Так, в науке уголовного права существует концепция фактического выполнения соответствующих функций, в соответствии с которой, при наличии адекватного фактического положения никакого правового акта для признания лица субъектом уголовной ответственности за должностные преступления уже не требуется¹¹⁵,

¹¹⁴ Боева О.Ю., Идрисова С.Ф. Медицинский работник как субъект профессионального преступления // Проблемы экспертизы в медицине. – 2009. – № 36. – С. 4-6.

¹¹⁵ Комментарий к Уголовному кодексу РСФСР / Анашкин Г.З., Ахметшин Х.М., Борзенков Г.Н., Власов И.С., и др.; Отв. ред.: Анашкин Г.З., Карпец И.И., Никифоров Б.С. М.: Юрид. лит., 1971. С. 369; Стренин А. Проблемы ответственности за умышленное неисполнение должностным лицом своих служебных полномочий // Уголовное право. – 2003. – № 1. – С. 55-57; Сулейманова А.Д. Злоупотребление полномочиями по уголовному законодательству России: дис. ... канд. юрид. наук. – Казань, 2005. – С. 61.

которая в настоящее время подвергается острой критике и признается несостоятельной ввиду содержания возлагаемых на лицо должностных обязанностей, которое должно быть облечено в надлежащую правовую форму. Фактическое выполнение лицом должностных функций при отсутствии надлежаще оформленного специального полномочия исключает ответственность за преступления, предусмотренные гл. 30 УК РФ.

Во время привлечения медицинского служащего к уголовной ответственности за преступления, должностного характера необходимо исходить из солидарной совокупности следующих обстоятельств:

- возложение на лицо соответствующих полномочий в установленном законом порядке;
- совершение деяния в пределах административной компетенции.

Подводя итог изложенному, позволим себе предложить следующую систематизацию преступлений, совершаемых медицинскими работниками:

- криминальные ятрогении;
- нейтрогенные преступления;
- служебные преступления.

ГЛАВА 2. ПРОБЛЕМЫ УГОЛОВНО-ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ЯТРОГЕННЫХ ПОСЯГАТЕЛЬСТВ НА ЖИЗНЬ И ЗДОРОВЬЕ ПАЦИЕНТОВ

§ 1. Криминальные ятрогении: медицинский и уголовно-правовой аспекты

В настоящее время в медицинской практике достаточно остро стоит проблема резкого увеличения количества патологий диагностики и лечения различных заболеваний. Этот вопрос неоднократно ставился как на уровне Всемирной организации здравоохранения, так и на различных национальных медицинских форумах¹¹⁶. Как утверждает посланник по вопросам безопасности пациентов ВОЗ, Лиам Дональдсон: «Если вы попадете в больницу завтра в любой стране... ваш шанс стать жертвой ошибки при оказании медицинской помощи будет примерно 1 к 10. Ваш шанс умереть из-за ошибки в системе здравоохранения будет 1 к 300»¹¹⁷. При этом данные статистики, приводимые Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения РФ за январь 2023 г., показывают, что наибольшее количество обращений связано с ненадлежащим качеством оказываемой медицинской помощи¹¹⁸.

Вопросы меры пресечения медицинских работников за ятрогенные посягательства на здоровье и жизнь пациентов интенсивно обсуждаются, также на правовом уровне, но до настоящего времени практических шагов к получению ясной и эффективной модели, определяющей как уголовно-правовые запреты на совершение действий (бездействия), которые могут быть оценены как

¹¹⁶ Сергеев Ю.Д., Ерофеев С.В., Павлова Ю.В., Каменская Н.А., Поспелова С.И. V Всероссийский съезд (Национальный конгресс) по медицинскому праву: аналитический обзор и итоги // Медицинское право. – 2014. – № 1 (53). – С. 5-9.

¹¹⁷ [Электронный ресурс]. – Режим доступа: URL: <http://www.reuters.com/article/2011/07/21/ussafety-idUSTRE76K45R20110721>. (дата обращения: 10.08.2023).

¹¹⁸ Обзор обращений граждан и организаций, поступивших в Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения, в январе 2023 года [Электронный ресурс]. – Режим доступа: // <https://roszdravnadzor.gov.ru/feedbackbutton/documents/81656> (дата обращения: 10.08.2023).

криминальные ятрогении, так и наказуемости соответствующих действий пока не предпринято.

В научных изысканиях, посвященных проблемам уголовной ответственности работников медицины, в основном рассматриваются проблемы анализа структуры преступлений в области здравоохранения, уголовных и правовых особенностей конкретных составов преступных деяний против жизни и здоровья людей. По нашему мнению, это не дает возможность разработать единственную теорию уголовной ответственности в области медицинской деятельности. Такие стандарты позволят улучшить правоприменительную практику и уголовное законодательство, а также обеспечить более эффективную защиту прав граждан в области здравоохранения. Кроме того, необходимо разработать механизмы, которые позволят отделить криминальные ятрогении от преступлений против здоровья и жизни, чтобы установить четкие границы уголовной ответственности в сфере профессиональной деятельности. Это поможет правоохранительным органам более эффективно расследовать и преследовать лиц, совершающих преступления в сфере здравоохранения, и наказывать их согласно закону. Из-за чего затруднено определение и классификация преступлений в сфере здравоохранения. Такое положение влечет высокую степень латентности данного вида преступности; развитие медицинской практики и науки в сфере репродуктивных технологий обуславливает необходимость пересмотра основных подходов к определению момента начала человеческой жизни, требует решения вопросов правового статуса эмбриона, а также криминализации отдельных незаконных действий в области вспомогательных репродуктивных технологий. На повестке дня и проблемы, возникающие в ходе экспертной оценки качества осуществляемой медицинской помощи, что затрудняет квалификацию деяний, совершенных работниками медицины в уголовно-правовом поле.

Не менее важными являются вопросы, связанные с назначением наказания за ятрогенные посягательства на здоровье и жизнь пациентов. На наш взгляд, они должны считаться в комплексе с общей доктринальной проблемой цели

уголовного наказания и эффективности их системы. Наказуемость деяний, посягающих на особо ценные объекты уголовно-правовой охраны – это здоровье и жизнь человека, может служить основополагающим для конструирования модели всей системы наказаний, предусмотренных ст. 44 УК РФ. Также, совершение преступлений, посягающих на здоровье и жизнь человека, с неосторожной формой вины, является специфическим признаком криминальных ятрогений, а также предметом научно-правовых споров в течении всей истории развития и становления как уголовного права, так и данной отрасли юридической науки. Особенно этот вопрос актуален в контексте общей склонности к гуманизации уголовной политики, которая применительно к предмету исследования проявилась в декриминализации причинения вреда здоровью средней тяжести, совершенного по неосторожности. Небезынтересным с точки зрения конструирования санкций статей уголовного закона, предусматривающих ответственность за профессиональные преступления медицинских работников, представляется и анализ статистических данных, представленных Судебным департаментом при Верховном Суде РФ. Так, количественные данные по состоянию судимости за 2021 и 2022 гг. свидетельствуют о том, что за этот период преобладающими видами основного уголовного наказания, назначенными за преступления против жизни и здоровья (в том числе за профессиональные преступления против жизни и здоровья пациентов), стали лишение свободы на определённый срок и ограничение свободы¹¹⁹. При этом можно заметить, что отдельные виды уголовных наказаний, например, принудительные работы, за обозначенный период практически остались не востребованными. Более того,

¹¹⁹ Сводные статистические сведения о состоянии судимости в России за 2021 год // Официальный сайт Судебного департамента при Верховном Суде РФ. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: URL: https://docs.yandex.ru/docs/view?url=yabrowser%3A%2F%2F4DT1uXEPRrJRXIUFoewruG9uXloEjFkQANSY3Cb2EiqJMS_6oQN3SldU95erFt_8xqr6KVvwhk24WUzrKx9vHnxylobrCQA1OR7hubkfOIAkqdEnxISKn9Jr9COR1paBlubJ7J_hDO2_qp7TVE_Rdg%3D%3D%3Fsign%3Dj5L7VWp_KsPfvPRGNyhFdj3yBfLv36vx9YmFgdP4Q%3D&name=10.1-svod-2021.xls&nosw=1; (дата обращения: 10.08.2023). Сводные статистические сведения о состоянии судимости в России за 2022 год // Официальный сайт Судебного департамента при Верховном Суде РФ. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: URL: https://docs.yandex.ru/docs/view?url=yabrowser%3A%2F%2F4DT1uXEPRrJRXIUFoewruKB3MQi9tUdA_AIFq4HWAahPUESlligyqb4nfGyQVNgmXbCnlUD1DaAevUa_50Jt9XeEbNjyaqVRWkWbwCL3bu1CmNg90PLBx8bO8tpymPiIwv bKMrrk3ha15we9oWIAQ%3D%3D%3Fsign%3D2KpCTb3n93LInGTKnyq9ektzZiA_syGqZNVhGFx8sVQ%3D&name=k4-svod_vse_sudy-2022.xls&nosw=1 (дата обращения: 10.08.2023).

сохраняющаяся вариативность в построении санкций уголовно-правовых норм вызывает определённые трудности в правоприменительной деятельности, что подчёркивает важность анализа вопросов реализации отдельных видов наказаний за ятрогенные преступления.

Одним из очевидных неблагоприятных последствий ненадлежащего оказания медицинской помощи является причинение вреда жизни и здоровью пациента. Подобная патология получила название «ятрогения» (от греч. *iatros* - врач, *genes* - порождение) и была введена в научный обиход психиатром из Германии О. Бумке в 1925 году для обозначения причинения вреда пациенту необдуманным, неосторожным, бестактным словом врача¹²⁰. Этот подход рассматривается учёными современности в рамках категории психогенных последствий контакта пациента и врача¹²¹. Вместе с этим, ятрогении переросли «узко психиатрическое понимание», о чем свидетельствуют зарубежные словарные источники¹²².

Думается, что здесь не стоит быть столь категоричными ввиду того, что юридическая наука подвержена определённому развитию, следовательно, введение в научный оборот новых понятий, адаптирование под них законодательства выступают объективно необходимыми задачами.

По мнению Абдуллаевой Р.А. преступные деяния медицинских служащих будучи профессионалами, не считаются ятрогенными. Ятрогении можно отнести к недостаткам оказания медицинской поддержки.¹²³ Примечательной является также позиция А.А. Лавриненко о том, что «криминалистическая характеристика ятрогенных преступлений позволяет говорить о специфических субъектах

¹²⁰ Bumke O. Der Arzt als Ursache seelischer // Deutsche Medizinische Wochenschrift. – 1925. – № 51 (1). – P. 3.

¹²¹ Большой энциклопедический словарь. – М.: Советская энциклопедия, 1991. – С. 914; Краткий словарь современных понятий и терминов. – М.: Республика, 2000. – С. 618; Энциклопедический словарь медицинских терминов. – М.: Советская энциклопедия, 1982. – С. 783.

¹²² Hornby A.S. Oxford Advanced Learners Dictionary of Current English. Oxford, 1988; Mc Arthur. Longman Lexicon of Contemporary English. Essex, 1980; Longman Dictionary of Scientific Usage. M., 1987.

¹²³ Абдуллаева Р.А. Медицинская преступность в республике Таджикистан: уголовно-правовые и криминологические проблемы: дис. ... д-ра юрид. наук. – Душанбе, 2023. – С. 19.

преступления, круг которых ограничен их профессиональной деятельностью в сфере медицины»¹²⁴.

Полагаем, что в контексте непосредственного предмета нашего исследования за основу конструирования уголовно-правового содержания соответствующей дефиниции следует класть достаточно емкое определение, предложенное ВОЗ, которое, на наш взгляд, в полной мере отражает сущность и характер ятрогений: они возникают в процессе оказания профессиональной медицинской помощи, влекут за собой причинение вреда жизни и здоровью пациента, который своим последствием имеет нарушение функций организма, ограничение привычной деятельности, инвалидизацию или смерть. С юридической точки зрения ятрогения представляет собой последствия нарушения имеющихся стандартов оказания медицинской помощи, о которых шла речь в первой главе диссертационного исследования, при этом причинение вреда пациенту в зависимости от его тяжести влечет за собой либо гражданско-правовую, либо уголовную ответственность медицинского работника. В последнем случае считаем уместным использовать термин «криминальная ятрогения»¹²⁵.

Состав преступлений, попадающих в категорию ятрогенных, имеет специфику применительно ко всем его элементам. Так, в качестве объекта преступления в данном случае выступают отношения, складывающиеся между медицинским работником и пациентом, которые регулируются, как уже было отмечено, специальными правилами и стандартами оказания различных видов медицинской помощи. Наличие установленных государством правил и процедур отличает медицинскую деятельность от иных видов профессиональной деятельности, определяя специфику ответственности за ненадлежащее ее осуществление. При совершении ятрогенного посягательства нарушается не только конституционное право каждого гражданина на медицинскую помощь (ст.

¹²⁴ Лавриненко А.А. Расследование ятрогенных преступлений, совершённых в отношении несовершеннолетних: автореф. ... канд. юрид. наук. – Калининград, 2022. – С. 15.

¹²⁵ Огнерубов Н.А. Ятрогении в медицинской деятельности: уголовно-правовой аспект. – Воронеж: Изд-во ВГУ, 2010. – С. 47-51.

41 Основного закона), но и вытекающие из него права пациента, предусмотренные ч. 5 ст. 19 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Анализ значительного массива уголовных дел, а также материалов проверок сообщений о ятрогенных посягательствах позволяет констатировать, что жертва криминальной ятрогении, т.е. пациент лечебно-профилактического учреждения, характеризуется рядом признаков, специфичных именно для данного вида преступлений против жизни и здоровья граждан. К их числу можно отнести:

- характер и тяжесть заболевания, генетические особенности, наличие хронических заболеваний, физическое состояние пациента на момент поступления в лечебное учреждение, т.е. совокупность обстоятельств, которые являются основанием для составления эпикриза. Заметим, что данный документ представляет собой письменное суждение о состоянии больного, поставленном диагнозе, причинах и условиях возникновения и развития болезни, обоснованности назначенного лечения и его результатах, что позволяет расценивать его как одно из основных доказательств при установлении объективной стороны любого состава преступления, попадающего в категорию ятрогенных;

- поведение больного как в период лечения, так и в процессе реабилитации, что касается не только соблюдения предписанного медикаментозного режима, правил труда и отдыха, но и употребления алкогольных и наркотических веществ, а также иных вредных привычек пациента;

- степень информированности пациента о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

Ятрогенные преступления предусматривают такой специфический признак, как субъект, который в теории уголовного права дифференцируется на общий и специальный. К первому виду относится «вменяемое физическое лицо, достигшее

возраста уголовной ответственности» (ст. 19 УК РФ). Ко второму относится такой субъект, который обладает прежде всего и дополнительными признаками, необходимыми для конкретного состава преступления, а не ограничивается только общими особенностями.

Отдельного рассмотрения заслуживает объективная сторона криминальных ятрогений. На наш взгляд, необходимо акцентировать внимание на двух принципиально важных моментах: выполнении медицинским персоналом именно профессиональных обязанностей, а также причинно-следственной связи между действиями (бездействием) медицинского работника и наступившими уголовно-наказуемыми последствиями. Обращаясь к содержанию понятия «медицинская деятельность», предложенному в первой главе диссертационного исследования, отметим, что действия (бездействие) медицинского работника могут иметь место на одном из следующих этапов оказания медицинской помощи: диагностики, лечения, профилактики и реабилитации пациента.

Диагностика представляет собой проведение специальных исследований с целью установления состояния здоровья пациента, т.е. факта наличия либо отсутствия у него заболеваний. В свою очередь лечение представляет собой деятельность медицинского работника, направленную на устранение или облегчение проявлений заболевания пациента, восстановление или улучшение его здоровья, трудоспособности и качества жизни, осуществляемую в нескольких формах: терапевтическое, хирургическое, суггестивное, физиотерапевтическое. В некоторых специальных исследованиях указывается, что профилактика и реабилитация являются элементами стадии лечения¹²⁶.

В процессе медицинской деятельности на любом из обозначенных ее этапов проводятся соответствующие специальные мероприятия, которые в уголовно-правовом контексте могут позиционироваться как способ совершения преступления. Этот факт требует дополнительного терминологического

¹²⁶ Тимофеев И.В. О проблемах правового регулирования качества медицинской помощи, снижающих эффективность реализации конституционного права на охрану здоровья и медицинскую помощь в Российской Федерации // Медицинское право. – 2016. – № 3. – С. 12-17; Миронова Т.К. Правовое регулирование бесплатного оказания медицинской помощи: Учебное пособие. – М: Юстицинформ, 2018. – С. 41-46.

разъяснения с точки зрения потенциальной возможности возникновения дефекта оказания медицинской помощи. Независимо от цели проведения (например, установление факта наличия или отсутствия заболевания, определение его тяжести, облегчение состояния пациента) медицинские мероприятия осуществляются в нескольких формах: манипуляции, процедуры и вмешательства. Наиболее общим термином является медицинская манипуляция, которая представляет собой воздействие, оказываемое на тело либо психику пациента затрагивающие физическое или психическое его состояние, при этом медицинское вмешательство сопровождается проникновением во внутренние органы больного, т.е. осуществляется преимущественно путем хирургической операции, сопровождающейся поражением тканей организма. В отличие от медицинского вмешательства соответствующие процедуры могут проводиться средним медицинским персоналом и содержательно включают в себя значительный спектр манипуляций (например, введение лекарственных препаратов, проведение сеансов физиотерапии, уход за телом и т.д.).

Заметим, что практически любое медицинское мероприятие сопровождается риском возникновения неблагоприятных последствий при отсутствии со стороны исполнителей максимального внимания и предельной осторожности. Медицинскому работнику приходится осуществлять свою деятельность в условиях большой опасности нанесения неприемлемых последствий или будучи в ситуации крайней важности оказания содействия пациенту согласно результатам анализа, в момент принятия решения в самый короткий срок, когда полное выполнение требований к оказанию медицинской помощи осложнено. В ходе эмпирического исследования мы постарались выявить степень риска наступления ятрогенных последствий на различных этапах оказания медицинской помощи¹²⁷: так наибольшее количество ятрогений влекут за собой медицинские вмешательства в форме хирургических операций (67,1%), кроме того, причинение вреда здоровью пациентов имеет место вследствие пороков диагностики (17,6%),

¹²⁷ См.: Приложение № 2.

а также терапевтического лечения (13%). Наиболее благоприятными с точки зрения последствий являются физиотерапевтические процедуры (0,7%), а также показатели реабилитации (1,6%). Среди изученных материалов не выявлено ятрогенных последствий суггестивного лечения, что, на наш взгляд, сопряжено с отсутствием непосредственного воздействия на организм пациента, поскольку используемые методы внушения затрагивают лишь эмоционально-психическую сферу, а также профилактики различных заболеваний.

При установлении объективной стороны криминальных ятрогений необходимо учитывать наличие причинной связи между ненадлежащим оказанием медицинской помощи и реальными негативными изменениями состояния пациента. Соответствующие последствия, на наш взгляд, могут быть классифицированы следующим образом:

1) в зависимости от степени тяжести: нарушение функций организма, инвалидизация, смерть;

2) в зависимости от степени выраженности: очевидные и латентные. Последствия, относящиеся к первой группе, которые могут появиться в процессе оказания медицинской помощи на любом ее этапе или непосредственно после, что позволяет с достоверностью определить причинную связь между деятельностью, осуществленной медицинским работником, и причиненным пациенту вредом. Последствия, относящиеся ко второй группе, проявляются через некоторое время после оказания медицинской помощи, (что, например, достаточно часто встречается при лекарственной ятрогении) и доказывание рассматриваемого элемента состава преступления в данном случае вызывает значительные трудности в правоприменительной практике;

3) в зависимости от динамики развития ятрогенных процессов: быстро прогрессирующие, которые свидетельствуют о возможности наступления тяжких последствий для жизни и здоровья пациента, и вялотекущие, которые допускают альтернативные суждения о возможности самопроизвольного угасания ятрогенного процесса за счет защитных сил организма.

Таким образом, криминальная ятрогения может быть представлена как динамическая система, состоящая из следующей совокупности фактов, опосредуемых наличием причинно-следственных связей:

медицинский работник → пациент → осуществление медицинских манипуляций (как непосредственно лечения пациента, так и диагностики, профилактики, реабилитации и т.д.) → оказание некачественной медицинской помощи в силу нарушения установленных стандартов → ятрогенные уголовно-наказуемые последствия в виде причинения вреда здоровью или жизни пациента.

Проиллюстрируем динамику криминальной ятрогении на примере из судебной практики. Так, по уголовному делу в отношении З., обвиняемого в совершении преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 109 УК РФ, было установлено нарушение им «Стандарта оказания медицинской помощи больным с пневмониями...», утвержденного Приказом Министерства здравоохранения РФ от 08.06.2007 года № 411, который обязывает при тяжелом течении пневмонии даже вне зависимости от наличия осложнений госпитализацию больного (стационарную помощь). З., при осмотре потерпевшей собрал анамнез, при этом, не выяснил сроки заболевания больной, вследствие чего достаточно недооценил тяжесть ее состояния и не предпринял должных мер к экстренной диагностики имеющейся у нее пневмонии: потерпевшей назначил рентгенологическое исследование и анализы крови и мочи на 15 июля 2013 года, хотя имел реальную возможность направить ее на проведение указанных исследований в день обращения больной за медицинской помощью. В результате З., проигнорировав отсутствие указанных исследований, установил больной неверный диагноз, в результате чего назначил неадекватное лечение и отправил потерпевшую домой в тяжелом состоянии на амбулаторное лечение. Спустя четыре дня больная скончалась вследствие инфекционно-токсического шока¹²⁸. В данном случае врачом-терапевтом, имеющим соответствующую квалификацию, были нарушены

¹²⁸ Приговор Киреевского районного суда Тульской области по уголовному делу № 1-86/2014[Электронный ресурс]. – Режим доступа: // <https://rospravosudie.com/court-kireevskij-rajonnyj-sud-tulskaya-oblast-s/act-458155572/> (дата обращения: 10.08.2023).

правила оказания медицинской помощи (при наличии показаний не проведена госпитализация больной, не в полной мере проведено обследование, поставлен неверный диагноз, и, соответственно, назначено некорректное лечение) → нарушение правил привело к дефекту оказания медицинской помощи (резкое ухудшение состояния больной) → ятрогенные последствия в виде инфекционно-токсического шока → смерть больной.

В качестве еще одного дела из судебной практики можно выделить Постановление Первого кассационного суда общей юрисдикции от 15.03.2023 № 77-1031/2023, в котором обжалуются ранее вынесенный приговор по ч. 2 ст. 118 УК РФ, где осуждённый Ч., являясь лечащим врачом пациента, не оказал должной медицинской помощи пациенту, который имел жалобы на сильную боль под коленом, потерю чувствительности, изменение цвета кожи ноги. Врач отвечал, что проблема с ногой разрешится сама собой и что нет необходимости для перевода в областную больницу в экстренном порядке. Впоследствии у больного произошёл разрыв подколенной артерии, после чего была проведена операция, повлекшая ампутацию левой ноги ввиду развивающегося некроза. Судом кассационной инстанции установлено, что в деле присутствуют дефекты, допущенные осужденным Ч. при оказании медицинской помощи, отслеживается прямая причинно-следственная связь между допущенными дефектами и наступившими последствиями в виде причинения тяжкого вреда здоровью, что подтверждается заключениями экспертов¹²⁹.

При этом необходимо отметить, что в судебной практике можно встретить дела, в которых медицинские работники получают оправдательный приговор ввиду того, что прямая причинно-следственная связь между врачебной ошибкой и летальным исходом больного отсутствует. Так, в Брянском областном суде рассматривались материалы уголовного дела, согласно которым Зезюля Н.П. обвинялась в причинении смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения своих профессиональных обязанностей. Осуществляя дежурство в

¹²⁹ Постановление Первого кассационного суда общей юрисдикции от 15.03.2023 № 77-1031/2023 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.consultant.ru> (дата обращения: 06.10.2022).

стационаре, медицинский работник не оценил должным образом тяжесть состояния поступившего больного, не в полном объеме произвела сбор амнестических данных и физикальное обследование. Неполное и несвоевременное обследование привело к диагностическим неточностям и некачественному лечению, в связи с чем больному не были диагностированы осложнения и патология, антибактериальная терапия назначена поздно, что привело к выставлению пациенту ошибочного диагноза и некачественному лечению. В результате несмотря на проводимые мероприятия интенсивной терапии и реанимации, состояние больного прогрессивно ухудшалось, и наступила его смерть.

Однако согласно заключению экспертов, прямая причинно-следственная связь между выявленными недостатками в оказании медицинской помощи больному и наступлением его смерти отсутствует, так как смерть связана прежде всего с тяжестью имевшегося заболевания и развившихся осложнений, а также имелось позднее обращение за медицинской помощью и кратковременное пребывание в стационаре¹³⁰.

Еще одним специфическим признаком, отличающим криминальные ятрогении от иных преступлений, совершаемых в том числе и медицинскими работниками, является форма вины. Полагаем, что ключевым в данном случае является вопрос о том, какие составы преступлений относятся к числу профессиональных. С учетом предложенной в предыдущей главе работы систематизации преступлений медицинских работников позволим себе вновь повториться, что к профессиональным мы относим лишь пять составов преступлений (причинение смерти по неосторожности (ч. 2 ст. 109 УК РФ); причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности (ч. 2 ст. 118 УК РФ); заражение ВИЧ-инфекцией (ч. 4 ст. 122 УК РФ); неоказание помощи больному (ч. 1, 2 ст. 124 УК РФ), совершаемых с неосторожной формой вины. Законодатель

¹³⁰ Апелляционное постановление Брянского областного суда № 1-1/2019 22-354/2020 от 3 марта 2020 г. по делу № 1-1/2019 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: // sudact.ru/regular/doc/cADCOKbW8Jlr/ (дата обращения: 11.08.2023).

выделяет два вида неосторожности - легкомыслие и небрежность (ст. 26 УК РФ). Неосторожная форма вины в виде легкомыслия имеет место в тех случаях, когда лицо предвидело возможность наступления общественно опасных последствий своих действий, но без достаточных к тому оснований самонадеянно рассчитывало на их предотвращение (ч. 2 ст. 26 УК РФ).

Уголовная ответственность при небрежности наступает тогда, когда лицо не предвидело возможности наступления общественно опасных последствий своих действий, но при необходимой внимательности и предусмотрительности оно должно было и могло их предвидеть (ч. 3 ст. 26 УК РФ).

Так, по уголовному делу в отношении Г. и А., обвиняемых в совершении преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 118 УК РФ, в резолютивной части приговора суд указал, что дежурный врач и медицинская сестра, в силу своих должностных обязанностей, при поступлении больного И. обязаны были принять меры в соответствии со своей квалификацией. При фиксации больного с установленным диагнозом «алкогольный делирий», они обязаны были, для предотвращения нарушения кровообращения и соответствующих последствий, в данном случае, двустороннего посттравматического плексита, отслеживать степень фиксации больного. Эту обязанность они не выполнили, хотя в соответствии со своей квалификацией врач и медсестра обязаны были предвидеть наступление последствий при длительной и жесткой фиксации, и должны были принять меры к недопущению наступления тяжких последствий. А исходя из материалов дела, они должного внимания пациенту И. не уделили, чем допустили наступление таких последствий¹³¹.

В качестве ещё одного судебного дела можно выделить Апелляционное постановление № 10-15/2020 Центрального районного суда г. Читы, в котором рассматривается апелляционная жалоба осужденной по ч. 2 ст. 118 УК РФ Брум О.Ю. Являясь врачом акушер-гинекологом и, соответственно, имея достаточный

¹³¹ Приговор Усть-Ишимского районного суда Омской области. Уголовное дело № 10-1/2011[Электронный ресурс]. – Режим доступа: // <https://rospravosudie.com/court-ust-ishimskij-rajonnyj-sud-omskaya-oblast-s/act-101361455/> (дата обращения: 01.02.2023).

практический опыт работы и необходимые теоретические знания для проведения операции «кесарево сечение», имела реальную возможность для надлежащего исполнения своих профессиональных обязанностей, однако проявив легкомыслие при выполнении медицинских манипуляций, повлекла за собой причинение тяжкого вреда здоровью. Примечательной, на наш взгляд, является позиция суда апелляционной инстанции относительно наказания, вынесенного судом первой инстанции. Так, было установлено, что достижение установленных законом целей наказания возможно лишь при назначении наказания в виде ограничения свободы. В связи с этим судом апелляционной инстанции принято решение изменить ранее вынесенный приговор и исключить из осуждения Брум О.Ю. назначить ему добавочное наказание в форме отнятия права для профессиональной медицинской деятельностью на срок от 1 год до 6 месяцев¹³².

Показателен один из примеров судебной практики, в котором суд, рассматривая кассационную жалобу Ц., врача ультразвуковой диагностики и по совместительству врача акушера - гинеколога БУЗ ВО «Терновская РБ» на приговор Грибановского районного суда Воронежской области от 12 апреля 2022 г. и апелляционное постановление Воронежского областного суда от 14 сентября 2022 г., назначил осужденному двойной вид виновности – в виде несерьезности или неаккуратности в нанесении ущерба здоровью и в виде непосредственного умысла к доказательству неоказания помощи пациенту. К Ц. находившемуся в качестве дежурного врача на рабочем месте с острой болью в области яичка был доставлен несовершеннолетний М.Д.А., который не получил надлежащего обследования и не был в экстренном порядке направлен в лечебное учреждение, имеющее условия для оказания экстренной неотложной помощи детям с урологической патологией. Ц. не предпринял должных мер для установления верного диагноза, высказав предположение, что у М.Д.А. могло быть воспаление придатка правого яичка (эпидидимит), при этом при обследовании и подозрении

¹³² Апелляционное постановление № 10-15/2020 Центрального районного суда г. Читы Забайкальского края от 3 июля 2020 г. по делу № 10-15/2020 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: // sudact.ru/regular/doc/T6j4tfPdpErO/ (дата обращения: 11.08.2023).

на наличие острого заболевания яичка был обязан вызвать профильного специалиста - детского хирурга, детского уролога, поскольку сам не обладал методами и навыками по данной специальности. Таким образом, медицинским работником было принято решение об отсутствии нуждаемости ребенка в оказании ему экстренной медицинской помощи в условиях стационара без организации осмотра, впоследствии у больного произошло развитие «атрофии яичка» и его удаление, в результате чего М.Д.А. был причинён тяжкий вред здоровью. Суд кассационной инстанции оставил жалобу осужденного без удовлетворения, а ранее вынесенные решения по делу без изменения¹³³.

Подводя итог всему вышесказанному, отметим, что криминальные ятрогении характеризуются целым пластом признаков, позволяющих отличить их от иных преступлений в рассматриваемой области. В связи с этим можем сформулировать понятие криминальных ятрогений, как небрежные социально опасные поступки медицинских служащих, которые совершаются во время выполнения их профессиональных задач, что характеризуется нанесением ущерба или её причинения жизни и здоровью больного.

Ятрогенных преступлений, имеет специфику применительно ко всем его элементам. Так, в качестве объекта преступления в данном случае выступают отношения, складывающиеся между медицинским работником и пациентом, которые регулируются, как уже было отмечено, специальными правилами и стандартами оказания различных видов медицинской помощи. Наличие установленных государством правил и процедур отличает медицинскую деятельность от иных видов профессиональной деятельности, определяя специфику ответственности за ненадлежащее ее осуществление. При совершении ятрогенного посягательства нарушается не только конституционное право каждого гражданина на медицинскую помощь (ст. 41 Основного закона), но и вытекающие из него права пациента, предусмотренные ч. 5 ст. 19 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

¹³³ Постановление Первого кассационного суда общей юрисдикции от 25.01.2023 № 77-185/2023(77-6700/2022) // [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.consultant.ru> (дата обращения: 11.08.2023).

Материалов проверок сообщений о ятрогенных посягательствах а также анализ значительного массива уголовных дел, позволяет констатировать, что жертва криминальной ятрогении, т.е. пациент лечебно-профилактического учреждения, характеризуется рядом признаков, специфичных именно для данного вида преступлений против жизни и здоровья граждан. К их числу можно отнести:

- характер и тяжесть заболевания, генетические особенности, наличие хронических заболеваний, физическое состояние пациента на момент поступления в лечебное учреждение, т.е. совокупность обстоятельств, которые являются основанием для составления эпикриза. Заметим, что данный документ представляет собой письменное суждение о состоянии больного, поставленном диагнозе, причинах и условиях возникновения и развития болезни, обоснованности назначенного лечения и его результатах, что позволяет расценивать его как одно из основных доказательств при установлении объективной стороны любого состава преступления, попадающего в категорию ятрогенных;

- поведение больного как в период лечения, так и в процессе реабилитации, что касается не только соблюдения предписанного медикаментозного режима, правил труда и отдыха, но и употребления алкогольных и наркотических веществ, а также иных вредных привычек пациента;

- степень информированности пациента о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

В любом из обозначенных ее этапов процессе медицинской деятельности проводятся соответствующие специальные мероприятия, которые в уголовно-правовом контексте могут позиционироваться как способ совершения преступления. Этот факт требует дополнительного терминологического разъяснения с точки зрения потенциальной возможности возникновения дефекта оказания медицинской помощи. Независимо от цели проведения (например,

установление факта наличия или отсутствия заболевания, определение его тяжести, облегчение состояния пациента) медицинские мероприятия осуществляются в нескольких формах: манипуляции, процедуры и вмешательства. Наиболее общим термином является медицинская манипуляция, которая представляет собой воздействие, оказываемое на тело либо психику пациента затрагивающие физическое или психическое его состояние, при этом медицинское вмешательство сопровождается проникновением во внутренние органы больного, т.е. осуществляется преимущественно путем хирургической операции, сопровождающейся поражением тканей организма. В отличие от медицинского вмешательства соответствующие процедуры могут проводиться средним медицинским персоналом и содержательно включают в себя значительный спектр манипуляций (например, введение лекарственных препаратов, проведение сеансов физиотерапии, уход за телом и т.д.).

На наш взгляд, соответствующие последствия, могут быть классифицированы следующим образом:

1) в зависимости от степени тяжести: нарушение функций организма, инвалидизация, смерть;

2) в зависимости от степени выраженности: очевидные и латентные. Последствия, относящиеся к первой группе, которые могут появиться в процессе оказания медицинской помощи на любом ее этапе или непосредственно после, что позволяет с достоверностью определить причинную связь между деятельностью, осуществленной медицинским работником, и причиненным пациенту вредом. Последствия, относящиеся ко второй группе, проявляются через некоторое время после оказания медицинской помощи, (что, например, достаточно часто встречается при лекарственной ятрогении) и доказывание рассматриваемого элемента состава преступления в данном случае вызывает значительные трудности в правоприменительной практике;

3) в зависимости от динамики развития ятрогенных процессов: быстро прогрессирующие, которые свидетельствуют о возможности наступления

тяжких последствий для жизни и здоровья пациента, и вялотекущие, которые допускают альтернативные суждения о возможности самопроизвольного угасания ятрогенного процесса за счет защитных сил организма.

Одним специфическим признаком, отличающим криминальные ятрогении от иных преступлений, совершаемых в том числе и медицинскими работниками, является форма вины. Полагаем, что ключевым в данном случае является вопрос о том, какие составы преступлений относятся к числу профессиональных. С учетом предложенной в предыдущей главе работы систематизации преступлений медицинских работников позволим себе вновь повториться, что к профессиональным мы относим лишь пять составов преступлений (причинение смерти по неосторожности (ч. 2 ст. 109 УК РФ); причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности (ч. 2 ст. 118 УК РФ); заражение ВИЧ-инфекцией (ч. 4 ст. 122 УК РФ); неоказание помощи больному (ч. 1, 2 ст. 124 УК РФ), совершаемых с неосторожной формой вины. Законодатель выделяет два вида неосторожности - легкомыслие и небрежность (ст. 26 УК РФ). Неосторожная форма вины в виде легкомыслия имеет место в тех случаях, когда лицо предвидело возможность наступления общественно опасных последствий своих действий, но без достаточных к тому оснований самонадеянно рассчитывало на их предотвращение (ч. 2 ст. 26 УК РФ).

§ 2. Объект криминальных ятрогений: гносеологический анализ

Эффективная выработка качественно отличающейся уголовно-правовой регламентации ятрогенных преступлений, совершаемых медицинскими работниками и объектом которых являются жизнь и здоровье пациентов, без описания и рассмотрения специфики объекта приведенной группы преступных деяний невозможна. Рассматриваемый нами аспект особенно важен для изучения в рамках настоящего исследования в целом, так как понимание природы объекта преступления позволяет выявить определённые пробелы законодательства и, как

следствие, постепенно ведёт к их заполнению. Нам представляется целесообразным при анализе категории «объект преступления» использование метода дедукции.

Вопрос определения категории «объект преступления» в настоящее время до сих пор является одним из наиболее дискуссионных в правовой доктрине. Данный тезис в полной мере подтверждается обширной библиографией по существу рассматриваемого вопроса. Однако анализ библиографических источников позволяет нам сделать вывод о том, что подавляющая часть исследователей придерживается так называемого комплексного подхода, который, в свою очередь, включает в себя следующий перечень подходов:

- философский подход – определение категории «объект преступления» как некой неизбежной составляющей человеческого бытия;

- аксиологический подход – позволяет дать определение категории «объект преступления» через призму ценностных ориентиров общества на конкретном этапе развития, а именно – через понимание ценности тех общественных отношений, которые на том или ином этапе охранялись правовыми нормами от преступных посягательств;

- юридический подход – позволяет выявить природу объекта преступления через конкретные нормы права¹³⁴.

Если следовать признанной классической и в современных реалиях советской теории уголовного права, то под объектом преступления следует понимать «общественные отношения, охраняемые уголовным законом»¹³⁵. А.А. Тер-Акопов высказал предположение, которое было поддержано в учёном сообществе. Интересна трактовка определения объекта преступления в частных случаях. Так, при нарушении порядка проведения клинических исследований и применения новых методов и средств профилактики, диагностики, лечения и

¹³⁴ Винокуров В.Н. Объект преступления. – М.: Юрлитинформ, 2015. – С. 50; Зателепин О.К. К вопросу о понятии объекта преступления в уголовном праве // Уголовное право. – 2003. – № 1. – С. 29; Шигина Н.В. Интерес и его отражение в уголовном законе. – М.: Юрлитинформ, 2009. – С. 127-128.

¹³⁵ Глистин В.К. Проблема уголовно-правовой охраны общественных отношений (объект и квалификация преступлений). – Л.: Изд-во Ленингр. ун-та, 1979. – С. 19-58; Кудрявцев В.Н. Общая теория квалификации преступлений. – М.: Юрид. лит., 1972. – С. 151.

медицинской реабилитации, Абдуллаева Р. А. к субъекту преступного деяния включает «физическое и психическое здоровье личности, а при нанесении смерти – жизнь лица»¹³⁶.

По нашему мнению, целесообразным считается ценностное направление к определению характера объекта преступного деяния. Во-первых, конституция страны устанавливает такое положение, что человек, его права и свободы являются высшей ценностью.

Во-вторых, государственная защита социальных ценностей, выраженных в комплексе прав и свобод человека и гражданина, осуществляется различными способами, в числе которых уголовно-правовые. В соответствии со ст. 2 УК РФ объектами уголовно-правовой охраны являются права и свободы человека и гражданина, собственность, общественный порядок, общественная безопасность, окружающая среда, конституционный строй Российской Федерации, мир и безопасность человечества.

В-третьих, Верховный Суд Российской Федерации в объяснении о содержании различных институтов уголовного законодательства, например, о назначении наказания и важности защиты, также обращается к понятиям «законные интересы» и «социальные ценности»¹³⁷. Это полностью соответствует позиции Конституционного Суда¹³⁸. Исходя из вышеизложенного, можно сделать вывод, что законные права на здоровье и жизнь рассматриваются как общественные ценности или блага, что признаются в качестве одинаковых категорий. Таким образом, можно утверждать, что аксиологическая концепция

¹³⁶ Абдуллаева Р.А. Медицинская преступность в республике Таджикистан: уголовно-правовые и криминологические проблемы: дис. ... д-ра юрид наук. – Душанбе, 2023. – С. 258.

¹³⁷ См., например: О применении судами законодательства о необходимой обороне и причинении вреда при задержании лица, совершившего преступление: Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 27.09.2012 № 19 (ред. от 31.05.2022); О практике назначения судами Российской Федерации уголовного наказания: Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 22.12.2015 № 58 (ред. от 18.12.2018) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.consultant.ru> (дата обращения: 11.08.2023).

¹³⁸ П. 3 Определения КС РФ от 19 мая 2009 г. № 816-О-О об отказе в принятии к рассмотрению жалобы гражданина Шевченко А.А. на нарушение его конституционных прав абзацем вторым п. 2 ст. 1083 и абзацем вторым ст. 1100 ГК РФ; п. 2.1 Определения КС РФ от 4 октября 2012 г. № 1833-О об отказе в принятии к рассмотрению жалобы гражданки Райм А.А. на нарушение ее конституционных прав положениями ст. 1064 ГК РФ [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.consultant.ru> (дата обращения: 11.08.2023).

объекта преступления в полной мере соответствует Конституции РФ и УК РФ. Они гарантируются в числе прочего и реализацией права на медицинскую помощь, что актуализирует проблемы уголовной ответственности за ненадлежащее ее оказание и обособление соответствующих составов преступлений в отдельную группу профессиональных ятрогений. Критерием в данном случае выступает значимость объекта посягательства с точки зрения неисполнения обязанности медицинского работника, возлагаемой на него не только на уровне отраслевого законодательства, но и на уровне Основного закона. Можно утверждать, что охрана жизни и здоровья как высших социальных ценностей при осуществлении медицинской помощи нуждается помимо правовой регламентации в защите со стороны законодателя, в частности, уголовно-правовыми средствами.

Составы преступлений, отнесенные нами к числу ятрогенных, в настоящее время содержатся в главе 16 «Преступления против жизни и здоровья» раздела VII «Преступления против личности» Особенной части УК. Это свидетельствует о том, что родовым объектом посягательств являются права и свободы личности, а видовым – права на жизнь (ч. 2 ст. 109, ч. 2 ст. 124 УК РФ) и здоровье (ч. 2 ст. 118, ч. 4 ст. 122, ч. 1 ст. 124 УК РФ). В этой связи представляется необходимым более подробно остановиться на каждом из названных объектов ятрогенного посягательства.

Особую важность, с точки зрения непосредственного предмета нашего исследования, представляет определение понятия «жизнь» в уголовно-правовом и медицинском значении, так как определяющими являются в точности положения исхода и окончания жизненного цикла, в целях определения в поступке примет состава преступления против жизни человека, законная защита которой закреплена со времени ее начала. Традиционно время исхода жизни отождествляется с моментом рождения, который с медицинской точки зрения определяется в виде «полностью извлечь продукта зачатия из живота беременной женщины, в то время если ребенок отделился от утробы матери, кроме пуповины,

что не перерезана, и у ребенка ещё есть дыхание, пульс или свободное движение мускулов»¹³⁹.

В учении уголовного законодательства по вопросу времени начала жизни нет единого мнения. Разные точки зрения позволяют определить это начало как время отделения ребенка от утробы матери¹⁴⁰, время произвольного дыхания¹⁴¹ или когда перерезывается пуповина¹⁴². Но все эти научные доводы имеют одну общую черту - начало жизни всегда ассоциируется с началом процесса рождения ребенка, что отвечает законодательной установке, распространенному в ч. 1 ст. 106 УК РФ «Убийство матерью новорожденного ребенка во время или сразу же после родов»¹⁴³. Подобный подход законодателя имеет в своей основе конституционное положение о возможности реализации прав и свобод человека только с момента рождения (ч. 2 ст. 17 Конституции РФ), т.е. критерием начала правовой охраны жизни является живорождение, которое в ч. 1 ст. 53 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» определено как момент отделения плода от организма матери посредством родов.

Иные правовые последствия влечет толкование момента начала жизни через акт зачатия, сторонники которого приводят не правовые, а скорее религиозные и философские аргументы¹⁴⁴. Вместе с тем, в медицинской науке подобный подход достаточно детально аргументируется при помощи физиологических данных. Например, А.Н. Попов, опираясь на биоэтические нормы, делает вывод о том, что «момент жизни человека начинается ещё до появления ребенка на свет, ибо уже после 18 дней у плода можно услышать сердцебиение, а ещё через 22 дня

¹³⁹ Приказ Минздрава России и постановление Государственного комитета РФ по статистике от 4 декабря 1992 г. «О переходе на рекомендованные Всемирной организацией здравоохранения критерии живорождения и мертворождения» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.consultant.ru> // www.minzdravsoc.ru (дата обращения: 06.10.2022).

¹⁴⁰ Шаргородский М.Д. Курс советского уголовного права: Часть Особенная. – Л., 1973. – С. 480.

¹⁴¹ Судебная медицина / Под ред. В.В. Томилина. – М.: Норма, 1987. – С. 218.

¹⁴² Тишкевич И.С. Квалификация преступлений против жизни. – Минск: Изд-во МВШМ МВД СССР, 1971. – С. 17; Красиков А.Н. Уголовно-правовая охрана прав и свобод человека в России. – Саратов: Полиграфист, 1996. – С. 10.

¹⁴³ См.: Кургузкина Е.Б. Убийство матерью новорожденного: природа, причины, предупреждение. – Воронеж: Институт МВД России, 1999. – С. 18-23.

¹⁴⁴ См., например: Чиндин И.В. Психоанализ и проблема статуса эмбриона // Материалы XI международных образовательных чтений (Секция: Православие и медицина): Сб. науч. ст. – М.: Правосл. медико-просветит. центр «Жизнь», 2004. – С. 188.

начинает действовать его система кровообращения и др.»¹⁴⁵. Следуя данной теории, часть исследователей берет за точку отсчета начала жизни различные стадии развития эмбриона: 4 недели (первое сердцебиение), 6 недель (электрофизиологическая активность мозга), 12 недель (сердцебиение, кровообращение, фиксация мозговых импульсов, формирование глаз, губ, языка, возможности двигаться, сосать палец и т.д.)¹⁴⁶. С позиций медицинской практики нам представляется несомненным тот факт, что организм человека с момента зачатия и до рождения представляет собой новую жизнь. Не вдаваясь в медицинские подробности, позволим себе кратко описать развитие эмбриона человека с позиций таких его свойств как: наличие жизни именно с момента зачатия; наличие у его тканей таких особенностей как индивидуальность, уникальность и возможность развития, и, как следствие, невозможность признания его объектом права собственности в цивилистическом понимании, что априори ставит вопрос об императивном запрете на совершение любых сделок с ним, которые, по нашему мнению, должны быть уголовно-наказуемыми.

В медицинском смысле эмбрионом именуют зародыш человека с момента оплодотворения и до 10 акушерской недели, развитие которого занимает 49 дней и является таковым вплоть до наступления периода фетальности (после 10 акушерской недели), когда он с репродуктивной точки зрения становится плодом. Тем не менее уже непосредственно после зачатия образуется новый, уникальный набор генов, который растет и развивается. Так, через 30 часов после оплодотворения происходит первое деление клеток, которые мигрируют, проходя этапы морулы, бластулы, гастрюлы, в результате чего образуются три слоя клеток: эктодерма (будущая кожа, нервная система, глаза), мезодерма (кости, мышцы, кровеносные сосуды, почки) и энтодерма (желудочно-кишечный тракт, дыхательная система). Этот этап протекает стремительно и завершается уже на 8-

¹⁴⁵ Попов А.Н. Убийство матерью своего новорожденного ребенка. – СПб.: Изд-во С.-Петербург. юрид. ин-та Генеральной прокуратуры РФ, 2001. – С. 12.

¹⁴⁶ Романовский Г.Б. К вопросу о правовом регулировании репродукции человека // Правоведение. – 2000. – № 5. – С. 42-48; Крылова Н.Е. Ответственность за незаконное производство аборта и необходимость уголовно-правовой защиты "будущей" жизни // Вестник Московского университета. Сер. 11: Право. – 2002. – № 6. – С. 44.

9 сутки после оплодотворения. В стадии нейрулы начинается формирование нервной системы, а уже на 20 день развития эмбриона образуется зачаток сосудов и сердца, которое делает первое сокращение в период между 22 и 28 днём после оплодотворения и уже не остановится вплоть до биологической смерти в любом возрасте. К концу первого месяца развития можно констатировать наличие зачатков лёгких, ушей, рта, спинного мозга, селезенки, почек, глаз, рук и ног. Таким образом, уже в этот период все жизненно важные органы эмбриона уже сформированы. Дальнейшее развитие плода происходит с набором веса и роста. Полагаем, что, несмотря на низкую активность сформированных органов во втором триместре беременности, что связано с заменой их функций организмом матери, наличие сердцебиения говорит о наличии жизни, а, соответственно, и права на таковую.

Однако, правовой статус эмбриона, в том числе и относительно этапа его развития в утробе матери является очевидным пробелом современного российского законодателя. Возникает дилемма – с одной стороны новая жизнь возникла и существует, с другой – она лишена полноценной правовой защиты. Этот вопрос актуализируется в связи с развитием новых медицинских технологий и процедур искусственного оплодотворения, которые нередко сопровождаются исследованиями на человеческих эмбрионах, использованием зародышей в лечебных целях, а также коммерческой деятельностью жизнеспособными эмбрионами.

Еще дальше в защите прав эмбриона пошли страны с прецедентной системой права. В частности суды Великобритании в некоторых решениях придают ему статус личности, устанавливая ответственность за причинение вреда нерожденному ребенку по неосторожности, а также признавая его участником судебного процесса с самостоятельными процессуальными интересами¹⁴⁷. Уголовная ответственность за убийство эмбриона установлена законодательством

¹⁴⁷ Mason & McCall Smith Law and Medical Ethics. Butterworths. – London, Edinburg, Dublin, 1999. – P. 125-137.

ряда штатов США (например, Калифорнии и Теннесси)¹⁴⁸. Как уже было отмечено, российский законодатель исходит из постулата о необходимости охраны права на жизнь только с момента рождения. Полагаем, что основной причиной подобного подхода является необходимость в случае признания эмбриона объектом уголовно-правовой охраны, решать вопрос о криминализации аборт и их разграничении с убийством, что влечет за собой повышенный общественный резонанс и, как следствие, политизацию данного вопроса. Не вдаваясь в общую дискуссию относительно поставленной проблемы, отметим следующее. В специальной литературе неоднократно констатировался тот факт, что конфликт интересов матери и плода относится к числу трудноразрешимых правовых проблем¹⁴⁹. При этом, если данный вопрос абсолютизируется, то плод признается неприкосновенным на протяжении всего времени развития внутри матки, что сразу лишает мать право на аборт или немного ограничивает это право уже на первых недель беременности¹⁵⁰. Помимо этого установлено, что «благодаря совершенствованию технологических процессов в области медицины обоснованным считается развитие правового законодательства, который регулирует принципы применения детских эмбрионов в научно-исследовательских работах, но без непосредственной связи с момента правовой защиты жизни ребенка»¹⁵¹. С точки зрения медицинской этики такая позиция парадоксальна, но ее следствием является тот факт, что женщина и не родившийся ребенок рассматриваются как единый объект уголовно-правовой охраны, которая в данном случае сводится к утяжелению правовых последствий криминальных посягательств.

¹⁴⁸ Mason & McCall Smith Law and Medical Ethics. Butterworths. – London, Edinburg, Dublin, 1999. – P. 126.

¹⁴⁹ Перевозчикова Е.В. Конституционное право на жизнь и репродуктивные права человека: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. – Казань, 2006. – С. 18; Трофимова Г.А. Право на рождение // Гражданин и право. – 2016. – № 7. – С. 28-33; Малышева А.А. Право на жизнь: особенности правовой защиты эмбрионов // Российский ежегодник Европейской конвенции по правам человека. – Выпуск 3. – М.: Статут, 2017. – С. 168-178.

¹⁵⁰ Малеина М.Н. Личные и неимущественные права граждан: понятие, осуществление, защита. 2-е изд. – М.: Пресс, 2001. – С. 66.

¹⁵¹ Павлова Ю.В., Даутбаева-Мухтарова А.Е. Человеческая жизнь: проблема определения момента начала правовой охраны // Медицинское право. – 2018. – № 2. С. 40.

Полагаем, что в современных условиях развития российского законодательства, при наличии тенденции к имплементации международно-правовых норм, в том числе и охраняющих права эмбриона, следует исходить из компромиссного подхода суть которого заключается в признании за последним права на жизнь и определении его в качестве самостоятельного объекта уголовно-правовой охраны, обладающего специфическими качествами, к числу которых с медицинско-правовой точки зрения можно отнести: признание за эмбрионом права на жизнь с момента зачатия; наличие у его тканей таких особенностей как индивидуальность, уникальность и возможность развития; отсутствие у него свойств объекта права собственности. На наш взгляд, таким образом может быть достигнут паритет в реализации женщиной права на искусственное прерывание беременности, которое в настоящее время ограничено сроком развития плода, а также, что представляется наиболее значимым – криминализацию незаконных медицинских манипуляций с эмбрионом¹⁵². Косвенное подтверждение наличия у эмбриона самостоятельного правового статуса, который влечет за собой запрет на совершение действий, посягающих на его жизнь, мы можем найти в отраслевом законодательстве. Так, в соответствии со ст. 2 Закона «О трансплантации органов и (или) тканей человека» к числу объектов соответствующих манипуляций не отнесены репродуктивные органы, их части и ткани¹⁵³.

Таким образом, полагаем, что во время выявления законных границ неопровержимым фактом времени исхода жизни ребенка считается важность развития правового законодательства в целях защиты этого права в силу достижений настоящей медицинской технологии и устранения пробельности уголовно-правовой охраны прав эмбриона.

Определение момента окончания жизни имеет большое значение, поскольку от него зависит решение вопроса о привлечении медицинских работников к уголовной ответственности. Подтверждением сказанного служит уголовное дело,

¹⁵² Авторское видение соответствующих составов преступлений будет предложено при рассмотрении объективной стороны криминальных ятрогений в следующем параграфе диссертационного исследования.

¹⁵³ О трансплантации органов и (или) тканей человека: Закон РФ от 22.12.1992 № 4180-1 (ред. от 01.05.2022) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.consultant.ru> (дата обращения: 11.08.2023).

получившее значительный общественный резонанс, которое было возбуждено в отношении врачей больницы № 20 г. Москвы. Пациент О. поступил в эту клинику с закрытой черепно-мозговой травмой в состоянии клинической смерти. Проведенные реанимационные мероприятия не увенчались успехом, констатирована смерть. В целях изъятия у больного почки, реаниматолог вызвал бригаду врачей Московского центра органного донорства. Но после их прибытия позднее работники полиции вместе с названными докторами обнаружили у больного сердечные сжатия и присутствие артериального давления. Не смотря на все усилия, они не сумели спасти больного. В связи с этим, было открыто уголовное дело по обвинению нанесения смерти сотрудникам больницы № 20 для использования органов и тканей пациента (ч. 3 ст. 30, п. «м» ст. 105 УК РФ)¹⁵⁴. В приведенном случае вопрос о привлечении врачей к уголовной ответственности находится в причинно-следственной связи о решении вопроса момента окончания жизни, трактовка которого Московским городским судом и Верховным Судом РФ различна. При этом, единство мнений отсутствует не только среди правоприменителей. Сложность заключается в соотношении уголовно-правовых и медицинских категорий.

С точки зрения медицины выделяется клиническая и биологическая смерть. Первая характеризуется остановкой сердца и в некоторых случаях не является необратимой, т.к., современная медицинская наука содержит реанимационные мероприятия, которые помогают вернуть человека к жизни. Пациент, который подвергается таким мероприятиям, имеет право на оказание медицинской помощи, в случае, когда врач отказал в ее осуществлении, может привести к привлечению его к ответственности по ст. 124 УК РФ. В связи с этим, при динамическом развитии медицинской науки и практики точкой отсчета считается церебральная смерть, где при отсутствии положительного прогноза, исходя из внешних признаков жизненные функции организма сохраняются, при этом наступает смерть головного мозга. После смерти головного мозга

¹⁵⁴ Селиванова А. Почки хотели вырезать у живого донора? // Комсомольская правда. 2003. 29 мая.

реанимационные манипуляции производятся практически телом умершего пациента¹⁵⁵. Здесь важно понимать, какой именно момент стоит определить в качестве возможности окончания произведения реанимационных манипуляций.

В ранее действовавшей Инструкции по определению критериев и порядка определения момента смерти человека, утвержденной приказом Министерства здравоохранения РФ от 4 марта 2003 г. № 73 (далее – Инструкция)¹⁵⁶, было указано, что «реанимационные мероприятия прекращаются только при признании этих мер абсолютно бесперспективными или констатации биологической смерти, а именно:

- при констатации смерти человека на основании смерти головного мозга, в том числе на фоне неэффективного применения полного комплекса мероприятий, направленных на поддержание жизни;

- при неэффективности реанимационных мероприятий, направленных на восстановление жизненно важных функций в течение 30 минут» (п. 4).

Однако здесь имеются и неясности, порождавшие трудности в медицинской практике, которые несли зачастую негативные последствия для медицинского персонала в виде многочисленных проверок, осуществляемых на основании заявлений родственников умерших, поскольку, с их точки зрения, медицинская помощь была оказана ненадлежащим образом, поскольку реанимационные мероприятия были закончены преждевременно. Во-первых, не ясно, что подразумевает в себя «целым комплексом мер». Во избежание свободного изложения данного положения Инструкции, их наименование должно стать окончательным и закономерно закрепленным. Во-вторых, не понятно, есть ли возможность в закрытие реанимационных мер, тогда, если получилось возродить не все, а лишь конкретные жизненно важные задачи тела за период указанного времени.

¹⁵⁵ Капитонова Е.А., Романовская О.В., Романовский Г.Б. Правовое регулирование трансплантологии: Монография. – М.: Проспект, 2016. – С. 85-93.

¹⁵⁶ Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти. 2003. № 25.

В-третьих, Согласно инструкции реанимационные мероприятия должны проводиться в случае клинической смерти «на фоне прогрессирования достоверно установленных неизлечимых заболеваний или неизлечимых последствий острой травмы, несовместимой с жизнью» до появления абсолютных признаков наступления биологической смерти. На основании ст. 66 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» были разработаны Правила определения момента смерти человека, а также Правила прекращения реанимационных мероприятий (далее – Правила)¹⁵⁷. Для углубленного анализа обозначенных проблем с целью поиска их решения, заполнения правовых пробелов, связанных с неясностью определения момента смерти пациента, необходимо учитывать следующие аспекты: возможность прекратить реанимационные мероприятия появляется у медицинского работника исключительно при установлении факта смерти пациента – то есть смерти его головного мозга; необходимость понимания перечня критериев наступления смерти у новорождённого: прекращение сердцебиения ребёнка и его последующее отсутствие не менее десяти минут.

Приведенный подход способствует как избежать морально-этических и юридических сложностей, которые возникают у медицинского работника во время отключения пациента от приборов жизнеобеспечения, так и снизить риски незаконных действий в области трансплантологии, когда, как отмечал Г.Б. Романовский, тело человека в состоянии клинической смерти «становится потенциальным набором жизненно важных органов, которые являются не только средством спасения, но и средством материального обогащения»¹⁵⁸. Таким образом, в медицинской практике момент смерти определяется как момент прекращения функционирования головного мозга, что соответствует критериям, описанных в Правилах. К таким критериям относятся: устойчивая потеря

¹⁵⁷ Правила определения момента смерти человека, в том числе критериев и процедуры установления смерти человека, Правила прекращения реанимационных мероприятий и формы протокола установления смерти человека: Утверждены Постановлением Правительства РФ от 20 сентября 2012 г. № 950 // СЗ РФ. 2012. № 39. Ст. 5289.

¹⁵⁸ Романовский Г.Б. Конституционно-правовые основы танатологии в Российской Федерации // Вестник Тверского государственного университета. – 2009. – № 9. – С. 141-147.

сознания (кома); отсутствие мышечного тонуса (отсутствие рефлексов, которые должны быть при нормальной работе спинного мозга); а также отсутствие реакции на болезненные раздражители в области тригеминальных точек и прочих рефлексов и т.д.

Право граждан на охрану здоровья граждан - самостоятельный объект криминальных ятрогений - закрепляется в международно-правовых актах¹⁵⁹ и ч. 1 ст. 41 Конституции РФ.

Конституционное право каждого гражданина на охрану здоровья имеет уголовно-правовой элемент.

Во-первых, приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи.

Во-вторых, доступность и качество медицинской помощи.

В-третьих, недопустимость отказа в оказании медицинской помощи¹⁶⁰.

В-четвертых, информированность пациента о состоянии его здоровья.

Помимо прав на жизнь и здоровье в составе ятрогенных преступлений можно выделить еще один объект – общественные отношения, регламентирующие порядок оказания медицинской помощи больному, который, как уже было отмечено в первой главе диссертационного исследования, является детерминирующим признаком медицинской деятельности. Преступления рассматриваемой группы характеризуются их совершением в процессе медицинского обслуживания населения, что предполагает позиционирование в качестве объекта посягательства надлежащей деятельности медицинских учреждений, т.е. соблюдение существующих порядков и стандартов оказания медицинской помощи.

¹⁵⁹ Конвенция о защите прав человека и основных свобод (заключена в Риме 04.11.1950г., с изм. от 13.05.2004 г.) // Собрание законодательства РФ. 2001. № 2. Ст. 163; Конвенция о правах ребенка. Одобрена Генеральной Ассамблеей ООН 20.11.1989г. // Права ребенка: Основные международные документы. – М., 2002. – 944 с; Международная конвенция о ликвидации всех форм расовой дискриминации: принята Резолюцией N 2106 (XX) ГА ООН от 21.12.1965 // Ведомости Верховного Совета СССР. 1969. № 25. Ст. 219; Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин: принята Резолюцией 34/180 Генеральной Ассамблеи ООН от 18.12.1979 // Ведомости Верховного Совета СССР. 1982. № 25. Ст. 464.

¹⁶⁰ См.: Миронова Т.К. Правовое регулирование бесплатного оказания медицинской помощи: Учебное пособие. – М.: Юстицинформ, 2018. – С. 46.

Анализ библиографических источников позволяет нам сделать вывод о том, что подавляющая часть исследователей придерживается так называемого комплексного подхода, который, в свою очередь, включает в себя следующий перечень подходов: философский подход – определение категории «объект преступления» как некой неизбежной составляющей человеческого бытия; аксиологический подход – позволяет дать определение категории «объект преступления» через призму ценностных ориентиров общества на конкретном этапе развития, а именно – через понимание ценности тех общественных отношений, которые на том или ином этапе охранялись правовыми нормами от преступных посягательств; юридический подход – позволяет выявить природу объекта преступления через конкретные нормы права.

Таким образом, на основании вышеизложенного представляется необходимым сформулировать следующие предварительные выводы.

Во-первых, при определении видового объекта криминальных ятрогений целесообразно использование аксиологического (ценностного) подхода, в соответствии с которым объектами преступных посягательств являются базовые права человека – на жизнь и охрану здоровья. Добавочным субъектом считаются общественные связи, которые направлены на соблюдение закрепленных принципов оказания медицинской поддержки. Отсутствие хотя бы одного из объектов исключает криминализацию наступивших ятрогенных последствий для жизни и здоровья пациента. В частности, если деяние медицинского работника выразилось в нарушении порядка оказания медицинской помощи, но не повлекло за собой установленных уголовным законом последствий в виде вреда жизни и здоровью пациента, то оно не может расцениваться как преступное.

Во-вторых, правовые границы реализации права на жизнь нуждаются в совершенствовании в соответствии с медицинскими критериями физиологии эмбриона. Полагаем, право на жизнь должно признаваться с момента зачатия и до констатации в установленном порядке смерти головного мозга человека. Эмбрион следует относить к самостоятельным объектам уголовно-правовой охраны в силу

наличия у него таких признаков как: признание права на жизнь с момента зачатия; наличие у его тканей таких особенностей как индивидуальность, уникальность и возможность развития; отсутствие у него свойств объекта права собственности. На наш взгляд, таким образом может быть достигнут паритет в реализации женщиной права на искусственное прерывание беременности, которое в настоящее время ограничено сроком развития плода, а также, что представляется наиболее значимым – криминализацию незаконных медицинских манипуляций с эмбрионом. В медицинском смысле эмбрионом именуют зародыш человека с момента оплодотворения и до 10 акушерской недели, развитие которого занимает 49 дней и является таковым вплоть до наступления периода фетальности (после 10 акушерской недели), когда он с репродуктивной точки зрения становится плодом. Полагаем, что, несмотря на низкую активность сформированных органов во втором триместре беременности, что связано с заменой их функций организмом матери, наличие сердцебиения говорит о наличии жизни, а, соответственно, и права на таковую.

В-третьих, право на защиту жизни и здоровья с содержательного аспекта являются совокупность таких признаков: приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи; доступность и качество медицинской помощи; недопустимость отказа в оказании медицинской помощи; информированность пациента о состоянии его здоровья.

В-четвертых, криминальные ятрогении характеризуются совершением преступного деяния в процессе оказания медицинской помощи. Дифференциация происходит исходя из различных критериев (вида медицинской помощи, профиля медицинской организации, заболевания и его тяжести) и включают в себя детальную регламентацию этапов оказания медицинской помощи; правила организации деятельности медицинской организации и стандарты ее оснащения, а также объёмы медицинской помощи по видам.

В пятых, развития российского законодательства, при наличии тенденции к имплементации международно-правовых норм, в том числе и охраняющих права

эмбриона, следует исходить из компромиссного подхода суть которого заключается в признании за последним права на жизнь и определении его в качестве самостоятельного объекта уголовно-правовой охраны, обладающего специфическими качествами, к числу которых с медицинско-правовой точки зрения можно отнести: признание за эмбрионом права на жизнь с момента зачатия; наличие у его тканей таких особенностей как индивидуальность, уникальность и возможность развития; отсутствие у него свойств объекта права собственности. На наш взгляд, таким образом может быть достигнут паритет в реализации женщиной права на искусственное прерывание беременности, которое в настоящее время ограничено сроком развития плода, а также, что представляется наиболее значимым – криминализацию незаконных медицинских манипуляций с эмбрионом.

§ 3. Неосторожное причинение смерти, тяжкого вреда здоровью пациента, заражение ВИЧ- инфекцией при оказании медицинской помощи

Деятельность медицинского работника, последствиями которой стали смерть, причинение тяжкого вреда здоровью пациента или заражение его ВИЧ-инфекцией, в настоящее время влечет за собой уголовную ответственность в соответствии с ч. 2 ст. 109 УК РФ, ч. 2 ст. 118 УК РФ, ч. 4 ст. 122 УК РФ. Анализ объективной стороны составов приведенных медицинских преступлений позволяет сделать вывод, что ее основными признаками являются: действие, которое было совершено со стороны медицинского служащего и, которое была выражена в несоответствующем исполнении своих профессиональных задач; вредные результаты в форме тяжелого вреда здоровью больного, заражения ВИЧ-инфекцией, причинение смерти; обоснованная связь между указанным действием и наступившими результатами.

Ненадлежащее выполнение медицинским работником своих профессиональных обязанностей предполагает, прежде всего, наличие явных

дефектов оказания медицинской помощи, которое мы определяем как нарушение существующих стандартов и порядков ее оказания, о которых шла речь в предыдущем параграфе диссертационного исследования. Проиллюстрируем приведенный тезис примерами из следственно-судебной практики. Так, дефекты оказания медицинской помощи могут проявляться в следующем:

1) нарушение методологии лечения определенного вида заболевания:

Например, по уголовному делу в отношении Р. было установлено следующее. Р., занимая должность врача психиатра-нарколога в психоневрологическом диспансере, осуществил прием больной Н. с жалобами на боли в позвоночнике, которые после проведенного осмотра диагностировал как «обострение хронического пояснично-крестцового радикулита с компрессией корешка S1 справа». После проведения сеанса массажа и иглоукалывания, Р. назначил потерпевшей терапевтическое лечение на дому. Через день Н. обратилась к врачу с жалобами на усиление болевого синдрома, после чего Р. смесью лекарственных средств из 10 % раствора лидокаина и суспензии гидрокортизона, принесенных больной, выполнил лечебную блокаду, при этом неправильно рассчитав дозировку лидокаина, что спровоцировало развитие у больной Н. судорог, а спустя некоторое время - остановки сердца. Подоспевшая врачебная бригада скорой машины возобновила сердечную работу больного Н., которую отнесли в состоянии комы в реанимацию больницы города. Однако, несмотря на осуществляемое постоянное лечение, через пару дней больная умерла. Было возбуждено уголовное дело по факту смерти, которое содержало признаки преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 109 УК РФ¹⁶¹;

2) ошибки в постановке диагноза. В связи с этим представляет определенный интерес случай неадекватной диагностики и выбора тактики лечения пациента с травмами при падении с высоты, включающие переломы четырех ребер. При поступлении пациент был только лишь осмотрен, выполнен однократный общий

¹⁶¹ [Электронный ресурс]. – Режим доступа: URL: <http://sudact.ru/regular/doc/6sounxVOiQgV>. (дата обращения: 06.10.2022).

анализ крови и рентгеновское обследование грудной клетки. После чего, назначено консервативное лечение и даны рекомендации по активному ведению образа жизни. У пациента было недиагностированное внутреннее кровотечение, которое привело к смерти на четвертые сутки пребывания в стационаре. Согласно заключению СМЭ имелась причинно-следственная связь между диагностическими ошибками и неадекватной тактикой лечения и наступившей смертью пациента. Лечащий врач был привлечен к уголовной ответственности по ч. 2 ст. 109 УК РФ¹⁶²;

3) низкий уровень профессиональной подготовки врача-анестезиолога стал причиной смерти роженицы в одном из родильных домов г. Санкт-Петербурга. Во время наркоза по поводу операции кесарева сечения, врачом было сделано несколько неудачных попыток интубации трахеи. Однако, анестезиолог, не принял иных должных мер, что повлекло за собой повреждение трахеи интубационной трубкой. В результате чего, наступила смерть. На вскрытии эксперты констатировали, что интубационная трубка установлена технически неправильно, что привело к гипоксии, от которой роженица умерла. Врач был признан виновным в совершении преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 109 УК РФ¹⁶³;

4) технически неправильное выполнение оперативного пособия.

Приведенный выше перечень различных дефектов по оказанию медицинской помощи, к сожалению, не является исчерпывающим. Однако, сложность установления объективной стороны рассматриваемых составов преступлений обусловлено тем, что тяжкий вред здоровью и смерть потерпевшего могут быть причинены не только вследствие недобросовестности медицинского работника, но и ввиду наличия объективных причин, таких как, особая сложность диагностики болезни, а также отсутствие на данный момент научно обоснованных методов лечения, профилактики и т.д. Так, например, в одной из

¹⁶² Из архива Бюро СМЭ Воронежской области за 2008 г.

¹⁶³ Корневский Ю. Расследование причинения вреда здоровью медицинскими работниками // Законность. – 1998. – № 4. – С. 18.

больниц Воронежской области умер от рака легких гражданин С. До этого он длительное время лечился амбулаторно, а в дальнейшем и стационарно, однако, основное фатальное заболевание – злокачественная опухоль легких была выявлена слишком поздно, в результате чего наступила смерть. Однако, согласно заключению СМЭ дефектов оказания медицинской помощи С. на диагностическом и догоспитальном этапах не установлено. Смерть С. была обусловлена, прежде всего, клиническими особенностями и тяжестью самого заболевания. Дело, возбужденное по ч. 2 ст. 109 УК РФ, было прекращено¹⁶⁴.

Примечательными представляются материалы дела № 2-760/2021 Чусовского городского суда, в котором говорится об отказе в возбуждении уголовного дела по факту причинения смерти по неосторожности Поморцеву В.В. вследствие ненадлежащего исполнения работниками ГБУЗ ПК «Горнозаводская районная больница» своих профессиональных обязанностей по признакам состава преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 109 УК РФ по основанию, предусмотренному п. 2 ч. 1 ст. 24 УПК РФ – за отсутствием состава преступления. При этом в рамках доследственной проверки была назначена и проведена комплексная судебно-медицинская экспертиза, которая установила обширный перечень дефектов оказания медицинской помощи Поморцеву В.В., которые повлияли на правильность постановки ему диагноза, назначения соответствующего лечения и развитие летального исхода от отека головного мозга на фоне гипостатической левосторонней нижнедолевой пневмонии. В связи с этим судом было принято решение о возможности удовлетворения требований Поморцева А.В. о взыскании компенсации морального вреда с ответчика – Горнозаводской районной больницы¹⁶⁵.

Принимая во внимание то обстоятельство, что при оценке качества медицинской помощи особое значение имеет метод экспертных оценок, нами было проанализировано 86 постановлений о назначении экспертизы и экспертных

¹⁶⁴ Из архива Бюро СМЭ Воронежской области за 2013 г.

¹⁶⁵ Решение Чусовского городского суда Пермского края № 2-760/2021 2-760/2021~М-605/2021 М-605/2021 от 22 июня 2021 г. по делу № 2-760/2021 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: // sudact.ru/regular/doc/xvadm7G5u7Jj/ (дата обращения: 11.08.2023).

заклучений. Исходя из анализа, можно сделать вывод, что в 94,1% случаев перед экспертами ставились вопросы о наличии деяния, в 91,8% - о наличии ятрогенных последствий, в 97,6 % - о наличии причинной связи между совершенным медицинским работником деянием и наступившими последствиями. Ятрогенные последствия стали результатом неправильной диагностики и лечения в 89, 7% случаев, при этом ошибки на этапе диагностики повлекли за собой назначение некорректного лечения. Как следует из изученных материалов, несоответствующее выполнение медицинским служащим своих профессиональных задач определяется: в отсутствии указанного лечения больного или позднем его начале; методически или технически неприемлемом исполнении медицинских вмешательств, в том числе и нарушении дозового режима лекарственных препаратов и т.д. Несмотря на тот факт, что в 81 постановлении о назначении экспертизы ставился вопрос о наличии преступного деяния, а в 27 случаях - прямой вопрос об установлении признаков добавочного субъекта преступного деяния – посягательства на закрепленные принципы оказания медицинской поддержки, лишь в 39 из них указывалась ссылка на определенные правила, акты анализа и лечения, кроме того на должностные правила, методические советы или общие и общеобязательные в медицине принципы оказания врачебной поддержки¹⁶⁶.

Таким образом, общим признаком объективной стороны составов преступлений, предусмотренных ч. 2 ст. 109 УК РФ, ч. 2 ст. 118 УК РФ, ч. 4 ст. 122 УК РФ, является *ненадлежащее исполнение медицинским работником профессиональных обязанностей*, под которым, на наш взгляд, стоит понимать *деяние, осуществляемое в процессе оказания медицинской помощи пациенту, нарушающее нормативные стандарты, протоколы, правила оказания определенного вида медицинской помощи, повлекшее ятрогенные последствия, предусмотренные уголовным законом.*

¹⁶⁶ Приложение № 5.

В качестве уголовно-наказуемых последствий криминальных ятрогений законодатель рассматривает причинение смерти, тяжкого вреда здоровью пациента, а также заражение его ВИЧ-инфекцией.

Как отмечает Абдуллаева Р.А. в большинство своем, угрозы неопасности личности больных во многих поликлиниках осуществляются в виде инфекций и болезней: смертельно опасные вирусы и микроорганизмы (бактерии, простейшие, грибы), паразитирующие у человека гельминты, клещи и насекомые.¹⁶⁷

Согласно п. 2 Правил выявления уровня тяжести нанесенного вреда, жизни и здоровью пациента¹⁶⁸, к таковым относятся срыв физической полноты и функции тканей и органов больного по причине воздействия физико-химических, биолого-психических факторов окружающей среды.

Более детальному анализу, на наш взгляд, необходимо подвергнуть состав преступления, предусмотренный ч. 4 ст. 122 УК РФ, где в качестве последствия дефекта оказания медицинской помощи рассматривается заражение пациента ВИЧ-инфекцией. Полагаем, что криминализация данного ятрогенного последствия обусловлена опасностью названного заболевания, которое относится к числу неизлечимых и, следовательно, в краткосрочной либо отдаленной перспективе приводит к смерти. Кроме того, как справедливо отмечает К.А. Волков, ВИЧ-инфекция имеет высокие темпы распространения, о чем свидетельствуют статистические данные, приводимые в официальном докладе Роспотребнадзора «О состоянии эпидемиологического благополучия населения Российской Федерации в 2022 году», согласно которым ВИЧ-инфекция в 2022 г. зарегистрировалась на территориях всех субъектов РФ, в том числе в 34 из них показатели заболеваемости превысили средний уровень по стране¹⁶⁹.

¹⁶⁷ Абдуллаева Р.А. Медицинская преступность в республике Таджикистан: уголовно-правовые и криминологические проблемы: автореф. дис. ... д-ра юрид наук. – Душанбе, 2023. – С. 35.

¹⁶⁸ Об утверждении Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека: Постановление Правительства РФ от 17.08.2007 № 522 (ред. от 17.11.2011) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.consultant.ru> (дата обращения: 11.08.2023).

¹⁶⁹ Волков К.А. Заражение ВИЧ-инфекцией // Российский следователь. – 2017. – № 13. – С. 19; О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2022 году: Государственный доклад. – М.: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2023. – С. 200.

С точки зрения технико-юридического обособления состава криминальной ятрогении, предусмотренной ч. 4 ст. 122 УК РФ, интерес представляет вопрос о соотношении уголовно-правовой нормы и текста ст. 122 УК РФ. Часть специалистов полагает, что названная статья уголовного закона содержит один состав преступления – «Заражение ВИЧ-инфекцией», а отдельные ее части (ч. 2-4) содержат исключительно квалифицирующие признаки¹⁷⁰. Полагаем, что приведенная позиция не свободна от критики, поскольку изложение законодателем конструкций составов преступлений имеет в данном случае особенности, заключающиеся в том, что в ч. 1 ст. 122 УК РФ речь идет о поставлении в опасность заражения ВИЧ-инфекцией, т.е. о формальном составе, в то время как ч. 2-4 этой же статьи регламентируют ответственность за фактическое инфицирование, т.е. содержат материальные составы преступлений. Не согласимся и с точкой зрения Ю.Е. Пудовочкина о наличии в ст. 122 УК РФ двух самостоятельных составов преступлений – поставление в опасность заражения ВИЧ-инфекцией и заражение ВИЧ-инфекцией¹⁷¹, поскольку она не учитывает принципиального, на наш взгляд, момента – совершения преступления, предусмотренного ч. 4 ст. 122 УК РФ специальным субъектом – медицинским работником в процессе осуществления своей профессиональной деятельности, т.е. наличия в данном деянии всех признаков, характерных для криминальных ятрогений. Объективная сторона состава преступления, предусмотренного ч. 4 ст. 122 УК РФ может быть выражено в качестве применения активной деятельности, как использование нестерилизованных шприцев и прочих инструментов, несоответствующая проверка крови и т.д., или бездействия, такие как несоблюдения указанных правил асептики и гигиены и т.д.

Например, согласно ст. 1 Федерального закона «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом

¹⁷⁰ Комментарий к Уголовному кодексу РФ (постатейный) / Под ред. А.И. Чучаева; испр., доп., перераб. – М.: Контракт, 2013. – С. 118.

¹⁷¹ Комментарий к Уголовному кодексу РФ: В 2 т. (постатейный) / А.В. Бриллиантов, Г.Д. Долженкова, Э.Н. Жевлаков и др.; Под ред. А.В. Бриллиантова. 2-е изд. – М.: Проспект, 2015. – Т. 1. – С. 131.

иммунодефицита человека»¹⁷² СПИД является хроническим заболеванием, которая вызывается вирусом иммунодефицита человека, приводящим к повышенной восприимчивости организма к оппортунистическим инфекциям и опухолям, которые в конечном итоге приводят к гибели больного. Согласно медицинским критериям, которые были определены выше, отразившие степень тяжести вреда здоровью, заражение ВИЧ-инфекцией является постановка человека в опасное для жизни состояние¹⁷³.

Как уже было отмечено, криминальные ятрогении характеризуются неосторожной формой вины медицинского работника. Заметим, что, согласно логике законодателя, вина является единственным обязательным признаком субъективной стороны составов преступлений, предусмотренных ч. 2 ст. 109 УК РФ, ч. 2 ст. 118 УК РФ, ч. 4 ст. 122 УК РФ. Соответственно, ни мотив, ни цель, ни иные эмоционально-психические факторы квалифицирующего значения в данном случае не имеют. В соответствии с ч. 2 ст. 24 УК РФ, деяние, совершенное по неосторожности, признается преступлением только в том случае, когда это специально предусмотрено соответствующей статьей Особенной части УК РФ. Если применительно к ч. 2 ст. 109 и ч. 2 ст. 118 УК РФ законодатель прямо обозначает неосторожную форму вины субъекта преступления, то в ч. 4 ст. 122 УК РФ данное указание не содержится, что порождает утверждения об умышленном заражении пациента ВИЧ-инфекцией. А.А. Бимбинов отмечает, что ввиду отсутствия законодательного описания неосторожной формы вины в диспозиции ч. 4 ст. 122 УК РФ данное преступление нельзя признавать исключительно неосторожным¹⁷⁴. Анализ субъективной стороны этого состава преступления преимущественно осуществляется посредством его сопоставления с

¹⁷² О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции): Федеральный закон от 30.03.1995 № 38-ФЗ (ред. от 14.07.2022) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.consultant.ru> (дата обращения: 11.08.2023).

¹⁷³ Об утверждении Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека: Приказ Минздравсоцразвития РФ от 24.04.2008 № 194н (ред. от 18.01.2012) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.consultant.ru> (дата обращения: 08.01.2023).

¹⁷⁴ Бимбинов А.А. Актуальные проблемы квалификации заражения ВИЧ-инфекцией // Актуальные проблемы российского права. – 2022. – Т. 17. – № 11. – С. 120.

похожими составами преступлений¹⁷⁵. Компромиссной является позиция тех специалистов, которые аргументируют наличие в ч. 4 ст. 122 УК РФ состава преступления с двойной формой вины: косвенным умыслом и неосторожностью¹⁷⁶.

Мы полагаем, что подобный подход предопределяется несколькими причинами. Во-первых, отсутствием, как уже было отмечено, в ч. 4 ст. 122 УК РФ прямого указания на неосторожную форму вины медицинского работника, что предопределяет необходимость поиска критериев, обосновывающих возможность свершения данного преступления с косвенным умыслом. Заметим, что изученная нами судебно-следственная практика не подтверждает целесообразности такового, поскольку все профессиональные деяния, по которым были возбуждены уголовные дела по ч. 4 ст. 122 УК РФ, были совершены по неосторожности.

Во-вторых, немаловажную роль в данном случае играет социальная значимость последствий не только криминальной ятрогении, но и иных составов преступлений, предусмотренных ст. 122 УК РФ. Решение законодателя об обособлении уголовной ответственности за заражение ВИЧ-инфекцией было реакцией на выявление данного вируса медицинской наукой, его стремительное распространение, приобретшее масштабы эпидемии, и отсутствие эффективных средств борьбы с ним. Как уже было отмечено, данная проблема не снята и по сей день. В этих условиях медицинские работники должны более других предвидеть возможность заражения ВИЧ-инфекцией при проведении соответствующих манипуляций и принимать все возможные меры для минимизации соответствующих рисков. Данный тезис бесспорен с медицинской точки зрения, однако этого недостаточно для квалификации деяния, предусмотренного ч. 4 ст. 122 УК РФ, как совершаемого с косвенным умыслом.

¹⁷⁵ Павлова Н.В. Уголовно-правовое регулирование медицинской деятельности: дис. ... канд. юрид. наук. – М., 2006. – С. 120; Никитина И.О. Преступления в сфере здравоохранения (законодательство, юридический анализ, квалификация, причины и меры предупреждения): дис. ... канд. юрид. наук. – Н. Новгород, 2007. – С. 117.

¹⁷⁶ Никитин Д.А. Проблемные вопросы квалификации заражения ВИЧ-инфекцией и дифференциации ответственности // Российский следователь. – 2015. – № 13. – С. 16-18.

В-третьих, отграничение косвенного умысла от легкомыслия как формы неосторожности представляет собой самостоятельную доктринальную проблему, которая активно дискутируется в науке, в том числе и применительно к профессиональным преступлениям медицинских работников¹⁷⁷. В многочисленных специальных исследованиях неоднократно отмечалось, что интеллектуальное содержание двух названных форм вины практически одинаково¹⁷⁸. Однако, как справедливо отмечает А.И. Рарог, при косвенном умысле отношение субъекта преступления к последствиям такового является позитивным и одобрительным, хотя он прямо не заинтересован в их наступлении¹⁷⁹. Полагаем, что данный критерий нельзя применить к деянию медицинского работника. Кроме того, умышленная форма вины предопределяет наличие определенных мотивов и цели в действиях виновного, что, как уже было отмечено, не является необходимым признаком субъективной стороны криминальных ятрогений, включая состав преступления, предусмотренный ч. 4 ст. 122 УК РФ.

Предвидение возможности наступления общественно опасных последствий при легкомыслии носит абстрактный, неопределенный характер, который вместе с отрицательным отношением к последствиям отличает его от косвенного умысла. Такое предвидение сопровождается расчетом на предотвращение вредных последствий, которое с точки зрения профессиональной неосторожности может толковаться как самонадеянность медицинского работника, в основе которой лежат профессиональный опыт, знания, навыки, владение определенными медицинскими технологиями и т.д.

Применительно к криминальным ятрогениям, относимым к числу профессиональных преступлений, особое значение имеет положительный признак небрежной формы вины, которым в науке уголовного права обозначается

¹⁷⁷ Нагорная И.И. Неосторожность медицинского работника при причинении вреда здоровью или смерти пациенту // Российский юридический журнал. – 2017. – № 4. – С. 81-90.

¹⁷⁸ Караулов В.Ф. Убийство путем бездействия, отличие от неоказания помощи, повлекшей смерть // Уголовное право: стратегия развития в XXI веке: Материалы V Междунар. науч.-практ. конф. 24 - 25 января 2008 г. – М., 2008. – С. 264-268.

¹⁷⁹ Рарог А.И. Проблемы квалификации преступлений по субъективным признакам. – М.: Проспект, 2015. – С. 81.

формула «лицо должно было и могло проявить необходимую внимательность и предусмотрительность и предвидеть наступление общественно опасных последствий»¹⁸⁰. Этот признак устанавливается при помощи двух критериев.

Во-первых, наличие нормативно-закрепленной обязанности медицинского служащего предугадать социально опасные результаты (объективное составляющее) медицинских действий, и обязательно быть предельно внимательным и осторожным. Кроме того, названный критерий определяется и наличием у медицинского работника обязанности оказывать медицинскую помощь надлежащим образом. В данном случае определяющее значение имеет уровень образования, медицинская специальность и квалификация субъекта преступления, определяющая границы его профессиональной компетенции, т.е. попадающая в рамки формулы «должен был предвидеть». В этом смысле иллюстративен следующий пример. Ввиду нахождения врача-терапевта участковой больницы в отпуске, приказом главного врача ведение амбулаторного приема больных было поручено участковой медицинской сестре, которая при обращении Д. с жалобами на кашель, заложенность носа и боли в груди после осмотра поставила диагноз «острый бронхит», назначив соответствующее лечение. Через некоторое время, когда состояние Д. значительно ухудшилось, он обратился за консультацией в онкологический диспансер, где был выявлен рак нижней части левого легкого, от которого Д. впоследствии скончался. В соответствии с заключением эксперта онкологический диагноз должен был быть поставлен еще при обращении в ЦРБ на основании жалоб больного, анамнеза, а также результатов общеклинического обследования. Вина медицинской сестры не была установлена ввиду отсутствия объективного критерия небрежности, поскольку диагностика и лечение больных не входят в круг ее обязанностей, согласно уровню полученного образования и квалификации¹⁸¹.

Во-вторых, способность лица в конкретной ситуации с учётом своих индивидуальных качеств предвидеть возможность наступления общественно

¹⁸⁰ Филимонов В.Д. Проблема степени вины в уголовном праве // Уголовное право. – 2017. – № 3. – С. 92.

¹⁸¹ Архив Поворенского районного суда Воронежской области. Уголовное дело № 1-81/17.

опасных последствий (субъективный критерий). Так, например, преступная небрежность была констатирована судом в действиях анестезиолога-реаниматолога Х., который предпринял несколько безуспешных попыток катетеризации вен четырехмесячному ребенку, что вызвало у него многочисленные кровоизлияния и геморрагический шок, в результате которого наступила смерть. В данном случае суд указал на отсутствие у Х. достаточных профессиональных навыков, а, следовательно, наличие у него обязанности привлечь врача-хирурга для проведения венесекции бедренной вены¹⁸². При реализации данного критерия, опыт судов исходит из осознания уровня осторожности по отношению к категории людей с конкретной профессией, либо формы деятельности¹⁸³, в указанном случае – к людям, которые имеют правовой статус медицинского служащего.

В связи с субъективным критерием небрежности в специальной литературе активно дискутируется проблема ответственности медицинского работника за собственную неопытность и неподготовленность. Полагаем, что исчерпывающим образом ответ на данный вопрос дан Ф.Ю. Бердичевским¹⁸⁴. В таких случаях вина медицинского работника характеризуется уже не небрежностью, а легкомыслием, поскольку, сознавая трудность и непосильность поставленной перед ним медицинской задачи, он действует самонадеянно, пытаясь ее решить с учетом различных факторов (организма больного, типичности клинического случая, возможности современной медицинской аппаратуры и т.д.).

Таким образом, обобщая вышеизложенное, позволим себе сформулировать некоторые принципиальные в контексте обоснования концепции отграничения криминальных ятрогений от иных преступлений против жизни и здоровья граждан выводы.

¹⁸² [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://rospravosudie.com/court-shhekinskij-rajonnyj-sud-tulskaya-oblast-s/act-489505991> (дата обращения: 06.10.2022).

¹⁸³ Комментарий к Уголовному кодексу РФ / Под ред. Ю.И. Скуратова и В.М. Лебедева. – М., 1996. – С. 43.

¹⁸⁴ Бердичевский Ф.Ю. Уголовная ответственность медицинского персонала за нарушение профессиональных обязанностей. – М.: Юрид. лит., 1970. – С. 116.

Так, дефекты оказания медицинской помощи могут проявляться в следующем: 1) нарушение методологии лечения определенного вида заболевания; 2) ошибки в постановке диагноза. В связи с этим представляет определенный интерес случай неадекватной диагностики и выбора тактики лечения пациента с травмами при падении с высоты, включающие переломы четырех ребер; 3) низкий уровень профессиональной подготовки врача-анестезиолога; 4) технически неправильное выполнение оперативного пособия.

Приведенный выше перечень различных дефектов по оказанию медицинской помощи, к сожалению, не является исчерпывающим. Преступления, предусмотренные ч. 2 ст. 109 УК РФ, ч. 2 ст. 118 УК РФ, ч. 4 ст. 122 УК РФ, имеют общий детерминирующий признак объективной стороны состава преступления – ненадлежащее исполнение медицинским работником профессиональных обязанностей, совершаются в рамках правоотношений медицинский работник-пациент, имеют общий объект посягательства, а также неосторожную форму вины. С учетом медицинских критериев ятрогенные последствия в виде тяжкого вреда здоровью пациента и заражения его ВИЧ-инфекцией следует признать сопоставимыми, выделив последнее ввиду его значимости с точки зрения опасности заболевания, его вирусной природы, а, соответственно, возможности распространения и отсутствия в настоящее время эффективных методов лечения ВИЧ.

В связи с изложенным представляется возможным предложить следующую редакцию **статьи 125. 1 УК РФ**, расположив ее в главе 16.1 «Преступления медицинских работников против жизни и здоровья пациентов» Раздела VII УК РФ «Преступления против личности»:

Ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей медицинским работником

1. Ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей медицинским работником, причинившие по неосторожности тяжкий вред здоровью пациента, а также заражение ВИЧ-инфекцией –

наказывается ...

2. То же деяние, повлекшее по неосторожности смерть пациента –
наказывается ...

Криминальным ятрогений, относимым к числу профессиональных преступлений, и имеет положительный признак небрежной формы вины, этот признак устанавливается при помощи двух критериев.

Во-первых, наличие нормативно-закрепленных задач медицинского служащего предугадать социально опасные результаты (объективное составляющее) медицинских действий, кроме того быть предельно внимательным и осторожным. Во-вторых, умение человека в определенной ситуации в соответствии со своими личностными качествами предвидеть возможность наступления общественно опасных последствий (субъективный критерий).

§ 4. Неоказание помощи больному

Неоказание медицинским работником помощи больному без уважительных причин является наиболее одиозным ятрогенным преступлением, поскольку грубо нарушает основную обязанность медика и влечет за собой тяжкие последствия в виде причинения вреда здоровью или смерти пациента. Анализируя составы преступлений, предусмотренные ст. 124 УК РФ, мы позволим себе акцентировать внимание на нескольких дискуссионных вопросах, которые до настоящего времени не получили законодательного решения или детализации.

Неоказание помощи больному является серьезным и существенным по своим социальным последствиям уголовно-наказуемым деянием, так как связано не только со значимым нарушением медицинским работником своих должностных и профессиональных обязанностей, что само по себе, представляет собой особое нарушение, требующее привлечения виновных лиц к ответственности, но и с высокой степенью вероятности причинения вреда здоровью пациенту. Уголовным законом установлен квалифицированный состав относительно случаев, когда

неоказание помощи больному без уважительных причин лицом, обязанным ее оказывать в соответствии с законом или со специальным правилом. Данный состав закреплен в части 2 ст. 124 Уголовного кодекса Российской Федерации (УК РФ) и предполагает в своей конструкции материальный характер объективной стороны, что требует установления причинно-следственной связи между действиями или бездействием специального субъекта по неоказанию помощи больному и наступлением неблагоприятных последствий, выраженных в причинении пациенту тяжкого вреда здоровью или наступлении смерти.

Данная тема вызывает особый интерес в научной литературе, посвященной тематике медицинских преступлений, в том числе в контексте сравнительно-правового анализа уголовной ответственности медицинских работников за причинение смерти или тяжкого вреда здоровью в результате неоказания помощи больному.

Несмотря на это, актуальными и с теоретической, и с практической точки зрения остаются вопросы, связанные с особенностями надлежащего установления субъекта преступления и причинно-следственной связи между его действия (точнее, как правило, бездействием) и наступившими неблагоприятными последствиями, что обусловило цель проведенного исследования. Исходя из этого, в качестве задач поставлено следующее: изучить признаки специального субъекта в рассматриваемом составе преступления, выявить условия и содержания объективной стороны, а также провести анализ практики рассмотрения уголовных дел и состояния судимости по части 2 ст. 124 УК РФ.

Необходимость проведения анализа практики рассмотрения уголовных дел и состояния судимости предопределила использование в качестве эмпирической базы исследования данные судебной статистики и материалов правоприменительной практики судов по рассмотрению соответствующих уголовных дел. Так, в специальной литературе достаточно давно обсуждается вопрос о субъекте рассматриваемого преступления. Полагаем, что причиной тому служит формулировка диспозиции ч. 1 ст. 124 УК РФ - «неоказание помощи

больному без уважительных причин лицом, обязанным ее оказывать в соответствии с законом или со специальным правилом». Возникают взаимосвязанные вопросы – о какой помощи идет речь, и кто входит в круг лиц, «обязанных ее оказывать в соответствии с законом или со специальным правилом». Выделим две полярные научные позиции. Первая заключается в том, что субъектами данного преступления признаются только медицинские работники, а, соответственно, речь идет об оказании медицинской помощи¹⁸⁵. Вторая, на наш взгляд, более соответствующая буквальному толкованию положений ч. 1 ст. 124 УК РФ, – в том, что субъектом неоказания помощи больному в настоящее время является любое лицо, обязанное в силу нормативного предписания ее оказывать¹⁸⁶. Поясним данный тезис. Так, термин «помощь» в приведенном контексте не имеет адресного характера, т.е. это не только медицинская, но и любая иная помощь. Если отталкиваться от понятийного аппарата, используемого Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», то речь идет о двух видах помощи – первой и медицинской, которые оказываются потерпевшему, именуемому в диспозиции анализируемой нормы уголовного закона – «больной».

При нахождении человека в опасных для жизни и здоровья состояниях (например, при несчастных случаях, травмах, отравлениях и т.д.) первая помощь оказывается ему до медицинской. Лицам, осуществляющие ее, необходимо иметь специальную подготовку, в связи с которой на них возложена соответствующая обязанность, а именно: сотрудникам органов внутренних дел Российской Федерации, сотрудникам, военнослужащим и работникам Государственной противопожарной службы, спасателям аварийно-спасательных формирований и аварийно-спасательных служб (ч. 1 ст. 31 Федерального закона «Об основах

¹⁸⁵ Хлапов А.Л., Камаев И.А., Гриб М.Н., Перевезенцев Е.А. Профессиональные преступления медицинских работников // Юридическое и деонтологическое обеспечение прав российских граждан на охрану здоровья: Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. Суздаль, 2008; Кулькин А. Субъект ответственности за неоказание помощи больному (ст. 124 УК РФ) // Уголовное право. – 2014. – № 1. – С. 41-43.

¹⁸⁶ Мамонтов Д.Ю. Субъект неоказания помощи больному // Труды юридического факультета Ставропольского государственного университета. – Вып. 18. – Ставрополь: Сервисшкола, 2008. – С. 58-63; Мыц Я. Неоказание помощи больному // Законность. – 2006. – № 11. – С. 34-36.

охраны здоровья граждан в Российской Федерации»), должностным лицам таможенных органов (ст. 12 Федерального закона «О таможенном регулировании в Российской Федерации»¹⁸⁷), работникам ведомственной охраны (ст. 12 Федерального закона «О ведомственной охране»¹⁸⁸), судебными приставам (ст. 11 Федерального закона «Об органах принудительного исполнения Российской Федерации»¹⁸⁹), военнослужащим национальной гвардии (ст. 8 Федерального закона «О войсках национальной гвардии Российской Федерации»¹⁹⁰). При этом, случаи и объем первой помощи достаточно четко регламентированы в нормативных актах. Например, в соответствии с п. 3 ст. 12 Федерального закона «О полиции»¹⁹¹, ее сотрудник обязан оказывать первую помощь лицам, пострадавшим от преступлений, административных правонарушений и несчастных случаев, а также лицам, находящимся в беспомощном состоянии либо в состоянии, опасном для их жизни и здоровья, если специализированная помощь не может быть получена ими своевременно или отсутствует. Объем оказываемой помощи указан в Приказе Минздрава РФ и включает в себя: оценку обстановки и обеспечение безопасных условий для оказания первой помощи; вызов скорой медицинской помощи; определение наличия сознания у пострадавшего; мероприятия по восстановлению проходимости дыхательных путей и определению признаков жизни у пострадавшего; проведение сердечно-легочной реанимации до появления признаков жизни; поддержание проходимости дыхательных путей; обзорный и подробный осмотры пострадавшего, временную остановку наружного кровотечения; выявление признаков травм, отравлений и

¹⁸⁷ О таможенном регулировании в Российской Федерации: Федеральный закон от 27.11.2010 № 311-ФЗ (ред. от 24.02.2021) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.consultant.ru> (дата обращения: 11.08.2023).

¹⁸⁸ О ведомственной охране: Федеральный закон от 14.04.1999 № 77-ФЗ (ред. от 04.08.2023) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.consultant.ru> (дата обращения: 11.08.2023).

¹⁸⁹ Об органах принудительного исполнения Российской Федерации: Федеральный закон от 21.07.1997 № 118-ФЗ (ред. от 21.12.2021) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.consultant.ru> (дата обращения: 11.08.2023).

¹⁹⁰ О войсках национальной гвардии Российской Федерации: Федеральный закон от 03.07.2016 № 226-ФЗ (ред. от 04.08.2023) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.consultant.ru> (дата обращения: 11.08.2023).

¹⁹¹ О полиции: Федеральный закон от 07.02.2011 № 3-ФЗ (ред. от 06.02.2023) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.consultant.ru> (дата обращения: 11.08.2023).

других состояний, угрожающих его жизни и здоровью, передачу пострадавшего бригаде скорой медицинской помощи¹⁹².

Мы солидаризируемся с позицией, обоснованной М.И. Галюковой, о том, что субъекты не оказания первой помощи характеризуются следующей совокупностью признаков: наличием специальной подготовки, которая удостоверяется соответствующими документами, при этом уровень подготовки определяется характером выполняемых профессиональных функций; профессиональной пригодностью, т.е. соответствием личных качеств, профессиональных знаний и умений требованиям, предъявляемым к данному специалисту; наделением лица определенными обязанностями¹⁹³. Дополним данный перечень немаловажным, на наш взгляд, признаком – оказание первой помощи не является основной профессиональной функцией указанных лиц, что позволит отграничить их от специальных субъектов соответствующих составов преступлений – медицинских работников.

Как показывается анализ судебной практики привлечения к уголовной ответственности по ст. 124 УК РФ, которая является достаточно скудной, правоприменитель относит названные составы преступлений к числу профессиональных, т.е. совершаемых в сфере медицинской деятельности¹⁹⁴. Это подтверждают и эмпирические исследования, проведенные другими авторами¹⁹⁵. В этой связи позволим себе категоричное утверждение о том, что норма об уголовной ответственности обязанных лиц за не оказание первой помощи больному является «мертвой», что позволяет поддержать тезис о необходимости ее имплементации в число иных случаев не оказания помощи лицам, не

¹⁹² Об утверждении перечня состояний, при которых оказывается первая помощь, и перечня мероприятий по оказанию первой помощи: Приказ Минздравсоцразвития России от 04.05.2012 № 477н (ред. от 07.11.2012) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.consultant.ru> (дата обращения: 11.08.2023).

¹⁹³ См.: Галюкова М.И. Особенности уголовной ответственности медицинских работников за причинение вреда здоровью человека: Учебное пособие. – Омск: Омская академия МВД России, 2008. – С. 16.

¹⁹⁴ По 12 уголовным делам о преступлениях, предусмотренных ч. 1, 2 ст. 124 УК РФ, в качестве обвиняемых было привлечено 14 человек, все из которых являлись медицинскими работниками.

¹⁹⁵ Цыганова О.А., Ившин И.В. Не оказание помощи больному: теоретические аспекты и правоприменительная практика // Медицинское право. – 2014. – № 6. – С. 54; Миронова Т.К. Правовое регулирование бесплатного оказания медицинской помощи: Учебное пособие. – М.: Юстицинформ, 2018. – С. 164-178.

способным принимать меры к самосохранению (ст. 125 УК РФ)¹⁹⁶, обособив тем самым ответственность за неоказание помощи больному, которую несут медицинские работники, отнеся ее к числу ятрогенных посягательств.

В данном контексте субъектом неоказания помощи больному являются лица, обладающие статусом медицинского работника, который подробно анализировался в первой главе диссертационного исследования. При этом вновь возникает вопрос, о неоказании каких видов медицинской помощи идет речь в диспозиции ч. 1 ст. 124 УК РФ? Полагаем, что в данном случае необходимо отталкиваться от положений ст. 11 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», предусматривающих недопустимость отказа в оказании медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи медицинскими работниками организации, участвующей в реализации этой программы.

Результаты исследования. Изучение судебной статистики¹⁹⁷ по данным о судимости лиц в срезе неоказания помощи больному, повлекшего по неосторожности смерть пациента или тяжкий вред его здоровью (см. подробнее табл. 1, диагр. 1, 2) свидетельствует об относительно небольшом количестве случаев привлечения виновных лиц к уголовной ответственности по ч. 2 ст. 124 УК РФ.

Таблица 1. *Данные о числе осужденных лиц по вступившим в законную силу приговорам и иные лица, в отношении которых вынесены судебные акты по уголовным делам по ч. 2 ст. 124 УК РФ за 2009-2022 гг.*

Год	Число осужденных	Число оправданных	Число лиц, в отношении
------------	-------------------------	--------------------------	-------------------------------

¹⁹⁶ Михайлов В.И. Правовое регулирование причинения вреда при правомерном выполнении профессиональных (должностных) функций // Адвокат. – 2015. – № 5. – С. 33-42; Багмет А.М., Черкасова Л.И. Составы преступлений, совершаемых медицинскими работниками // Юридический мир. – 2014. – № 12. – С. 56-58.

¹⁹⁷ Судебная статистика. Судебный департамент при Верховном Суде РФ [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://cdep.ru/?id=79> (дата обращения: 12.08.2023).

			которых уголовные дела прекращены по иным основаниям
		<i>До 2015 года форма 10-а «Отчет о числе осужденных по всем составам преступлений уголовного кодекса российской федерации» / «Отчет о числе осужденных по всем составам преступлений Уголовного кодекса Российской Федерации и иных лиц, в отношении которых вынесены судебные акты по уголовным делам»</i>	
ИТОГО:			

Диаграмма 1. *Число осужденных по ч. 2 ст. 124 УК РФ за 2009-2022 гг.*

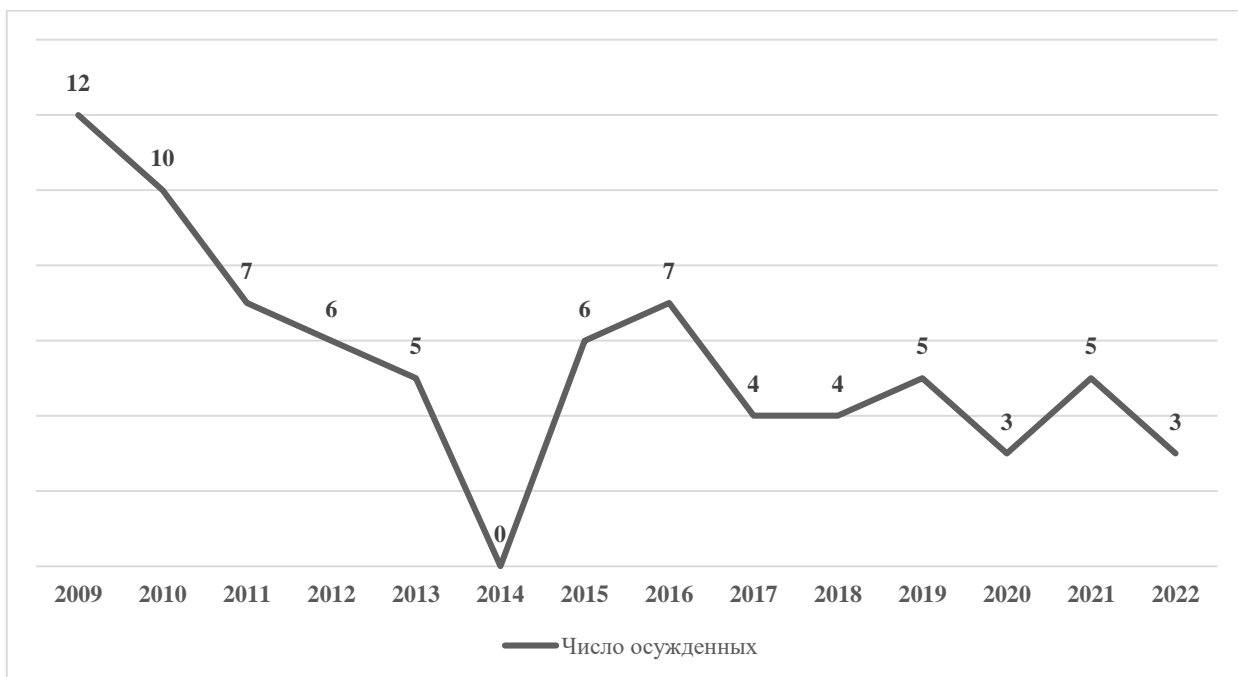


Диаграмма 2. Соотношение количества осужденных, оправданных, а также лиц, в отношении которых уголовные дела прекращены по иным основаниям по ч. 2 ст. 124 УК РФ за 2015-2022 гг.



Однако, такие показатели не должны вводить в заблуждение относительно создания впечатления о благополучном состоянии дел в вопросе самого факта надлежащего и своевременного оказания медицинской помощи, в том числе в контексте наступления тяжкого вреда здоровью или смерти в результате бездействия медицинских работников. Каждый такой случай несет в себе огромный общественный резонанс, наносит серьезный удар по профессиональной репутации врачей и системе здравоохранения в целом. Но в конечном счете, эти аспекты, далеко не главное. Катастрофические неблагоприятные последствия в масштабе отдельной человеческой жизни и его семьи несут в себе гораздо существенное содержание социального эффекта совершения рассматриваемого преступления.

Вместе с этим, изучаемое преступление имеет высокую степень латентности, известную автору как действующему, практикующему и имеющему более чем 40-летний профессиональный стаж специалисту, что особенно проявляется в сфере онкологии, когда в силу бездействия медицинских работников, банальной неосмотрительности или профессиональной врачебной ошибки невыявленные заболевания, как непосредственно связанные, так и несвязанные со злокачественными образованиями, ведут к самым печальным последствиям. Однако здесь также следует учитывать необходимость разграничения преступлений, совершенных по ч. 2 ст. 124 УК РФ, когда смерть или тяжкий вред здоровью больного наступили в результате бездействия специального субъекта без уважительных причин, от преступлений, предусмотренных ч. 2 ст. 109 и ч. 2 ст. 118 УК РФ, когда аналогичные неблагоприятные последствия имели место в результате ненадлежащего выполнения профессиональных обязанностей. Кроме того, существующая степень латентности связана с множеством субъективных факторов и со стороны потерпевшего, в том числе его родственников, и со стороны учреждений здравоохранения. Одновременно с этим, существует ряд сложностей нормативного и правоприменительного характера установления события преступления по ч. 2 ст. 124 УК РФ и выявления элементов состава

преступления неоказания помощи больному, повлекшего по неосторожности смерть больного или причинение тяжкого вреда его здоровью.

Каждый элемент состава рассматриваемого преступления имеет свои нюансы. Так, объектом выступает жизнь и здоровье человека. Субъективная сторона выражена в неосторожности, иначе деяние требует переквалификации и соответствующего пересмотра фактических обстоятельств, а также нормативных оснований уголовной ответственности. Но более существенные вопросы доктринального и практического толка несут в себе субъект, который носит специальный характер, и объективная сторона, выражающая материальную характеристику рассматриваемого преступного деяния и, следовательно, предполагающего уточнения обоснованных отношений между поступком особенного субъекта и возникшими нежелательными последствиями.

Выявление специального субъекта предполагает, что в данном составе преступления требуется установить, как это указано в УК РФ, «лицо, обязанное оказывать помощь больному в соответствии с законом или со специальным правилом».

В ныне действующем Уголовном кодексе РФ определение понятия «специальный субъект» не дается несмотря на то, что ряд статей предусматривает его наличие (например, ст. ст. 106, 121-122, 136, 301-303, 305 и иные). Подобным образом складывалась ситуация в период действия Уголовных кодексов РСФСР 1922 г., 1926 г., 1960 г., в которых также не было закреплено рассматриваемое понятие.

Сущность и правовая природа отдельных составов преступления предполагает, что, исходя из законодательного закрепления, субъект помимо установленных общих признаков должен обладать дополнительными свойствами, необходимых для выполнения объективной стороны преступления. Отметим также, что специальный субъект преступления всегда находится в неразрывной связи с объектом преступления, то есть общественными отношениями, на которые направлено общественно опасное посягательство. Таким образом, лицо,

совершающее действие или бездействие преступного характера должно быть участником соответствующего взаимодействия.

Наличие дополнительных признаков у субъекта преступления влияет на определение правильной квалификации преступления и назначения наказания. Исходя из этого, определение понятия «специальный субъект» является важной составляющей как в теоретической, так и практической деятельности по борьбе с преступностью.

На сегодняшний день в российской доктрине уголовного права сложилось несколько различных подходов к пониманию рассматриваемого понятия. Обусловлено это, в первую очередь, тем, что ученые вкладывают в его содержание внушительное количество признаков, которые влияют на общее представление о специальном субъекте. В результате этого и классификация признаков представлена в нескольких вариантах: от более узкого к более обширному.

В частности, С.А. Андреев определяет специальный субъект преступления как «физическое лицо, обладающее, помимо признаков общего субъекта преступления, еще и дополнительными признаками, указанными в диспозиции статьи УК РФ либо однозначно вытекающими из его толкования». По его мнению, с которым мы солидарны, данное определение достаточно четко определяет рассматриваемого субъекта, поскольку однозначно устанавливает лицо, привлекаемое к уголовной ответственности за конкретный состав преступления, определяет границы правоотношений, а также ограничивает круг субъектов.

М.А. Любавина считает, что «специальный субъект преступления – это субъект, наделенный дополнительным обязательным признаком, который установлен в диспозиции нормы Особенной части УК РФ и который представляет собой выражение в виде гражданства, пола, возраста, родственных отношений, занимаемой должности и другого» [7, с. 3]. Данное определение по отношению к ранее рассмотренному является более обширным, поскольку дает указание на конкретные признаки, которые оказывают влияние на квалификацию преступления.

Стоит указать на то, что особенность составов преступления с особым объектом означает то, что указанные преступления по причине захватываемого ими статуса не способны совершаться другими людьми, которые не имеют необходимые дополнительные характеристики. Таким образом, специальный субъект преступления имеет ограничительный характер, который существенным образом сужает круг лиц, способных совершить конкретное преступное деяние.

Применительно к изучаемому составу преступления, специальный субъект и его признаки определяются исходя из обязанности оказывать помощь больному в соответствии с законом или специальным правилом.

Основная норма, определяющая таких лиц, закреплена в ст. 73 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в

Р

о

с

с

и

й Так, в Кассационном определении СК по уголовным делам Второго кассационного суда общей юрисдикции от 29 апреля 2021 г. по делу № 7У-139/2021[77-1074/2021] было установлено, что «в соответствии с п. 1 ч. 2 ст. 73 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 № 323-ФЗ, а также в соответствии с п.п. «в» п. 2.2 Приказа Минздрава России «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» от 10 мая 2017 года № 203н, на которые суд сослался в обоснование своих выводов, на медицинских работников возлагается обязанность оказывать медицинскую помощь в соответствии с квалификацией, должностными инструкциями, служебными и должностными обязанностями, однако ФИО1

р

¹⁹⁸ Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ред. от 24.07.2023) // Собрание законодательства РФ. 2011. № 48. ст. 6724.

¹⁹⁹ Приказ Минздрава России от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» (Зарегистрировано в Минюсте России 17.05.2017 № 46740) [Электронный ресурс] // Официальный интернет-портал правовой информации <http://www.pravo.gov.ru>, 17.05.2017 (дата обращения: 15.08.2023).

и

и

которая действует в этом случае в систематической связи с показателями оценки

приняв больного ФИО7, неотложных мер реагирования, направленных на устранение угрозы для его здоровья не направил, при этом располагал возможностью их принять, поскольку ФИО7 был доставлен бригадой скорой медицинской помощи с предварительным диагнозом «закрытая черепно-мозговая травма, сотрясение головного мозга, множественные ушибы и ссадины лица»²⁰⁰. Таким образом, специальный субъект был определен исходя из, с одной стороны, норм Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», а также критериев оценки качества медицинской помощи, и, с другой стороны, квалификации, должностных инструкций, служебных и должностных обязанностей.

Однако специальный субъект, определяемый по должностному положению, в силу определенных обстоятельств может быть освобожден от уголовной ответственности. Так, согласно положениям Постановления Пленума Верховного Суда РФ от 16 октября 2009 г. № 19²⁰¹ в случае, если злоупотребление или превышение должностных полномочий связано с устранением опасностей, угрожающих личности, обществу или государству, данное деяние не может быть признано преступным и должностное лицо не привлекается к уголовной ответственности.

Состав преступления неоказания помощи больному, повлекшего по неосторожности смерть больного или причинение тяжкого вреда его здоровью, предусматривает материальный характер, то есть ответственность наступает не только за деяние, но и за наступившие вредные последствия. Таким образом, к обязательным признакам объективной стороны рассматриваемого состава относится причинно-следственная связь между преступным деянием и наступившими последствиями. В.Д. Иванов и А.П. Бохан определяют причинно-следственную связь как «объективно существующую связь между общественно

²⁰⁰ Кассационное определение СК по уголовным делам Второго кассационного суда общей юрисдикции от 29 апреля 2021 г. по делу № 7У-2139/2021[77-1074/2021] [Электронный ресурс]. – Режим доступа: // <https://www.garant.ru/> (дата обращения: 14.08.2023).

²⁰¹ Постановление Пленума Верховного суда РФ от 16 октября 2009 г. № 19 «О судебной практике по делам о злоупотреблении должностными полномочиями и о превышении должностных полномочий» // Российская газета. 2009. № 207.

опасным деяниям и наступившим последствием в случае, когда деяние предшествует по времени последствию, а также является главным условием и создает реальную возможность его наступления». При этом отмечается, что

п

о В рассматриваемых преступлениях установление причинно-следственной связи требует специальных познаний и предопределяет назначение специальной судебной экспертизы. Практике известны случаи, когда суд самостоятельно установил такую связь в деле о неоказании помощи больному, а вышестоящая инстанция определила данное обстоятельство как обстоятельство, фактически

о

т Достаточно обстоятельно и обоснованно к разграничению преступлений, предусмотренных ч. 2 ст. 109 и ч. 2 ст. 124 УК РФ, подходят Е.В. Хромов и А.В. Кафиатулина: «Преступление, предусмотренное ч. 2 ст. 124 УК РФ, отличается от иных составов профессиональных преступлений медицинских работников не только характер причинной связи, но и нарушение, в первую очередь, деонтологической этики в сфере медицины. Сказанное вовсе не означает, что преступления, предусмотренные ч. 2 ст. 124 УК РФ, могут совершаться лишь исходя из недобросовестности медицинского работника, хотя именно данный фактор установлен по большинству уголовных дел, оконченных вынесением обвинительных приговоров. Профессиональная некомпетентность также может выступать формой негативного поведения медицинских работников в рамках неоказания медицинской помощи (врач неверно интерпретировал данные анамнеза и симптоматики, выбрал неверную форму, условия, вид помощи, хотя должен и мог при соответствии профессиональных навыков и знаний, верно определить потребности пациента и оказать необходимую помощь)».

в

н

²⁰² Иванов В.Д., А.П. Бохан Причинная связь в преступлении (на примере статьи 264 Уголовного кодекса Российской Федерации) // Философия права. – 2015. – № 3 (70). – С. 92-96.

²⁰³ Кассационное определение СК по уголовным делам Пятого кассационного суда общей юрисдикции от 26 октября 2021 г. по делу № 7У-3613/2021[77-1475/2021] [Электронный ресурс]. – Режим доступа: // <https://www.garant.ru/> (дата обращения: 14.08.2023).

к

н

и

Подобный подход к разграничению ч. 2 ст. 124 УК РФ от иных преступлений занимает и И.С. Нагорная относительно того, что «в случае ошибочной постановки диагноза или недооценки тяжести состояния больного и оказания достаточной, по мнению медицинского работника, помощи правоприменителю следует квалифицировать содеянное по ч. 2 ст. 109 или ч. 2 ст. 118 УК РФ, обосновав, что в данном случае имеет место дефект оказания медицинской п

о То есть при разграничении ч. 2 ст. 124 и смежных составов, в первую очередь, с ч. 2 ст. 109 УК РФ требуется установление обстоятельств, выступающих причиной и следствием между деянием и наступившими последствиями. Наступившим вредным последствием по ч. 2 ст. 124 УК РФ предусматривается смерть или причинение тяжкого вреда здоровью, что предусмотрено в ч. 2 ст. 109 и ч. 2 ст. 118 УК РФ, соответственно.

Нормативно установлена дифференциация причины, которая и выступает критерием для разграничения указанных составов, а именно неоказание помощи без уважительных причин специальным субъектом. Таким путем, причина раскрывает и дополняет противоправное деяние отдельными признаками. Формулировка «без уважительных причин» предполагает нарушение должностных обязанностей с учетом нарушения профессиональных норм, в том числе этических.

е В этом контексте при установлении признаков преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 124 УК РФ, обоснованным и целесообразным видится установлением правоприменителем взаимосвязи нарушения норм ст. 73 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»²⁰⁵ в совокупности с критериями оценки качества медицинской а

н

²⁰⁴Нагорная И. И. Неоказание помощи больному: трудности квалификации (ст. 124 УК РФ) // Уголовное право. – 2023. – № 6. – С. 51-61.

²⁰⁵ Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ред. от 24.07.2023) // Собрание законодательства РФ. 2011. № 48. ст. 6724.

п

о

помощи²⁰⁶ или стандартов по оказанию медицинской помощи²⁰⁷. Но такие нарушения должны характеризовать совершенное деяние с недобросовестностью, в то время деяния как по ч. 2 ст. 109 и ч. 2 ст. 118 УК РФ с некомпетентностью. Примером может послужить дело, когда онколог-хирург удалил не ту почку, не установив надлежащим образом предмет медицинского вмешательства, и оставил почку, пораженную опухолью, что повлекло за собой прогрессирующее и распространение заболевания и смерть пациента²⁰⁸. То есть, здесь причина – ненадлежащее исполнение лицом своих профессиональных обязанностей, который можно определить как компетентностный медицинский дефект. В свою очередь, причина в преступлениях по ч. 2 ст. 124 УК РФ заключается в отсутствии уважительных оснований для неоказания помощи больному, например, в бесосновательном отложении начала оказания помощи больному, отказе в проведении диагностики при наличии необходимых ресурсов, необоснованному перенаправлению в другое медицинское учреждение или другому специалисту. Это позволяет характеризовать деяние, предопределенное профессионально-деструктивным фактором, то есть причина заключается в профессиональной деструкции медицинского работника и представляет собой личностный профессиональный медицинский дефект, отражая недобросовестность медицинского работника.

По сути, определяющее значение для применения положений ст. 124 УК РФ имеет наличие у медицинского работника возможности оказать больному медицинскую помощь. Законодатель, во избежание трудностей в правоприменительной практике ввел в содержание диспозиции соответствующей нормы словосочетание «без уважительных причин», что позволяет утверждать, что при наличии таких причин медицинский работник освобождается от

²⁰⁶ Кассационное определение СК по уголовным делам Второго кассационного суда общей юрисдикции от 29 апреля 2021 г. по делу № 7У-2139/2021[77-1074/2021] [Электронный ресурс]. – Режим доступа: // <https://www.garant.ru/> (дата обращения: 14.08.2023).

²⁰⁷ Кассационное определение СК по уголовным делам Третьего кассационного суда общей юрисдикции от 14 июля 2022 г. по делу № 7У-4223/2022[77-1949/2022] [Электронный ресурс]. – Режим доступа: // <https://www.garant.ru/> (дата обращения: 14.08.2023).

²⁰⁸ Приговор Соликамского городского суда Пермского края от 29.03.2013 №1-68/2013 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: // <https://sudact.ru/regular/doc/46GgX0U9ufbv/> (дата обращения: 14.08.2023).

ответственности. Уважительные причины не оказания помощи больному имеют как объективную, так и субъективную природу. В первом случае речь идет об обстоятельствах, которые традиционно связываются с понятием «непреодолимая сила», которое содержательно интегрирует в себя как опасные естественные явления (землетрясения, извержения вулканов, цунами, горные лавины, оползни, наводнения и т.д.), так и катаклизмы техногенного характера (аварии, катастрофы техногенного характера, пожары, отравления водоемов и атмосферы, увеличение радиоактивного фона и т.д.)²⁰⁹. С уголовно-правовой точки зрения непреодолимая сила лишает лицо возможности действовать определенным образом, следовательно, исключает наступление ответственности. В случае, когда медицинский работник действительно не может совершить свое намерение по оказанию помощи больному, поскольку существуют обстоятельства природного или техногенного характера, и вынужден предпринять действия, не зависимо от его воли, то такое бездействие не будет носить преступный характер, состав которого предусмотрен ст. 124 УК РФ.

Уважительной причиной не оказания помощи больному являются обстоятельства, обусловленные общественно-опасным поведением людей, которые, по большей части, имеют временное и пространственное ограничение (например, массовые беспорядки, хулиганство, совершаемое организованной

г
р Детерминирующим признаком объективной стороны составов преступлений, предусмотренных ч. 2 ст. 124 УК РФ, считается не выполнение медицинским служащим своих профессиональных задач, которая выражается в отказе в оказании врачебной поддержки. Таким образом, данное преступление совершается путем бездействия, которое может выражаться, например, в непонятном отказе в исследовании и уложении пациента, не приходу к пациенту

²⁰⁹ Орешкина Т.Ю. Уголовно-правовое значение непреодолимой силы // Уголовное право. – 2003. – № 2. – С. 57-59.; Наумов А.В. Российское уголовное право: Курс лекций в 3 т. Т. 1. – Москва: Юридическая литература, 2004. – 743 с.

²¹⁰ Амелина А.С. Уважительные причины не оказания помощи больному как основания для исключения уголовной ответственности // Медицинское право. – 2018. – № 1. – С. 27-29.

по вызову, не осуществлении диагностических и врачебных мер и т.д. Бездействие является признаком объективной стороны преступления только в случае установления, в чем оно было выражено, иными словами какие конкретные действия не совершило лицо, наличие у лица обязанности, а также существовали условия для реальной возможности их совершения.

Так, в настоящее время отсутствуют четкие легальные критерии объема экстренной медицинской помощи, обязанность оказания которой, как уже было отмечено, лежит на всех без исключения медицинских работниках, а также перечень состояний больного, которые свидетельствуют о необходимости ее оказания. По этой причине в учении уголовного законодательства и опыта судов, нашло свое распространение изложение объективного аспекта неоказания

п
о
д
д
е
р
ж
к
и
п
а
ц
и
е

н Медицинский работник, бездействуя, не причиняет, а влечет за собой причинение вреда здоровью пациента, то есть способствует наступлению

^У₁ Ившин И.В. Судебно-медицинские аспекты профессиональных преступлений медицинских работников против жизни и здоровья: автореф. дис. ... канд. медицин. наук. – Москва, 2005. – С.15

^В₂ Комментарий к Уголовному кодексу Российской Федерации / под ред. А.И. Чучаева. – М.: КОНТРАКТ, 2013. – С. 321.

к
а

приведенных последствий, не являясь их непосредственной причиной (например, смерть в результате болезни, которая прогрессирует при неполучении показанного лечения). В иной ситуации – когда деяние виновного причиняет вред, его действия квалифицируются с применением иных норм уголовного закона, предусматривающих ответственность за криминальные ятрогении (ч. 2 ст. 109, ч. 2 ст. 118 УК РФ). Наиболее емко, на наш взгляд, отличие чистого и смешанного бездействия выражено А.К. Романовым, предложившим следующую формулу: «смешанное бездействие создает инкриминируемые виновному лицу последствия,

Полагаем, что для квалификации деяния по ст. 124 УК РФ установление причинной связи является необходимым, но ее нужно рассматривать без привязки к медицинским критериям причинности, то есть вне связи последствия (например, смерти больного) с конкретным заболеванием, его тяжестью, степенью проявления тех или иных клинических симптомов. С уголовно-правовой точки зрения речь идет о социальном аспекте причинности, когда закономерным следствием оказания своевременной медицинской помощи является предотвращение вреда здоровью и смерти больного. При таком подходе неисполнение медицинским работником возложенной на него профессиональной обязанности нарушает приведенную выше закономерность и является причиной наступления предусмотренных законом вредных последствий.

Рассматриваемый состав преступления содержит две особенности среди обязательных элементов. Во-первых, это специальный субъект. Во-вторых, это материальный характер данного состава преступления.

Наличие специального субъекта предполагает, что к уголовной ответственности может быть привлечено только лицо, которое обязано было оказывать такую помощь в соответствии с установленными нормами, порядком и правилами оказания медицинской помощи.

Л

И

²¹³ Романов А.К. Квалификация преступлений, совершаемых бездействием // Законность. – 2016. – № 5. – С. 38-41.

Ш

Ь

Материальный характер преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 124 УК РФ, предусматривает наличие причинно-следственной связи между деянием и вредным последствием, выраженным в смерти или причинении тяжкого вреда здоровью. Уголовный закон устанавливает такие признаки деяния как бездействие и его совершение без уважительных причин. Эти признаки создают условия и основания для разграничения преступлений, совершенных по ч. 2 ст. 124 УК РФ, от преступлений, предусмотренных в ч. 2 ст. 109 и ч. 2 ст. 118 УК РФ. Если применительно к ч. 2 ст. 109 и ч. 2 ст. 118 УК РФ причина неблагоприятных последствий заключается в конкретных действиях, приведших к смерти или тяжкому вреду, то есть здесь причина выражается в профессионально-компетентностном медицинском дефекте, то по ч. 2 ст. 124 УК РФ причина носит характер профессионально-деструктивного (добросовестного) медицинского дефекта.

Детерминирующим признаком объективной стороны составов преступлений, предусмотренных ст. 124 УК РФ, является неисполнение медицинским работником своих профессиональных обязанностей, выраженное в отказе в оказании медицинской помощи. Таким образом, данное преступление совершается путем бездействия, которое является признаком объективной стороны преступления только в случае установления, в чем оно было выражено, иными словами какие конкретные действия не совершило лицо, наличие у лица обязанности, а также существовали ли условия для реальной возможности их совершения. В этой связи дополнительного анализа требуют две проблемы: возможность совершения данного преступления путем «смешанного бездействия», а также содержание термина «реальная возможность» совершения действий по оказанию медицинской помощи.

Так, в настоящее время отсутствуют четкие легальные критерии объема экстренной медицинской помощи, обязанность оказания которой, как уже было отмечено, лежит на всех без исключения медицинских работниках, а также перечень состояний больного, которые свидетельствуют о необходимости ее

оказания. В этой связи в доктрине уголовного права и судебной практике получило распространение толкование объективной стороны неоказания помощи больному как смешанного бездействия²¹⁴. В данном контексте показателен пример из практики мирового судьи одного из судебных участков Ставропольского края, который приводится в качестве аргумента, в обоснование приведенной выше позиции. Названный суд вынес приговор по ч. 2 ст. 124 УК РФ фельдшерам выездной бригады отделения скорой и неотложной помощи²¹⁵. Аналогичное решение было принято в отношении врача-педиатра Чегемским районным судом республики Кабардино-Балкария²¹⁶. Думается, что в обоих случаях действия медицинских работников надлежало квалифицировать по ч. 2 ст. 109 УК РФ, т.к. ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей, повлекшее смерть пациента, характеризует именно этот состав преступления.

Обращаясь к доктрине уголовного права, отметим, что под «смешанным бездействием» некоторая часть специалистов предлагает понимать выполнение лицом возложенной на него обязанности частично, не в полной мере и не должным образом, иллюстрируя данный тезис именно на примере диспозиции ч. 1 ст. 124 УК РФ²¹⁷. Полагаем, что подобный подход не лишен оснований для критики. Так, «чистое» бездействие традиционно трактуется как упущение (*delictum omissionis*), исчерпываемое соответствующим фактом бездействия виновного лица, т.е. невыполнение возложенных на него обязанностей²¹⁸. Таким образом, уголовная ответственность в данном случае связывается не с объемом исполненного (неисполненного), а с упущениями обязанного лица, не находящимися в прямой причинно-следственной связи с наступившими последствиями. Экстраполируя изложенное на состав неоказания помощи

²¹⁴ Ившин И.В. Судебно-медицинские аспекты профессиональных преступлений медицинских работников против жизни и здоровья: дис. ... канд. медицин. наук. – М., 2005. – С. 134-136.

²¹⁵ Комментарий к Уголовному кодексу Российской Федерации / под ред. А.И. Чучаева. – М.: КОНТРАКТ, 2013. – С. 321-322.

²¹⁶ [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.rospravosudie.com/court-verhovnyj-sud-kabardino-balkarskoj-re> (дата обращения: 16.02.2023)

²¹⁷ Наумов А.В. Практика применения Уголовного кодекса Российской Федерации: Комментарий к судебной практике и доктринам, толкование / Под ред. Г.М. Резника. – М.: Волтерс Клувер, 2005. – С. 42.

²¹⁸ Бойко А.И. Преступное бездействие. – СПб.: Юридический центр «Пресс», 2003. – С. 118.

больному, позволим себе утверждать, что медицинский работник, бездействуя, не причиняет, а влечет за собой причинение вреда здоровью пациента, т.е. способствует наступлению приведенных последствий, не являясь их непосредственной причиной (например, смерть в результате болезни, которая прогрессирует при неполучении показанного лечения). В иной ситуации – когда деяние виновного причиняет вред, его действия квалифицируются с применением иных норм уголовного закона, предусматривающих ответственность за криминальные ятрогении (ч. 2 ст. 109, ч. 2 ст. 118 УК РФ). Наиболее емко, на наш взгляд, отличие чистого и смешанного бездействия выражено А.К. Романовым, предложившим следующую формулу: «смешанное бездействие создает инкриминируемые виновному лицу последствия, тогда как чистое - лишь не предупреждает такие последствия»²¹⁹. В этой связи определённой частью специалистов отрицается наличие причинно-следственной связи между бездействием медицинского работника и наступлением предусмотренных ч. 1, 2 ст. 124 УК РФ вредных последствий²²⁰. Основным тезисом в данном контексте является выделение в качестве основного признака, характеризующего неисполнение профессиональных обязанностей самого факта неоказания помощи, который и является уголовно-наказуемым, вне связи с наступившим результатом в виде вреда здоровью или смерти больного. Полагаем, что для квалификации деяния по ст. 124 УК РФ установление причинной связи является необходимым, но ее нужно рассматривать без привязки к медицинским критериям причинности, т.е. вне связи последствия (например, смерти больного) с конкретным заболеванием, его тяжестью, степенью проявления тех или иных клинических симптомов. С уголовно-правовой точки зрения речь идет о социальном аспекте причинности, когда закономерным следствием оказания своевременной медицинской помощи является предотвращение вреда здоровью и смерти больного. При таком подходе неисполнение медицинским работником

²¹⁹ Романов А.К. Квалификация преступлений, совершаемых бездействием // Законность. – 2016. – № 5. – С. 39.

²²⁰ Глушков В.А. Уголовная ответственность медицинских работников за нарушение профессиональных обязанностей: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. – Киев, 1983. – С. 16; Ерохин В.Г. Гносеологические аспекты проблемы причинности в медицине. – М.: Медицина, 1981. – С. 46.

возложенной на него профессиональной обязанности нарушает приведенную выше закономерность и является причиной наступления предусмотренных законом вредных последствий.

Определяющее значение для применения положений ст. 124 УК РФ имеет наличие у медицинского работника возможности оказать больному медицинскую помощь. Законодатель, во избежание трудностей в правоприменительной практике ввел в содержание диспозиции соответствующей нормы словосочетание «без уважительных причин», что позволяет утверждать, что при наличии таких причин медицинский работник освобождается от ответственности. Уважительные причины неоказания помощи больному имеют как объективную, так и субъективную природу. В первом случае речь идет об обстоятельствах, которые традиционно связываются с понятием «непреодолимая сила», которое содержательно интегрирует в себя как опасные естественные явления (землетрясения, извержения вулканов, цунами, горные лавины, оползни, наводнения и т.д.), так и катаклизмы техногенного характера (аварии, катастрофы техногенного характера, пожары, отравления водоемов и атмосферы, увеличение радиоактивного фона и т.д.)²²¹. С уголовно-правовой точки зрения непреодолимая сила лишает лицо возможности действовать определенным образом, следовательно, исключает наступление ответственности. В случае, когда медицинский работник действительно не может совершить свое намерение по оказанию помощи больному, поскольку существуют обстоятельства природного или техногенного характера, и вынужден предпринять действия, не зависимо от его воли, то такое бездействие не будет носить преступный характер, состав которого предусмотрен ст. 124 УК РФ.

Уважительной причиной неоказания помощи больному являются обстоятельства, обусловленные общественно-опасным поведением людей, которые, по большей части, имеют временное и пространственное ограничение

²²¹ Орешкина Т.Ю. Уголовно-правовое значение непреодолимой силы // Уголовное право. – 2003. – № 2. – С. 57-59; Наумов А.В. Российское уголовное право: Курс лекций. – М.: Юрид. лит., 2004. – Т. 1. – С. 191.

(например, массовые беспорядки, хулиганство, совершаемое организованной группой, и другие преступления против общественного порядка)²²².

Самостоятельное значение в данном контексте имеет институт крайней необходимости (ст. 39 УК РФ), который может трактоваться как коллизия обязанностей, когда возникает конкуренция очередности оказания медицинской помощи нескольким больным при наличии опасности их жизни и здоровью. Как показывает анализ судебной практики, отсутствие реальной возможности оказания медицинской помощи оценивается, исходя из конкретных обстоятельств дела. Иллюстративный пример, связанный с освобождением от уголовной ответственности медицинского работника по причине наличия коллизии обязанностей, приводится в специальной литературе. Так, в поликлинику Л. поступил вызов от тяжелобольной А., находившейся в поселке, расположенном в 3 - 4 км от медицинского учреждения, дежурный врач отказался отправляться к месту для оказания профессиональной помощи. Причина принятого решения – отсутствие служебных автомобилей в силу того, что именно в этот промежуток времени в поликлинику поступило три обращения, требующие немедленного выезда врачей для оказания экстренной медицинской помощи (в частности, два вызова были сделаны родителями, чьи дети были в тяжёлом состоянии). Соответственно, служебные автомобили отсутствовали в силу объективных причин – выезда врачей на другие вызовы. Тем не менее, врач, после того, как другими врачами были выполнены служебные обязанности в рамках иных вызовов, осведомился о необходимости оказания помощи тяжелобольной А., поскольку теперь у него появилась реальная возможность оказать ей медицинскую помощь. Однако, как выяснилось, больная к тому времени уже скончалась. В связи с наступлением смерти А., врач был привлечён к уголовной ответственности. Врач был признан виновным за неоказание медицинской помощи. Однако суд вышестоящей инстанции отменил приговор, поскольку действия врача в данном случае объяснимы крайней необходимостью, так как его

²²² Амелина А.С. Уважительные причины неоказания помощи больному как основания для исключения уголовной ответственности // Медицинское право. – 2018. – № 1. – С. 27-29.

решение было связано с необходимостью оказать помощь другим больным, обслуживание которых также являлось прямой обязанностью медицинского персонала²²³. Эмпирический анализ показал, что суды в качестве уважительных причин неоказания медицинской помощи рассматривают и такие субъективные обстоятельства как физическое состояние медицинского работника (обострение хронического заболевания, травма и т.д.), отсутствие у него достаточных умений и навыков оказания определенного вида медицинской помощи, трудности транспортной доступности в конкретной местности, отсутствие необходимого для оказания медицинской помощи оборудования при выезде к больному на дом²²⁴.

Особо, в контексте общей концепции уголовной ответственности за криминальные ятрогении хотелось бы остановиться на уголовно-наказуемых последствиях неоказания помощи больному. Так, в соответствии со ст. 124 УК РФ таковыми являются причинение средней тяжести, тяжкого вреда здоровью, а также смерть пациента. Полагаем, что подобный подход законодателя, несмотря на существенное нарушение медицинским работником профессионального долга при неисполнении своих обязанностей, является серьезной асимметрией в оценке общественно опасных посягательств, которая справедливо оценивается М.А. Кауфманом как правотворческая ошибка²²⁵. По сути, бездействие медицинского работника, повлекшее причинение средней тяжести вреда здоровью является уголовно-наказуемым деянием, а его активные действия с аналогичными ятрогенными последствиями – нет, что увеличивает разрыв между теорией и практикой дифференциации уголовной ответственности и идет в разрез с общей тенденцией ее гуманизации. В этой связи полагаем, что уголовно-наказуемыми ятрогенными последствиями неисполнения профессиональных обязанностей медицинских работников должны являться причинение тяжкого вреда здоровью больного и его смерть. При этом наказание за соответствующее деяние должно

²²³ Лысак Н.В. Крайняя необходимость // Следователь. – 1998. – № 6. – С. 19.

²²⁴ См., например: Приговор Каспийский городского суда Республики Дагестан по уголовному делу № 22-1079/2017; Приговор Лиманского районного суда Астраханской области по уголовному делу № 1-128/2017; Постановление Усинского городского суда Республики Коми о прекращении уголовного дела № 1-255/2016.

²²⁵ Кауфман М.А. Правотворческие ошибки в уголовном праве // Журнал российского права. – 2016. – № 9. – С. 101.

быть сопоставимо с наказанием, предусмотренным за аналогичные последствия ненадлежащего оказания медицинской помощи.

Говоря о субъективной стороне составов преступлений, предусмотренных ч. 1, 2 ст. 124 УК РФ, следует отметить, что законодатель прямо указывает на неосторожную форму вины, которая, на наш взгляд, проявляется в легкомыслии, т.к. медицинский работник, например, отказывая в приеме больному, должен предвидеть тот или иной неблагоприятный исход. При этом такое предвидение носит абстрактный по отношению к возможным последствиям характер, что, как уже было отмечено отличает легкомыслие от косвенного умысла и не дает оснований для утверждений о совершении рассматриваемого деяния, равно как и иных видов криминальных ятрогений, с двойной формой вины. В дополнение отметим, что составы профессиональных преступлений медицинских работников, включая также не предоставление поддержки пациенту, имеют материальное основание, поэтому, если поступок не привело к нежелательным последствиям, которые предусмотрены законодательством, тогда она не считается преступлением, что делает проблему предвидения вредных последствий не актуальной с точки зрения отсутствия состава преступления в принципе.

Таким образом, суммируя вышеизложенное полагаем, что неоказание помощи больному медицинским работником необходимо позиционировать как самостоятельный вид криминальной ятрогении, расположив соответствующую статью уголовного закона в главе 16.1 «Преступления медицинских работников против жизни и здоровья пациентов», изложив ее в следующей редакции:

125.2 Неисполнение профессиональных обязанностей медицинским работником

1. Не предоставление медицинской поддержки пациенту без каких-либо предупредительных причин со стороны медицинского служащего, что должен был и, который имел возможность предоставлять такую помощь, если это повлекло по неосторожности причинение тяжкого вреда здоровью больного, - наказывается ...

2. То же деяние, повлекшее по неосторожности смерть больного, -
Наказывается.

ГЛАВА 3. УГОЛОВНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ЗА НЕ ЯТРОГЕННЫЕ ПОСЯГАТЕЛЬСТВА НА ЖИЗНЬ И ЗДОРОВЬЕ ПАЦИЕНТОВ

§ 1. Уголовная ответственность за вред, причиненный жизни и здоровью в сфере трансплантологии и донорства: перспективы совершенствования законодательства

Умышленным деяниям в сфере трансплантологии объективно свойственна высокая степень общественной опасности в связи с тем, что они совершаются в составе организованных групп или преступных организаций (со-обществ) с участием высококвалифицированных специалистов в области хирургии и характеризуются трудно раскрываемым способом, подрывающим доверие к медицинским учреждениям²²⁶.

Отнесение преступлений в сфере трансплантологии и донорства к числу не ятрогенных посягательств на жизнь и здоровье, совершаемых медицинскими работниками, обусловлено тем фактом, что соответствующая деятельность, связанная с трансплантацией органов и тканей, обращением донорской крови и ее компонентов является одним из элементов дефинитивной конструкции «медицинская деятельность», предложенной в первой главе диссертационного исследования. Как уже было отмечено, соответствующие составы преступлений не могут быть отнесены к числу криминальных ятрогений, поскольку совершаются вне границ профессиональной деятельности медицинского работника по диагностике, лечению и профилактике заболеваний, т.е. запрещенные уголовным законом деяния находятся за рамками правоотношений медицинский работник → пациент. Однако, несмотря на тот факт, что ст. 120 УК РФ предусматривает наличие общего субъекта уголовной ответственности, социальная сущность данного преступления позволяет относить его именно к числу медицинских. Обоснуем данное утверждение путем анализа как

²²⁶ Чернышева Ю.А. Вопросы уголовно-правовой оценки в сфере донорства органов и тканей человека и их трансплантации (пересадки) в российской федерации // Закон и право. – 2021. – №6. – С. 114.

нормативно-правовой базы трансплантологии в целом, так и непосредственно составов преступлений, предусмотренных ст. 120 УК РФ.

Прежде всего, необходимо отметить, что запрет принудительного изъятия органов и тканей у живого донора является реакцией законодателя на потребности медицинской практики. По данным, приводимым в различных источниках, ежегодно в России выполняется около 1 300 - 1 350 трансплантаций органов, что обеспечивает только 9 - 10% от реальной потребности именно в связи с острой нехваткой донорского материала²²⁷.

Правовое регулирование отношений в области трансплантологии осуществляется на основании Закона РФ от 22 декабря 1992 г. «О трансплантации органов и (или) тканей человека», который за столь значительный промежуток времени (более двадцати лет) фактически не подвергался сколь-нибудь существенным изменениям и дополнениям, несмотря на стремительное развитие науки и практики в данной сфере медицинской деятельности. Однако, нельзя говорить о том, что правовое регулирование трансплантологии ограничивается только названным нормативным актом, поскольку параллельно с его действием был принят Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», содержащий специальную норму о донорстве органов и тканей человека (ст. 47), а также целый ряд подзаконных нормативных актов, детализирующих ее содержание. Анализ правовой базы трансплантологии позволяет сформулировать несколько принципиальных положений, являющихся условиями законности рассматриваемого вида медицинской деятельности:

1) трансплантация органов и тканей человека является исключительным методом лечения, поскольку применяется лишь в тех случаях, когда жизнь пациента либо восстановление его здоровья не могут быть обеспечены иными способами;

²²⁷ Готье С.В., Хомяков С.М. Оценка потребности населения в трансплантации органов, донорского ресурса и планирование эффективной сети медицинских организаций (центров трансплантации) // Вестник трансплантологии и искусственных органов. – 2013. – № 3. – С. 14.

2) изъятие органов и тканей для трансплантации у живого донора допустимо только в случае соблюдения следующих условий: наличие заключения врачебной комиссии медицинской организации с привлечением соответствующих врачей-специалистов, оформленному в виде протокола, о том, что его здоровью не будет причинен значительный вред (т.е. действия принципа соизмеримости возможного причиненного вреда и полученного блага для жизни и здоровья пациента); достижение донором 18-ти летнего возраста (за исключением случаев пересадки костного мозга) и отсутствие решения, принятого в установленном законом порядке, о признании его недееспособным; наличие информированного добровольного согласия донора и реципиента либо его законного представителя;

3) лишь если лицо дало свое согласие в форме оформления, согласно правилам закона разрешается изъятие органов и тканей из тела на изъятие органов и тканей из своего тела после смерти, а также при отсутствии такового – согласия, данного в установленном порядке супругом (супругой) умершего, либо а при его (ее) отсутствии - одним из близких родственников;

4) трансплантация органов и тканей как самостоятельный вид медицинской деятельности стандартизируется и реализуется в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи по профилю «хирургия (трансплантация органов и (или) тканей человека)»²²⁸;

5) учет донорских органов и тканей, а также ведение листа ожидания осуществляется на основании специального порядка, утвержденного Приказом Минздрава России от 8 июня 2016 г.²²⁹.

Уголовно-правовой гарантией исполнения вышеуказанных нормативных предписаний служит запрет на принуждение к донорству, закрепленный в ст. 120

²²⁸ Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «хирургия (трансплантация органов и (или) тканей человека)»: Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 октября 2012 г. № 567н (ред. от 12.12.2018) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.consultant.ru> (дата обращения: 11.08.2023).

²²⁹ Об утверждении Порядка учета донорских органов и тканей человека, доноров органов и тканей, пациентов (реципиентов), форм медицинской документации и формы статистической отчетности в целях осуществления учета донорских органов и тканей человека, доноров органов и тканей, пациентов (реципиентов) и порядка их заполнения: Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 8 июня 2016 г. № 355 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.consultant.ru> (дата обращения: 11.08.2023).

УК РФ. В качестве объекта посягательства, также, как и в ятрогенных преступлениях, выступает здоровье человека, однако в данном случае речь идет не о наличии заболеваний, диагностика, лечение и профилактика которых осуществляются в процессе медицинской деятельности, а о физиологической целостности человека, его праве на распоряжение своим телом и его частями²³⁰. Особое значение в данном случае имеет предмет преступления, в качестве которого выступают органы и ткани человека. В настоящее время перечень объектов трансплантации установлен Приказом Минздрава России № 306н, РАН № 3 от 04.06.2015г., включает в себя 24 позиции и является исчерпывающим²³¹. Анализ данного перечня с медицинской точки зрения позволяет констатировать отсутствие в нем регенерируемых и репродуктивных тканей, что дополнительно подтверждается и запретом на их трансплантацию, установленным в ст. 2 Закона «О трансплантации органов и (или) тканей человека». На наш взгляд, подобный подход законодателя применительно к воспроизведению данного запрета в ст. 120 УК РФ является не вполне корректным, на что не единожды обращалось внимание в специальных исследованиях, посвященных проблемам уголовной ответственности в области трансплантологии²³². Так, при наличии прямого легального запрета на принудительное изъятие донорской крови, а также ее трансфузию (ст. 4, 14 Федерального закона «О донорстве крови и ее компонентов»²³³), не вполне понятно, какой нормой уголовного закона надлежит руководствоваться при нарушении этого запрета, повлекшем уголовно-наказуемые последствия. В действующую диспозицию ч. 1 ст. 120 УК РФ указанные действия не укладываются, равно как и принудительное изъятие

²³⁰ Фабрика Т.А. Проблемы уголовной ответственности за принуждение к изъятию органов или тканей человека для трансплантации: дис. ... канд. юрид. наук. – Челябинск, 2007. – С. 105; Романовская О.В. Законодательство в сфере трансплантологии: проблемы и перспективы развития // Судья. – 2016. – № 11. – С. 27-32.

²³¹ Об утверждении перечня объектов трансплантации: Приказ Минздрава России № 306н, РАН № 3 от 04.06.2015г. (ред. от 27.10.2020) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.consultant.ru> (дата обращения: 11.08.2023).

²³² Якименко А.С. Уголовная ответственность за преступления, связанные с незаконным изъятием органов и (или) тканей человека: дис. ... канд. юрид. наук. – Ростов н/Д, 2007. – С. 40-41; Коваленко В.И., Серый Ф.Г. Криминологические и уголовно-правовые проблемы современной трансплантации органов и тканей человека // Общество и право. – 2014. – № 4. – С. 109-110.

²³³ О донорстве крови и ее компонентов: Федеральный закон от 20.07.2012 № 125-ФЗ (ред. от 28.06.2023) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.consultant.ru> (дата обращения: 11.08.2023).

репродуктивных органов и тканей (например, матки, яичников и т.д.), иные нормы, включая и составы криминальных ятрогений, не отражают специфики объективных признаков данного деяния. Мы согласимся с позицией, высказанной Е.А. Капитоновой, О.В. Романовской и Г.Б. Романовским о том, что дополнение названными тканями перечня объектов трансплантации является нецелесообразным, как ввиду его прямого назначения, так и специфики самих репродуктивных и регенерируемых тканей²³⁴. Решением проблемы, на наш взгляд, могло бы стать расширение пределов применения положения ст. 120 УК РФ по предмету посягательства, т.е. дополнение ч. 1 ст. 120 УК РФ словосочетанием «а также репродуктивных органов и тканей, физиологических жидкостей».

Данный состав преступного деяния объективно подразумевает принудительность, что было совершено посредством применения насилия или угрозой такового. Соответственно, из двух, описываемых доктриной уголовного права форм принуждения (физического и психического), которые существенным образом ограничивают свободу волеизъявления потерпевшего, значение в контексте положений ч. 1 ст. 120 УК РФ имеют обе - психическое принуждение, а именно совершенное определенным способом – угроза причинения насилия, под которой признается угроза убийством, причинением тяжкого или средней тяжести вреда здоровью, побоями, истязаниями и т.д., а также физическое принуждение, носящее насильственный характер. Отметим, что состав преступления является формальным, т.е. ответственность наступает вне зависимости от наступления преступных последствий.

В данной связи принципиальным представляется вопрос о том, кто выступает объектом принуждения к трансплантации. Полагаем, что теоретически можно констатировать наличие двух категорий потенциальных потерпевших. Во-первых, это врачи, осуществляющие операции по трансплантации, поскольку таковые могут проводиться исключительно в медицинских учреждениях. Однако,

²³⁴ Капитонова Е.А., Романовская О.В., Романовский Г.Б. Правовое регулирование трансплантологии: Монография. – М.: Проспект, 2016. – С. 91-112.

по мнению представителей профессионального медицинского сообщества, такой подход является скорее виртуальным, не имеющим практического применения, поскольку количество специалистов соответствующего профиля крайне мало, каждый врач-трансплантолог известен и находится на виду, что практически лишает его возможности провести нелегальную операцию, которая, помимо всего прочего нанесет непоправимый ущерб его репутации²³⁵. Во-вторых, это доноры, а также их законные представители, которым предоставлено право давать согласие на изъятие органов и тканей у несовершеннолетних или лиц, страдающих психическим расстройством, признанных в установленном порядке недееспособными.

В специальной литературе неоднократно совершенно справедливо указывалось на неточность формулировки ч. 1 ст. 120 УК РФ применительно к объективной стороне деяния – «принуждение к изъятию»²³⁶, которое буквально с точки зрения правил русского языка толкуется как совершение действий потерпевшим в отношении иного лица, т.е. донором в отношении самого себя, что противоречит здравому смыслу. Как уже было отмечено, ст. 120 УК РФ охватывает оба случая принуждения, которые, на наш взгляд, должны быть конкретизированы и отграничены друг от друга, что предполагает:

1) изменение названия статьи 120 «Принуждение лица к даче согласия на изъятие органов и тканей для трансплантации»;

2) уточнение диспозиции части 1 названной статьи как в части предмета преступления, о чем уже говорилось выше, так и в части формулировки объективной стороны: «принуждение человека для согласия на изъятие органов и

²³⁵ Тихонова С.С. Прижизненное и посмертное донорство в Российской Федерации: вопросы уголовно-правового регулирования. – СПб.: Юрид. центр Пресс, 2002. – С. 99; Гурылева М.Э. Трансплантация органов и тканей с правовой и этической позиции. Презумпция согласия или испрошенное согласие? Российское законодательство и международные этические нормы // Правовые вопросы в здравоохранении. – 2015. – № 3. – С. 58-71; Постникова Н.С. Планируемые изменения законодательства о трансплантации тканей и органов. Какие сложности вызовет вступление в силу нового федерального закона в области трансплантации? Процедура получения согласия пациентов, не включенных в регистры доноров // Правовые вопросы в здравоохранении. – 2015. – № 8. – С. 22-35.

²³⁶ Тихонова С.С. Указ. соч. – С. 95-97; Кобозева Т.Ю. Преступное принуждение как уголовно-правовая категория: дис. ... канд. юрид. наук. – М., 2011. – С. 59.

тканей из его тела для дальнейшей трансплантации, в том числе репродуктивных органов и тканей, физиологических жидкостей»;

3) обособление состава преступления, по которому потерпевшим является медицинский работник в ч. 1.1. ст. 120 УК РФ в следующей формулировке: «Принуждение медицинского работника, к проведению операции по изъятию органов или тканей человека для трансплантации, а также репродуктивных органов и тканей, физиологических жидкостей, совершенное с применением насилия либо с угрозой его применения, -наказывается...».

Полагаем, что корректировка уголовного законодательства предлагаемым образом будет способствовать более четкому технико-юридическому оформлению изначального замысла законодателя.

Как уже было отмечено, субъектом совершения преступления, предусмотренного ст. 120 УК РФ является любое физическое вменяемое лицо, достигшее 16 лет, что не предполагает отнесения названного состава преступления к числу профессиональных. В данном случае можно вести речь лишь о возможности в силу смысла совершаемых действий их отнесения к числу медицинских преступлений. Субъективный аспект заставить к трансплантации образует непосредственный умысел и особенная цель – передача и изъятие органов и тканей пациента. Так как, в ч. 2 ст. 120 УК РФ предусмотрено усиление наказания за принуждение к донорству, совершенное в отношении лица, заведомо для виновного, находящегося в беспомощном состоянии либо в материальной или иной зависимости от него, ответственность за данное преступление дифференцирована. В науке уголовного права достаточно широкое распространение получила идея дополнения квалифицированного состава принуждения к донорству еще одним пунктом – совершение преступления в соучастии²³⁷. При этом вполне обоснованно указывается на то, что в состав организованных групп и преступных организаций могут входить, например, медицинские работники бригад скорой помощи, которые первыми оказываются

²³⁷ Капитонова Е.А., Романовская О.В., Романовский Г.Б. Правовое регулирование трансплантологии: Монография. – М.: Проспект, 2016. – С. 123.

на месте ДТП или иного чрезвычайного происшествия и могут определить клиническое состояние пострадавшего, а также быстро доставить тело донора в нужное медицинское учреждение; судебно-медицинский эксперт²³⁸. Не соглашаясь с тем, что все перечисленные лица имеют отношение к совершению преступления, предусмотренного ст. 120 УК РФ, отметим, что соучастие свидетельствует о повышенной общественной опасности принуждения к даче согласия на изъятие органов и тканей, что делает уместным дополнение ч. 2 рассматриваемой статьи дополнительным пунктом: «группой лиц, группой лиц по предварительному сговору или организованной группой».

Как показывает анализ правоприменительной практики, востребованность положений ст. 120 УК РФ крайне низка. Так, в период с 2001 по 2010 годы было зарегистрировано всего 6 таких преступлений²³⁹, а с 2015 по 2018 годы – ни одного. Ни в ходе проводимого анализа материалов уголовных дел, ни в открытых источниках нам не удалось обнаружить приговоров, внесенных по ст. 120 УК РФ. Это позволяет сделать вывод о превентивном характере рассматриваемой нормы уголовного закона, которая акцентирует внимание на потенциальной опасности соответствующих деяний в условиях динамического развития трансплантологии. Однако, как представляется, ответственность в данной сфере нуждается в дальнейшем совершенствовании путем раздвоения состава «принуждения к изъятию» и «незаконного изъятия органов и тканей», а также расширения границ последнего не только нуждами трансплантации. Законодательство отдельных стран СНГ пошло именно по этому пути. Так, например, в УК Украины в качестве состава преступления, совершаемого медицинскими работниками, предусмотрено нарушение установленного законом

²³⁸ Кустов А.М., Кустова О.А. К вопросу о механизме совершения преступлений, связанных с изъятием органов или тканей человека для трансплантации // Вестник Академии Генеральной прокуратуры Российской Федерации. – 2009. – № 14. – С. 62-64.

²³⁹ Фабрика Т.А. Проблемы уголовной ответственности за принуждение к изъятию органов или тканей человека для трансплантации: дис. ... канд. юрид. наук. – Челябинск, 2007. – С. 106-107.

порядка трансплантации органов или тканей человека (ст. 143)²⁴⁰. В УК Республики Армения помимо принуждения к донорству (ст. 126) имеется медицинский состав – нарушение правил проведения операции по трансплантации (ст. 125)²⁴¹.

В настоящее время в УК РФ есть два состава преступления против жизни и здоровья со специальной целью - использование органов и тканей человека: убийство в целях использования органов и тканей потерпевшего (п. «м» ч. 2 ст. 105 УК РФ); умышленное причинение тяжкого вреда здоровью в целях использования органов или тканей потерпевшего (п. «ж» ч. 2 ст. 111 УК РФ). В качестве дополнительного объекта преступления, также, как и в ст. 120 УК РФ можно выделить право на невмешательство в физическую целостность организма. Отметим, что предмет преступления в таком случае несколько расширенный – органы и ткани потерпевшего, что предполагает более детальное толкование перечня объектов трансплантации. По обозначенным выше причинам, представляем необходимым также включение в предмет преступления физиологических жидкостей (кровь, ее компоненты, спинномозговая и иные жидкости организма).

Стоит также отметить, что в объективной стороне данных составов имеется указание и на негативные последствия совершения деяния: смерть потерпевшего или причинение тяжкого вреда его здоровью. Наступление указанных последствий не имеет прямой зависимости от достижения цели деяния, иными словами, оно считается оконченным вне зависимости от достижения цели, которую ставит перед собой субъект преступления: произвёл ли он планируемое изъятие, использовал ли он органы и ткани как изначально планировал или по иному назначению.

²⁴⁰ Уголовный кодекс Украины от 5 апреля 2001 г. (ред. от 21.03.2021) // Веб-версия ИПС «Законодательство стран СНГ» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://base.spinform.ru/show_doc.fwx?rgn=8679 (дата обращения: 22.11.2022).

²⁴¹ Уголовный кодекс Республики Армения от 29 апреля 2003 г. N ЗР-528 (ред. от 24.12.2021) // Веб-версия ИПС «Законодательство стран СНГ» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://base.spinform.ru/show_doc.fwx?rgn=7472 (дата обращения: 06.10.2022).

Думается, что причинение смерти для применения органов и тканей больного возможно осуществляется как посредством действия, так и бездействием. В частности, таковое может выразиться в непроведении реанимационных мероприятий в условиях угрозы наступления биологической смерти. Часть специалистов полагает, что в такой ситуации действия медицинского работника надлежит квалифицировать по ст. 124 УК РФ как неоказание помощи больному²⁴². С учетом обоснования в предыдущей главе диссертационного исследования данного вида криминальной ятрогении как совершаемого по неосторожности, позволим себе усомниться, что случай неправомерного непроведения реанимационных мероприятий, имеющий специальную цель, предусмотренную п. «м» ч. 2 ст. 105 УК РФ, можно расценивать как легкомыслие или небрежность. Еще более радикальный подход заключается в отрицании вероятности нанесения смерти либо нанесения тяжелых физических увечий посредством бездействия, на основе того, что «во время бездействия человек не совершает действительных волевых умыслов по нанесению телесного вреда, а только создает обстоятельства в целях для разрушения психологических сил (в этом моменте - патологических субклеточных, клеточных, тканевых и органных процессов)»²⁴³. Этот тезис противоречит доктринальным основам уголовного права, в соответствии с которыми бездействие способно причинить вред объекту уголовно-правовой охраны как прямо, так и косвенно. В качестве примера можно привести уголовное дело в отношении хирургов, осужденных по п. «м» ч. 2 ст. 105 УК РФ за создание условий для причинения смерти другому человеку в целях использования органов потерпевшего. Врачи, реализуя преступный замысел, намеренно создали неблагоприятные условия, которые явились непосредственной причиной смерти потерпевшего. Целью преступников было изъятие почек больного. Больной был отключен от аппаратуры жизнеобеспечения без констатирования смерти (больной находился в состоянии комы). После чего

²⁴² Бедрин Л.М. Ответственность медицинских и фармацевтических работников за профессиональные правонарушения. – Ярославль, 1996. – С. 357.

²⁴³ Бородин С.В. Преступления против жизни. – М., 1999. – С. 242.

врачи произвели подготовительные действия для окончания реализации своего умысла – изъятия почек, однако на этом этапе, в связи с сообщением о преступлении, сделанным другими врачами госпиталя, действия преступником были прекращены сотрудниками правоохранительных органов.²⁴⁴

Как квалифицирующий признак убийства и причинения тяжкого вреда здоровью использование органов и тканей человека, на наш взгляд, теряет смысл при отсутствии такого признака объективной стороны как их изъятие, о чем свидетельствует отсутствие судебной практики привлечения к уголовной ответственности по п. «ж» ч. 2 ст. 111, п. «м» ч. 2 ст. 105 УК РФ. Заметим, что в действующей редакции п. «м» ч. 2 ст. 105, п. «ж» ч. 2 ст. 111 УК РФ использование органов и тканей потерпевшего характеризуют не объективную, а субъективную сторону составов преступлений, а их изъятие вообще не оговаривается законодателем, но при этом используется в проанализированной ранее ст. 120 УК РФ. Принципиальное отличие заключается в том, что если в первом случае речь идет о фактически насильственном лишении донора конкретных органов или тканей, то во втором – о его конечной цели, т.е. последующем извлечении полезных свойств изъятых органов (тканей). Изъятие органов и тканей, а также физиологических жидкостей организма теоретически может осуществляться и не с медицинскими целями, например, для продажи, употребления в пищу, изготовления сувениров, отправления религиозных культов и т.д.²⁴⁵

Иначе следует рассматривать незаконное изъятие органов и тканей потерпевшего для использования их при трансплантации или в иных медицинских целях (например, в косметологии, фармакологии, для проведения медицинских экспериментов и т.д.), которое, на наш взгляд, необходимо обособить в самостоятельный состав преступления, совершаемого медицинским работником, поскольку совершение указанных действий может быть

²⁴⁴ Кассационное определение Верховного Суда РФ от 19 апреля 2005 г. № 5-О05-48 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.consultant.ru> (дата обращения: 18.02.2023).

²⁴⁵ Флоря В.Н. Следственно-судебная практика по делам о врачебных преступлениях // Медицинское право. – 2007. – № 4. – С. 49-50.

произведено только специальным субъектом, ввиду наличия у него профессиональных познаний. При этом объективная сторона основного состава преступления должна, на наш взгляд, включать в себя не просто изъятие органов, тканей и (или) иных биологических фрагментов организма человека, а нарушение установленного законом порядка такового, который был рассмотрен применительно к характеристике состава преступления, предусмотренного ст. 120 УК РФ, что является, как уже было отмечено содержательным элементом категории «медицинская деятельность» и позволит толковать сущность предлагаемого преступного деяния именно как совершенного в профессиональной сфере. Полагаем, что в случае нарушения медицинским работником правил изъятия органов и тканей больного, что считается методом осуществления преступного деяния, следовательно, объясняет объективный аспект этого состава. Одним из необходимых объектов факта в указанной ситуации считается разрушение закрепленной правом процесса и правил трансплантации, так и процесс непосредственного извлечения органов и тканей из тела живого человека.

Проведенный сравнительный анализ уголовного законодательства Российской Федерации и Республики Таджикистан установил, что одной из основных причин, сдерживающих развитие трансплантации в Таджикистане и других странах, является дефицит донорских органов, который обусловлен незнанием проблем трансплантации и органного донорства медиками или их нежеланием принимать в этом участие. Отношение медперсонала играет важную роль в развитии органного донорства²⁴⁶.

Принудительное изъятие тканей и органов человека и их передача, в том числе и их торговля, отменена медицинскими законами РТ. Эти преступные деяния осуществляются в соучастии с медицинскими служащими.²⁴⁷

²⁴⁶ Достиев А.Р. Моральные и юридические аспекты трансплантации органов в Республике Таджикистан // Здравоохранение Таджикистана. – 2013. – № 4. – С. 8.

²⁴⁷ Абдуллаева Р.А. Новые направления в медицине и их влияние на уголовный закон // Труды Академии МВД Республики Таджикистан. – 2019. – № 4 (44). – С.13.

Ш.Ш. Курбанзода отмечает, что «отсутствие или неприемлемая правовая регламентация может автоматически удерживать развитие и включение трансплантации органов и тканей, тем самым обеспечивая криминализацию данной сферы медицины.²⁴⁸

По мнению Абдуллаевой Р.А, ответственность наступает либо за нарушения условий и порядка изъятия органов или тканей человека, либо условий и порядка операционного процесса по трансплантации органов, которое непосредственно не установлено правом. Существуют определенные правила и принципы для изъятия и трансплантации органов человека. Эти правила и условия относятся и после смерти, так и к принужденному донорству.²⁴⁹

Кроме того, противоправность заключается в не сообщении медицинских организаций об источнике донорских органов, лжи тех, которые поставляют донорские органы в больницы и медицинские учреждения. Только с помощью медицинских служащих и хирургов осуществляется оформление необходимых документов для трансплантации органов, их хранения и соответствующей доставке²⁵⁰.

В связи с изложенным, полагаем, что нарушение установленного законом порядка изъятия органов, тканей и иных биологических фрагментов организма человека, повлекшее причинение смерти или тяжкого вреда его здоровью формирует самостоятельные составы медицинских преступлений и должно быть обособлено в ст. 125.3 УК РФ, которая может быть изложена в следующей редакции:

«Нарушение установленного законом порядка изъятия органов, тканей и физиологических жидкостей человека

1. Нарушение установленного законом порядка изъятия органов, тканей и физиологических жидкостей человека, либо порядка и условий трансплантации,

²⁴⁸ Курбанзода Ш.Ш. Медицинские услуги по трансплантации органов и тканей человека: проблемы правового регулирования // Правовая жизнь. – 2019. – № 1 (25). – С.188.

²⁴⁹ Абдуллаева, Р.А. Новые направления в медицине и их влияние на уголовный закон // Труды Академии МВД Республики Таджикистан. – 2019. – № 4 (44). – С.12.

²⁵⁰ Абдуллаева Р.А. Медицинская преступность в республике Таджикистан: уголовно-правовые и криминологические проблемы: дис. ... д-ра юрид. наук. – Душанбе, 2023. – С. 247.

повлекшее по неосторожности причинение тяжкого вреда здоровью донора или реципиента,

наказывается...

2. То же деяние, если оно повлекло по неосторожности смерть донора или реципиента,

наказывается...».

Можно сделать вывод, что анализируя правовой базы трансплантологии позволяет сформулировать несколько принципиальных положений, являющихся условиями законности рассматриваемого вида медицинской деятельности: 1) трансплантация органов и тканей человека является исключительным методом лечения, поскольку применяется лишь в тех случаях, когда жизнь пациента либо восстановление его здоровья не могут быть обеспечены иными способами; 2) изъятие органов и тканей для трансплантации у живого донора допустимо только в случае соблюдения следующих условий; 3) извлечение донорских органов у умершего разрешается лишь при условии существования официального документа о согласии, закрепленном законом на изъятие органов и тканей из своего тела после смерти, а также при отсутствии такового – согласия, данного в установленном порядке супругом (супругой) умершего, либо а при его (ее) отсутствии - одним из близких родственников; 4) трансплантация органов и тканей как самостоятельный вид медицинской деятельности стандартизируется и реализуется в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи по профилю «хирургия (трансплантация органов и (или) тканей человека)»; 5) учет донорских органов и тканей, а также ведение листа ожидания осуществляется на основании специального порядка, утвержденного Приказом Минздрава России от 8 июня 2016 г. .

§ 2. Незаконное проведение искусственного прерывания беременности

К преступлениям против жизни и здоровья граждан действующее законодательство относит незаконное проведение искусственного прерывания

беременности (ст. 123 УК РФ). При этом сфера применения названной нормы максимально сужена, поскольку объективная сторона данного преступления заключается в производстве аборта ненадлежащим лицом, т.е. лицом, не имеющим высшего медицинского образования соответствующего профиля, соответственно – это любое лицо, кроме акушера-гинеколога. При этом, не имеет значения уровень квалификации врача. Здесь видится наличие двух взаимосвязанных проблем.

Во-первых, формулировка «высшее медицинское образование соответствующего профиля» является не вполне соответствующей регулятивным нормативным актам. Так, в соответствии со ст. 100 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» под высшим медицинским образованием соответствующего профиля следует понимать полученное в образовательном учреждении высшего профессионального образования высшего медицинского диплома по специальности «лечебное дело», а в случае приобретения главной квалификации «акушерство и гинекология» важно получить после окончания ВУЗ диплома ординатуры и стать специалистом - акушером-гинекологом, который, в соответствии с действующим законодательством, и проводит искусственное прерывание беременности. Таким образом, для того, чтобы не быть субъектом преступления, предусмотренного ст. 123 УК РФ, исходя из общего смысла диспозиции ч. 1, важно обладать не только надлежащее профессии образование по медицине, а также иметь особенную квалификацию. В указанной редакции рассматриваемой правовой нормы видно, что человек, обладающее и закончивший ВУЗ по медицине, но не имеющее сертификата специалиста в области акушерства и гинекологии, не может нести уголовную ответственность за незаконное прерывание беременности, что является алогичным.

Во-вторых, при детерминации действий, составляющих объективную сторону рассматриваемого состава преступления, необходимо отталкиваться от положений отраслевого законодательства, регламентирующих прерывание

беременности, которое может считаться законным. В соответствии со ст. 56 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» основной гарантией реализации права женщины на решение вопроса о материнстве является искусственное прерывание беременности по ее желанию, выраженному в информированном добровольном согласии на проведение данной операции, следовательно, отсутствие такового является основанием для наступления уголовно-наказуемых последствий хирургического вмешательства. Часть специалистов полагает, что при отсутствии согласия потерпевшей на искусственное прерывание беременности ответственность виновного лица должна наступать на основании ст. 111 УК РФ за причинение тяжкого вреда здоровью²⁵¹. Полагаем, что такой подход не вполне обоснован, ибо во время при осуществления поступка, которое закреплено в ст. 123 УК РФ, цель преступника имеет направление лишь на остановку беременности, а нанесение тяжелого увечья жизни и здоровью или нанесение смерти больному рассматриваются как квалифицирующие признаки. Само по себе прерывание беременности не является тяжким вредом здоровью, что предполагает наличие объективного вменения при квалификации соответствующих действий лица по ст. 111 УК РФ. Думается, что в данной ситуации следует обратиться к позитивному опыту советского законодателя, который предусматривал производство незаконного аборта без согласия матери в качестве квалифицирующего обстоятельства данного состава преступления (ст. 146 УК РСФСР 1922 г.; ст. 140 УК РСФСР 1926 г.²⁵²).

Следует отметить, что операция по искусственной остановке беременности осуществляется лишь в медицинских стационарах, которые имеют необходимую лицензию, кроме того еще одним мерилom правомерности прерывания считается время беременности от 2,5 месяца, а также соблюдение установленной процедуры такового. Исключением из данного правила является проведение аборта по социальному показанию, которым является беременность, наступившая в

²⁵¹ Дядюн К.В. Анализ объективных признаков состава ст. 123 УК РФ: проблемные вопросы законодательного подхода и правоприменения // Адвокат. – 2014. – № 9. – С. 29-35.

²⁵² Постановление ВЦИК от 22.11.1926 «О введении в действие Уголовного Кодекса Р.С.Ф.С.Р. редакции 1926 года» (вместе с «Уголовным Кодексом Р.С.Ф.С.Р.») (утратил силу) // СУ РСФСР. 1926. № 80. ст. 600.

результате изнасилования²⁵³, когда соответствующая операция может проводиться при сроке беременности до двадцати двух недель, а при наличии медицинских показаний - независимо от срока беременности. Заметим, что эволюция законодательного регулирования социальных показаний прерывания беременности с очевидностью демонстрирует тенденцию к охране жизни плода.

В качестве медицинских показаний в данном случае рассматриваются наличие некоторых инфекционных и паразитарных болезней, новообразований, болезней эндокринной системы, расстройств питания и обмена веществ, психические заболевания, болезни крови и кроветворных органов и т.д.²⁵⁴. Широкий спектр медицинских показаний аборта компенсируется их относительностью, что предполагает решение вопроса о прерывании беременности на сроке после 20 недель в каждом конкретном случае консилиумом врачей.

Таким образом, в действующей формулировке ч. 1 ст. 123 УК РФ за пределами законной регламентации существуют следующие противоправные виды искусственной остановки беременности, которые имеют определенную опасность для жизни матери, как: 1) осуществление искусственной остановки беременности вне медицинских учреждениях, которые обладают лицензией на эту деятельность, в том числе деятельность и услуги по акушерству и гинекологии, и во время несогласия пациентки на производство аборта; 2) проведение искусственного прерывания беременности с нарушением сроков и при отсутствии медицинских показаний, о которых упоминалось выше. Существует дискуссия о целесообразности смягчения уголовной ответственности в случае выполнения аборта вне стационарных медицинских учреждениях. Это обсуждение связано с рисками, которые могут возникнуть при проведении аборта в условиях, где отсутствует необходимое медицинское оборудование или где

²⁵³О социальном показании для искусственного прерывания беременности: Постановление Правительства РФ от 06.02.2012 № 98 // СПС «КонсультантПлюс» (Дата обращения: 11.08.2023 г.).

²⁵⁴ Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности: Приказ Минздравсоцразвития РФ от 03.12.2007 № 736 (ред. от 27.12.2011) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.consultant.ru>. (дата обращения: 11.08.2023).

используются не прошедшие клинические испытания препараты. Как подчеркивает М. Киселева, такие условия могут представлять серьезную угрозу для здоровья и жизни беременной²⁵⁵. Некоторые специалисты предлагают квалифицировать действия врача, сделавшего аборт в ненадлежащих условиях, по ст. 238 УК РФ «Оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности жизни и здоровья потребителей»²⁵⁶. Полагаем, что подобная позиция не вполне корректна, учитывая, что указанная статья входит в гл. 25 УК РФ «Преступления против здоровья населения и общественной нравственности», а в число охраняемых ею правоотношений оказание медицинской помощи не включено.

Еще одним спорным элементом, характеризующим объективную сторону состава преступления, предусмотренного ч. 1 ст. 123 УК РФ, является вопрос о моменте окончания преступного деяния. Подавляющее большинство представителей современной школы уголовного права считает данный состав формальным, указывая, что конечный результат в виде изгнания плода юридического значения не имеет, поскольку для вменения оконченного состава преступления достаточно совершения собственно действий, непосредственно направленных на искусственное завершение беременности²⁵⁷.

Полагаем, что лексическая конструкция «проведение искусственного прерывания беременности» не свидетельствует о включении законодателем в объективную сторону обсуждаемого деяния результата в виде избавления женщины от плода, поскольку характеризует не результат, а процесс совершения определенных действий. Помимо того, производство аборта, который детерминируется как «криминальный» может повлечь за собой ощутимые негативные последствия как для здоровья самой женщины, так и для плода при отсутствии конечного ожидаемого виновным результата. Однако, в следственно-судебной практике отсутствует единый подход к обозначенной проблеме, что

²⁵⁵ Киселева М. Уголовная ответственность за незаконное прерывание беременности // Уголовное право. – 2008. – № 4. – С. 31-35.

²⁵⁶ Шарапов Р.Д. Уголовный кодекс России не беспомощен перед криминальными абортами // Медицинское право. – 2006. – № 2. – С. 47-48.

²⁵⁷ Яни П.С. Конец преступления // Законность. – 2016. – № 9. – С. 32-37.

может быть проиллюстрировано двумя противоположными примерами. Так, результатом действий В., заключавшихся во введении потерпевшим раствора марганцовокислого калия с целью прерывания беременности стало причинение вреда здоровью потерпевших, но не повлекло за собой ожидаемых В. последствий в виде изгнания плода. Несмотря на отсутствие такого результата преступных действий, они были квалифицированы как оконченное преступление, предусмотренное ч. 1 ст. 123 УК РФ. В другом случае, при введении Р. катетера в полость матки потерпевшей Ю. с целью прерывания беременности, последняя была доставлена в больницу, где своевременно была сделана операция кесарева сечения. В результате преступных действий Р. потерпевшей был причинен тяжкий вред здоровью. Суд квалифицировал действия Р. как покушение на незаконное производство аборта, повлекшее по неосторожности причинение тяжкого вреда здоровью потерпевшей, мотивировав свое решение тем, что родовая деятельность Ю. была не завершена по независящим от виновной обстоятельствам²⁵⁸. Думается, что устранению указанных противоречий способствовало бы разъяснение Верховным Судом РФ в специальном Постановлении Пленума момента окончания рассматриваемого преступного деяния, а именно: начало совершения незаконных действий, направленных на прерывание беременности.

Рассматривая проблемы объективной стороны составов преступлений, предусмотренных ст. 123 УК РФ, нельзя обойти вниманием достаточно дискуссионный вопрос, касающийся их предмета. Современный уровень развития медицинской науки в части клеточной трансплантологии актуализирует проблему юридической судьбы abortивного материала. Эмбриональные ткани являются основным источником получения стволовых клеток, активно используемых в фармакологии, косметологии и иных сферах. (Добавить медицину в части применения abortивного материала). Это заставляет обратиться к уже поднятой нами на страницах данной работы теме статуса плода, однако, не предвзято

²⁵⁸ Следственный комитет РФ [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://sledcom.ru> (дата обращения: 13.02.2023).

самостоятельного анализа уголовной ответственности за незаконные действия с эмбрионом, который будет предпринят в следующем параграфе диссертации. Еще в 1989 году на 41-й Ассамблее Всемирной медицинской ассоциации было принято заявление, в котором высказывалась озабоченность тем фактом, что увеличение спроса на зародышевую ткань может спровоцировать негативные последствия, включая возможность извлечения женщиной материальной выгоды при принятии решения об искусственном прерывании беременности. С целью избегания подобных ситуаций ВМА рекомендовала всему медицинскому персоналу взять на себя дополнительную ответственность²⁵⁹. Однако, до настоящего времени уголовно-правовых гарантий исполнения медицинскими работниками указанной обязанности не предусматривается, поскольку, как уже было отмечено, эмбриональные ткани не являются предметом преступления, предусмотренного ст. 120 УК РФ, а также не попадают под действие положений ст. 123 УК РФ.

С точки зрения медицинской практики наиболее оптимальным с точки зрения качества является эмбриональный материал, полученный во втором триместре беременности (сюда тоже можно добавить медицину, почему то так), однако, уголовной ответственности за нарушение сроков производства аборта, как уже было отмечено, в настоящее время не предусматривается. Кроме того, современный законодатель отказался от традиционного для континентальной системы права подхода к защите прав эмбриона путем запрета искусственного прерывания беременности с целью использования эмбрионального материала, что, на наш взгляд, совершенно не оправданно.

С точки зрения субъективной стороны состав преступления, предусмотренный ч. 1 ст. 123 УК РФ, характеризуется наличием прямого умысла, т.к. виновный осознает общественную опасность своих действий, предвидит наступление опасных последствий и желает, чтобы в результате его действий

²⁵⁹ Хачатрян А.С. Клеточная трансплантация: вопросы правовой оценки и повышения качества законодательства // Юридическая наука и практика: Вестник Нижегородской академии МВД России. – 2013. – № 22. – С. 277-279.

беременность потерпевшей искусственным путем была прервана. При этом в доктрине верно обращается внимание на тот факт, что диспозиция ст. 123 УК РФ является бланкетной, потому при установлении как субъективной, так и объективной стороны анализируемого преступления «важно обращаться к нормативным правовым актам, определяющим получение врачом соответствующего образования и профильной квалификации (надлежащего сертификата), а также процедуру искусственного прерывания беременности»²⁶⁰.

Согласно оценке и анализу ряда специалистов ежегодно по всему миру осуществляются примерно 50,1 млн. прерываний беременности, из них примерно треть осуществляются незаконными средствами. В числе ведущих, Российская Федерация занимает одно из первых мест по искусственному прерыванию беременности. По статистическим данным число аборт в РФ существенно превышает количество рождений, так за 2020 г. на 100 рождений детей было осуществлено 39 абортов. В 2020 году в связи с сокращением численности женщин репродуктивного возраста, показатель рождаемости снизился и составил 4,8 на 1 000 населения²⁶¹.

Число родившихся за 2020 год снизилось по сравнению с 2019 годом на 702 072 (1 481 074 детей родилось в 2019 году и 1 436 514 детей – в 2020 году)²⁶², при этом прогнозируется резкое сокращение численности женщин репродуктивного возраста более чем на 18 % - к началу 2025 г.²⁶³, что не соответствует указанным данным регулируемого правительством курса на увеличение рождаемости. Очень трудно определить число преступных прерываний рождаемости, ибо это преступное деяние имеет характер огромного уровня латентности. Затрудняет положение и то, что в основном прерывание беременности, не отвечает принципам законности, установленным отраслевым

²⁶⁰ Сейбол Е.М., Сопин И.О. Уголовно-правовое обеспечение демографической безопасности России // Вестник Омского университета. Серия «Право». – 2023. – Т. 20. – № 1. – С. 85.

²⁶¹ Здоровоохранение в России. 2021: Стат.сб./ Росстат. – М., 2021. – С. 58

²⁶² Здоровоохранение в России. 2021: Стат.сб./ Росстат. – М., 2021. – С. 18.

²⁶³ Приложение. Концепция демографической политики РФ на период до 2025 г. Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года (утв. Указом Президента РФ от 9 октября 2007 г. № 1351) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://base.garant.ru/191961/53f89421bbdaf741eb2d1ecc4ddb4c33/> (дата обращения: 10.08.2023).

законодательством, делаются врачами-гинекологами, не подлежащими уголовной ответственности по ст. 123 УК РФ, поскольку в подавляющем большинстве случаев именно к ним обращаются женщины, желая прервать беременность.

Выход из сложившейся ситуации нам видится не только в проведении комплекса мероприятий, разработанных Минздравсоцразвития РФ на основании Указа Президента РФ «Об утверждении Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года»²⁶⁴ и направленных на повышение рождаемости, следовательно, на снижение количества абортов, но и в повышении уровня уголовно-правовой охраны жизни и здоровья беременных женщин, а также защиты эмбриона (плода) от преступных посягательств. В этой связи представляется необходимым внести в ст. 123 УК РФ изменения и дополнения, направленные как на расширение сферы ее применения, так и на конкретизацию отдельных элементов основного состава незаконного проведения искусственного прерывания беременности, а именно:

- определить субъекта ответственности с учетом действующих квалификационных требований к специалистам в области акушерства и гинекологии, а также включить в число лиц, несущих ответственность по ч. 1 ст. 123 УК РФ, акушеров-гинекологов, проводящих операцию по искусственному прерыванию беременности с нарушением установленного законом порядка;

- криминализировать такие формы незаконного прерывания беременности как проведение операции вне медицинского учреждения, имеющего соответствующую лицензию, нарушение нормативно установленных сроков производства аборта, а также его производство при наличии медицинских противопоказаний;

- установить в качестве квалифицирующих обстоятельств состава ст. 123 УК РФ производство аборта без согласия беременной женщины, а также с целью использования тканей эмбриона.

²⁶⁴ Об утверждении Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года: Указ Президента РФ от 09.10.2007 № 1351 (ред. от 01.07.2014) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.consultant.ru> (дата обращения: 11.08.2023).

С учетом изложенного предлагается следующая редакция статьи 123 УК РФ:

Незаконное проведение искусственного прерывания беременности

1. Осуществление аборта лицом, не обладающим соответствующим медицинским сертификатом по врачебной деятельности в области акушерства и гинекологии, или вне медицинского учреждения, обладающей лицензией на проведение медицинской деятельности, в том числе работы и услуги по акушерству и гинекологии, а также при нарушении законодательно определенных сроков искусственной остановки беременности, и в случае существования нарушения, когда аборт становится опасным для жизни беременной,

наказывается...

2. То же деяние, совершенное без согласия беременной женщины, либо с целью использования тканей эмбриона -

наказывается...

3. Деяние, предусмотренное частями первой или второй настоящей статьи, повлекшее по неосторожности смерть потерпевшей либо причинение тяжкого вреда ее здоровью, -

наказывается...

Сравнительный анализ уголовного законодательства Республики Таджикистан выявил отличия от российского названия нормы «Незаконное проведение искусственного прерывания беременности». Так, Р.А. Абдуллаева предложила изложить статью 123 в новой редакции: «Незаконное искусственное прерывание беременности».²⁶⁵

§ 3. Проблемы криминализации незаконных действий с эмбрионом

Развитие биотехнологий, особенно бурно расцветающее в последнее десятилетие, имеет и негативные последствия. Одно из них – проведение исследований на эмбрионах, что влечёт за собой рост числа преступных деяний, предметом которых является эмбрион. Наибольшую опасность в связи с этим

²⁶⁵ Абдуллаева Р.А. Медицинская преступность в республике Таджикистан: уголовно-правовые и криминологические проблемы: дис. ... д-ра юрид. наук. – Душанбе, 2023. – С. 21.

представляют подобные преступления, связанные с применением методов искусственной репродукции человека, которые в силу многих причин (рост числа пациентов с диагнозом «бесплодие», которые не могут иметь детей естественным путём, но имеют такую возможность, используя современные технологии, увеличение количества пациентов, страдающих хроническими заболеваниями, передающимися по наследству, в силу чего рождение здорового ребёнка у них возможно исключительно путём медицинского вмешательства – современных технологий) становятся всё более востребованнее. В связи с этим мы предполагаем, что на сегодняшний день перед правовой наукой стоит задача определения неких границ, в рамках которых должны быть установлены критерии правомерности использования эмбриона. Мы же в рамках настоящего диссертационного исследования акцентируем своё внимание на тех проблемах использования эмбриона, которые возможно решить, используя средства уголовного права.

Прежде всего, необходимо определить позицию по основному вопросу – является ли эмбрион предметом правоотношений, который подлежит купле-продаже, повреждению, уничтожению и т.д.

Правовой статус эмбриона, в том числе и относительно этапа его развития в утробе матери является очевидным пробелом современного российского законодателя.²⁶⁶

Исходя из выдвинутого во второй главе диссертационного исследования тезиса о том, что моментом начала жизни является момент зачатия, полагаем, что эмбрион является специфическим объектом правоотношений и нуждается в особой защите.

Как уже было отмечено, в рамках международного правового поля эмбрион человека признан самостоятельной социальной ценностью, которая подлежит охране от неправомерных действий.

²⁶⁶ Огнерубов Н.А. К вопросу об уголовно-правовой охране права эмбриона на жизнь в контексте определения момента ее начала // HISTORICAL SCIENCES. – 2018. – С. 14.

Полагаем, что в современных условиях развития российского законодательства, включая проблему легализации аборт, при наличии тенденции к имплементации международно-правовых норм, в том числе и охраняющих права эмбриона, следует исходить из компромиссного подхода суть которого заключается в признании за последним права на жизнь и определении его в качестве самостоятельного объекта уголовно-правовой охраны, обладающего специфическими качествами, к числу которых с медицинско-правовой точки зрения можно отнести: признание за эмбрионом права на жизнь с момента зачатия; наличие у его тканей таких особенностей как индивидуальность, уникальность и возможность развития; отсутствие у него свойств объекта права собственности.²⁶⁷

Необходимо разделять эмбрион *in vivo* и *in vitro*, т.е. развивающийся в теле матери и вне его. В первом случае юридическая судьба эмбриона в настоящее время неотделима от охраны и защиты прав беременной женщины. Наиболее иллюстративны в этом смысле положения п. «г» ч. 2 ст. 105, ст. 123 УК РФ, содержание которых уже было проанализировано достаточно подробно. В данном случае причинение вреда беременной женщине приравнивается к причинению вреда эмбриону *in vivo*. В специальной литературе высказываются различные предложения по разграничению жизни и здоровья женщины и плода как объектов уголовно-правовой охраны. Так, например, предлагается приравнять к убийству насильственное уничтожение человеческого эмбриона или плода, изменив соответствующим образом ч. 1 ст. 105 УК РФ²⁶⁸, что полностью исключит законность искусственного прерывания беременности. Близко, но не тождественно по содержанию предложение об обособлении уголовно-правовой охраны жизни только жизнеспособного плода²⁶⁹. В частности, А.В. Малешина предлагает создать самостоятельное преступление, дополнив главу 16 УК РФ еще

²⁶⁷ Огнерубов Н.А. К вопросу об уголовно-правовой охране права эмбриона на жизнь в контексте определения момента ее начала // HISTORICAL SCIENCES. – 2018. – С. 14.

²⁶⁸ Страмилова Т.П. Уголовная ответственность за простое убийство: дис. ... канд. юрид. наук. – М., 2002. – С. 23.

²⁶⁹ Есаков Г.А. Начало жизни человека при преступном причинении смерти: сравнительно-правовой анализ уголовного права России и Англии // «Черные дыры» в Российском законодательстве. Юридический журнал. – 2004. – № 2. – С. 203.

одним объектом охраны - жизнью и здоровьем плода, при этом объективную сторону конструируемого автором состава преступления должно составить противоправное умерщвление жизнеспособного плода, которое может быть совершено как умышленно, так и по неосторожности²⁷⁰.

Иной подход применяется к эмбриону, развивающемуся *in vitro*, когда определение его правовой судьбы возможно без непосредственного воздействия на организм матери. В связи с этим необходимо затронуть весьма чувствительную с позиций демографической политики государства тему вспомогательных репродуктивных технологий (далее - ВРТ), под которыми в литературе понимаются «методы репродуктивной помощи, применяемые при наличии специальных врачебных показаний, осуществляемых медицинской организацией (имеющей специальную лицензию) на основании гражданско-правового договора возмездного оказания медицинских услуг при условии учёта прав и законных интересов неродившегося ребенка»²⁷¹.

Развитие клеточной терапии, которые стали причиной появления новых отношений, объектом которых выступает эмбрион человека.

В специальной литературе неоднократно отмечалось отсутствие полноценной регулятивной правовой базы, что в свою очередь является предпосылкой отсутствия норм об ответственности за правонарушения, например, в репродуктивной сфере²⁷². Так, в настоящее время базовой основой применения в РТ является ст. 55 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», которая:

1) содержит общее понятие ВРТ как метода лечения бесплодия, сопряженного с зачатием и ранним развитием эмбриона *in vitro*, в том числе и

²⁷⁰ Малешина А.В. Перспективы и возможности уголовно-правовой охраны «будущей жизни» (сравнительно-правовой анализ // Известия вузов. Правоведение. – 2011. – № 3. – С. 151.

²⁷¹ Аминова Ф.М. Правовое регулирование отношений, возникающих в результате применения вспомогательных репродуктивных технологий в Таджикистане: проблемы и перспективы: автореф. дис. ... д-ра юрид. наук. – Душанбе, 2022. – С. 23.

²⁷² Малешина А.В. Преступления против жизни в странах общего права. – М.: Статут, 2017. – С. 6-7; Александров И.Ф. Правовое регулирование искусственных методов репродукции человека: семейно-правовой аспект // Евразийский юридический журнал. – 2016. – № 4 (95). – С. 159-164.

путем использования донорских и криоконсервированных половых клеток, тканей репродуктивных органов и эмбрионов, а также суррогатного материнства;

2) устанавливает возможность применения ВРТ к мужчине и женщине, состоящим и не состоящим в браке, а также к одинокой женщине при наличии информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство;

3) содержит запрет на выбор пола будущего ребенка, который является бинарным и не распространяется на случаи наследования заболеваний, связанных с полом, а также запрет на использование половых клеток, тканей репродуктивных органов и эмбрионов для промышленных целей;

4) регламентирует комплекс прав граждан при применении ВРТ;

5) детерминирует суррогатное материнство как договорные отношения;

6) требования, предъявляемые к суррогатной матери.

Самостоятельное значение в контексте правового регулирования ВРТ имеет Приказ Минздрава России «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению» (далее – Приказ)²⁷³, содержащий правила организации оказания врачебной поддержки посредством способов ВРТ, в том числе противопоказания и рамки к их использованию, детально регламентирует этапы оказания данного вида медицинской помощи. С точки зрения непосредственного предмета нашего исследования интерес представляет регламентация порядка криоконсервации и хранения эмбрионов, которые осуществляются медицинскими организациями, соответствующего профиля, оснащенными криохранилищами, и имеющими лицензию на данный вид медицинской деятельности. Помимо медико-технических правил криоконсервации и хранения эмбрионов, п. 37 Приказа устанавливает ответственность медицинской организации за сохранность, учет и использование биоматериала, включая эмбрионы.

²⁷³ О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению: Приказ Минздрава России от 31.07.2020 № 803н [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.consultant.ru> (дата обращения: 11.08.2023).

С учетом содержания проанализированного Приказа, мы солидаризируемся с мнением тех специалистов, которые полагают, что детализация порядка применения ВРТ должна осуществляться не на уровне нормативного акта отраслевого министерства, а в правовом акте, юридическая сила которого выше, т.е. на уровне федерального закона.

В отсутствие системного правового регулирования ВРТ в отечественном законодательстве, включая наличие легальных запретов на совершение определенных противоправных действий с эмбрионом, считаем целесообразным обратиться к некоторым примерам, имеющимся в зарубежном праве. С точки зрения регулятивного законодательства достаточно интересен Human Fertilisation and Embryology Act, принятый в Англии в 1990 году с изменениями и дополнениями, внесенными в 2008 году. По содержанию он сопоставим с проанализированным выше Приказом, однако, интересно, что основной целью его коррекции, обозначенной Правительством Великобритании текстуально, является несоответствие первоначальных законодательных рамок ВРТ интересам практики, при этом уточняется, что поскольку практика выходит за рамки, первоначально предусмотренные законом, государственное регулирование должно как можно более тесно сочетаться с наукой, которую оно в той или иной степени ограничивает²⁷⁴. Названный нормативный акт содержит общее понятие «эмбрион», под которым понимается живой человеческий про организм, где оплодотворение является полным или в процессе завершения, при этом запрещается проведение каких-либо манипуляций с эмбрионом после 14-го дня развития (ст. 3), а также их создание с использованием половых клеток нечеловеческого происхождения (ст. 4А), для чего вводится понятие «гибридный эмбрион» (смесь человеческого и животного материала), создание которых допускается исключительно для проведения научных исследований, а имплантация в тело женщины – уголовно-наказуемой.

²⁷⁴ Human Fertilisation and Embryology Act 2008: Department of Health (United Kingdom). 1 September 2009. Retrieved 11 December 2009 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: // <https://www.lexology.com/library/detail.aspx?g=9a9ad3ee-0f84-4f5b-a7a4-d8a9cf5a8634> (дата обращения: 19.02.2023).

В соответствии с Assisted Human Reproduction Act (AHRA), принятым в Канаде в 2004 году достаточно четко разграничиваются правомерные и противоправные виды ВРТ. К запрещенным видам деятельности закон относит создание человеческих эмбрионов исключительно для исследовательских целей, а также germline engineering (т. е. наследуемую генетическую модификацию), создание эмбрионов, которые в английском праве именуется «гибридными», клонирование с исследовательской целью, а также для воспроизводства, коммерческие контракты на суррогатное материнство, а также куплю-продажу эмбрионов (ст.ст. 5-9)²⁷⁵. AHRA допускает проведение исследований на человеческих эмбрионах, но лишь на тех, которые созданы, но не использованы в ходе ЭКО, что контролируется специально созданным органом - Канадским Агентством по репродукции человека. При этом, в соответствии с положениями анализируемого нормативного акта, ответственности подлежат не только лица, непосредственно совершившее противоправное деяние, но и лица, финансирующие данную деятельность или имеющие иной материальный интерес в ее результате. АНРАС до сих пор является предметом широкого обсуждения как в части необходимости ужесточения ограничений на предимплантационное генетическое тестирование, так и в части необходимости введения полного запрета на все исследования, проводимые с человеческими эмбрионами.

На уровне Основного закона защита человеческого эмбриона декларируется, например, в Швейцарии. В частности, ст. 119, 119-а, 120 Союзной конституции Швейцарской Конфедерации от 18 апреля 1999 г. устанавливают основные принципы ВРТ, в числе которых: недопустимость всех видов клонирования и вмешательства в наследственный материал человеческих гамет и эмбрионов, что является основанием для соответствующего уголовно-правового запрета; императивный запрет на сочетание синтеза человеческого и нечеловеческого зародышевого материала; использование ВРТ в исключительных случаях, когда иным образом не могут быть устранены бесплодие или опасность заражения

²⁷⁵ Assisted Human Reproduction Act S.C. 2004 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: // <http://laws-lois.justice.gc.ca/eng/acts/A-13.4/page-1> (дата обращения: 10.01.2023).

тяжелой болезнью; запрет любой торговли человеческим зародышевым материалом и производными из эмбрионов²⁷⁶. Аналогичные положения, как уже было отмечено ранее, содержат конституции Ирландии, Словакии и Чехии. Уголовная ответственность за посягательства на жизнь эмбриона предусмотрена УК Испании, Польши, Израиля. При этом, в соответствии со ст. 2 израильского Ордонанса о возмещении вреда, потерпевшим может быть признан не только родившийся ребенок, но и человеческий эмбрион²⁷⁷.

В специальной литературе достаточно подробно анализировалось европейское законодательство о ВРТ, а также законодательство стран СНГ²⁷⁸, проводились компаративные исследования судебных решений по данному вопросу²⁷⁹. В этой связи позволим себе проследить эволюцию правовой позиции Европейского суда по правам человека (далее – ЕСПЧ) относительно статуса эмбриона и механизма защиты его от противоправных посягательств. Так, в деле «Эванс против Соединенного Королевства», рассмотренном в 2007 году, ЕСПЧ в своём решении констатировал отсутствие общеевропейского консенсуса относительно правового статуса эмбриона, признав за супругами-донорами право на распоряжение или уничтожение его (п. п. 29 - 42 Постановления²⁸⁰). В ходе рассмотрения данного дела было заслушано мнение Центра по защите репродуктивных прав, а также Ассоциации планирования семьи, которые высказали достаточно противоречивую позицию, с одной стороны отметив отсутствие оснований для признания эмбриона субъектом права, с другой - неразумность лишения его любых прав (п. п. 60 - 73). Несколько позднее ЕСПЧ,

²⁷⁶ Союзная конституция Швейцарской Конфедерации от 18 апреля 1999 г. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.concourt.am/armenian/legal_resources/world_constitutions/constit/swiss/swiss--r.htm (дата обращения: 10.08.2023).

²⁷⁷ Гражданское законодательство Израиля / Науч. ред. Н.Э. Лившиц. – СПб., 2003. – С. 374.

²⁷⁸ Павлова Ю.В., Даутбаева-Мухтарова А.Е. Человеческая жизнь: проблема определения момента начала правовой охраны // Медицинское право. – 2018. – № 2. – С. 44-53; Романовский Г.Б. Правовое регулирование хранения половых клеток и эмбрионов // Медицинское право. – 2010. – № 2. – С. 12-17.

²⁷⁹ Дедов Д.И. Начало жизни: От Эванса до Парилло // Российский ежегодник Европейской конвенции по правам человека [Электронный ресурс]. – Режим доступа: (Russian yearbook of the European convention on human rights). Выпуск 2. – М.: Статут, 2016. – С. 17-26; Дугарон Е.Ц. Защита репродуктивных прав в Европейском суде по правам человека // Российский судья. – 2018. – № 3. – С. 29-33.

²⁸⁰ Постановление ЕСПЧ по делу *Evans v. the United Kingdom* [G.C.], № 6339/05, 10 April 2007 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.consultant.ru> (дата обращения: 12.01.2023).

опираясь на положения ст. 1 Протокола № 1 к Конвенции о защите прав человека и основных свобод указал, что эмбрион, созданный в лабораторных условиях, не может быть приравнен к имуществу²⁸¹. А уже в 2015 году суд занял позицию Правительства Италии без каких-либо оговорок признав обоснованным законодательный запрет на использование эмбрионов в исследовательских целях, что обеспечивает защиту жизненного потенциала, который в нем заключен. И опять же в рамках развернувшейся дискуссии представитель Центра по защите репродуктивных прав указал на наличие у эмбриона статуса субъекта права (п. 142 Постановления²⁸²), что с очевидностью свидетельствует об эволюции позиции общественных организаций.

Как показывают собственный медицинский опыт, анализ работ специалистов в области репродукции человека, а также данные, осуществляемые медицинским центром генетики Российской Академии Наук, к уголовной ответственности могут быть привлечены такие поступки: 1) производство эмбрионов и позднее осуществление научных исследований, когда нет показаний к применению ЭКО; 2) нарушение установленного законом порядка проведения ЭКО (такие нарушения могут иметь место на всех этапах ВРТ: организации, получения биологического материала (яйцеклеток), оплодотворения, подсадки эмбрионов в матку, утилизации биологического материала (эмбрионов); 3) использование эмбрионов в корыстных целях, коммерческий оборот эмбриональных тканей; 4) разрушение эмбриона с целью получения органов, тканей и клеток для последующей незаконной трансплантации²⁸³.

Однако, закрепление указанных деяний как уголовно-наказуемых, на наш взгляд, происходит в следствие приказа закона РФ «О репродуктивных правах граждан и вспомогательных репродуктивных технологиях в РФ», регулирующий

²⁸¹Постановление ЕСПЧ по делу S.H. and Others v. Austria [G.C.], № 57813/00, 3 November 2011 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.consultant.ru> (дата обращения: 13.01.2023).

²⁸² Постановление ЕСПЧ по делу Parrillo v. Italy [G.C.] № 46470/11, 27 August 2015 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.consultant.ru> (дата обращения: 13.01.2023).

²⁸³ Курило Л.Ф., Боркина П.А., Гришина Е.М. и др. Социологическое исследование, посвященное этико-правовым проблемам биомедицинских исследований // Проблемы репродукции. – 2001. – № 6. – С. 26; Биомедицинское право в России и за рубежом: Монография. – М.: Проспект, 2015. – С. 211-234.

и права и задачи граждан во время реализации ВРТ, правила и методы их применении, но и основы ответственности за нарушение такового, в том числе и в части совершения действий с эмбрионом, которые признаются противоправными в международном праве и практике ЕСПЧ.

Среди научных сообществ разных государств, включая Таджикистан, правовое положение эмбриона носит дискуссионный характер.

По мнению Бабаджанова И.Х., при экспериментах по биомедицине применяются и «лишние» эмбрионы, а также гаметы-половые клетки людей, живые и мертвые эмбрионы, постимплантационные эмбрионы либо живые новорожденные дети, которые находятся как снаружи, так и внутри беременной²⁸⁴.

Автор утверждает, что применение эмбрионов в виде данных в целях медицинских работ свидетельствует о явном нарушении правил признания достоинства и чести людей²⁸⁵.

Стоит напомнить, что в Республике Таджикистан отсутствует специальный закон, регламентирующий медицинские эксперименты и прочие исследования с применением человеческих эмбрионов. Но, как известно, способы репродуктивной техники в настоящее время повсеместно включаются на практике медицинских учреждений²⁸⁶.

Исследования на человеческих эмбрионах представляются ученым весьма благоприятными по двум ключевым причинам. Первое, эмбрионы считаются активным организмом. По этой причине, заключения, выведенные в результате экспериментов на человеческих эмбрионах, являются более научно обоснованными, чем результаты исследований на эмбрионах других живых существ. Второе, периодическое проведение операций по аборту, а также

²⁸⁴ Бабаджанов И.Х. Правовой статус человеческого эмбриона: несколько подходов к анализу // Юридическая наука: история и современность. – 2012. – № 9. – С. 16.

²⁸⁵ Бабаджанов И.Х. Правовой статус человеческого эмбриона: несколько подходов к анализу // Юридическая наука: история и современность. – 2012. – № 9. – С. 23.

²⁸⁶ Бабаджанов И.Х. Правовой статус человеческого эмбриона: несколько подходов к анализу // Юридическая наука: история и современность. – 2012. – № 9. – С. 17.

оплодотворению искусственным образом, дает возможность по пополнению исходного живого материала.

ГЛАВА 4. ОБОСНОВАННЫЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ РИСК КАК ОБСТОЯТЕЛЬСТВО, ИСКЛЮЧАЮЩЕЕ ПРЕСТУПНОСТЬ ДЕЯНИЯ

§ 1. Обоснованный риск: общая характеристика и место в системе обстоятельств, исключающих преступность деяния

Действующее уголовное законодательство предусматривает шесть обстоятельств, исключающих преступность деяния: необходимая оборона; причинение вреда при задержании лица, совершившего преступление; крайняя необходимость; физическое или психическое принуждение; обоснованный риск; исполнение приказа или распоряжения (ст. 37-42 УК РФ). Следует отметить, что огромное значение среди вышеуказанных условий во врачебной деятельности главными считаются крайняя нужда и обусловленный риск.

Известно, что работа медиков почти постоянно проводится в условиях неотложной нужды. Эта деятельность всегда сопровождается с риском, как и для медицинского служащего, так и для больного, ибо организмы людей различны и отвечают по-разному на те или другие действия или процедуры, а также на различные лекарственные препараты²⁸⁷.

В соответствии со ст. 39 УК РФ, «не является преступлением причинение вреда охраняемым уголовным законом интересам в состоянии крайней необходимости, то есть для устранения опасности, непосредственно угрожающей личности и правам данного лица или иных лиц, охраняемым законом интересам общества или государства, если эта опасность не могла быть устранена иными средствами и при этом не было допущено превышения пределов крайней необходимости».

Во-вторых, крайняя необходимость всегда сопровождается неизбежностью риска в данной ситуации и, за исключением причинение ущерба другим законным

²⁸⁷ Абдуллаева Р.А. Медицинская преступность в республике Таджикистан: уголовно-правовые и криминологические проблемы: дис. ... д-ра юрид. наук. – Душанбе, 2023. – С. 208.

интересам, нет другого метода для устранения этой угрозы. И в-третьих, ущерб, нанесенный в условиях необходимой нужды, должно быть меньше, чем потенциальный ущерб, который был бы предотвращен.

Существует активное обсуждение вопроса о том, что можно ли лишить жизни человека в рамках доктрины крайней необходимости в уголовном праве при спасении жизни остальных людей. Ряд ученых в сфере уголовного права считают, что в некоторых обстоятельствах лишить жизни возможно в качестве акта крайней нужды, если это является единственным способом предотвращения гибели других людей²⁸⁸. Однако другие эксперты, учитывая морально-этический аспект вопроса, утверждают что необходимо оценивать ситуацию только с количественной точки зрения и считать, что жизнь ряда людей имеет большую ценность, чем жизнь одного человека, неприемлемо²⁸⁹.

Тем не менее, действующее уголовное законодательство не предусматривает такого ограничения. Кроме того, Заявление ВМА «О медицинской этике в период катастроф», который был принят в 1994 г. указывает, что положение неотложной необходимости возникает в чрезвычайных ситуациях, таких как дорожные аварии, землетрясения, разрушения АЭС и химических заводов и т.д. Этим ситуациям характерны острым и непредсказуемым недостатком медицинских ресурсов в целях обеспечения потребностей людей, которые стали жертвами этих ситуаций, и жизнь которых находятся в опасности.

Как уже было отмечено в предыдущем параграфе диссертационного исследования, профессиональный медицинский риск является видом обоснованного риска, т.е. осуществляется в пределах, предусмотренных ст. 41 УК РФ. Однако, в силу специфики медицинской деятельности можно выделить условия, характеризующие правомерность рассматриваемого вида риска. В специальной литературе имеются различные позиции относительно совокупности таких условий. Так, например, В.А. Ойгензихт, используя термин «врачебный

²⁸⁸ Курс уголовного права. Общая часть / Под ред. Н.Ф. Кузнецовой и И.М. Тяжковой. – М., 2002. – С. 484-485; Красиков А.Н. Уголовно-правовая охрана прав и свобод человека в России. – Саратов, 1996. – С. 92.

²⁸⁹ Тихонова С.С. Прижизненное и посмертное донорство в Российской Федерации: Вопросы уголовно-правового регулирования. – СПб., 2002. – С. 114.

риск», полагал, что его правомерность зависит от отсутствия возможности достижения желаемого лечебного эффекта иными средствами²⁹⁰, т.е. по сути адаптировал к медицинской деятельности признак вынужденности обоснованного риска, который, как уже было отмечено, представляется нам небесспорным. Более детальная совокупность исследуемых условий предложена В.А. Глушковым: 1) научная обоснованность использования нетрадиционных методов диагностики и лечения конкретного заболевания; 2) сопоставимость конечной цели рискованных действий опасности, грозящей жизни и здоровью пациента; 3) наличие согласия больного на применение рискованных методов диагностики и лечения; 4) вероятный характер наступления вредных последствий²⁹¹. Заметим, что наличие добровольного информированного согласия не является условием правомерности обоснованного риска, согласно положениям ст. 41 УК РФ, однако должно признаваться условием правомерности как лечебного, так и новаторского медицинских рисков. При этом, часть специалистов вполне обоснованно полагает, что пациент и его близкие родственники должны быть осведомлены не только о применении рискованных методов диагностики и лечения, но и о степени потенциальной опасности для жизни и здоровья²⁹². Однако, позволим себе заметить, что выделяемый В.А. Глушковым критерий научной обоснованности нетрадиционных методов диагностики и лечения не всегда применим, например, в экстраординарных условиях оказания медицинской помощи.

В настоящее время в российской теории возник вопрос о законности нанесения ущерба жизни и здоровью одного лица в целях спасения жизни других людей, в частности в контексте науки трансплантологии. Одним из эффективных методов трансплантации считается пересадка органов от живого человека, что может причинить вред его здоровью. Широко распространена идея в уголовном

²⁹⁰ Ойгензихт В.А. Врачебная ошибка и врачебный риск // Укрепление законности и правопорядка в период развитого социализма. – Душанбе, 1976. – С. 50-63.

²⁹¹ Глушков В.А. Уголовная ответственность медицинских работников за нарушение профессиональных обязанностей: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. – Киев, 1983. – С. 86.

²⁹² Александрова О.Ю., Лебединец О.Н., Рябинина О.В. Гражданско-правовые последствия причинения вреда при реализации медицинских рисков // Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Юридическое и деонтологическое обеспечение прав российских граждан на охрану здоровья» (Национальная Ассоциация медицинского права, Москва - Новосибирск, 2006 г.). – С. 9-10.

законодательстве о существовании в этом случае обстоятельства крайней нужды, ибо нанесение ущерба жизни и здоровью человека-донора отвечает принципам, которые закреплены в ст. 39 УК РФ²⁹³.

Однако эта идея может быть подвергнута сомнению, ибо оно не соответствует положениям данного уголовно-правового учреждения. В соответствии с этой концепцией, согласно которому, нанесенный ущерб в процессе преодоления этой угрозы опасности возможно меньше будет предотвращено, однако не меньше этого.

Понятие «риск» широко распространен и применится в различных сферах человеческой жизни, в том числе и в праве. Данные статистики свидетельствуют о том, что этот термин присутствует в различных значениях в установках 310 российских законов²⁹⁴, что, безусловно, представляет огромный интерес для профессионалов многообразных сфер. Тем не менее, несмотря на значительные различия в интерпретации понятия «риск», его основа связана с морфологическим значением данного слова, которое можно описать как «произведение актов на удачу в целях счастливого конца, целиком под свое попечительство»²⁹⁵.

По сравнению с гражданским законодательством, концепция обусловленного риска в уголовном законе является относительно «молодой». Её законодательное закрепление произошло недавно, после принятия Уголовного Кодекса в 1996 г. До этого момента официального регулирования этого понятия в кодифицированных актах не существовало, однако опыт судов, приступая с 1944 г., содержала понятие «производственный риск», утверждая, что таковой может служить в качестве основы для освобождения заключенного от уголовного преследования²⁹⁶.

²⁹³ Бабурин В. Уголовно-правовая оценка правомерного причинения вреда // Уголовное право. – 2007. – № 3. – С. 7-11.

²⁹⁴ Юдин А. В. Категория «риск» в гражданском судопроизводстве // Вестник гражданского процесса. – 2014. – № 5. – С. 11.

²⁹⁵ Ожегов С.И., Шведова Н.Ю. Толковый словарь русского языка: 80 000 слов и фразеологических. 4-е изд., дополненное. – М.: Азбуковник, 1999. – С. 848.

²⁹⁶ Сборник постановлений Пленума и определений коллегий Верховного Суда СССР. – М., 1948. – С. 145-146.

В связи с этим появились серьезные доктринальные разночтения в определении сущности обозначенных рискованных действий. Так, часть специалистов автоматически переносит категорию «риск» из сферы гражданско-правового регулирования, определяя ее, как уже было отмечено, посредством терминов «вероятность / возможность неблагоприятных (нежелательных) последствий», «опасность», «вред», моделируя объективную концепцию риска с учетом единственного основания – опасности благам, охраняемым уголовным законом. При этом учитывается только один вид риска – профессиональный, а совершение рискованных действий в иных сферах (например, научно-экспериментальной, спортивной и т.д.), где в качестве социально значимой цели позиционируется не устранение опасности, а достижение максимального эффекта – в расчет не принимается. Соответственно, право на риск предоставляется лишь гражданину, профессионально занимающемуся определенным видом деятельности, способному практически применить существующие требования безопасности, а также обеспечить соблюдение условий правомерности производственного риска. Таково, например, определение, предложенное М.С. Гринбергом, трактовавшим производственный риск как «правомерное создание опасности в целях достижения общественно полезного производственного результата, который не может быть получен обычными нерискованными средствами»²⁹⁷. Сходные определения с заменой термина «производственный» на термин «профессиональный» предлагались А.И. Санталовым, А.А. Пионтковским, Ю.В. Баулиным²⁹⁸, при этом основной акцент делался на возможности причинения вреда охраняемым уголовным законом интересам при осуществлении лицом профессиональной деятельности в целях достижения общественно полезного результата.

²⁹⁷ Гринберг М.С. Технические преступления. – Новосибирск: Изд-во Новосиб. ун-та, 1992. – С. 43.

²⁹⁸ Пионтковский А.А. Уголовный закон в борьбе с отрицательными последствиями НТП // Советское государство и право. – 1972. – № 4. – С. 37; Баулин Ю.В. К вопросу о профессиональном и хозяйственном риске в проекте Основ уголовного законодательства. - В кн.: Правовое государство. Вып. 1. – Тарту, 1989. – С. 227.

С момента ведения Уголовного кодекса в 1996 г. были предприняты множественные усилия для толкования сути понятия «обусловленный риск» и его интеграции в систему положений, которые исключают уголовную ответственность за совершение деяния. Так, одним из одинаковых критериев была признана характер обстоятельства, такое как нанесение ущерба общественным связям, которые охраняются уголовным законодательством, при условии, что такие действия не превышают пределов допустимости. Эта закономерность может быть наглядно продемонстрирована посредством анализа структуры норм, закрепленных главой 8 Уголовного Кодекса.

С точки зрения обусловленного риска, согласно статье 41 Уголовного Кодекса она представляет собой следующее: гипотеза подразумевает наличие определенных признаков риска, такие как важность и вероятность достижения поставленной цели, лишь посредством причинения ущерба интересам, защищаемым уголовным законодательством. Диспозиция означает, что человек имеет субъективное право функционировать в конкретных обстоятельствах, даже при необходимости нанесения ущерба, при этом такие действия не являются преступлением, поскольку не представляют опасности для общества. Санкция применяется в тех обстоятельствах, когда субъект, рискуя собой, превышает разумные границы возможности риска. Во время применения наказания учитывается смягчающее обстоятельство, закрепленное п. «ж» ч. 1 ст. 61 УК РФ²⁹⁹.

Были предприняты попытки моделирования системы норм прав, регламентирующей обусловленный риск, с точки зрения ее поощрительной природы, а именно: «если лицо приняло неотложные рискованные попытки в целях достижения цели (гипотеза), то оно должно предпринять достаточные меры для предотвращения вреда охраняемым уголовным законом интересам

²⁹⁹ Михайлов В.И. Обоснованный риск в уголовном праве // Законодательство. – 2001. – № 7. – С. 59-69.

(диспозиция), что исключает уголовное наказание за причиненный ущерб (поощрение)»³⁰⁰.

Полагаем, что все обстоятельства, перечисленные в гл. 8 УК РФ, необходимо рассматривать через призму общего учения о преступлении, а именно наличия признаков противоправности, общественной опасности, виновности и наказуемости. Необходимая оборона, причинение вреда при задержании лица, совершившего преступление, крайняя необходимость, обоснованный риск, физическое или психическое принуждение, выполнение указа или распоряжения предотвращают и общественную опасность, ибо не наносят ущерб, а также способствуют совершенствованию различных общественных связей, и противоправность поступка, поскольку вторая в учении уголовного законодательства анализируется в качестве правового выражения первой.

Заметим, что в научных исследованиях анализу подвергались преимущественно условия правомерности рискованных действий, а собственно признаки таковых оставались за пределами пристального изучения, что явилось причиной противоречивости и некоторой алогичности имеющихся суждений относительно отдельных особенностей обоснованного риска. В частности, Д.А. Гарбатович, проводя параллели между обоснованным риском и крайней необходимостью, указывает на их социально-правовую сущность, выделяя признак вынужденности действий субъекта и позиционируя названные обстоятельства как «непреступные деяния», в то время как с психологической точки зрения обозначает наличие свободы воли при выборе определенного варианта поведения³⁰¹. Еще дальше в своих рассуждениях идет А.И. Ситникова, предлагая структуру состава неправомерного деяния, применимого ко всем обстоятельствам, предусмотренным гл. 8 УК РФ, элементами которого являются основание совершаемых действий, объект защиты, цель, способ и пределы действий, указанные, по мнению автора в ч. 1 ст. 41 УК РФ и являющиеся

³⁰⁰ Захарова С.С. Обоснованный риск в уголовном праве Российской Федерации: дис. ... канд. юрид. наук. – Рязань, 2005. – С. 25-26.

³⁰¹ Гарбатович Д.А. Непреступные деяния, предусмотренные Особенной частью Уложения о наказаниях уголовных и исправительных 1845 г. // Администратор суда. – 2018. – № 2. – С. 19.

признаками, определяющими одновременно и правомерность риска, и крайней необходимости, и необходимой обороны, однако тут же подчёркивая, что названная норма уголовного закона сконструирована особым образом³⁰². Следует, на наш взгляд, использовать несколько иной подход, моделируя признаки обоснованного риска в совокупности с легальными условиями, определяющими его правомерность.

По нашему мнению, приметы, определяющие именно обусловленный риск, могут описать как момент заключения решения об акте рискованного действия, как и само этот акт. В первом случае речь идет в основном о *социальной ориентации* обусловленного риска, сформулированная законом в форме целеполагания, т.е. попытки добиться эффективного результата, которая представляет значительный интерес государству. Подобная цель не считается отвлеченной, она определена и, главное, объективно достижима. Эта характеристика, мы полагаем, считается обособленным собственно для обоснованного риска.

Некоторое уточнение в формулирование целеполагания предлагает внести А. Тимербулатов, позиционируя его как достижение наибольшего результата с наименьшими временными, ресурсными и иными затратами³⁰³. Соотнести поставленную субъектом цель с ценностью объектов уголовно-правовой охраны, которым может быть причинен вред, предлагает Т.В. Церетели, подчеркивая, что общественная-полезность не может и не должна оправдывать всякое действие³⁰⁴.

Отметим, что достижение положительного результата не является неизменным условием освобождения субъекта риска от уголовной ответственности при непревышении разумных границ риска. Отсюда следует, что сам по себе отрицательный результат также не является условием наступления уголовной ответственности, поскольку медицинская деятельность всегда сопряжена с определённой долей профессионального риска.

³⁰² Ситникова А.И. Конструирование и законодательно-текстологическая интерпретация теоретической модели главы «Причинение вреда в исключительных ситуациях» // *Lex russica*. – 2016. – № 8. – С. 59.

³⁰³ Тимербулатов А. Риск: уголовно-правовые аспекты // *Государство и право*. – 1995. № 3. – С. 113.

³⁰⁴ Церетели Т.В. Причинная связь в уголовном праве. – Тбилиси: Изд-во Тбил. ун-та, 1957. – С. 136.

Отметим также, что риск считается обоснованным в том случае, если медицинский работник, проведя анализ всех возможных вариантов решения проблемы, прибегнул к наиболее эффективному, на его взгляд, решению. При этом выбранный вариант должен быть необходимым по объективно существующим причинам, а именно – иные, менее опасные пути решения проблемы, по мнению медицинского работника, который в своём решении опирается на свои профессиональные знания, навыки и опыт, не произведут должного позитивного эффекта. В качестве условия правомерности рискованных действий предусмотрена их вынужденность. Традиционное представление о вынужденности обоснованного риска мотивируется необходимостью его отграничения от иного обстоятельства, исключающего преступность деяния – крайней необходимости³⁰⁵. Мы, безусловно, согласны с тем, что необходимы и результат возможно достичь и путём профессионального риска, и путём осуществления привычных, возможно, более надёжных медицинских манипуляций, однако же само по себе следование «традиционному» пути может сочетаться с риском, поскольку зачастую выбор такой траектории сопряжён с потерей времени, что также снижает шансы на положительный результат оказанной медицинской помощи³⁰⁶.

Тем не менее, возникает вопрос об определении критериев необходимости профессионального риска в медицинской сфере³⁰⁷. Мы считаем целесообразным выделить следующий перечень критериев необходимости риска: объективные основания полагать, что иные способы не приведут к необходимому эффекту, практическая и научная подготовка специалиста к производимым манипуляциям.

Подготовленность медицинского работника к риску означает максимальное предотвращение наступления негативных последствий в ходе воспроизведения

³⁰⁵ Орешкина Т.Ю. Обстоятельства, исключающие преступность деяния: дискуссионные вопросы общего характера // Уголовное право. – 2016. – № 4. – С. 71; Арчибасова Л.А. Соотношение институтов обоснованного риска (ст. 41 УК РФ) и невиновного причинения вреда (ст. 28 УК РФ) // Уголовное право и современность: Межвузовский сборник научных трудов. Вып. 8. – С. 93.

³⁰⁶ Ляпунов Ю. Категория «преступление». Предложения к проекту нового уголовного законодательства. // Социалистическая законность. – 1987. – № 7. – С. 25.

³⁰⁷ Захарова С.С. Обоснованный риск в уголовном праве Российской Федерации: Дис. ... канд. юрид. наук. – Рязань, 2005. – С. 57.

соответствующих действий, а именно – аргументированная профессиональными знаниями оценка сложившейся ситуации, реальное представление о возможном наступлении худших последствий и т.д. Но на практике часто возникает ситуация, при которой у медицинского работника объективно нет времени для полномасштабного изучения и оценки ситуации, решение принимается стихийно, что допустимо при отсутствии иного выхода, но совсем не совпадает с теми условиями обоснованности риска, которые мы обозначили, что, вероятно, свидетельствует о необходимости актуализации положений законодательства и правовой доктрины.

Важно также понимание категории «достаточных мер для предотвращения потенциального вреда». Проблема в данном отношении заключается, в основном, в том, что само по себе понятие «достаточности» по своей природе является субъективным. С точки зрения современной правовой доктрины, достаточность действий при обоснованном риске оценивается исходя из профессиональной квалификации, если речь идёт о профессиональном риске, в том числе и в сфере медицины, на момент совершения деяния, исключающего преступность деяния³⁰⁸. На наш взгляд, названный нами критерий несовершенен, поскольку само по себе наступление негативных последствий означает, что меры, предотвращающие вред, в достаточной степени не были выполнены. Исходя из высказанного нами замечания, считаем целесообразным разделить обоснованный риск на две категории – профессиональный и непрофессиональный. Относительно профессионального риска, при оценке достаточности применимых мер, на наш взгляд, необходимо сделать вывод о полноте использования доступных специалисту методов предотвращения наступления негативных последствий в силу квалификации специалиста, в частности – медицинского работника. В случае непрофессионального риска оценка более субъективна, поскольку лицо действует, основываясь не на профессиональных знаниях, которыми специалист должен обладать, а из своего или чужого опыта.

³⁰⁸ Оценочные признаки в Уголовном кодексе Российской Федерации: научное и судебное толкование: Научно-практическое пособие / под ред. А.В. Галаховой. – М.: Норма, 2014. – С. 316-317.

В любом случае, как отмечает А.И. Рарог, лицо не может действовать «на авось»³⁰⁹, но от него нельзя требовать принятия всех объективно возможных мер для предотвращения вреда, поскольку иное исключает саму ситуацию риска.

Следует отметить, что обусловленный риск, указанный в статье 41 Уголовного Кодекса, описывается таким образом, что в процессе выполнения деятельности, которые сопровождаются с риском, нанесённый вред интересам, что защищается законом. Вред интересам, защищаемым уголовным законодательством – основополагающий признак совершения преступного деяния, что даёт повод некоторым учёным утверждать, что при обоснованном риске, повлекшем негативные последствия, сохраняются все признаки состава преступления³¹⁰. Мы не можем согласиться с этим тезисом. И главный аргумент против него – отсутствие всех признаков состава преступления, прежде всего – вины субъекта, совершившего деяние – субъект не действует умышленно, причиняя вред, при том, что и неосторожности в его действиях не прослеживается. Обоснованный риск характеризуется в том числе и вынужденным характером совершения деяния.

В соответствии с ч. 3 ст. 41 УК РФ риск признается необоснованным, если он заведомо сопряжен с угрозой для жизни многих людей, экологической катастрофы или общественного бедствия. Следует отметить, что речь идет об угрозе именно жизни, а не здоровью многих людей. В судебной практике таковой признается угроза жизни более двух лиц³¹¹, однако, это вопрос факта. Угроза общественного бедствия предполагает нарушение состояния защищенности жизненно важных интересов, например, пожаром, затоплением, разрушением коммуникаций и т.д. Основным фактором, характеризующим подобную угрозу, принято считать создание условий, где значительно нарушается естественная

³⁰⁹ Комментарий к Уголовному кодексу Российской Федерации / Отв. ред. А.И. Рарог. – М.: Проспект, 2013. – С. 82.

³¹⁰ Блинников В.А. Обстоятельства, исключаящие преступность деяния, в уголовном праве России. – М: Юрлитинформ, 2014. – С. 17.

³¹¹ Комментарий к Уголовному кодексу Российской Федерации (постатейный) / Под ред. А.В. Бриллиантова. – М.: Проспект, 2014. – С. 131.

деятельность различных государственных институтов, а также формируется угроза для смерти живых людей и их имущества³¹².

Все вышеизложенное приводит нас к выводу о том, что правомерность обоснованного риска представляет собой солидарную совокупность следующих условий: направленность на достижение наибольшего общественно-полезного эффекта, невозможность его достижения традиционными средствами при наличии возможности выбора субъектом максимально эффективных средств и способов достижения искомого результата, соответствие совершенных действий современным научно-техническим знаниям и опыту при принятии лицом всех возможных мер для предотвращения вреда охраняемым уголовным законом интересам, вероятность наступления вредных последствий рискованных действий, при которой отсутствует заведомое причинение вреда, соблюдение пределов допустимости риска, который не может быть сопряжен с угрозой для жизни многих людей, с угрозой экологической катастрофы или общественного бедствия.

Учитывая выделенные нами значительных признаков, определим обоснованный риск, как действие, которая выполняется лицом в неотложной ситуации с целью достижения эффективных результатов. Данное действие выполняется при наличии альтернативных вариантов поступка и может нанести ущерб защищаемым уголовным законодательством интересам, не говоря об предпринятых мер по его предотвращению.

§ 2. Понятие и дифференциация профессиональных рисков медицинских работников

Понятие «обоснованный риск» применительно к сфере профессиональной деятельности является наиболее востребованным при решении вопроса об уголовной ответственности медицинских работников за ятрогенные посягательства на жизнь и здоровье пациентов. Причина тому, на наш взгляд,

³¹² Берестовой А.Н. Классификация и место обстоятельств, исключающих преступность деяния, в теории уголовного права // Вестник Омской юридической академии. – 2017. – № 3. – С. 44.

кроется в специфике лечебной деятельности, когда ее неблагоприятный исход зачастую сопряжен не с нарушениями правил оказания медицинской помощи, а с субъективными факторами, характеризующими как состояние самого больного, так и выбранный врачом подход к его лечению.

Все действия медицинских работников, повлекшие неблагоприятные последствия для жизни или здоровья больных принято классифицировать на три группы: несчастные случаи, врачебные ошибки и профессиональные преступления³¹³. При этом в качестве оснований дифференциации в данном случае выступают соответствие действий медицинского работника правилам и процедурам оказания определенного вида медицинской помощи³¹⁴, а также причина возникновения предусмотренных уголовным законом ятрогенных последствий.

В числе субъективных причин врачебных ошибок чаще всего называется отсутствие у врача надлежащих умений и навыков, т.е. его низкая квалификация. В литературе отмечается, что термин «врачебная ошибка» в универсальном виде отсутствует (в том числе и в законодательстве), в связи с этим достаточно затруднительно выявить и доказать врачебную ошибку при оказании медицинской помощи и, соответственно, привлечь виновных лиц к ответственности. Особенно это бывает сложно в случаях, когда пациенту была оказана медицинская помощь в нескольких лечебных учреждениях³¹⁵. Справедливой представляется суждение и А.В. Серебренниковой о том, что понятие «врачебная ошибка» является в значительной степени оценочным и

³¹³ Никитина И.О. Преступления в сфере здравоохранения (законодательство, юридический анализ, квалификация, причины и меры предупреждения): дис. ... канд. юрид. наук. – Н. Новгород, 2007. – С. 66-68.

³¹⁴ Таковые разработаны для каждого вида оказания медицинской помощи (например, Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи: Приказ Минздрава России от 20.06.2013 № 388н (ред. от 21.02.2020 г.) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.consultant.ru> (дата обращения: 28.01.2023); Правила определения момента смерти человека, в том числе критериев и процедуры установления смерти человека, Правила прекращения реанимационных мероприятий и формы протокола установления смерти человека: Утверждены Постановлением Правительства РФ от 20 сентября 2012 г. № 950 // СЗ РФ. 2012. № 39. Ст. 5289).

³¹⁵ Манн М.Л. Проблемы закрепления в действующем законодательстве понятия врачебной ошибки // Российское право: образование, практика, наука. – 2023. – № 1. – С. 84.

условным³¹⁶. При данных обстоятельствах достаточно частым примером будут являться анатомические особенности человеческого тела, ввиду которых медицинские специалисты не могут в полном объеме предвидеть последствия вмешательства. Так, потерпевшая Щ. подала гражданский иск о взыскании компенсации морального вреда, который наступил в результате гибели ее ребенка в утробе в силу бездействия медицинского персонала и несвоевременно оказанной помощи. Однако, как указывает судебно-медицинская экспертиза, причиной антенатальной гибели плода пациентки Щ. является внутриутробная гипоксия до начала родов, обусловленная хронической плацентарной недостаточностью с декомпенсацией функций плаценты. Таким образом, наступившие неблагоприятные последствия связаны, в первую очередь, с анатомическими особенностями тела матери. Но при этом укажем, что в конкретной ситуации наблюдается и неправомерное бездействие со стороны медицинского персонала, поскольку в случае оказания необходимых мер вероятность благоприятного исхода сохранялась³¹⁷.

Указанная нами позиция подтверждается и неоднозначной судебной практикой по разрешению дел, содержащих оценочную категорию «врачебная ошибка». Проведенный анализ позволяет утверждать о том, что суды, рассматривая дела о дефектах медицинской помощи, приходят к совершенно противоположным выводам. Например, достаточно типичным примером является оказание профессиональной помощи пациенту в нескольких медицинских учреждениях, в ходе которой увеличивается вероятность допущения ошибок со стороны медицинского персонала. Так, пациенту А. в ходе обследования был поставлен диагноз острого аппендицита, что явилось показанием к экстренному проведению операции. Указывается, что ход операции протекал успешно, каких-либо дополнительных отклонений выявлено не было, но протекание послеоперационного периода врачами оценивалось как неблагоприятное. В

³¹⁶ Серебренникова А.В. Уголовная ответственность медицинских работников: дискуссионные вопросы // Социально-политические науки. – 2021. – Т. 11. – № 1. – С. 56.

³¹⁷Решение Шилкинского районного суда Забайкальского края от 19 октября 2020 г. Дело № 2-434/2019 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: // <http://sudact.ru/> (дата обращения: 10.08.2023).

результате этого, было принято решение о дообследовании, в ходе которого пациенту А. был поставлен диагноз – острый лейкоз. Лечение диагностированного заболевания требовало специфических методов, а именно проведения таргетной терапии, которая осуществлялась в ином специализированном медицинском учреждении города. Исходя из необходимости проведения точного обследования и оказания профильной медицинской помощи, пациент А. был переведен в стационар, однако такой перевод занял несколько дней, в течение которых состояние пациента резко ухудшилось, и он скончался. Родственники потерпевшего подали гражданский иск о компенсации морального вреда в отношении медицинского учреждения, где ему была оказана первоначальная медицинская помощь. Тем не менее, суд первой инстанции отказал в удовлетворении иска, указав на отсутствие прямой причинно-следственной связи между действиями медицинских работников и наступившими последствиями. Суд взял во внимание показания врачей, которые утверждали о том, что ими были совершены все возможные и доступные им медицинские манипуляции в отношении пациента. Суд также учел и доводы о том, что длительность перевода из одного медицинского учреждения в другой была связана с необходимостью проведения первичных исследований по требованию медицинских работников профильного стационара. Судом апелляционной инстанции решение суда первой инстанции было оставлено без изменений ввиду отсутствия признаков врачебной ошибки и тяжести заболевания, протекание которого связано с высоким риском неблагоприятного исхода³¹⁸.

Похожей в части оказания медицинской помощи несколькими медицинскими учреждениями складывается ситуация в ином деле, получившим резонансный характер и поднявшим общественность в защиту врача. Однако в рассмотренном нами деле вопрос применения категории «врачебная ошибка» представляется спорным, в том числе из-за неоднозначной позиции суда. Так, врач частной клиники М. провела достаточно распространенную процедуру – трепанобиопсию,

³¹⁸Решение Верх-Исетского районного суда города Екатеринбурга от 17 ноября 2013 г. Дело № 2-640/2013 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: // <http://sudact.ru/> (дата обращения: 10.08.2023).

в ходе которой не было выявлено никаких отклонений. Через несколько часов пациент был госпитализирован в другую частную клинику, где ему поставили диагноз «острый аппендицит» и провели операцию, в ходе которой также не было выявлено опасений за его жизнь. Тем не менее, через несколько дней пациент скончался, причиной смерти, установленной в ходе вскрытия в том же учреждении, была установлена ошибка М., которая неправильно ввела иглу при биопсии, что привело к массивной кровопотере. В результате судебного разбирательства, длившегося около пяти лет, судом первой инстанции был вынесен обвинительный приговор в отношении М., основанный на проведенной в частной клинике экспертизе. Основываясь на приговоре суда, мы не можем говорить о наличии в деле врачебной ошибки, исключая ответственность, поскольку судом данное деяние было квалифицировано как умышленное нанесение тяжкого вреда здоровью пациента. Спорность приведенных доказательств, а также поддержка врача М. со стороны в том числе представителей органов государственной власти, привели к новому этапу рассмотрения дела. В частности, в 2021 году Апелляционным определением Московского городского суда приговор Черемушкинского районного суда Москвы в отношении врача-гематолога М. был отменен в связи с отсутствием состава преступления.

Медицинская деятельность относится к сфере повышенного риска, поскольку предполагает проведение манипуляций, затрагивающих охраняемые уголовным законом объекты – жизнь и здоровье человека. В этой связи законодатель на легальном уровне закрепляет понятие «риск медицинского вмешательства» как возможность наступления неблагоприятных для пациента последствий, при наличии вероятности недостижения цели восстановления здоровья. При этом рискуют обе стороны ятрогенного отношения – пациент несет физический риск, а медицинский работник – правовой.

Наблюдается очевидная взаимосвязь первого и второго вида рисков, что может быть проявлено в том, что чем больше биологический риск больного, тем

более возможно использование критериев уголовной ответственности к медицинскому служащему. В рамках гражданско-правовых отношений компенсаторные механизмы прорабатываются на уровне страхового законодательства. В частности, ответственность лиц, оказывающих медицинскую помощь и рискующих в чужих интересах, а именно – интересах самого потерпевшего (пациента), предполагается страховать как самостоятельный вид профессиональной ответственности³¹⁹, что детализирует и гарантирует реализацию предусмотренного в п. 7 ч. 1 ст. 72 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»³²⁰ права медицинского работника на страхование риска своей профессиональной ответственности, которое ранее, в отсутствие специального федерального закона не являлось практически применимым.

В уголовном праве также существуют механизмы защиты медицинского работника от объективного вменения в случае невиновного причинения вреда (ст. 5 УК РФ). К их числу относятся, как уже было отмечено, такие обстоятельства как крайняя необходимость (ст. 39 УК РФ) и обоснованный риск (ст. 41 УК РФ). В научной литературе названные обстоятельства подвергались тщательному анализу с позиций их соответствия критерию минимизации профессиональных медицинских рисков³²¹. С учетом обширной библиографии вопроса, позволим себе констатировать, что подавляющее большинство специалистов сходятся во мнении о том, что необходима разработка унифицированной категории, позволяющей разграничить правомерные и противоправные действия медицинских работников. Полагаем, что такой категорией является именно обоснованный риск.

³¹⁹ О внесении изменений в Закон Российской Федерации «Об организации страхового дела в Российской Федерации»: Федеральный закон от 29.07.2018 № 251-ФЗ [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.consultant.ru> (дата обращения: 17.02.2023).

³²⁰ Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 24.07.2023) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.consultant.ru> (дата обращения: 10.08.2023).

³²¹ Саранцев К.А. Медицинский риск как разновидность обоснованного риска и особенности его оценки при расследовании преступно-ненадлежащего оказания медицинской помощи // Российский следователь. – 2013. – № 3. – С. 10-12; Никитина И.О. Ответственность за преступления в сфере здравоохранения: вопросы применения и совершенствования законодательства. – Н. Новгород, 2008. – С. 161-172;

Субъектами медицинского риска считаются люди, которые наделены особым статусом медицинского служащего. К ним номенклатура должностей медицинских и фармацевтических работников включает:

- начальников медицинского учреждения, которые считаются уполномоченными лицами;
- докторов, окончившие ВУЗ и имеющие медицинский диплом, на эту должность могут претендовать и врачи-специалисты, а также врачи практиканты;
- экспертов, окончившие ВУЗ и имеющие диплом не медицинского характера, не включенные к категории докторов;
- работники среднего медицинского персонала, которые имеют соответствующий медицинский диплом (например, акушер; зубной техник; лаборант; медицинская сестра и т.д.);
- служащие младшего медицинского персонала, такие как санитар; санитар-водитель; сестра-хозяйка и т.д.³²².

Думается, что отнесение к субъектам профессионального риска только врачей³²³, значительно сужает пределы применения рассматриваемого института, оставляя за рамками ситуаций обоснованного риска подавляющее большинство категорий медицинских работников, которые были нами перечислены. О несостоятельности подобного подхода свидетельствуют и материалы судебной практики. Так, эмпирический анализ показал, что уголовные дела по ятрогенным преступлениям возбуждаются не только в отношении врачей, но и среднего медицинского персонала. В качестве примера можно привести уголовное дело, которое было возбуждено по отношению некой медсестры, которая нарушила личностные обязанности. В данном случае медсестра оставила больного маленького ребенка без присмотра при его кормлении с использованием зонда. Судебно-медицинский анализ показал, что соблюдение правил энтерального

³²² Об утверждении Номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников: Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1183н (ред. от 04.09.2020) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: // <http://legalacts.ru/doc/prikaz-minzdrava-rossii-ot-20122012-n-1183n/> (дата обращения: 11.08.2023).

³²³ Повзун С.А., Унгурян В.М. К проблеме определения степени тяжести вреда здоровью, причиненного непреднамеренными интраоперационными повреждениями // Медицинское право. – 2014. – № 6. – С. 37-40.

кормления маленьких детей уменьшает вероятность аспирации, а применение непрерывного наблюдения за маленькими детьми после их кормления предупреждает аспирацию и асфиксию в случае регургитации желудка посредством зонда.

Суд установил, что медсестра Г. не предугадывала вероятность наступления гибели маленького ребенка, когда она оставила его без медицинского присмотра, хотя при необходимой внимательности и предусмотрительности была должна и могла предвидеть возможность аспирации и, как следствие, асфиксии у него соответственно тяжести его состояния после проведенной операции³²⁴.

Анализируя объективную сторону медицинского риска, необходимо отметить, что она может состоять как из медицинских вмешательств, т.е. активных действий, так и невмешательства, т.е. бездействия, например, при наблюдении за пациентом. Его следует отличать от неправомерного, уголовно-наказуемого деяния – неоказания помощи больному (ст. 124 УК РФ), поскольку в случае обусловленного риска невмешательство медицинского служащего было предвидено и регулировалось методом оказания врачебной поддержки, где имело место угрозы скорейшего прогрессирования болезни, которое повлекло за собой нежелательные для жизни и здоровья больного результаты.

Однако на практике разграничение правомерного и неправомерного бездействия медицинских работников представляется довольно сложным. Так, врач анестезиолог-реаниматолог Б., оказывая анестезиологическое пособие пациенту, допустил дефекты оказания медицинской помощи в ходе проведения анестезии, которые проявились в недостаточном мониторинге состояния пациента И. и несвоевременном проведении комплекса мероприятий по восстановлению нарушенных жизненно важных функций организма пациента, в результате которых пациент И. скончался в отделении реанимации и интенсивной терапии. Анестезиолог-реаниматолог Б., не признавая вины, указывает на то, что им были выполнены все необходимые меры, а именно был проведен непрямой массаж

³²⁴Приговор Ленинского районного суда города Тюмени от 22 января 2015 г. Дело № 1-51/ 2015) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: // <http://sudact.ru/> (дата обращения: 10.08.2023).

сердца, введены по его указанию медицинские препараты для восстановления работы сердца, после чего сердечный ритм в ходе операции был восстановлен. Однако послеоперационный период протекал с осложнениями, в силу чего у пациента произошла остановка сердца, попытки предотвратить которую не привели к положительному результату из-за «стремительности угнетения сердечной деятельности». Тем не менее, суд пришел к выводу о том, что между смертью пациента И. и ненадлежащим проведением анестезиологического пособия существует прямая причинно-следственная связь и признал Б. виновным в смерти потерпевшего³²⁵.

В медицинской литературе риск обозначается как возможная опасность, сопутствующая хирургической операции либо иной медицинской манипуляции³²⁶. При этом, определяя степень такой опасности необходимо учитывать ряд факторов: объем и условия выполнения медицинской манипуляции, и ее предполагаемые последствия, наличие или отсутствие сопутствующей патологии и ее характер, возраст пациента. В том случае, когда используются традиционные методы лечения подобный риск признается правомерным, поскольку предопределяется общественно полезной целью медицинской деятельности. Наиболее разработана теория рисков в хирургической практике, где таковым признается сумма опасностей, связанных с наличием определенного заболевания, течение и исход которого хирург пытается изменить с помощью оперативного вмешательства. Здесь на степень риска влияют два основных фактора – тяжесть заболевания, определяющая состояние организма больного в начале операции, и ее травматичность и переносимость³²⁷. В общей медицинской практике риск медицинской манипуляции характеризует состояние пациента, позволяет планировать объем и характер медицинского вмешательства и анестезии и

³²⁵ Приговор Сызранского городского суда Самарской области от 25 декабря 2017 г. Дело № 1-375/2017 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: // <http://sudact.ru/> (дата обращения: 10.08.2023 г.).

³²⁶ Тимофеев И.В. Медицинские и правовые аспекты рисков медицинской помощи: медицинского вмешательства и бездействия медицинского работника // Медицинское право. – 2017. – № 4. – С. 11.

³²⁷ См.: Дьяченко П.К., Галкин В.В. Метод определения и классификация хирургического риска. // Вестник хирургии. – Т. 115. Л., – 1975. – № 7. – С. 78.

выражается в баллах, переводимых в следующие степени: незначительный, умеренный, значительный, высокий и крайне высокий³²⁸.

Правовой взгляд на категорию «медицинский риск» опирается на положения ст.ст. 20, 21, 22, 41 Конституции РФ, обозначающих требования к оказанию медицинской помощи и защите основных прав и свобод человека³²⁹. С учетом гарантий права на жизнь и охрану здоровья, предусмотренных Установлено, что каждое медицинское вмешательство, воздействующее на физиологию человека, сопряжено с определенной возможностью наступления нежелательного результата. Это воздействие может быть химическим и механическим, либо термическим и лучевым в зависимости от области оказания врачебной поддержки и т.д. Независимо от метода воздействия, оценивать обусловленность риска, а также предоставления информации больному о существовании и вероятных последствиях, абсолютно, имеет конституционно-правовую природу.

Конституционно-правовой смысл категории «обоснованный медицинский риск» заключается в том, что оно сопровождается с риском нанесения ущерба главным богатствам – жизни и здоровью больного, когда главной целью опасных действий (бездействия) медицинского служащего должно быть восполнение здоровья больного, в условиях предпринимаемыми им мероприятий в целях устранения этого ущерба, кроме того осуществления медицинских действий в пределах права, указанного в свободном согласии больного и отмеченном в соответственной врачебной документации, как амбулаторной карте или истории болезни. Исходя из этого, полагаем, что риски в медицинской практике могут быть как обоснованными, так и необоснованными, как правомерными, так и неправомерными. При позитивном подходе к данной классификации, т.е. выделении обоснованных и правомерных медицинских рисков можно констатировать, что в современных условиях осуществление медицинской

³²⁸ Тимофеев И.В. Качество медицинской помощи и безопасность пациентов: медико-организационные, правовые и деонтологические аспекты. – СПб.: Изд-во ДНК, 2014. – С. 181-182.

³²⁹ Егоров К.В. Правомерное и неправомерное причинение вреда в сфере медицинской деятельности: гражданско-правовой аспект: дис. ... канд. юрид. наук. – Казань, 2006. – С. 46.

деятельности вне рискованных действий (бездействия) практически невозможно. Возникающие при этом отношения имеют двусторонний характер.

Так, для пациента медицинский риск представляет собой вероятность наступления нежелательного последствия медицинских действий в форме нанесения ущерба здоровью и жизни, что возможно взаимосвязано и с развитием основной болезни, так и с его последствиями, что были вызваны врачебным вмешательством. Следовательно, врачебное вмешательство должно быть реально нужным и пропорциональным риску жизни и здоровью пациента, что обеспечивает обоснованность рискованных действий медицинского работника.

С другой стороны, в обязанность медицинскому работнику на легальном уровне вменено оказание медицинской помощи (ст. 37 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»), кроме этого данная обязанность осуществляется согласно с регулируемыми правилами и принципами ее оказания. При проведении своей деятельности, что уже выше было указано, постоянно находящийся в зоне опасности, медицинский служащий обязан выявить данные в целях медицинского вмешательства. Он должен осуществить полную проверку состояния больного, оценивать и предвидеть опасность наступления нежелательных результатов от развития главной болезни, а также от вероятной врачебной манипуляции. Законность риска в этом случае определена усилием к достижению эффективных последствий – бережному отношению к жизни и здоровью больного, уменьшению его боли, улучшению здоровья и т.д. Обоснованность риска определяется выполнением медицинским работником мер, характеризующихся таким критерием как «показанность» медицинского вмешательства.

Все вышеизложенное применимо к обоснованному медицинскому риску, связанному с непосредственным оказанием медицинской помощи, однако, на наш взгляд, не исчерпывает содержание рассматриваемого института. Как уже было отмечено, обоснованный риск может быть выражен в виде т.н. новаторского риска. Применительно к медицинской деятельности он обусловлен поиском

новых методик лечения различных заболеваний, проведением клинических испытаний лекарственных препаратов и медицинского оборудования, развитием относительно молодых направлений медицинской практики (например, трансплантологии, онкологии, вспомогательных репродуктивных технологий)³³⁰. Особенностями данного вида медицинского риска является отход от регламентированных протоколов оказания медицинской помощи и его соответствие уровню развития научных знаний в той или иной отрасли медицины. В связи с новаторским медицинским риском возникает самостоятельная проблема – правомерность проведения медицинских экспериментов на человеке, поскольку, в отличие от терапевтического риска, новаторский – направлен на решение научно-исследовательских задач и сопряжен с повышенной вероятностью наступления неблагоприятных последствий для жизни и здоровья. Сфера проведения медицинских экспериментов не должна выпадать из правового поля, в том числе и уголовно-правового в рамках института обоснованного риска.

Нельзя сказать, что проблема проведения медицинских экспериментов на человеке является новой. Она известна и дискутируется на всем историческом пути развития медицинской науки, попадая в зону повышенного внимания в том числе и специалистов в области уголовного права. Так, например, Н.С. Таганцев в качестве обстоятельства, исключающего преступность действий врача, называл введение способа лечения, «неупотребляемого до тех пор и явно противоречащего или началам логики, или началам науки или непоколебленным еще фактам науки, предполагая, разумеется, что между этим лечением и последовавшею смертью существует причинная связь»³³¹. В разное время в качестве самостоятельного обстоятельства, исключающего преступность деяния, предлагали ввести медицинский эксперимент М.Д. Шаргородский, М.И. Авдеев, И.И. Горелик и

³³⁰Прогресс медицинской науки и практики обусловлен существованием нескольких последовательных стадий новаторской деятельности: лабораторный эксперимент, который ставится на животных и предполагает начальное применение новых препаратов, способов и методов лечения; биомедицинское исследование, впервые проводимое на человеке испытание с целью научного обоснования нового предложения сбора сведений о его воздействии на организм; клинический эксперимент, путем внедрения научного обоснованного, но не апробированного метода лечения в практику медицинской организации; внедрение в медицинскую практику. В контексте предмета нашего исследования речь идет биомедицинских исследованиях и клиническом эксперименте.

³³¹ Таганцев Н.С. О преступлениях против жизни по русскому праву. – СПб., 1870. – Т. 1. – С. 100.

др³³². Однако, развитие медицинской науки и практики в советский и постсоветский периоды предопределяло тот факт, что предметом научных дискуссий являлось преимущественно экспериментирование в области трансплантологии, в то время как сейчас речь, на наш взгляд, должна идти о правовом регулировании всего комплекса отношений связанных как с проведением медицинских экспериментов, область использования которых в качестве эмпирического метода исследований значительно расширилась, так и медицинского риска в целом.

В специальной литературе клинические исследования с привлечением человека определяются как активное воздействие на организм новейшими препаратами, методиками, техническими средствами с целью изучения их безопасности, эффективности и побочных явлений³³³. При этом в качестве основных принципов новаторского медицинского риска называются: проведение испытаний на человеке в соответствии с основными биоэтическими нормами, закрепленными на уровне международно-правовых актов (Хельсинкской декларации³³⁴, Правилах GCP, утвержденных на национальном уровне³³⁵); наличие добровольного информированного согласия лица на участие в медицинском эксперименте; соответствие цели эксперимента степени сопряжённого риска для жизни и здоровья исследуемого и т.д.³³⁶. Совершенно очевидно, что отказ лица от проведения медицинского эксперимента равен его нежеланию подвергать себя дополнительной опасности, что предполагает неправомерность новаторского риска вопреки желанию пациента, а также с

³³² Шаргородский М.Д. Преступления против жизни и здоровья. – М.: Юрид. изд-во МЮ СССР, 1948. – С. 227; Авдеев М.И. Правовое регулирование пересадки органов и тканей // Советское государство и право. – 1968. – № 9. – С. 83; Горелик И.И. Правовые аспекты пересадки органов и тканей. – Минск: Вышэйш. шк, 1971. – С. 89.

³³³ См.: Чернышева Ю.А. Условия правомерности проведения биомедицинских экспериментальных исследований с участием человека в РФ // Медицинское право. – 2014. – № 3. – С. 42.

³³⁴ Этические принципы медицинских исследований с участием человека в качестве объекта исследования: Хельсинкская декларация Всемирной медицинской ассоциации. Принята в июне 1964 года 18-й Генеральной ассамблеей ВМА (в редакции 2008 года) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.morphology.dp.ua/_pub/MORPHO-2010-04-02 (дата обращения: 23.01.2023).

³³⁵ Правила надлежащей клинической практики: утв. Приказом Минздрава России от 01.04.2016 № 200н // Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти. 2016. № 38.

³³⁶ Донцов Д.С. Тело живого человека как нематериальное благо и гражданско-правовая защита его физической неприкосновенности // Медицинское право. – 2011. – № 2. – С. 38-41.

участием лиц, которые по состоянию здоровья или в силу несовершеннолетнего возраста не могут выразить свое волеизъявление.

Позволим себе согласиться с утверждением о том, что на законодательном уровне необходимо предусмотреть перечень запрещенных медицинских экспериментов, противоречащих этическим и биоэтическим нормам³³⁷, как это сделано, например, в отношении временного запрета на клонирование человека и его органов³³⁸.

Таким образом, полагаем, что профессиональный медицинский риск является видом обоснованного риска, что предопределяет необходимость учета существенных признаков последнего при моделировании соответствующей дефиниции. **Профессиональный медицинский риск представляет собой объективно необходимое в сложившейся ситуации деяние медицинского работника, выразившееся во вмешательстве в функционирование организма человека, направленное на спасение жизни, восстановление здоровья больного, а также совершенное с целью дальнейшего развития медицинской науки и практики, с учетом вероятности положительных результатов или негативных осложнений.** В зависимости от поставленной общественно-полезной цели вмешательство в функционирование человеческого организма, сопряженное с наличием риска, может быть двух видов: новаторское (медицинский эксперимент) и лечебное (диагностика и лечение различных заболеваний во всех сферах медицинской практики).

§ 3. Условия правомерности медицинского риска

Положения, касающиеся обоснованного риска, применимы в медицинской практике ввиду того, что любое вмешательство в функционирование организма

³³⁷ Лысенко В.М., Лысенко О.В., Зарецкий М.М., Черников Е.Э. К вопросу о ятрогенных заболеваниях // Научный вестник Национального медицинского университета им. Богомольца. – 2009. – С. 164-169; Козаев Н.Ш. Уголовно-правовые средства минимизации злоупотреблений в сфере витальных технологий // Российский следователь. – 2015. – № 7. – С. 33-37.

³³⁸ О временном запрете на клонирование человека: Федеральный закон от 20.05.2002 № 54-ФЗ (ред. от 29.03.2010) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.consultant.ru> (дата обращения: 25.01.2023).

влечет за собой опасность причинения ему вреда, т.е. является рискованным по своей сути. Независимо от того, проводится ли вмешательство в человеческий организм ради медицинской науки, либо в ходе лечебной деятельности, осуществляемой традиционными методами, медицинский работник должен осознавать потенциальную возможность наступления побочных эффектов и осложнений, особенно когда речь идет о трудноизлечимых заболеваниях, оказании экстренной медицинской помощи и т.д.

С общеправовых позиций действия медицинского работника, которые не попадают в категорию профессионального медицинского риска, т.е. применение апробированных, но не эффективных в частном случае методов лечения, не вызывают вопросов, т.е. являются наиболее надежной позицией применительно к возможной юридической ответственности медицинского работника. Однако, с точки зрения конечного результата и общей цели медицинской деятельности – восстановление здоровья человека, такая позиция, по сути являющаяся бездействием, неприемлема. Абсолютное исключение рисков из медицинской деятельности в конечном счете предопределяет отказ от лечения подавляющего большинства пациентов. Это приводит нас к логическому выводу о том, что медицинский риск является неизбежной реальностью, причинение вреда жизни и здоровью пациента возможно в результате надлежащего исполнения медицинским работником своих обязанностей. Главным условием, позволяющим в такой ситуации избежать уголовной ответственности, является соблюдение легально установленных требований к обоснованности рискованных действий.

Обратим внимание на случаи из судебной практики, анализ которых позволяет утверждать о том, что обоснованный медицинский риск является основанием освобождения от юридической ответственности. Так, гражданка И. обратилась в суд с иском о компенсации морального вреда, ссылаясь на то, что в ходе проведения операции врачами были допущены ошибки, в результате которых был поврежден возвратно-гортанный нерв. Однако ответчиком были даны следующие разъяснения: во-первых, у истца присутствовал операционно-

анестезиологический риск; во-вторых, травматизация нерва является одной из возможных особенностей проведенной операции; в-третьих, в ходе операции невозможно удостовериться в том, повреждается ли данный нерв или нет. Помимо этого, в ходе операции хирургом был обнаружен плотный белесоватый узел, похожий на раковую опухоль. Данное обстоятельство явилось основанием для расширения объема операции, поскольку при неустранимом подозрении на злокачественный онкопроцесс операция должна быть наиболее радикальной. В данном случае суд встал на сторону ответчика, указав на то, что, расширяя объем операции при подозрении на рак, хирург действовал с позиции обоснованного медицинского риска, и повышение вероятности травматизации гортанных нервов в таком случае оправдано³³⁹.

Заметим, что принцип обоснованности медицинского риска признан на международном уровне. Так, помимо уже упоминавшейся ранее Хельсинской декларации Всемирной медицинской ассоциации, констатирующей наличие прогнозируемых новаторских рисков при проведении медицинских исследований с участием человека (п. 18), аналогичные правила предусмотрены для исследований, лечения или диагностики, связанных с геномом человека³⁴⁰, оказания помощи в спортивной медицине³⁴¹ и т.д.

Как уже было отмечено в предыдущем параграфе диссертационного исследования, профессиональный медицинский риск является видом обоснованного риска, т.е. осуществляется в пределах, предусмотренных ст. 41 УК РФ. Однако, в силу специфики медицинской деятельности можно выделить условия, характеризующие правомерность рассматриваемого вида риска. В специальной литературе имеются различные позиции относительно совокупности

³³⁹Решение Узловского городского суда Тульской области от 27 января 2020 г. Дело № 2-1178/2019 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://sudact.ru/> (дата обращения: 10.08.2023).

³⁴⁰Всеобщая декларация о геноме человека и правах человека, принятая 11.11.1997 Генеральной конференцией Организации Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры [Электронный ресурс]. – Режим доступа: www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/human_genome (дата обращения: 22.01.2023).

³⁴¹Декларация об основных принципах оказания помощи в спортивной медицине, принятая 34-й Всемирной Медицинской Ассамблеей в Лиссабоне в сентябре/октябре 1981 года, дополненная 39-й Всемирной Медицинской Ассамблеей в Мадриде в октябре 1987 года [Электронный ресурс]. – Режим доступа: www.med-pravo.ru/International/Sport_Decl.htm (дата обращения: 22.01.2023).

таких условий. Так, например, В.А. Ойгензихт, используя термин «врачебный риск», полагал, что его правомерность зависит от отсутствия возможности достижения желаемого лечебного эффекта иными средствами³⁴², т.е. по сути адаптировал к медицинской деятельности признак вынужденности обоснованного риска, который, как уже было отмечено, представляется нам небесспорным. Более детальная совокупность исследуемых условий предложена В.А. Глушковым: 1) научная обоснованность использования нетрадиционных методов диагностики и лечения конкретного заболевания; 2) сопоставимость конечной цели рискованных действий опасности, грозящей жизни и здоровью пациента; 3) наличие согласия больного на применение рискованных методов диагностики и лечения; 4) вероятный характер наступления вредных последствий³⁴³. Заметим, что наличие добровольного информированного согласия не является условием правомерности обоснованного риска, согласно положениям ст. 41 УК РФ, однако должно признаваться условием правомерности как лечебного, так и новаторского медицинских рисков. При этом, часть специалистов вполне обоснованно полагает, что пациент и его близкие родственники должны быть осведомлены не только о применении рискованных методов диагностики и лечения, но и о степени потенциальной опасности для жизни и здоровья³⁴⁴. Однако, позволим себе заметить, что выделяемый В.А. Глушковым критерий научной обоснованности нетрадиционных методов диагностики и лечения не всегда применим, например, в экстраординарных условиях оказания медицинской помощи.

Наиболее детализированная совокупность условий правомерности медицинского риска предложена, на наш взгляд, О.М. Сариевым, который выделяет в качестве общественно полезной цели рискованных действий не только диагностику и лечение, но и развитие медицинской науки, указывает на

³⁴² Ойгензихт В.А. Врачебная ошибка и врачебный риск // Укрепление законности и правопорядка в период развитого социализма. – Душанбе, 1976. – С. 50-63.

³⁴³ Глушков В.А. Уголовная ответственность медицинских работников за нарушение профессиональных обязанностей: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. – Киев, 1983. – С. 86.

³⁴⁴ Александрова О.Ю., Лебединец О.Н., Рябинина О.В. Гражданско-правовые последствия причинения вреда при реализации медицинских рисков // Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Юридическое и деонтологическое обеспечение прав российских граждан на охрану здоровья» (Национальная Ассоциация медицинского права, Москва - Новосибирск, 2006 г.). – С. 9-10.

необходимость соблюдения норм международного права, принципов медицинской этики и биоэтики, получения добровольного информированного согласия пациента, за исключением случаев, когда рискованные действия совершаются при наличии непосредственной угрозы его жизни, отсутствие личной материальной заинтересованности медицинского работника в исходе рискованных действий, требования к уровню квалификации и практическому опыту медицинского работника, соответствие проводимого медицинского эксперимента современным достижениям медицинской науки и практики при условии отсутствия угрозы гибели двух и более испытуемых, экологической катастрофы или общественным бедствия³⁴⁵.

По мнению Аськова Н.Н. ситуация, исключая преступность поступка, является специальная ситуация, где действие (бездействие), которое было совершено лицом со следованием закрепленных в уголовном законе правил законности и в указанных рамках, может иметь позитивную ориентацию, однако оно сопровождается с принужденным нанесением ущерба³⁴⁶.

Думается, что соблюдение норм международного и национального права, а также этических и биоэтических норм не является существенным признаком обоснованного медицинского риска, поскольку характеризует правомерность любого медицинского вмешательства. Кроме того, предъявление особых требований к квалификации медицинского работника и наличие у него соответствующего практического опыта ставит определенные вопросы. С одной стороны, получив документ о квалификации определенного уровня, медицинский работник должен понимать, что фактическое несоответствие его навыков декларируемому уровню образования не снимает с него ответственности за наступившие последствия, с другой – имеются внешние обстоятельства, определяющие возможность предвидения отрицательного результата медицинских манипуляций в данных конкретных условиях. В этой связи

³⁴⁵ Сариев О.М. Обоснованный риск в медицинской деятельности и условия его правомерности // Вестник Тамбовского государственного университета. – 2015. – № 5. – С. 248.

³⁴⁶ Аськов Н.Н. Уголовно-правовые предписания об обстоятельствах, исключаящих преступность деяния, в применении к медицинскому работнику: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. – Самара, 2021. – С. 10.

полагаем, что квалификация медицинского работника объективно определяет границы его ответственности, ибо основой различения виновного и невиновного лица, нанесения ущерба должна быть поставлена норма, которая должна быть уточнена в законодательстве, кроме того в правилах и принципах, которые обладают техническим и правовым содержанием.

В данном контексте обратимся к судебной практике, исходя из которой приходим к выводу о том, что именно уровень квалификации медицинского работника имеет первостепенное значение, поскольку дает нормативное основание для привлечения к ответственности. Так, прокурор города Норильск в интересах Т. обратился с исковыми требованиями к городскому медицинскому учреждению о возмещении вреда здоровью при оказании медицинской помощи ненадлежащего качества. Одним из выявленных в ходе экспертизы нарушений явилась недостаточная квалификация врача, что стало одной из причин причинения вреда здоровью потерпевшему. При этом медицинское учреждение с доводами не согласилось, сославшись на проведенную им медицинскую экспертизу. Так, согласно заключению экспертизы, вред здоровью был неизбежен в силу анатомических особенностей пациента, при которых сохраняется объективный риск, независимо от опыта и квалификации врача. Однако суд такие положения во внимание не принял и вынес решение об удовлетворении иска³⁴⁷.

С учетом рискованной природы медицинской деятельности при конструировании института обоснованного медицинского риска предлагается и иной подход – от противного, т.е. моделируется совокупность условий противоправности рискованных действий медицинского работника. В частности, таковыми подавляющее большинство специалистов признает: противоречие действий медицинского работника общепринятым правилам медицины; наличие у него обязанности и возможности предвидеть наступление вредных для жизни и здоровья пациента последствий, т.е. волевого элемента неосторожной формы вины, свойственной криминальным ятрогениям; наличие причинной связи между

³⁴⁷Решение Норильского городского суда Красноярского края от 13 сентября 2017 г. Дело № 2-1370/2017 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: // <http://sudact.ru> (дата обращения: 10.08.2023).

наступившими неблагоприятными для пациента последствиями и действиями медицинского работника³⁴⁸. В силу логического постулата о сопоставлении противоположностей названные критерии противоправности должны, безусловно, учитываться при моделировании условий правомерности обоснованного медицинского риска.

Условия правомерности обоснованного риска, предусмотренные ст. 41 УК РФ, имеют определенную специфику применительно к медицинской деятельности, которая в общем виде заключается в следующем.

Во-первых, общественно-полезная цель является презюмируемой для любого вида медицинской деятельности, поскольку она заключается в поддержании и восстановлении здоровья человека. При осуществлении рискованных медицинских манипуляций должна существовать реальная угроза жизни или здоровью больного, обусловленная наличием у него определенного заболевания или иной патологии.

Во-вторых, назначенную цель невозможно достигнуть простыми, традиционными способами анализа и лечения, когда уровень опасности должна отвечать состоянию здоровья больного.

В-третьих, опасные манипуляции медицинского служащего должны отвечать настоящим достижениям врачебной науки и технологии, когда говорится о нововведениях.

В-четвертых, необходимо принимать любые меры по предупреждению и уменьшению ущерба для жизни и здоровья больного. Допустимая степень риска наступления неблагоприятных для пациента последствий, а также принятие достаточных мер для их предотвращения являются наиболее сложными вопросами медицинской практики как при определении соответствующего критерия обоснованности профессионального медицинского риска, так и при установлении вины медицинского работника в форме неосторожности. Законодатель презюмирует, что соблюдение порядков и стандартов оказания

³⁴⁸ Егоров К.В. Правомерное и неправомерное причинение вреда в сфере медицинской деятельности: гражданско-правовой аспект: дис. ... канд. юрид. наук. – Казань, 2006. – С. 161-168.

медицинской помощи делает риск неблагоприятных последствий минимальным. В соответствии с Методическими рекомендациями № 2004/46³⁴⁹ таковой представляет собой максимально возможное соответствие клинического исхода ожиданиям врача и пациента, однако на легальном уровне определение минимального риска отсутствует.

В-шестых, специфическим условием правомерности обоснованного медицинского риска является наличие добровольного информированного согласия пациента на проведение медицинских манипуляций.

В ситуациях обоснованного риска получение согласия на медицинское вмешательство не всегда возможно, что охватывается ситуацией, предусмотренной п. 1 ч. 9 ст. 20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», а именно - его проведение по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека, когда его состояние не позволяет выразить свою волю. Полагаем, что на новаторский медицинский риск подобные ситуации распространятся не могут в силу специфики проведения медицинских экспериментов, о чем шла речь в предыдущем параграфе нашего исследования.

Полагаем, что условия правомерности новаторского медицинского риска с участием человека можно определить следующим образом:

- научно-исследовательский характер, направленность на достижение общественно-полезного результата, в качестве которого выступает развитие медицинской науки и практики;

- наличие добровольного информированного согласия пациента на участие в медицинском эксперименте;

- отсутствие иных возможностей для излечения больного, когда все необходимые и достаточные медицинские меры не привели к достижению нужного результата.

³⁴⁹ Непрерывное совершенствование лечебно-диагностического процесса и обеспечение безопасности пациента в условиях индустриальной модели управления качеством медицинской помощи в стационаре. Методические рекомендации № 2004/46 (утв. Минздравом РФ 19 марта 2004 г.). М.: НИИ общественного здоровья и управления здравоохранением Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова МЗ РФ, 2004.

Думается, что дублирование условий правомерности медицинского риска в ст. 41 УК РФ является излишним, но особо необходимо оговорить специфическое условие – получение согласия пациента, дополнив указанную статью уголовного закона **частью 4** следующего содержания: **«В ситуации медицинского риска, необходимо получение добровольного информированного согласия лица либо его законного представителя на медицинское вмешательство, за исключением случаев, когда оно осуществляется по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека».**

ГЛАВА 5. НАКАЗАНИЕ ЗА ЯТРОГЕННЫЕ ПОСЯГАТЕЛЬСТВА НА ЖИЗНЬ И ЗДОРОВЬЕ ПАЦИЕНТОВ: ПРОБЛЕМЫ ТЕОРИИ И ПРАКТИКИ

§ 1. Цели и виды наказаний в контексте конструирования санкций уголовно-правовых норм

Система уголовных наказаний и её предназначение всегда привлекали особое внимание, включая и аспекты, связанные с правом официальной власти на применение строгих средств принуждения, которые могут ограничивать законные права граждан, в частности тех, кто совершил уголовно-наказуемые поступки. В этом контексте актуальным остаются слова Ч. Беккариа о том, что «уверенность в неизбежности хотя бы и смягченного наказания оказывает более значительное воздействие, по сравнению со страхом более суровым наказанием, но с надеждой на избежание наказания»³⁵⁰.

Полагаем, что проблема наказуемости преступлений, являющихся непосредственным предметом нашего исследования, должна рассматриваться с учетом методологической посылки перехода от общего к частному, в данном случае – от проблемы цели уголовной репрессии, которая выражается путем моделирования иерархически выдержанной системы наказаний к принципам установления наказуемости конкретных деяний, отнесенных к числу ятрогенных посягательств на жизнь и здоровье пациентов.

Несмотря на тот факт, что легальное закрепление цели уголовной репрессии всегда вызывает острую критику как с позиций ее конструктивного моделирования, так и с точки зрения достижимости³⁵¹, представляется, что прямое ее обозначение в уголовном законе является необходимым.

Цели уголовного наказания закреплены в ч. 2 ст. 43 УК РФ и заключаются в восстановлении социальной справедливости, исправлении осужденного и

³⁵⁰ Беккариа Ч. О преступлениях и наказаниях. – М.: Юридическое издательство НКЮ СССР, 1939. – С. 308-309.

³⁵¹ Орлов В.Н. Уголовное наказание: понятие, цели, система, объекты и субъекты: Монография. – М.: МГЮА имени О.Е. Кутафина, ООО «Издательство Элит», 2011. – С. 21-28; Курочка Е.В. Проблемы наказания в уголовном праве России: дис. ... канд. юрид. наук. – Саратов, 2000. – С. 60-68.

предупреждении совершения новых преступлений. По мнению, А.И. Рарога они являются «оптимальными, адекватно отражающими социально-правовое предназначение этого института»³⁵². Содержательно указанные цели считаются обусловленными друг от друга и достигаются в отдельности. Например, для восстановления общественной справедливости необходимо разрешить уголовные недопонимания согласно принципам справедливости. Это легко следует из установок ч. 2 ст. 389.19 УПК РФ, который предусматривает отмену приговора, если установленное наказание не отвечает тяжести преступного деяния, личности виновного. Если наказание, не выходящий за рамки, закрепленной соответственной ст. Особенной части Уголовного Кодекса, однако по виду и объему считается несправедливым в результате бесконечной мягкости, так и в результате чрезмерной суровости.

В учении уголовного законодательства разделяют несколько уровней достижения указанной цели наказания: обеспечения удовлетворенности общества уровню суровости назначенного наказания, вследствие совершения преступного деяния, которая описывает и целиком систему наказаний, а также смысл санкций ст. Особенной части по вопросу применения со стороны законодателя этой общественной просьбы. И второе, отвечать тяжести совершенного поступка и суровости назначенного наказания, т.е. следование правилам соразмерности уголовной репрессии; индивидуализация уголовной ответственности по вопросу назначения вида и объема наказания в соответствии с требованиями ст.ст. 60, 61, 63 и др. УК РФ; восстановление нарушенных преступлением прав потерпевшего³⁵³. С точки зрения непосредственного предмета нашего исследования в контексте достижения обозначенной цели уголовного наказания значение имеют прежде всего правила дифференциации уголовной ответственности, в соответствии с которыми санкции статей УК РФ,

³⁵² Рарог А.И. Цели наказания в науке уголовного права // Актуальные проблемы российского права. – 2021. – Т. 16. – № 2. – С. 137.

³⁵³ Астемиров З.А. Проблемы теории уголовной ответственности и наказания. – Махачкала: Изд-во Даг. ун-та, 2000. – С. 68-69; Уголовное право Российской Федерации: Общая часть: Учебник / Под ред. О.Н. Ведерниковой, С.И. Никулина. – СПб.: Юридический центр Пресс, 2005. – С. 234-235.

предусматривающих ответственность за неосторожные посягательства на жизнь и здоровье, должны включать в себя те виды наказаний, которые в большей степени соответствуют общественной опасности запрещенных данными нормами деяний. Существует мнение, что позиционирование поправки к Уголовному кодексу как цели уголовного наказания представляет собой предмет обсуждения. Некоторые эксперты утверждают, что данная цель может быть и не достигнута, опираясь как на данные статистики о повторе преступлений³⁵⁴, так и на установки законодательства, которые свидетельствуют о сложности установления виновности лицами органа юстиции доказательств реального исправления преступника, (например, условно-досрочное освобождение от отбывания наказания (ч. 1 ст. 79 УК РФ) с одновременным помещением осужденного под наблюдение специализированного государственного органа на период неотбытой части наказания (ч.ч. 6, 7 ст. 79 УК РФ))³⁵⁵. Остальная группа специалистов стоит в противоположной позиции, предоставляя ряд критериев, которые свидетельствуют об изменении преступника, но, по нашему мнению, относятся скорее к правовому-исполнительному праву, чем к уголовному праву. Эти критерии имеют субъективный характер и включают такие аспекты, как связь к совершенному преступному деянию и наказанию, соблюдение установленных процедур выполнения наказания, участие в трудовых и самодеятельных мероприятиях, оценка себя, психофизиологический уровень и другие³⁵⁶.

Вторая часть статьи 43 Уголовного Кодекса заключает важную цель уголовного наказания - предотвращение осуществления новых преступлений. В рамках учения об общем предотвращении преступлений, данная цель имеет в виду образование правильного отношения к справедливости наказания и правил его отбывания, осознание неизбежности ответственности за произведенное

³⁵⁴ Воронин В.Н. Критерии индивидуализации наказания при рецидиве преступлений // Актуальные проблемы российского права. – 2016. – № 8. – С. 121.

³⁵⁵ Лапшин В.Ф. Истинная цель уголовного наказания и критерии ее достижимости // Журнал российского права. – 2018. – № 5. – С. 81.

³⁵⁶ Сизый А.Ф. Юридические основания применения поощрительных норм к осужденным по исправительно-трудовому законодательству // Проблемы исполнения уголовных наказаний: Сб. науч. трудов. – Рязань, 1991. – С. 84-87; Поздняков В. Еще раз о критериях // Ведомости уголовно-исполнительной системы. – 2005. – № 2. – С. 36.

преступление³⁵⁷. Эта цель обладает существенным социальным значением, так как ответственность уголовного наказания, связанная с возможностью ограничения важных прав и свобод, оказывает влияние на множество людей и способствует соблюдению закона.

Главная задача уголовного наказания должна выявляться законом существенно и конкретно, осуществляться только в установках уголовного законодательства и объективно быть достигнутой. Анализ библиографии вопроса, позволяет констатировать возможность практической реализации положений ч. 2 ст. 43 УК РФ преимущественно в части такого вида наказания как лишение свободы, что, например, применительно к неосторожным преступлениям против жизни и здоровья не является актуальным. Думается, что в качестве основной цели уголовного наказания, реализуемой в санкциях статей Особенной части УК РФ, является установление характера и степени общественной опасности деяния, за совершение которого оно предусмотрено.

Наименование наказаний, оговоренный в статье 44 Уголовного Кодекса, ранее принял форму закрытого списка, который основывается на принципе усиления силы принудительного влияния на осужденного. Однако, этот список был расширен введением нового вида наказания, которое не предполагает лишение свободы. Таким наказанием является принудительная деятельность, осуществляемая как основное наказание³⁵⁸; лишение свободы изменено в категорию наказаний, осуществляемых как в качестве основных, так и в качестве дополнительных; расширены пределы применения лишения права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью в качестве дополнительного вида наказания³⁵⁹; повышен до 480 ч. срок принудительных

³⁵⁷ Уголовное право России. Общая и Особенная части: Учебник / Под ред. И.М. Мацкевича, Н.Г. Кадникова. – М.: Юриспруденция, 2015. – С. 256-257.

³⁵⁸ О внесении изменений в Уголовный кодекс Российской Федерации и отдельные законодательные акты Российской Федерации: Федеральный закон от 07.12.2011 № 420-ФЗ (ред. от 03.07.2016) Лапшин В.Ф. Истинная цель уголовного наказания и критерии ее достижимости // Журнал российского права. – 2018. – № 5. – С. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.consultant.ru> (дата обращения: 11.08.2023).

³⁵⁹ О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с введением в действие положений Уголовного кодекса Российской Федерации и Уголовно-исполнительного кодекса Российской Федерации

работ, внедрена вероятность изменения исправительными работами, при категорическом отказе виновного от их отбывания как ограничением свободы, так обязательными работами³⁶⁰; увеличен возрастными границы осуществления ареста с 16 до 18 лет³⁶¹ и т.д.

В связи с изложенным актуализируется проблема дифференциации уголовной ответственности, в том числе за совершение неосторожных преступлений против жизни и здоровья, суть которой состоит в достижении оптимального баланса между строгостью наказаний за совершение тяжких и особо тяжких преступлений и мягкостью - за преступления небольшой и средней тяжести, а также между «жесткой законодательной регламентацией и усмотрением правоприменителя при широких законодательных дозволениях»³⁶².

Уголовная ответственность врача наступает в следующих случаях: 1) при дефектах оказания медицинской помощи; 2) ухудшение состояния здоровья пациента (больного) при причинении тяжкого вреда здоровью, либо при летальном исходе; 3) установление прямой причинно-следственной связи между дефектом оказания медицинской помощи (действиями врача) и ухудшением состояния здоровья пациента (больного).³⁶³

Проявление любых ятрогений можно избежать, если медицинский работник в каждом конкретном случае оказания медицинской помощи будет руководствоваться соответствующими медицинскими предписаниями, содержащими перечень диагностических и лечебно-профилактических

Федерации о наказании в виде ограничения свободы: Федеральный закон от 27.12.2009 № 377-ФЗ (ред. от 07.12.2011) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.consultant.ru> (дата обращения: 11.08.2023).

³⁶⁰ О внесении изменений в Уголовный кодекс Российской Федерации и отдельные законодательные акты Российской Федерации: Федеральный закон от 07.12.2011 № 420-ФЗ (ред. от 03.07.2016) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.consultant.ru> (дата обращения: 11.08.2023).

³⁶¹ О внесении изменений в статью 54 Уголовного кодекса Российской Федерации и статьи 69 и 72 Уголовно-исполнительного кодекса Российской Федерации: Федеральный закон от 24.11.2014 № 371-ФЗ [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.consultant.ru> (дата обращения: 11.08.2023).

³⁶² Рогова Е.В. Уголовно-политические основы дифференциации уголовной ответственности // Безопасность бизнеса. – 2017. – № 5. – С. 55.

³⁶³ Абдуллаева Р.А. Медицинская преступность в республике Таджикистан: уголовно-правовые и криминологические проблемы: дис. ... д-ра юридических наук. – Душанбе, 2023. – С. 213.

мероприятий с учетом имеющейся у пациента патологии, тем самым сохранив больному здоровье и жизнь³⁶⁴.

Помимо этого, в числе показателей, по которым применяется разделение уголовной ответственности, возможно отметить личность осужденного³⁶⁵. Так, в таких преступных деяниях, как нанесение смерти или увечье здоровью, как дифференцирующий критерий законом установлены многообразные свойства человека. К примеру, уровень социальной опасности поступка увеличивается во время совершения определенной группой людьми преступления, нанесения ущерба во время выполнения обязанностей на работе, что весьма существенно во время выявления меры преступной репрессии при криминальных ятрогениях, и т.д.

Важность персонифицированного подхода к выбору вида наказания и его срока (размера) объясняется тем, что оно представляет собой не только ретроспективное карательное, но и перспективное воспитательное воздействие, направленное на удержание конкретного человека от будущей преступной деятельности.³⁶⁶

Еще одним значимым с точки зрения непосредственного предмета диссертационного исследования является такой показатель квалификации преступной ответственности как форма виновности, исполняющий ряд задач. Первое, правоприменитель определяет многообразные формы наказаний при осуществление умышленных и неосторожных преступных деяний, которое весьма показательно проявляется во время изучения санкций за умышленное причинение тяжкого вреда здоровью, где верхний предел наказания составляет восемь лет лишения свободы (ч. 1 ст. 111 УК РФ) и неосторожное причинение тяжкого вреда здоровью, за совершение которого не предусмотрено наказание в

³⁶⁴ Девятовская С.В. Ятрогенные преступления: актуальные вопросы квалификации противоправных деяний // *Философия права*. – 2020. – №4 (95). – С. 100.

³⁶⁵ Мельникова Ю.Б. Дифференциация ответственности и индивидуализация наказания. – Красноярск: Изд-во Краснояр. ун-та, 1989. – С. 81-92; Мокосеева М.А. Личность виновного в преступлении и ее значение для установления пределов ответственности по Уголовному кодексу РФ: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. – Казань, 2007. – С. 11-12.

³⁶⁶ Кирова Т.А. Уголовно-правовое обеспечение профессионального статуса медицинских работников: дис. ... канд. юрид. наук. – Саратов, 2021. – С. 176.

виде лишения свободы, а наиболее строгое наказание – арест на срок до шести месяцев (ч. 1 ст. 118 УК РФ). Второе, собственно по критерию виновности необдуманные преступные деяния возможно должны быть приравнены к правонарушениям небольшой и средней тяжести. Помимо этого, этот показатель действует при выявлении рецидива, определении уголовной ответственности в зависимости от периодов осуществления преступного деяния, в том числе при определении совместного участия, что считается возможным лишь во время совершения умышленного преступления.

По нашему мнению, учитывать и тот факт, что не санкция уточняет тяжесть уголовного преступления, а, напротив, она выступает в качестве средства отражения природы и уровня общественной опасности преступного деяния³⁶⁷. Такой подход является сомнительным в вопросе обусловленности санкций, которые установлены в текущем законодательстве, которое дает возможность говорить об произвольности в определении наказуемости конкретного деяния. По этой причине, также действующая классификация преступлений считается сомнительным, что приводит к подходу, отмеченному раньше и который определяется как важный. Данный критерий включает в себе не объем наказания в виде ограничения свободы, как это принято, а значимость объекта преступного посягательства, уровень нанесенного вреда, а также другие реальные показатели, которые дают возможность законно приравнивать конкретные группы преступлений к определенной категории, и тем самым, установив их отдельно по статьям в УК РФ³⁶⁸.

Изучение структуры санкций в Уголовном Кодексе показывает не существования единственной законной модели, следовательно, обработанного теоретического метода для их конструирования. Этот подход подтверждается во-

³⁶⁷ Коробеев А.И. Советская уголовно-правовая политика: Проблемы криминализации и пенализации. – Владивосток, изд-во Дальневосточного ун-та, 1987. – С. 211.

³⁶⁸ Достаточно обстоятельно объективные критерии классификации преступлений разработаны и аргументированы Е.В. Кобзевой в работе «Теория оценочных признаков в уголовном законе», где автор, проводя параллели с градацией тяжких преступлений, предусматривавшейся в УК РСФСР 1960 года, предлагает собственную систематизацию общественно-опасных деяний, основанную на ценностной концепции: Кобзева Е.В. Теория оценочных признаков в уголовном законе. – М.: Юрлитинформ, 2009. – 264 с.

первых, тем, что структура санкций взаимосвязано с формами наказаний, которые установлены статьей 44 Уголовного Кодекса, где некоторая часть из них считается фактически невостребованной законодателем.

Анализ статистических данных о работе судов за 2016 и 2017 годы, приводимых Судебным департаментом при Верховном Суде РФ, показывает, что в приговорах судов, преобладают наказания в виде лишения свободы на определенный срок (214900 и 208226 соответственно), обязательных работ (145369 и 131489 соответственно) и условного осуждения к лишению свободы (105879 и 180343 соответственно). При этом ограничение свободы и исправительные работы в качестве основного наказания назначались в отношении 26 558 и 53890 осужденных в 2016 году и 25798, и 58078 - в 2017 году, а штраф – в отношении 105879 осужденных в 2016 году и 96719 - в 2017 году. Практически невостребованными остаются такие виды наказаний как принудительные работы (при этом в 2017 году эта мера применялась кратно чаще нежели в 2016 (5 и 588 соответственно, что объяснимо, поскольку дата реального применения уголовного наказания в виде принудительных работ изменялась трижды: в момент введения этого вида наказания в УК РФ она была обозначена как 1 января 2013 г., в конце 2012 года была перенесена на 1 января 2014 г., а в конце 2013 года - на 1 января 2017 г.) и арест (2 – в 2016 году, 2017 году названная мера наказания не применялась). В качестве основного и дополнительного наказания в 2016 году в 71823 приговорах фигурирует лишение права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью, при этом как основное наказание, исполняемое самостоятельно, данный вид наказания назначался только в отношении 886 осужденных, в 2017 году этот же показатель составляет 76042 и 1088³⁶⁹. Приведенные статистические данные в полной мере отражают и показатели применения судами различных видов наказаний за совершение

³⁶⁹ Основные статистические показатели судов общей юрисдикции за 2017 г. // Официальный сайт Судебного департамента при Верховном Суде РФ. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: URL: <http://www.cdep.ru/index.php?id=79> (дата обращения: 10.08.2023); Основные статистические показатели судов общей юрисдикции за 2016 г. // Официальный сайт Судебного департамента при Верховном Суде РФ. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.cdep.ru/userimages/sudebnaya_statistika/2016/F1-svod-2016.xls (дата обращения: 10.08.2023).

преступлений против жизни и здоровья, где также преобладает лишение свободы на определенный срок - 85,9%, при этом соотношение иных видов наказания, предусмотренных соответствующими статьями гл. 16 УК РФ, выглядит следующим образом: ограничение свободы - 6,44%, исправительные работы - 2,79%, условное осуждение к лишению свободы - 1,97%, штраф - 0,086%, обязательные работы - 0,018% и т.д.

Кроме того, статистические данные Судебного департамента при Верховном Суде РФ за 2021 и 2022 год также дают понять, преобладающими видами основного уголовного наказания в приговорах судов стали лишение свободы на определённый срок (за 2021 г. – 174156, за 2022 г. – 182348), условное осуждение к лишению свободы (за 2021 г. – 165162, за 2022 г. – 160606), обязательные работы (за 2021 г. – 93402, за 2022 – 89593)³⁷⁰. При этом можно заметить, что отдельные виды уголовных наказаний за обозначенный период практически остались не востребованными.

Во-вторых, мы считаем, что уголовно-правовые нормы содержат лишнюю вариативность без согласования практической востребованности различных видов наказания. Это приводит к противоречивости уголовной репрессии для сходных по тяжести преступных деяний, а также нарушает правила справедливости в случаях, когда отсутствуют альтернативные виды наказания³⁷¹. Кроме того, большинство преступлений средней тяжести не имеют нижних пределов в санкциях в виде лишения свободы³⁷², привело к разрыву между верхним и нижним пределами размеров уголовного наказания в виде лишения свободы за совершение одних и тех же или схожих по тяжести видов преступлений. Такой

³⁷⁰ Сводные статистические сведения о деятельности федеральных судов общей юрисдикции и мировых судей за 2021 год // Официальный сайт Судебного департамента при Верховном Суде РФ. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://cdep.ru/index.php?id=79>&item=6120(дата обращения: 11.08.2023); Сводные статистические сведения о деятельности федеральных судов общей юрисдикции и мировых судей за 2022 год // Официальный сайт Судебного департамента при Верховном Суде РФ. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://cdep.ru/index.php?id=79>&item=7645 (дата обращения: 11.08.2023).

³⁷¹ Данный тезис будет наглядно проиллюстрирован применительно к санкциям за ятрогенные посягательства на жизнь и здоровье пациентов в третьем параграфе настоящей главы диссертационного исследования.

³⁷² О внесении изменений и дополнений в Уголовный кодекс Российской Федерации: Федеральный закон от 08.12.2003 № 162-ФЗ [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.consultant.ru> (дата обращения: 25.10.2018).

разрыв достигает 30, а в некоторых случаях – 60 раз, что достаточно убедительно иллюстрирует Б.Я. Гаврилов на примере санкций за совершение преступлений против интересов службы в коммерческих и иных организациях (ч. 2 ст. 201 УК РФ и ч. 3 ст. 204 УК РФ), когда суд может назначить наказание в виде лишения свободы на срок от двух месяцев (минимальный срок лишения свободы, установленный ст. 56 УК РФ) до десяти и семи лет соответственно³⁷³.

По этой причине в концепции уголовного законодательства в течение долгого времени ведутся споры по вопросу структуры модели санкций, исключая отмеченные недостатки. Помимо этого, явно трудно выявить типовую природу общественной опасности преступного деяния, ибо необходимо будет выделить одно – основного признака состава преступного деяния, когда как согласно статьи 8 Уголовного Кодекса, собственно их совокупность формирует конкретную систему, отражающая общественную опасность преступного деяния и, которая считается основой для привлечения человека к уголовной ответственности.

В юридической литературе можно часто встретить различные точки зрения на вопрос о санкциях. Одни авторы предлагают уменьшить количество определенных санкций, оставив альтернативные наказания, как способ снижения хаоса в правовом поле³⁷⁴. Другие же предлагают полностью перейти к безальтернативным санкциям, при этом сокращая количество относительно-выявленных в сторону абсолютно-определенных, из которых является лишение свободы. Причиной такого предпочтения является массовое общественно-психологическое осознание данного вида наказания со стороны людей³⁷⁵.

Не будем обсуждать обоснованность и аргументированность данных предложений. Мы поддерживаем совершенно другую позицию, которая была выдвинута множество раз на уровне исследований, включая монографии и

³⁷³ См.: Гаврилов Б.Я. О коррупционности уголовного закона // Российский следователь. – 2012. – № 1. – С. 7.

³⁷⁴ Максимов С.В. Коррупция. Закон. Ответственность. 2-е изд., перераб. и дополн. – М.: ЗАО «ЮрИнфоР», 2008. – С. 161.

³⁷⁵ Босхолов С.С. Современная уголовная политика как часть социально-правовой политики государства // Сибирский криминологический журнал. – 2006. – № 1. – С. 8.

диссертации, которая имеет эффективную практику использования на практике судов различных стран с отличающимися правовыми системами. Эта позиция заключается в ранжировании преступных деяний и применение необходимых санкций за совершение преступлений, относящихся к предназначенным категориям, что предполагает перенесение санкций в Общую часть УК РФ, о чем неоднократно писали Л.Д. Гаухман, А.С. Горелик, В.Л. Чубарев и др.³⁷⁶. Основу данного подхода составляет принцип, который был заложен в западной шкале уголовных наказаний, т.е. разделения преступлений на сорок три уровня с обязательным составлением конкретных таблиц назначения наказаний с обозначением по видам и объёмам, указывая при этом максимальные и минимальные санкции по различным преступным деяниям, а также за рецидив преступлений³⁷⁷. Во время индивидуализации санкций суд в обязательном порядке должен учитывать совокупность состояний, которые описывают личность виновного: его возраст, уровень образования и навыки, интеллектуальное, психологическое развитие, состояние здоровья, в частности зависимость ли он наркотиков и алкоголя, деятельность, семейное состояние, положение в обществе.

Суд вправе выходит за рамки зафиксированной шкалы наказаний, которое, по мнению некоторых исследователей, считается независимой основой рассмотрения обжалования назначенного приговора, лишь при существовании специальных условий, к которым относятся: нанесение смерти в последствии совершения преступления, физического вреда, острого психологического удара,

³⁷⁶ Чубарев В.Л. Общественная опасность преступления и наказание. – М.: Изд-во ВНИИ МВД СССР, 1982. – С. 68; Горелик А.С. Проблемы формализации правил назначения наказания // Гарантии прав личности и проблемы применения уголовного и уголовно-процессуального законодательства: Сб. науч. тр. – Ярославль, 1989. – С. 68; Гаухман Л.Д. Проблемы УК: бланкетность, декларативность, казуистичность // Уголовное право в XXI веке: материалы Междунар. науч. конф. на юридическом факультете МГУ им. М.В. Ломоносова 31 мая – 1 июня 2001 г. – М.: ЛексЭст, 2002. – С. 48-61.

³⁷⁷ Руководство по применению Правил назначения наказаний. Поправки к Правилам назначения наказаний, действительным с 1 ноября 2001 г. // Шкала уголовных наказаний как способ борьбы с коррупцией в сфере правосудия. Сборник материалов. 7 - 8 октября 2004 г. Истра, МО. – Истра, 2004. – С. 1-17.

пониженная вменяемость, вред или уничтожение собственности, применение военного оружия³⁷⁸.

Достаточно интересен подход, используемый Кыргызским законодателем, который применяет формализованную шкалу не применительно к преступлениям, а сообразно отдельным видам наказаний с возможностью их индивидуализации. Так, например, в соответствии со ст. 65 УК Кыргызской Республики общественные работы делятся на 4 категории: I категория: для несовершеннолетних - от 40 до 60 часов, для других физических лиц - от 60 до 120 часов; II категория: для несовершеннолетних - от 60 до 80 часов, для других физических лиц - от 120 до 200 часов; III категория: для несовершеннолетних - от 80 до 100 часов, для других физических лиц - от 200 до 280 часов; IV категория: для несовершеннолетних - от 100 до 120 часов, для других физических лиц - от 280 до 360 часов. При этом при их замене на штраф, предусмотренной в отдельных, оговоренных законодателем случаях, соотношение выглядит следующим образом: общественные работы I категории - 25 процентов штрафа I категории (для несовершеннолетних - от 200 до 400 расчетных показателей, для других физических лиц - от 600 до 1000 расчетных показателей); общественные работы II категории - 25 процентов штрафа II категории (для несовершеннолетних - от 400 до 600 расчетных показателей, для других физических лиц - от 1000 до 1400 расчетных показателей); общественные работы III категории - 25 процентов штрафа III категории (для несовершеннолетних - от 600 до 800 расчетных показателей, для других физических лиц - от 1400 до 1800 расчетных показателей); общественные работы IV категории - 25 процентов штрафа IV категории (для несовершеннолетних - от 800 до 1000 расчетных показателей, для других физических лиц - от 1800 до 2200 расчетных показателей). Аналогичный подход применен и к иным видам наказания.

³⁷⁸ Стиэр Дж. Об уголовной политике США по назначению наказаний и исторических предпосылок разработки шкалы // Шкала уголовных наказаний как способ борьбы с коррупцией в сфере правосудия: Сб. ст. – М., 2005. – С. 34.

В западной системе права, формализация деятельности судов во время назначения наказания является обширно распространенной. Так, в УК Германии установлен такой алгоритм для определения наказания: сначала определяются факты, которые имеют значение для выявления вины и предотвращения совершения преступления; затем устанавливаются факторы, которые ухудшают или улучшают наказание; в результате проводится взвешивание всех соответствующих обстоятельств для установления определенного вида наказания³⁷⁹.

Следует отметить, что ни один из суждений по развитию системы уголовных санкций не применилось законодателем. Кроме того, в результате проведенного опроса ответственных лиц работников юстиции со стороны специалистов данного вопроса, опубликованные результаты которых были предложены в виде диссертаций и монографий, законодательство неравно относится к использованию математических способов во время назначения приговора, как и к внедрению формализованной шкалы санкций. В соответствии с тем обстоятельством, что настоящая система наказаний не считается результативной, не отвечает правилам справедливости, требует дополнительного изучения судами³⁸⁰.

По нашему мнению, деятели научного круга вполне, правильно отмечают тот факт, что внедрение шкалы наказаний стало бы ключевым моментом, которое бы повысило антикоррупционную сторону уголовного законодательства, ибо «квантификация ситуации, которая смягчает и отягчает наказание, уменьшила бы

³⁷⁹ Уголовный кодекс ФРГ / Пер. с нем. М.: Зерцало, 2000.

³⁸⁰ По данным, приводимым в различных источниках, только 15-19% судей поддержали идею формализации процесса назначения наказания, указывая, что шкала наказаний может послужить основанием для формирования единой уголовно-правовой политики на всей территории России, 35-40% из числа опрошенных судей отрицательно относятся к данному предложению, обосновывая это тем, что такой подход не соответствует основным принципам российского уголовного законодательства, а также осложняет работу по постановлению приговора, т.к. требует математических навыков, еще 15-20% - предлагают использовать шкалу наказаний фрагментарно, как прикладной материал, не легализуя ее на уровне кодифицированного акта (См., например: Донец С.П. Формализация наказания: законодательная техника и судебная практика // Вестник института: преступление, наказание, исправление. – 2010. – № 3. – С. 15-18; Рогова Е.В. Теоретико-правовое понимание и средства дифференциации уголовной ответственности в современном уголовном праве России: монография. – Иркутск: ФГКОУ ВО ВСИ МВД России, 2016. – С. 97-112.

границы судейского усмотрения»³⁸¹, которому в существенной степени смогло бы способствовать положительная иностранная практика по формализации хода назначения наказания. Вдобавок к этому, внедрение шкалы наказаний даёт возможность учитывать любой квалифицирующий критерий независимо, и индивидуальные неперiodические и более известные признаки состава уголовно преступления, которые не приравненные к количеству квалифицирующих критериев отдельного преступления, так или иначе воздействующий на объем наказания. Необходимо также иметь ввиду тот факт, что формализация процесса назначения наказания увеличивает степень гарантии прав и свобод виновного, в частности и минимизацию вероятных судебных допущений, которое в итоге способствует транспарентности судебных органов, увеличению уровня доверительности населения к правосудию.

Обращаясь к вопросу действующих уголовно-правовых санкций, важно отметим, что они порою не правильно отражают природу и степень общественной опасности преступления, что предопределяет важность их изменения с учетом следующих требований:

- удаление лишней вариативности с учетом требований правоприменителя индивидуальных форм наказаний, когда наказание за совершение преступного деяния небольшой и средней тяжести, в частности в которых предметом посягательства считается жизнь и здоровье людей – чтобы они содержали главное такие наказания, которые не связаны с ограничением свободы;

- наказание за главный состав преступного деяния считается базой для создания санкций за основные и квалифицированные составы; в квалифицированных составах преступных деяний формы наказаний должны быть сохранены или изменены, тем самым сделав уголовную ответственность более жестким, кроме того по различным составам санкции сопоставляются с учетом тяжести преступного деяния: индивидуализированы в границах единственной

³⁸¹ Рарог А.И., Червоткин А.С. Пределы судейского усмотрения // Шкала уголовных наказаний как способ борьбы с коррупцией в сфере правосудия. Материалы международной научно-практической конференции, 7-8 октября 2004 г. – М.: Изд. Гос. Думы, 2005. – С. 83.

категории преступлений и дифференцированы за преступные деяния разных групп;

- использование принципов умножения во время построения квалифицированных составов, согласно которым наименьшая граница санкции за квалифицированный состав не должна выйти за максимальный предел наказания, который был назначен за главный состав; наказания за квалифицированный и специально квалифицированный составы не назначают лишь верхнюю границу наказания, так как такое положение позволяет судам право установить схожий либо даже меньший срок или объем наказания, чем главный состав при не существовании исключительных ситуаций;

- границы санкций должны быть соразмерными, в частности – разрыв между нижней и верхней границей наказания не должен превышать 25 %³⁸².

С учетом изложенного, проанализируем санкции уголовно-правовых норм, предусматривающих ответственность за неосторожное причинение вреда жизни и здоровью человека в процессе медицинской деятельности, а также практику их применения.

§ 2. Эмпирический анализ судебной перспективы уголовных дел о ятрогенных посягательствах на жизнь и здоровье пациентов, совершаемых медицинскими работниками, а также практики назначения наказания

Предваряя критический анализ санкций уголовно-правовых норм, устанавливающих ответственность за криминальные ятрогении, представляется необходимым исследовать практику их применения, а также судебную перспективу уголовных дел о профессиональных преступлениях медицинских работников в целом. Так, в ходе работы над диссертационным исследованием было изучено 167 архивных уголовных дел и материалов проверок сообщений о фактах нарушения медицинскими работниками своих профессиональных

³⁸² Гаврилов Б.Я. О коррупционности уголовного закона // Российский следователь. – 2012. – № 1. – С. 7.

обязанностей. Весь массив эмпирического материала можно разделить на следующие группы: уголовные дела, возбужденные по факту ятрогенного посягательства на жизнь и здоровье пациента; уголовные дела, возбужденные по иным основаниям, в ходе производства по которым была доказана связь неблагоприятных для жизни и здоровья потерпевшего последствий с неоказанием или ненадлежащим оказанием медицинской помощи; материалы проверок, проводимых в порядке ст. 144 УПК РФ по фактам нарушений порядка оказания медицинской помощи с последующим принятием решений, предусмотренных ст. 145 УПК РФ (о возбуждении уголовного дела либо об отказе в возбуждении уголовного дела).

Таблица 1

Группы уголовных дел (материалов проверок) о криминальных ятрогениях, при производстве по которым давалась уголовно-правовая оценка действий медицинских работников

Группа дел (согласно предложенной классификации)	Абсолют ное количество дел	% дел
1 группа: уголовные дела, возбужденные по факту ятрогенного посягательства на жизнь и здоровье пациента	116	69,6
2 группа: уголовные дела, возбужденные по иным основаниям, в ходе производства по которым была доказана связь неблагоприятных для жизни и здоровья потерпевшего последствий с неоказанием или ненадлежащим оказанием	28	16,7

медицинской помощи		
3 группа: материалы проверок, проводимых в порядке ст. 144 УПК РФ по фактам нарушений порядка оказания медицинской помощи	23	13,8
Всего	167	100

Характеризуя производство по уголовным делам, отнесенным к *первой группе*, можно констатировать, что в подавляющем большинстве случаев поводом к возбуждению уголовного дела послужили заявления пациентов либо их близких родственников, в которых содержалась просьба о привлечении медицинского работника к уголовной ответственности. Из изученных 116 уголовных дел в постановлениях о возбуждении уголовного дела деяние медицинских работников квалифицировались следующим образом:

Таблица 2

Квалификация деяний медицинских работников, попадающих под признаки криминальной ятрогении³⁸³

Группа дел (согласно предложенной классификации)	Абсолютное количество дел	% дел
причинение смерти по неосторожности (ч. 2 ст. 109 УК РФ)	51	44
причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности (ч. 2 ст. 118 УК РФ)	59	50,8

³⁸³ Ряд уголовных дел был возбужден по признакам преступлений, предусмотренных несколькими статьями Особенной части УК РФ.

заражение ВИЧ-инфекцией (ч. 4 ст. 122 УК РФ)	0	0
неоказание помощи больному (ч. 1, 2 ст. 124 УК РФ)	6	5,2
Всего	116	100

По результатам производства предварительного расследования в 6 случаях (5,1%) оно было приостановлено в связи с неустановлением лица, подлежащего привлечению к уголовной ответственности (п. 1 ч. 1 ст. 208 УПК РФ), при этом в двух случаях – соответствующие постановления были отменены, однако ко времени проведения аналитического исследования эти дела за истечением сроков давности уголовного преследования также подлежали прекращению (п. 3 ч. 1 ст. 24 УПК РФ). В подавляющем большинстве случаев (62,2%) уголовные дела, возбужденные по фактам криминальной ятрогении, были прекращены в досудебном производстве. Анализ постановлений о прекращении уголовного дела позволяет констатировать, что 88% из них были вынесены на основании наличия двух реабилитирующих оснований: отсутствие в деянии состава преступления и отсутствие события преступления (п. 1, 2 ч. 1 ст. 24 УПК РФ). Из общего массива прекращенных по нереабилитирующим основаниям дел необходимо выделить те, в которых было осуществлено примирение с потерпевшим (ст. 25 УПК РФ, ст. 76 УК РФ). Как следует из материалов уголовных дел, таковое во всех случаях (6 уголовных дел из 8, прекращенных по нереабилитирующим основаниям) стало результатом доказывания вины медицинского работника посредством производства экспертных исследований, полностью изобличающих его в совершении преступления, что являлось побудительным мотивом признания вины в содеянном, а также заглаживания причиненного потерпевшему вреда. В специальной литературе неоднократно обращалось внимание на тот факт, что рассматриваемое основание прекращения уголовного дела является наиболее предпочтительным исходом производства по делам о профессиональных

медицинских преступлениях, при условии своевременного признания обвиняемыми допущенных ошибок, тактичного и уважительного отношения к потерпевшему пациенту и (или) его родственникам, а также заглаживания причиненного вреда³⁸⁴.

По результатам досудебного производства только 32,7% уголовных дел направлялись в суд для рассмотрения по существу. При этом по 32 уголовным делам (84,2%) были вынесены обвинительные приговоры и только по 6 (15,8%) – оправдательные.

В силу того, что доля оправдательных приговоров остается в процентном меньшинстве, считаем необходимым рассмотреть конкретные случаи вынесения судом оправдательных приговоров. Так, в отношении врача-невролога П. было выдвинуто обвинение в причинении смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения своих профессиональных обязанностей. В ходе судебного разбирательства было установлено, что пациент, поступивший с предварительным диагнозом, был осмотрен врачом-неврологом П., после чего было принято решение о его направлении в реанимационное отделение и назначении ему необходимых для данного диагноза препаратов, соответствующих медицинскому стандарту. Отмечается, что врачом не была взята люмбальная пункция, что объясняется тяжелым состоянием пациента и большим риском летального исхода. Крайне тяжелое состояние и ухудшающаяся динамика пациента явились основанием для проведения операции, после окончания которой в результате массивной кровопотери пациент скончался.

Однако судом было уставлено, что между наступлением смерти пациента и оказанными медицинскими услугами врача-невролога отсутствует причинно-следственная связь. Таким образом, суд первой инстанции вынес оправдательный приговор в отношении врача-невролога П., руководствуясь отсутствием в его

³⁸⁴ Петрикова С.В. Вопросы реформирования законодательства об освобождении от уголовной ответственности в связи с деятельным раскаянием и примирением с потерпевшим // *Lex russica*. – 2015. – № 6. – С. 48-57; Никитина И.О. Преступления в сфере здравоохранения (законодательство, юридический анализ, квалификация, причины и меры предупреждения): дис. ... канд. юрид. наук. – Н. Новгород, 2007. – С. 188-192.

действиях состава преступления. Обратим также внимание на то, что суды апелляционной и кассационной инстанций оставили первоначальный приговор суда без изменений³⁸⁵.

Таблица 3

Решения, принятые по уголовным делам, возбужденным по факту совершения ятрогенных посягательств на жизнь и здоровье пациентов

Виды решений	Абсолютное количество дел	% дел
Предварительное расследование приостановлено	6	5,1
Производство по уголовному делу прекращено, в т.ч.	72	62,2
- по реабилитирующим основаниям	64	88
- по нереабилитирующим основаниям	8	12
Уголовное дело направлено в суд, в т.ч.	38	32,7
- вынесено обвинительных приговоров	32	84,2
- вынесено оправдательных приговоров	6	15,8
Всего	116	100

В контексте проблем, поднятых в настоящей главе диссертационного исследования, особый интерес представляют наказания, назначенные осужденным медицинским работникам по приговору суда. Анализ 32

³⁸⁵Апелляционное постановление Брянского областного суда от 11 февраля 2020 г. по делу № 1-55/2019 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: // <https://sudact.ru/regular/doc/14BhY6mRGXYX/> (дата обращения: 11.08.2023).

обвинительных приговоров показал, что только в одном случае было назначено реальное лишение свободы. Так, А., работавший врачом-нейрохирургом нейрохирургического отделения БУЗ ВО «ВГКБСМП» по приговору Железнодорожного районного суда г. Воронежа был признан виновным в совершении преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 124 УК РФ, и ему назначено наказание в виде одного года шести месяцев лишения свободы с отбыванием наказания в колонии-поселении, с лишением права заниматься врачебной деятельностью на два года. Кроме того интересным является то, что судом апелляционного характера было оставлено без изменения назначение суда первой инстанции, показав достаточность причинности назначения наказания в виде лишения свободы ввиду того, что санкция ч. 2 ст. 124 УК РФ предусматривает только два вида наказания: принудительные работы и лишение свободы, а на момент вынесения приговора А. достиг возраста 62 лет, что, в соответствии с ч. 7 ст. 53.1 УК РФ исключает назначение наказания в виде принудительных работ³⁸⁶. Таким образом, лишение свободы как вид наказания в данном случае мотивировалось не тяжестью совершенного деяния, а отсутствием альтернативной меры наказания. В подавляющем большинстве случаев при назначении наказания в виде лишения свободы за совершение криминальных ятрогений применялись положения ст. 73 УК РФ. Мотивируя условное осуждение суды в приговоре указывали на возможность достижения цели наказания - исправления осужденного, без реального отбывания наказания.

Например, в отношении заведующего онкологическим отделением Ш. и врача-онколога Н. было заведено уголовное дело по подозрению в хищении медикаментов с целью их дальнейшей перепродажи. В ходе расследования было установлено, что медицинские работники советовали пациентам отказаться от лекарств, включенных в льготную категорию, в пользу аналогов. Данное обстоятельство содержит не только признаки мошенничества, но и создания угрозы для здоровья и жизни человека, поскольку рекомендуемые средства по

³⁸⁶ Апелляционное постановление Воронежского областного суда от 06.03.2018 г. по уголовному делу № 22-365/2018.

общему правилу не подлежали назначению. Таким образом, пациенты приобретали лекарственные средства за собственные денежные средства, а врач-онколог Н. и заведующий отделением Ш. получали льготные лекарства по рецепту и перепродавали их.

Суд вынес обвинительный приговор в отношении заведующего онкологическим отделением Ш. и врача-онколога Н., приговорив их к трем годам условного осуждения, учитывая при этом ряд смягчающих обстоятельств.

Наиболее практически востребованным видом наказания за совершение криминальных ятрогений, предусмотренных ч. 2 ст. 109 УК РФ и ч. 2 ст. 118 УК РФ является ограничение свободы. Назначая данный вид наказания, суды, ссылаясь на положения ст.ст. 6, 60 УК РФ, указывали на характер и степень общественной опасности содеянного, учитывали данные о личности медицинского работника, обстоятельства смягчающие и отягчающие наказание, а также влияние назначенного наказания на исправление осужденного. Так, в приговоре Поворинского районного суда Воронежской области судом по преступлению, предусмотренному ч. 2 ст. 109 УК РФ, было назначено наказание в виде двух лет ограничения свободы с лишением права заниматься врачебной деятельностью на срок один год шесть месяцев врачу-анестезиологу-реаниматологу Костенко И.М. Медицинский работник не осуществил надлежащее наблюдение за состоянием установленного больному лицу дренажа плевральной полости, неверно оценил факт его нефункционирования, не принял мер к проверке функционирования дренажа и его переустановке, проигнорировал результаты рентгенографии, показавшие нахождение правого легкого пациента в спавшемся состоянии, что в результате привело к развитию сердечно-легочной недостаточности и смерти пациента³⁸⁷.

Из 32 приговоров только в одном случае было констатировано наличие отягчающего обстоятельства - совершение преступления врачом-педиатром в

³⁸⁷ Приговор Поворинского районного суда Воронежской области № 1-7/2019 от 12 апреля 2019 г. по делу № 1-7/2019 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: sudact.ru/regular/doc/qzdmNXIAxHQC/ (дата обращения: 11.08.2023).

отношении малолетнего³⁸⁸. Спектр смягчающих обстоятельств значительно шире – частичное или полное признание вины, совершение преступления небольшой тяжести впервые, что характерно для криминальных ятрогений, положительные характеристики подсудимых по месту работы, наличие у подсудимых малолетних детей или находящихся на иждивении престарелых родителей и т.д.³⁸⁹.

Обратимся к конкретному делу из судебной практики для иллюстрации положения о частом применении судами смягчающих обстоятельств. Так, медицинский работник В. подозревается в причинении смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения своих профессиональных обязанностей. В ходе судебного разбирательства было установлено, что врач В. после проведения операции в результате выкидыша в ранние сроки беременности не предвидела наступление возможных негативных последствий. В частности, врачом не было проведено контрольное ультразвуковое исследование матки, придатков, а также не было осуществлено повторное исследование на ХГЧ, что в конечном итоге привело к смерти потерпевшей.

Тем не менее, при вынесении приговора судом были учтены такие смягчающие обстоятельства как отсутствие судимости, нахождение на воинском учете, положительные характеристики с места работы и жительства, а также полное возмещение ущерба, причиненного супругу, матери и отцу погибшей³⁹⁰.

Интерес представляет мотивация в судебных решениях назначения добавочного наказания в форме ограничения права заниматься медицинской практикой, которое было применено во всех проанализированных случаях. Суды принимали во внимание тот факт, что преступление было совершено при исполнении профессиональных обязанностей, а также характер и размер наступивших последствий (смерть пациента либо причинение тяжкого вреда его

³⁸⁸ Апелляционное постановление Воронежского областного суда от 11.04.2018 г. по уголовному делу № 22-620 / 2018.

³⁸⁹ Архив Яковлевского районного суда Белгородской области. Уголовное дело № 1-3 /2017; Архив Кировского районного суда г. Курска. Уголовное дело № 1-180/2017; Архив Моршанского районного суда Тамбовской области. Уголовное дело № 1-22 / 2018.

³⁹⁰ Постановление Моршанского районного суда Тамбовской области от 12 февраля 2018 г. по делу № 1-22/2018 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: // <https://sudact.ru> (дата обращения: 11.08.2023).

здоровью), способ совершения преступления, характеризующий содержание обязанностей медицинского работника, которые были не исполнены либо исполнены ненадлежащим образом. При этом в 12 приговорах при назначении дополнительного вида наказания указывалось на отсутствие оснований применения ст. 64 УК РФ, ибо судом не были определены исключительные ситуации, которые бы немного уменьшали бы уровень общественной опасности совершенного преступления и самого виновного. В 8 приговорах содержалось указание на то, что совершение преступления при исполнении профессиональных медицинских обязанностей дискредитирует авторитет государственных медицинских учреждений, оказывающих бесплатную квалифицированную медицинскую помощь гражданам³⁹¹.

В частности, такое положение встречается в приговоре Октябрьского районного суда г. Белгорода в отношении врача-онколога Ц., признанного виновным в совершении преступления, предусмотренного ч. 5 ст. 291.1 УК РФ. Определено, что неким врачом Ц., который работал онкологом, был посредником при взятке, которое было направлено на подготовку документов для присвоения категории инвалидности.

При вынесении приговора суд учел такие смягчающие обстоятельства, как положительные характеристики с места работы и места проживания, а также материальное положение врача Ц. Однако учитывая характер совершенного преступления, дискредитирующего авторитет государственных медицинских учреждений, суд признал необходимым назначить ему дополнительное наказание в виде лишения права заниматься медицинской деятельностью в государственных учреждениях. При этом отметим то, что суд ограничил право заниматься профессиональной деятельностью частично, поскольку данный круг очерчивается государственными медицинскими учреждениями. Апелляционная инстанция оставила приговор суда без изменений.

³⁹¹ Архив Мичуринского городского суда Тамбовской области. Уголовное дело № 1-6/2016.

Однако, при назначении рассматриваемого вида наказания суды учитывают материальное положение и семейные обстоятельства медицинского работника. Так, например, по уголовному делу № 22-365 апелляционной инстанцией был отклонен довод стороны защиты о том, что медицинская деятельность является основной профессиональной деятельностью осужденного, указав на тот факт, что это не единственный источник его дохода, т.к. А. является пенсионером³⁹². В тоже время в аналогичной ситуации при вынесении приговора в отношении Р., осужденного по ч. 2 ст. 109 УК РФ, назначая дополнительное наказание в виде лишения права заниматься врачебной или иной медицинской деятельностью, суд указал, что применение такового без ограничения круга медицинских учреждений является запретом на профессию, который неизбежно повлечет за собой серьезные негативные последствия для виновного и его семьи при отсутствии у Р. иного источника дохода. В данной ситуации суд ограничил круг медицинских учреждений, в которых осужденному запрещается заниматься медицинской деятельностью, государственными медицинскими учреждениями³⁹³.

В 14 приговорах одновременно с основным наказанием на период его отбывания на осужденных медицинских работников накладывались следующие ограничения: не уходить из дома в ночное время; не посещать культурно-развлекательные и увеселительные заведения, реализующие алкогольные напитки (кафе, бары, рестораны, клубы), расположенные в пределах территории муниципального образования; не выезжать за пределы территории соответствующего субъекта РФ без согласия уголовно-исполнительной инспекции; не посещать места проведения массовых и иных мероприятий и не участвовать в указанных мероприятиях; не изменять место жительства и пребывания, без согласия уголовно-исполнительной инспекции³⁹⁴. В контексте рассматриваемого вопроса интересным представляется мнение учёных,

³⁹² Апелляционное постановление Воронежского областного суда от 06.03.2018 г. по уголовному делу № 22-365/2018.

³⁹³ Архив Октябрьского районного суда г. Белгорода. Уголовное дело № 1-225/2017; Архив Россошанского районного суда Воронежской области. Уголовное дело № 1-193 /2017.

³⁹⁴ Архив Жердевского районного суда Тамбовской области. Уголовное дело № 1-71 /2017

считающих, что в случае совершения профессионального преступления медицинскими работниками для них целесообразно использовать и такую принудительную меру воздействия, как принуждение к сдаче квалификационной аттестации, доказывающей их профпригодность после осуждения и истечения срока заниматься медицинской деятельностью³⁹⁵.

Таблица 4

Виды наказаний, назначенные медицинским работникам, признанными виновным за совершение криминальных ятрогений³⁹⁶

Виды наказаний	Абсолютное количество дел	% дел
лишение свободы, в т.ч. условно	10	35,7%
ограничение свободы	17	60,7
обязательные работы	1	3,6
лишение права заниматься врачебной и иной медицинской деятельностью (как дополнительный вид наказания)	28	100
Всего	28	100

Говоря о *второй группе* уголовных дел, расследование по которым проводилось в отношении медицинских работников, можно отметить, что поводом для расследования фактов криминальных ятрогений в подавляющем большинстве случаев являлись ходатайства самих медицинских работников, привлеченных в качестве подозреваемых (обвиняемых) либо их защитников (21

³⁹⁵ Сыбатова М.Э., Городнова О.Н. Совершенствование уголовного закона за профессиональные преступления медицинских работников // Вестник Российского университета кооперации. – 2021. – № 3 (45). – С. 155.

³⁹⁶ Из 32 уголовных дел, по которым были постановлены обвинительные приговоры в 4 случаях медицинские работники были освобождены от наказания в связи с истечением срока давности в соответствии с п. «а» ч. 1 ст. 78 УК РФ.

уголовное дело из 28 исследованных). Фактическим основанием для подачи ходатайства о переквалификации действий в сторону смягчения уголовной ответственности и, соответственно, наказания во всех случаях являлся довод о том, что наступившие последствия в виде тяжкого вреда здоровью являются следствием ненадлежащего оказания медицинской помощи при отсутствии умысла на их причинение. Причинной в семи случаях для осуществления контроля по делам о нарушении принципов оказания врачебной поддержки считались выводы судебно-медицинских экспертиз, назначенные в целях определения причины смерти или природы и тяжести нанесенного ущерба жизни и здоровью. Объем проводимых проверок ограничивался истребованием медицинской документации, а также назначением и производством судебно-медицинских экспертиз, по результатам которых было принято одно из следующих решений:

Таблица 5

Виды решений, принятых по ходатайствам стороны защиты об изменении квалификации деяния

Виды решений	Абсолютное количество дел	% дел
об изменении квалификации в сторону смягчения уголовной ответственности и наказания	12	5,1
об отказе в удовлетворении ходатайства об изменении квалификации	16	62,2
Всего	28	100

Наиболее типичен для анализируемой группы уголовных дел следующий пример. Н., обвинялся в совершении преступления, предусмотренного ч. 4 ст. 111

УК РФ (умышленное тяжкое телесное повреждение, повлекшее по неосторожности смерть потерпевшего). Однако, после производства судебно-медицинской экспертизы определено, что нанесение смерти жертве возникло в результате переливания ему другой группы крови, что вследствие этого было возбуждено уголовное дело по характеру преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 109 УК РФ.

Третью группу изученных уголовных дел сформировали, как уже было отмечено, материалы 23 проверок, проведенных по фактам неоказания либо ненадлежащего оказания медицинской помощи. Поводом для проведения проверок во всех случаях являлись заявления больных либо их близких о привлечении к уголовной ответственности медицинских служащих. Судебно-медицинские экспертизы были назначены и выполнены до возбуждения уголовного дела и, в соответствии с содержащимся в экспертных заключениях выводом, было принято решение об отказе в возбуждении уголовного дела.

Например, постановлением следователя СО по г. Брянску в результате проведенной проверки совокупности материалов по заявлению К. было отказано в возбуждении уголовного дела в связи с отсутствием состава преступления, предусмотренного ч. 4 ст. 122 УК РФ в действиях врача-стоматолога Г. Несогласившись с данным решением, гражданин К. подал апелляционную жалобу, однако суд, убедившись в обоснованности отказа в возбуждении дела, оставил апелляционную жалобу без удовлетворения³⁹⁷.

Таким образом, на основании проведенного эмпирического исследования можно констатировать, что большинство уголовных дел, возбужденных по фактам ненадлежащего оказания медицинской помощи, прекращается (62,2%), из них 88% - по реабилитирующим основаниям. В среднем – только каждое третье уголовное дело направляется в суд, при этом обвинительные приговоры выносятся в подавляющем большинстве случаев (84, 2%). Наиболее часто криминальные ятрогении квалифицируются как причинение смерти либо тяжкого

³⁹⁷Апелляционное постановление Брянского областного суда от 11 июня 2020 г. по делу № 22-810/2020 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: // <https://sudact.ru/> (дата обращения: 11.08.2023).

вреда здоровью пациента, реже – как неоказание помощи больному. Ни одного случая криминальной ятрогении, предусмотренной ч. 4 ст. 122 УК РФ в ходе исследования выявлено не было. Только в одном случае назначенное медицинскому работнику наказание было реально связано с лишением свободы. Это наказание в других случаях назначалось условным образом, или применялось лишение свободы, в некоторых случаях назначались принудительные работы. Как добавочное наказание во время нанесения приговора по делам преступных ятрогений, судами в сто процентов случаев применялись запрещения на проведение деятельности по медицинской и другой деятельности.

В связи с изложенным, представляется целесообразным проанализировать санкции статей Особенной части УК РФ, предусматривающих ответственность за ятрогенные посягательства на жизнь и здоровье пациентов, с точки зрения эффективности правовой регламентации существующих видов наказания в контексте их практической востребованности, а также соответствия принципам пропорциональности и справедливости.

§ 3. Дифференциация наказания за причинение смерти и тяжкого вреда здоровью пациента по неосторожности

В науке уголовного права на протяжении длительного времени дискутируется проблема наказуемости деяний, совершенных по неосторожности, к числу которых относятся и криминальные ятрогении. В доктрине отмечается, что неосторожные преступления при оказании медицинской помощи характеризуются достаточно повышенным уровнем общественной опасности и при этом отличаются большой латентностью³⁹⁸. Особую остроту наказуемость деяний, совершенных по неосторожности, приобретает в тех случаях, когда вред причиняется таким неотчуждаемым правам личности как право на жизнь и здоровье. Как уже было отмечено, в главе 16 УК РФ содержится несколько

³⁹⁸ Габай П.Г. Предупреждение неосторожной преступности при оказании медицинской помощи: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. – Москва, 2021. – С. 4.

составов преступлений, предусматривающих ответственность за неосторожные посягательства медицинских работников на названные блага: причинение смерти по неосторожности (ч. 2 ст. 109 УК РФ); причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности (ч. 2 ст. 118 УК РФ); заражение ВИЧ-инфекцией (ч. 4 ст. 122 УК РФ); неоказание помощи больному (ч. 1, 2 ст. 124 УК РФ). Полагаем, что целесообразно рассмотреть наказуемость соответствующих деяний как путем сравнения их с общим составом преступления, так и применительно друг к другу, что позволит выявить общий подход законодателя к конструированию системы наказаний за неосторожные преступления.

Ответственность за причинение смерти по неосторожности регламентируется ст. 109 УК РФ, которая содержит три самостоятельных состава преступления: общий и два квалифицированных. Применительно к возможному наказанию ее можно представить следующим образом:

Таблица 6

Состав преступления	Основные виды наказания	Дополнительные виды наказания
Причинение смерти по неосторожности (ч. 1 ст. 109 УК РФ)	<ul style="list-style-type: none"> - исправительные работы на срок до двух лет; - ограничение свободы на срок до двух лет; - принудительные работы на срок до двух лет; - лишение свободы на срок до двух лет. 	
Причинение	- ограничение	лишение права

смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения своих профессиональных обязанностей (ч. 2 ст. 109 УК РФ)	свободы на срок до трех лет; - принудительные работы на срок до трех лет; - лишение свободы на срок до трех лет	занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет
Причинение смерти по неосторожности или более лицам (ч. 3 ст. 109 УК РФ)	- ограничение свободы на срок до четырех лет; - принудительные работы на срок до четырех лет; - лишение свободы на срок до четырех лет	лишение права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет

В приведенной таблице наглядно представлена возможность назначения нескольких главных форм наказания, что в этом случае считаются альтернативными: принудительные работы, лишения свободы, обязательные работы и ограничения свободы, при этом исправительные работы фигурируют в качестве возможного наказания только в основном составе преступления (ч. 1 ст. 109 УК РФ). Срок наказания последовательно увеличивается на один год – от двух при простом причинении смерти с неосторожной формой вины, до трех – при наличии специального субъекта, осуществляющего определенный вид профессиональной деятельности, до четырех – при наличии двух и более потерпевших.

Следуя логике построения санкций, предложенной в первом параграфе настоящей главы диссертационного исследования, позволим себе отметить следующее. Во-первых, состав преступления, предусмотренный в ч. 1 ст. 109 УК РФ, можно считать «базовым» по отношению к иным составам преступлений, предусматривающих в качестве последствия неосторожное причинение смерти, с учетом того факта, что в числе неосторожных преступлений указанное последствие является наиболее тяжким. Следовательно, можно говорить о том, что в нем должен устанавливаться «порог» наказуемости соответствующих деяний, от которого, согласно правилу пропорциональности, будут исчисляться наказания за привилегированные и квалифицированные составы. В настоящее время законодатель предлагает альтернативу из четырех основных наказаний, которые по мере усиления репрессивного воздействия расположены следующим образом: исправительные работы; ограничение свободы; принудительные работы; лишение свободы. В данном случае можно констатировать преемственность законодателя тенденции гуманизации уголовной политики, которая проявляется в установлении наказаний, не связанных с изоляцией осужденного от общества, что характеризует как неосторожные преступления в целом, так и причинение смерти по неосторожности – в частности, где наиболее суровой мерой является лишение свободы на срок до 2-х лет, при том, что нижним пределом данного вида наказания, в соответствии с ч. 2 ст. 56 УК РФ является двухмесячный срок. Пропорциональное усиление уголовной репрессии предусматривается за совершение преступлений, предусмотренных ч. 2 и ч. 3 ст. 109 УК РФ, которое проявляется не только в увеличении срока наказания на один и два года соответственно, но и в невозможности назначения такого его вида как исправительные работы.

Во-вторых, при причинении смерти по неосторожности медицинским работником при оказании медицинской помощи, равно как и иным специальным субъектом возможное наказание не ставится в зависимость от количества потерпевших, т.е. является одинаковым как за причинение смерти одному лицу,

так и двум и более лицам, что, на наш взгляд, не стыкуется с ч. 1 ст. 109 УК, в которой предусмотрена ответственность за причинение смерти по неосторожности одному лицу. Получается, что, если смерть одного и более лиц наступила по вине специального субъекта, то наказание будет одинаковым – до трех лет лишения свободы, а если по вине общего субъекта преступления – то наказание дифференцируется в зависимости от числа потерпевших. Полагаем, что в данном случае отсутствует единый принцип увеличения наказания как для общего, так и для специального субъекта. В этой связи в монографических исследованиях не единожды вносились предложения о конструировании рассматриваемых составов преступлений по аналогии с иными составами Особенной части УК РФ с учетом числа потерпевших³⁹⁹.

В-третьих, как показал эмпирический анализ обвинительных приговоров, вынесенных в отношении медицинских работников, признанных виновными в совершении профессиональных преступлений, практически во всех случаях применяется дополнительный вид наказания – лишение права заниматься врачебной и иной медицинской деятельностью.

Наиболее типичны примеры, связанные не с криминальными ятрогениями, а с должностными преступлениями, совершаемыми в медицинской сфере. Так, приговором Балаковского районного суда Саратовской области от 29 апреля 2016 г. по делу № 1-188/2016 врач-терапевт был обвинен по ч.1 ст.292 УК РФ в служебном подлоге и ч.3 ст. 290УК РФ в получении взятки за выдачу листка нетрудоспособности пациенту без медицинского осмотра и диагностирования наличия заболевания или травмы за денежное вознаграждение. Суд принял обвинительный приговор, которым по ч.3 ст.290 УК РФ в отношении врача назначил наказание в виде штрафа с лишением права занимать врачебные должности, связанные с экспертизой временной

³⁹⁹ Защита прав и интересов организаций и граждан: уголовно-правовой, уголовно-процессуальный и криминологический аспект (состояние, проблемы, пути совершенствования). Общее состояние и региональная специфика: Монография / отв. ред. Л.А. Воскобитова. – М.: Норма, 2015. – С. 112-117.

нетрудоспособности и выдачей листков нетрудоспособности, сроком на два года, а по ч.1 ст.292 УК РФ назначил штраф⁴⁰⁰.

Полагаем, что подобная практика противоречит позиции Верховного суда РФ, выраженной в Постановлении Пленума от 22 декабря 2015 г. № 58 «О практике назначения судами Российской Федерации уголовного наказания»⁴⁰¹. В приговоре следует конкретизировать вид такой деятельности (врачебная и т.д.) (п.9). Лишение права заниматься медицинской деятельностью предусмотрено как дополнительный вид наказания во всех составах криминальных ятрогений, предусмотренных ст.ст.109, 118, 122, ч. 2 ст. 124 УК РФ.

В связи с изложенным полагаем, что **ч. 2 ст. 109 УК РФ** в части санкции за неосторожное причинение смерти вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей должна быть смоделирована не только с учетом специального субъекта, но и с учетом количества потерпевших, не выходя за максимальные рамки возможного наказания следующим образом: **«наказывается ограничением свободы на срок до четырех лет, либо принудительными работами на срок до четырех лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового, либо лишением свободы на тот же срок с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового»**.

Ответственность за причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности регламентируется ст. 118 УК РФ и в контексте компаративного анализа наказуемости соответствующего деяния выглядит следующим образом:

⁴⁰⁰Приговор Балаковского районного суда Саратовской области от 29 апреля 2016 г. по делу № 1-188/2016 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://sudact.ru/regular/doc/GVwx2ptY1XNT/?regular-txt=приговором+Балаковского+районного+суда+Саратовской+области+от+29+апреля+2016+г.+по+делу+№+1+188%2F2016®ular-case_doc=®ular-lawchunkinfo=®ular-doc_type=®ular-date_from=®ular-date_to=®ular-workflow_stage=®ular-area=®ular-court=®ular-judge=&_=1542000086913 (дата обращения: 10.08.2023).

⁴⁰¹ О практике назначения судами Российской Федерации уголовного наказания: Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 22.12.2015 № 58 (ред. от 18.12.2018) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.consultant.ru> (дата обращения: 10.08.2023).

Таблица 7

Состав преступления	Основные виды наказания	Дополнительные виды наказания
<p>Причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности (ч. 1 ст. 118 УК РФ)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - штраф в размере до восьмидесяти тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до шести месяцев; - обязательные работы на срок до четырехсот восьмидесяти часов; - исправительные работы на срок до двух лет; - ограничение свободы на срок до трех лет; - арест на срок до шести месяцев 	
<p>Причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ограничение свободы на срок до четырех лет; - принудительные работы на срок до одного года; - лишение свободы 	<ul style="list-style-type: none"> лишение права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет

своих профессиональных обязанностей (ч. 2 ст. 118 УК РФ)	на срок до одного года	
--	------------------------	--

С учетом тяжести последствий сравнительный анализ основных составов неосторожного причинения смерти и тяжкого вреда здоровью в части наказуемости соответствующих деяний выглядит следующим образом:

Таблица 8

Причинение смерти по неосторожности (ч. 1 ст. 109 УК РФ)	Причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности (ч. 1 ст. 118 УК РФ)
<ul style="list-style-type: none"> - исправительные работы на срок до двух лет; - ограничение свободы на срок до двух лет; - принудительные работы на срок до двух лет; - лишение свободы на срок до двух лет. 	<ul style="list-style-type: none"> - штраф в размере до восьмидесяти тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до шести месяцев; - обязательные работы на срок до четырехсот восьмидесяти часов; - исправительные работы на срок до двух лет; - ограничение свободы на срок до трех лет; - арест на срок до шести месяцев

Законодатель понижает уровень уголовной репрессии путем применения менее строгих видов наказания: штрафа, обязательных работ, исправительных

работ, ограничения свободы и ареста. Как мы видим, предлагается альтернатива из пяти видов наказаний, при этом наиболее строгие из них (исправительные работы и ограничение свободы на срок до двух и трех лет соответственно) являются наименее строгими в основном составе причинения смерти по неосторожности, а лишение свободы заменяется на арест с максимально возможным сроком – шесть месяцев (ч. 1 ст. 54 УК РФ). Полагаем, что в данном случае можно вести речь об излишней вариативности санкции, предусмотренной ч. 1 ст. 118 УК РФ. Если мы исходим из принципа пропорциональности, то, понижая уровень уголовной репрессии сообразно видам наказаний, следуя логике иерархического построения их системы, можно предположить, что исправительные работы с максимальным сроком (ч. 2 ст. 50 УК РФ), предусмотренные ч. 1 ст. 109 УК РФ, должны быть заменены на обязательные работы с максимальным, предусмотренным ч. 2 ст. 49 УК РФ сроком; ограничение свободы – на исправительные работы; принудительные работы – на ограничение свободы с увеличением срока, как это предусмотрено ч. 1 ст. 118 УК РФ – до трех лет. Полагаем, что в данном случае речь может идти о наказаниях, не сопряженных с изоляцией лица от общества. Введение наименее строгой меры наказания в виде штрафа вполне, на наш взгляд, соответствует логике законодателя, предусмотревшего в качестве таковой в ч. 1 ст. 109 исправительные работы, не фигурирующие в квалифицированных составах причинения смерти по неосторожности.

Наличие ареста в качестве наиболее строгой меры наказания за основной состав причинения тяжкого вреда здоровью по неосторожности с учетом практики применения данной меры представляется нам сомнительным. В специальной литературе проблема обоснованности введения ареста в систему мер уголовного наказания активно дискутируется, в том числе и в контексте рассмотрения его в качестве альтернативы лишению свободы. С учетом непосредственного предмета нашего исследования, позволим себе заметить следующее. По своим карательным свойствам арест в некоторой степени

дублирует лишение свободы, однако, имея все его недостатки, связанные с помещением лица в специализированное учреждение, главного – воспитательного воздействия на осужденного арест не оказывает, поскольку, по справедливому замечанию А.И. Трахова, такое просто невозможно в столь короткий (максимально – 6 месяцев) срок⁴⁰². Кроме того, по фактическим условиям отбывания арест, по мнению подавляющего большинства специалистов, – более суровая мера, нежели лишение свободы⁴⁰³, хотя, сообразно принципу, заложенному в ч. 1 ст. 60 УК РФ, должно быть наоборот – более строгий вид наказания из числа предусмотренных за совершенное преступление назначается только в случае, если менее строгий вид наказания не сможет обеспечить достижение целей наказания. Он может рассматриваться как пенитенциарная мера «шокирующего характера», оказывающая на осужденного мощное психологическое воздействие, способное выполнить функцию превенции. Вместе с тем, после значительного количества изменений, внесенных в положения уголовного закона, регламентирующие виды и сроки наказаний, складывается ситуация, которая не вполне соответствует требованиям адекватности и справедливости: минимальный срок наказания в виде лишения свободы снижен до 2-х месяцев при отсутствии во многих статьях (включая ст.ст. 109, 118 УК РФ) нижних пределов санкций. Таким образом, фактически получается, что назначение наказания в виде ареста сроком на два месяца будет для осужденного по условиям содержания значительно суровее, нежели лишение свободы на тот же срок. Такая ситуация может сложиться, например, при назначении наказания по ч. 1 ст. 111 УК РФ за умышленное причинение тяжкого вреда здоровью, повлекшее по неосторожности смерть потерпевшего (тяжкое преступление) в виде двух месяцев лишения свободы, а по ч. 1 ст. 118 УК РФ – ареста на тот же срок. В этой связи, не оценивая целесообразности существования ареста в качестве самостоятельного вида наказаний, полагаем, что он должен быть

⁴⁰² Трахов А.И. Еще раз об аресте как виде наказания // Северо-Кавказский юридический вестник. – 1999. – № 1. – С. 134.

⁴⁰³ Шарапов Р.Д. Старые и новые проблемы российской системы уголовных наказаний // Российский юридический журнал. – 2017. – № 6. – С.116.

исключен из санкции ч. 1 ст. 118 УК РФ, что предполагает применение ограничения свободы как наиболее сурового наказания за неосторожное причинение тяжкого вреда здоровью.

Таким образом **санкция ч. 1 ст. 118 УК РФ** может выглядеть следующим образом: **«наказывается штрафом в размере до восьмидесяти тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до шести месяцев, либо обязательными работами на срок до четырехсот восьмидесяти часов, либо исправительными работами на срок до двух лет, либо ограничением свободы на срок до трех лет».**

Квалифицированный состав причинения тяжкого вреда здоровью по неосторожности (ч. 2 ст. 118 УК РФ) осуществляется в основном в области профессиональной врачебной работы и по сравнению с схожим составом нанесения смерти по неосмотрительности в аспекте основных видов наказаний выглядит следующим образом:

Таблица 9

<p>Причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей (ч. 2 ст. 109 УК РФ)</p>	<p>Причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей (ч. 2 ст. 118 УК РФ)</p>
<ul style="list-style-type: none"> - ограничение свободы на срок до трех лет; - принудительные работы на срок до трех лет; - лишение свободы на срок до трех лет 	<ul style="list-style-type: none"> - ограничение свободы на срок до четырех лет; - принудительные работы на срок до одного года; - лишение свободы на срок до одного года

Обратимся к судебной практике назначения наказания по указанным составам. Так, врио начальника филиала медицинской части Х. достоверно зная о назначении гражданину З. врачом-терапевтом профилактического лечения и комплекса диагностических мероприятий, проявил преступную небрежность и ненадлежащим образом отнесся к исполнению своих профессиональных обязанностей, в результате чего у З. своевременно не были выявлены признаки обострения хронической ишемической болезни сердца, что привело к его смерти.

Приговором суда первой инстанции Х. был осужден по ч. 2 ст. 109 УК РФ к двум годам ограничения свободы, с применением ч. 3 ст. 47 УК РФ с лишением права заниматься медицинской деятельностью сроком на два года⁴⁰⁴.

Рассмотрим другое дело. Так, суд вынес обвинительный приговор в отношении врача анестезиолога-реаниматолога С., который, осуществляя лечение малолетней пациентки В., поступившей в отделение в экстренном порядке, ненадлежащим образом исполнил свои профессиональные обязанности, оказав медицинскую помощь несвоевременно и не в полном объеме. В результате этого состояние пациентки резко ухудшилось, что стало причиной наступления смерти.

Приговором суда врач анестезиолог-реаниматолог С. был осужден к двум годам лишения свободы с лишением права заниматься врачебной деятельностью, связанной с оказанием медицинской помощи населению, сроком на два года шесть месяцев, с отбыванием наказания в виде лишения свободы в колонии-поселении⁴⁰⁵.

Совершенно, на наш взгляд, не очевидна логика законодателя при определении срока ограничения свободы за причинение смерти – 3 года и тяжкого вреда здоровью – 4 года. Если, как нами предлагалось ранее срок наказания с учетом возможного причинения смерти двум и более лицам вследствие ненадлежащего исполнения профессиональных обязанностей увеличить до 4 лет, то, соответственно понижение уровня уголовной репрессии за менее тяжкие

⁴⁰⁴Приговор Брянского областного суда от 7 августа 2020 г. по делу № 1-4/2020 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: // <https://sudact.ru/> (дата обращения: 11.08.2023).

⁴⁰⁵Приговор Вологодского областного суда от 29 июня 2020 г. по делу № 22-650/2020 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: // <https://sudact.ru/> (дата обращения: 11.08.2023).

последствия предполагает пропорциональное снижение срока ограничения свободы при совершении преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 118 УК РФ до трех лет, принудительных работ – до двух лет, а при предлагаемом отсутствии ареста в ч. 1 ст. 118 УК РФ – лишения свободы – до одного года. В качестве дополнительного вида наказания предусматривается лишение права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет, что также соответствует требованию пропорциональности.

Таким образом, **санкция ч. 2 ст. 118 УК РФ** с учетом предлагаемых изменений может быть изложена в следующей редакции: **«наказывается ограничением свободы на срок до трех лет, либо принудительными работами на срок до двух лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового, либо лишением свободы на срок до одного года с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового».**

Предлагаемая корректировка наказаний за неосторожное причинение вреда жизни и здоровью человека при сопоставлении санкций ст.ст. 109, 118 УК РФ будет выглядеть следующим образом:

Таблица 10

Причинение смерти по неосторожности (ч. 1 ст. 109 УК РФ)	Причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности (ч. 1 ст. 118 УК РФ)
<ul style="list-style-type: none"> - исправительные работы на срок до двух лет; - ограничение свободы на срок до двух лет; - принудительные работы на 	<ul style="list-style-type: none"> - штраф в размере до восьмидесяти тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до шести месяцев;

<p>срок до двух лет;</p> <ul style="list-style-type: none"> - лишение свободы на срок до двух лет. 	<ul style="list-style-type: none"> - обязательные работы на срок до четырехсот восьмидесяти часов; - исправительные работы на срок до двух лет; - ограничение свободы на срок до трех лет
<p>Причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей (ч. 2 ст. 109 УК РФ)</p>	<p>Причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей (ч. 2 ст. 118 УК РФ)</p>
<ul style="list-style-type: none"> - ограничение свободы на срок до четырех лет; - принудительные работы на срок до четырех лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового; - лишение свободы на срок до четырех лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового 	<ul style="list-style-type: none"> - ограничение свободы на срок до трех лет; - принудительные работы на срок до двух лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового; - лишение свободы на срок до одного года с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового

Следуя общей логике нашего исследования, напомним, что заражение ВИЧ-инфекцией, совершенное медицинским работником в ходе осуществления

профессиональной деятельности (ч. 4 ст. 122 УК РФ) позиционируется нами как причинение тяжкого вреда здоровью, совершенное с неосторожной формой вины, что по ятрогенным последствиям сопоставимо с составом преступления, предусмотренным ч. 2 ст. 118 УК РФ. Вместе с тем, сравнение санкций названных норм уголовного закона в части основных видов наказаний позволяет констатировать наличие иного подхода законодателя.

Таблица 11

<p align="center">Заражение ВИЧ-инфекцией (ч. 4 ст. 122 УК РФ)</p>	<p align="center">Причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей (ч. 2 ст. 118 УК РФ)</p>
<ul style="list-style-type: none"> - принудительные работы на срок до пяти лет; - лишение свободы на срок до пяти лет 	<ul style="list-style-type: none"> - ограничение свободы на срок до четырех лет; - принудительные работы на срок до одного года; - лишение свободы на срок до одного года

Заражение ВИЧ-инфекцией при оказании медицинской помощи предполагает возможность применения не трех, а двух альтернативных видов наказания, при этом их срок увеличен в пять раз и значительно превышает наказание за такое ятрогенное последствие как смерть пациента, поскольку максимальные сроки принудительных работ и лишения свободы, согласно ч. 2 ст. 109 УК РФ составляют три года. Причина подобного подхода видится в том, что криминализация рассматриваемого деяния явилась следствием прогрессирующего

распространения ВИЧ-инфекции и была реакцией государства на наличие соответствующей угрозы. Однако, как уже было отмечено во второй главе диссертационного исследования, в настоящее время рассматриваемый состав преступления нельзя отнести к числу практически востребованных. Кроме того, ч. 4 ст. 122 УК РФ содержит особо квалифицированный состав, следовательно, можно предположить, что уровень уголовной репрессии последовательно увеличивается при совершении преступления специальным субъектом и в отношении нескольких лиц либо несовершеннолетнего.

Думается, что ятрогенные последствия ненадлежащего исполнения медицинским работником своих профессиональных обязанностей в виде смерти или тяжкого вреда здоровью пациента, включая заражение ВИЧ-инфекцией, должны быть предусмотрены в одной статье уголовного закона, которую нами предлагалось обособить в рамках главы 16.1 «Преступления медицинских работников против жизни и здоровья пациентов» Раздела VII УК РФ «Преступления против личности», установив наказуемость соответствующих деяний следующим образом:

1. Ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей медицинским работником, причинившие по неосторожности тяжкий вред здоровью пациента, а также заражение ВИЧ-инфекцией –

наказывается ограничением свободы на срок до трех лет, либо принудительными работами на срок до двух лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового, либо лишением свободы на срок до одного года с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового.

2. То же деяние, повлекшее по неосторожности смерть пациента –

наказывается ограничением свободы на срок до четырех лет, либо принудительными работами на срок до четырех лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной

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

И, наконец, самостоятельные составы ятрогенных посягательств на жизнь и здоровье пациентов предусмотрены ч. 1, 2 ст. 124 УК РФ и трактуются нами как неисполнение медицинским работником своих профессиональных обязанностей, выразившееся в неоказании помощи больному. Наказуемость соответствующих деяний в настоящее время выглядит следующим образом:

Таблица 12

<p>Неоказание помощи больному без уважительных причин лицом, обязанным ее оказывать в соответствии с законом или со специальным правилом, если это повлекло по неосторожности причинение средней тяжести вреда здоровью больного (ч.1 ст. 124 У.К РФ)</p>	<p>Неоказание помощи больному без уважительных причин лицом, обязанным ее оказывать в соответствии с законом или со специальным правилом, если оно повлекло по неосторожности смерть больного либо причинение тяжкого вреда его здоровью, (ч. 2 ст.124 УК РФ)</p>
<ul style="list-style-type: none"> - штраф в размере до сорока тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до трех месяцев; - обязательные работы на срок до трехсот шестидесяти часов; - исправительные работы на 	<ul style="list-style-type: none"> - принудительные работы на срок до четырех лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового; - лишение свободы на срок до четырех лет с лишением права

срок до одного года; - арест на срок до четырех месяцев	занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового
---	---

Анализ судебной практике показывает, что достаточно часто суд встает на сторону медицинского работника. Так, в отношении фельдшера образовательного учреждения Ш. было выдвинуто обвинение в неоказании без уважительных причин помощи больной, что повлекло за собой смерть по неосторожности. В материалах обвинения указывается на то, что врач Ш., не оценив признаки критического состояния, такие как отсутствие сознания и нарушение внешнего дыхания, используемые в качестве маркеров наступления остановки кровообращения, а также не оценив степень угнетения сознания, не вызвала бригаду скорой медицинской помощи. Однако, дается указание на то, что ею были проведены мероприятия по оказанию первой медицинской помощи. Более того, по заключению экспертов фельдшер оказал необходимый объем неотложных мероприятий, не нарушая действующих инструкций. Судом первой инстанции по предъявленному обвинению в совершении преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 124 УК РФ, признана невиновной и оправдана за отсутствием в деянии состава преступления. Суд апелляционной инстанции оставил приговор без изменений⁴⁰⁶.

Анализ объективной стороны составов преступлений, предусмотренных ст. 124 УК РФ, предпринятый во второй главе диссертационного исследования показал, что установление уголовной ответственности за причинение средней тяжести вреда здоровью пациента, несмотря на всю одиозность неисполнения медицинским работником профессиональных обязанностей в принципе, не вполне соответствует декриминализации в 2003 году состава причинения вреда средней тяжести по неосторожности, а также уголовно-наказуемым последствиям иного дефекта оказания медицинской помощи – ненадлежащего исполнения

⁴⁰⁶Апелляционное постановление Верховного Суда Республики Башкортостан от 20 января 2020 г. по делу № 1-238/2019 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: // <https://sudact.ru/> (дата обращения: 11.08.2023).

профессиональных обязанностей, предусмотренного ч. 2 ст. 118 УК РФ. Уголовно-наказуемыми ятрогенными последствиями в данном случае, на наш взгляд, должны являться причинение тяжкого вреда здоровью больного и его смерть. При этом наказание за соответствующее деяние должно быть сопоставимо с наказанием, предусмотренным за аналогичные последствия ненадлежащего оказания медицинской помощи с пропорциональным увеличением уровня уголовной репрессии, что может быть представлено следующим образом:

Таблица 13

<p>Причинение смерти по неосторожности ненадлежащего медицинским работником профессиональных обязанностей вследствие исполнения работником</p>	<p>Не предоставление врачебной поддержки пациенту без каких-либо причин со стороны медицинского служащего, в обязанности которого входило оказание этой помощи, когда такой случай считается нанесение смерти пациенту по неосмотрительности</p>
<ul style="list-style-type: none"> - ограничение свободы на срок до четырех лет; - принудительные работы на срок до четырех лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового; - лишение свободы на срок до 	<ul style="list-style-type: none"> - ограничение свободы на срок до четырех лет; - принудительные работы на срок до пяти лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового; - лишение свободы на срок до

<p>четырёх лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового</p>	<p>пяти лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового</p>
<p>Причинение тяжкого вреда здоровью вследствие ненадлежащего исполнения медицинским работником профессиональных обязанностей</p>	<p>Неоказание медицинской помощи больному без уважительных причин медицинским работником, который был обязан и имел возможность оказать такую помощь, если это повлекло по неосторожности причинение тяжкого вреда здоровью больного</p>
<p>- ограничение свободы на срок до трех лет;</p> <p>- принудительные работы на срок до двух лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового;</p> <p>- лишение свободы на срок до одного года с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового</p>	<p>- ограничение свободы на срок до трех лет;</p> <p>- принудительные работы на срок до трех лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового;</p> <p>- лишение свободы на срок до двух лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового</p>

В предлагаемой редакции главы 16.1 «Преступления медицинских работников против жизни и здоровья пациентов» Раздела VII УК РФ «Преступления против личности», неисполнение медицинским работником профессиональных обязанностей, повлекшее ятрогенные последствия, предусматривается в ст. 125.2 и с учетом названных видов наказаний может выглядеть следующим образом:

1. Неоказание медицинской помощи больному без уважительных причин медицинским работником, который был обязан и имел возможность оказать такую помощь, если это повлекло по неосторожности причинение тяжкого вреда здоровью больного, -

наказывается ограничением свободы на срок до трех лет, либо принудительными работами на срок до трех лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового, либо лишением свободы на срок до двух лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового.

2. То же деяние, повлекшее по неосторожности смерть больного, -

наказывается ограничением свободы на срок до четырех лет, либо принудительными работами на срок до пяти лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового, либо лишением свободы на срок до пяти лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового.

В условиях развития медицинских технологий, связанных с трансплантацией органов и тканей человека, нами предлагалось обособить соответствующее ятрогенное посягательство в самостоятельную статью уголовного закона, расположив ее в новой главе 16.1 «Преступления медицинских работников против жизни и здоровья пациентов». Во избежание повторов, напомним, что ятрогенные последствия в виде смерти или тяжкого вреда здоровью пациента в

данном случае также предполагают неосторожную форму вины медицинского работника, что обуславливает уровень уголовной репрессии, сопоставимый с ранее проанализированными составами криминальных ятрогений, объективная сторона которых заключается в ненадлежащем оказании медицинской помощи. В этой связи полагаем, что санкции ст. 125.3 УК РФ могут выглядеть следующим образом:

1. Нарушение установленного законом порядка изъятия органов, тканей и физиологических жидкостей человека, либо порядка и условий трансплантации, повлекшее по неосторожности причинение тяжкого вреда здоровью донора или реципиента,

наказывается ограничением свободы на срок до трех лет, либо принудительными работами на срок до двух лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового, либо лишением свободы на срок до одного года с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового.

2. То же деяние, если оно повлекло по неосторожности смерть донора или реципиента,

наказывается ограничением свободы на срок до четырех лет, либо принудительными работами на срок до четырех лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового, либо лишением свободы на срок до четырех лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового.

Таким образом, совершение всех видов криминальных ятрогений предполагает применение трех альтернативных видов основных наказаний: ограничения свободы, принудительных работ и лишения свободы. Если в качестве ятрогенного последствия наступает смерть пациента, то срок

ограничения свободы является максимальным и составляет четыре года, принудительных работ и лишения свободы – четыре года и пять лет при неисполнении медицинским работником своих профессиональных обязанностей. Причинение тяжкого вреда здоровью пациента карается с пропорциональным снижением уровня уголовной репрессии, но также с учетом морально-этического и профессионального компонентов неоказания помощи больному.

При сравнительном анализе было отмечено отсутствие в Уголовном Кодексе Таджикистана некоторых видов наказания, таких как принудительные работы и арест.

Самые опасные среди всех преступлений, совершаемых медработниками, – это те, что связаны с незаконной трансплантацией органов и тканей человека, в том числе клонирование человека, убийство или причинение тяжкого вреда здоровью по соответствующим пунктам статей 104 и 110 УК РТ.⁴⁰⁷

⁴⁰⁷ Абдуллаева Р.А. Преступления по уголовному кодексу Республики Таджикистан, совершаемые в сфере медицины // Вестник КРСУ. – 2019. – № 11. – С.70.

ГЛАВА 6. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ УГОЛОВНОГО ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

На основе проведенного анализа Конституции Союза ССР, Конституции (Основного закона) Таджикской Советской Социалистической Республики, Конституции (Основной закон) Республики Таджикистан, принятой после обретения государственной независимости (6 ноября 1994 г) путем проведения Всенародного референдума и закона Республики Таджикистан «Об охране здоровья населения», принятой 15 мая 1997 года (№ 419) в части касающихся вопросов право на охрану здоровья установлено, что государство гарантировало обеспечение бесплатной медицинской помощью своих граждан только в государственных учреждениях здравоохранения⁴⁰⁸.

Нами проведен сравнительный анализ уголовного законодательства Российской Федерации и Республики Таджикистан по предмету диссертационного исследования на основе нормативного материала^{409,410,411,412,413,414}.

Анализ представлен в пределах глав и параграфов диссертации в соответствии с целью и задачами работы.

⁴⁰⁸ Ахмедов, А. Роль правовых актов в охране здоровья населения Республики Таджикистан в условиях рыночной экономики // Здравоохранение Таджикистана. – 2009. – № 1. – С. 11-17.

⁴⁰⁹ Уголовный кодекс Российской Федерации: федеральный закон от 13.06.1996 № 63-ФЗ: [Принят Государственной Думой 24 мая 1996 года; Одобрен Советом Федерации 5 июня 1996 года] (ред. от 25.03.2022) // Собрание законодательства Российской Федерации. – 1996. – № 25. – Ст. 17.

⁴¹⁰ Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ: [Принят Государственной Думой 1 ноября 2011 года; Одобрен Советом Федерации 9 ноября 2011 года] // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2011. – № 48. – ст. 6724.

⁴¹¹ О трансплантации органов и (или) тканей человека: Закон РФ от 22 декабря 1992 г. № 4180-1 // Российская газета. – 1993. – № 4.

⁴¹² Кодекси ҷиноятии ҷумҳурии тоҷикистон аз 21 майи соли 1998 № 574 // Ахбори Маҷлиси Олии Ҷумҳурии Тоҷикистон. – 1998. – №9. – м.68, м.6.

⁴¹³ Кодекси тандурустии ҷумҳурии тоҷикистон аз 30 майи соли 2017 №1413 // Ахбори Маҷлиси Олии Ҷумҳурии Тоҷикистон. – 2017. – №5. – м. 270.

⁴¹⁴ Қонуни ҚТ «Дар бораи пайвандсозии (трансплантатсия) узв ва (ё) бофтаҳои инсон» аз 30 июн 2007 №331 // Ахбори Маҷлиси Олии Ҷумҳурии Тоҷикистон. – 2007. – №7. – м. 693.

**Глава 1. Методологические основы ответственности в сфере
медицинской деятельности**

**§ 2. Понятие «медицинский работник»: легальное и доктринальное
толкования в контексте содержания категории «медицинская деятельность»**

Республика Таджикистан	Российская Федерация
<p>Определение медицинский работник не содержится в ст. 1 Кодекса здравоохранения Республики Таджикистан</p>	<p>В Федеральном законе от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 28.12.2022) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в ст. 2 «Медицинский работник - физическое лицо, которое имеет медицинское или иное образование, работает в медицинской организации и в трудовые (должностные) обязанности которого входит осуществление медицинской деятельности, либо физическое лицо, которое является индивидуальным предпринимателем, непосредственно осуществляющим медицинскую деятельность»</p>
<p>Определение медицинская деятельность не содержится в ст. 1 Кодекса здравоохранения Республики Таджикистан</p>	<p>В Федеральном законе от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 28.12.2022) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в ст. 2 «Медицинская</p>

	<p>деятельность - профессиональная деятельность по оказанию медицинской помощи, проведению медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований, санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий и профессиональная деятельность, связанная с трансплантацией (пересадкой) органов и (или) тканей, обращением донорской крови и (или) ее компонентов в медицинских целях»</p>
--	---

Проанализировав понятие «медицинский работник», его легальное и доктринальное толкование в контексте содержания категории «медицинская деятельность» было выявлено отсутствие категорий «медицинский работник» и «медицинская деятельность» в Уголовном законодательстве Республики Таджикистан, а также в Кодексе здравоохранения Республики Таджикистан. Такое условие усложняет применение норм, содержащих данные определения, на практике. Считается целесообразным дополнить ст. 1 «Основные понятия» Кодекса здравоохранения Республики Таджикистан понятиями «медицинский работник» и «медицинская деятельность».

Для анализа, позволяющего сделать наиболее полные выводы, обратимся к законодательству ряда постсоветских стран – Республики Казахстан и Республики Узбекистан, законодательные нормы которых содержат положения, касающиеся охраны жизни и здоровья посредством установления ответственности за преступления, совершаемые в сфере медицинской деятельности.

Так, Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения»⁴¹⁵, принятый 7 июля 2020 года (№ 360-VI ЗРК), в ст. 1 «Основные понятия» содержит широкий перечень, состоящий из более чем 290 терминов и их определений. В частности, законодательно закреплены такие понятия как «медицинский работник», «медицинская деятельность», а также «профильный специалист», что для российской практики является не привычным. Обратим внимание на то, что определения закрепленных понятий имеют схожие черты с интерпретацией российского законодателя. Например, медицинский работник определяется как физическое лицо с профессиональным медицинским образованием, на основании которого вправе осуществлять медицинскую деятельность.

Несколько иным образом ситуация складывается в Республике Узбекистан, где законодательно рассматриваемые нами понятия не закреплены. Отметим, что Закон Республики Узбекистан «Об охране здоровья граждан»⁴¹⁶ от 29 августа 1996 г. (№ 256-I) в целом не содержит отдельной статьи, которая была бы посвящена определению основных понятий. В данном случае мы можем выявить схожесть с законодательством Республики Таджикистан.

§ 4. Систематизация преступлений, совершаемых в сфере медицинской деятельности по субъектному признаку

Субъект преступления	Республика Таджикистан	Российская Федерация
Преступления, совершаемые	- ч.2. ст. 108 УК РТ «Причинение смерти по	– ч. 2 ст. 109 УК РФ «Причинение смерти по

⁴¹⁵Кодекс Республики Казахстан от 7 июля 2020 г. № 360-VI ЗРК «О здоровье народа и системе здравоохранения» // Информационно-правовая система нормативных правовых актов Республики Казахстан [Электронный ресурс]. – Режим доступа: URL: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/K2000000360> (дата обращения: 17.02.2023).

⁴¹⁶Закон Республики Узбекистан от 29 августа 1996 г. (№ 256-I) «Об охране здоровья граждан» // Министерство здравоохранения Республики Узбекистан [Электронный ресурс]. – Режим доступа: URL: <https://ssv.uz/ru/documentation/fuarolar-soliini-salash-trisida-zbekiston-respublikasining-onuni> (дата обращения: 17.02.2023).

<p>медицинскими работниками при исполнении ими своих профессиональных обязанностей</p>	<p>неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей»;</p> <p>- ст. 121 УК РТ «Нарушение правил операций по трансплантации»;</p> <p>- ст. 122 УК РТ «Принуждение к изъятию органов или тканей человека для трансплантации»;</p> <p>- п. «д» ч. 2 ст.130 (1) УК РТ «Торговля людьми с целью изъятия у потерпевшего органов или тканей для трансплантации, а также её незаконное использование в репродуктивных целях или в биомедицинских исследованиях»;</p> <p>- ст. 121 УК РТ «Нарушения правил операции</p>	<p>неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей»;</p> <p>- ст. 120 УК РФ «Принуждение к изъятию органов и тканей человека для трансплантации»;</p> <p>- ч. 4 ст. 122 УК РФ «Заражение другого лица ВИЧ-инфекцией вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей»;</p> <p>- ст. 123 УК РФ «Незаконное производство аборта»;</p> <p>- ст. 124 УК РФ «Неоказание помощи больному»;</p> <p>- ст. 128 УК РФ «Незаконное помещение в психиатрический стационар»;</p> <p>- ст. 235 УК РФ</p>
--	---	--

	<p>трансплантации»;</p> <p>- ст. 123 УК РТ «Незаконное производство аборта»;</p> <p>- ст. 128 УК РТ Неоказание помощи больному;</p> <p>- ст. 210 УК РТ «Незаконное занятие частной медицинской практикой и частной фармацевтической деятельностью»</p> <p>- ст.129 УК РТ «Ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей медицинским работником» и др.</p>	<p>«Незаконное занятие частной медицинской практикой и фармацевтической деятельностью» и др.</p>
<p>преступления, совершаемые как общими субъектами, так и</p>	<p>- п. «н» ч. 2 ст. 104 УК РТ «Убийство с целью использования органов или тканей потерпевшего»;</p> <p>- ст. 108, 110, 111, 112, 118, 119 УК РТ</p>	<p>– ч. 1, ч. 2 п. «м» ст. 105 УК РФ убийство, в т. ч. и в целях использования органов и тканей потерпевшего;</p> <p>– ст. 111, 112, 115, 118 УК РФ умышленное или</p>

<p>медицинскими работниками</p>	<p>умышленное или неосторожное причинение вреда здоровью различной степени тяжести;</p> <p>- ст. 173 УК РТ «Разглашение тайны усыновления»;</p> <p>- ст. 314 УК РТ «Злоупотребление должностными полномочиями»;</p> <p>- ст. 319 УК РТ «Получение взятки» и др.</p>	<p>неосторожное причинение вреда здоровью различной степени тяжести;</p> <p>- ст. 137 УК РФ «Нарушение неприкосновенности частной жизни»;</p> <p>- ст. 153 УК РФ «Подмена ребенка»;</p> <p>- ст. 285 УК РФ «Злоупотребление должностными полномочиями»;</p> <p>- ст. 286 УК РФ «Превышение должностных полномочий»;</p> <p>- ст. 293 УК РФ «Халатность» и др.</p>
---------------------------------	---	---

Проведенный сравнительно-правовой анализ Российского и Таджикского уголовного закона по вопросам систематизации преступлений по субъективному признаку показал, что преступления в сфере здравоохранения совершаются наряду с общими субъектами, специальными, т.е. медицинскими работниками. Составы преступлений, как в России, так и в Таджикистане, свойственные для работников медицинских учреждений, в большинстве случаев характеризуются профессиональным характером ввиду прямого контакта с пациентами (неоказание

помощи больному, причинение смерти по неосторожности вследствие выполнения профессиональных обязанностей). К иным субъектам относятся лица, выполняющие схожие с медработниками функции, и совершающие преступления служебного характера (получение взятки, превышение должностных полномочий).

Обратимся к опыту Республики Казахстан, Уголовный кодекс⁴¹⁷ которой содержит ряд составов преступлений, совершаемых медицинскими работниками при исполнении ими своих профессиональных обязанностей. В частности, глава 12 Уголовного кодекса, содержащая статьи с 317 по 323, полностью посвящена уголовным правонарушениям медицинского характера (например, ст. 317 «Ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей медицинским или фармацевтическим работником», ст. 320 «Неоказание медицинской помощи» и др.). Помимо этого, содержится ряд статей, предполагающих в качестве субъекта как медицинского работника, так и общего субъекта – ст. 146 «Жестокое, бесчеловечное или унижающее достоинство обращение, пытки».

Что касается законодательного регулирования в Республике Узбекистан, то в Уголовном законе⁴¹⁸ норм, предполагающих специального субъекта преступления – медицинского работника, не предусмотрено. Тем не менее, ряд статей указывает на такого субъекта, как должностное лицо, при этом его принадлежность к профессии не уточняется. Например, ст. 271 «Незаконное завладение наркотическими средствами, их аналогами или психотропными веществами» содержит указание на злоупотребление должностным положением, что предполагает установление ответственности в том числе для лица, осуществляющего медицинскую деятельность.

⁴¹⁷Уголовный кодекс Республики Казахстан от 3 июля 2014 года № 226-V ЗРК // Информационно-правовая система нормативных правовых актов Республики Казахстан [Электронный ресурс]. – Режим доступа: URL: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/K1400000226> (дата обращения: 17.02.2023).

⁴¹⁸Уголовный кодекс Республики Узбекистан от 22 сентября 1994 г. № 2012-XII [Электронный ресурс]. – Режим доступа: URL: https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=30421110&pos=5;-108#pos=5;-108 (дата обращения: 17.02.2023).

Глава 2. Проблемы уголовно-правового регулирования ятрогенных посягательств на жизнь и здоровье пациентов

§ 2. Объект криминальных ятрогений: гносеологический анализ

	Республика Таджикистан	Российская Федерация
Преступления против личности	<p align="center">- ст. 121 «Нарушение правил операции по трансплантации»</p> <p align="center">- ст. 122 «Принуждение к изъятию органов или тканей человека для трансплантации или иного использования»</p> <p align="center">- ст. 123 «Незаконное производство абортов»</p> <p align="center">- ст. 128 «Неоказание помощи больному»</p> <p align="center">- ст. 129 «Ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей медицинским работником»</p> <p align="center">- ст. 133 «Незаконное помещение в психиатрическую больницу»</p> <p align="center">- ст. 145 «Разглашение врачебной тайны»</p> <p align="center">- ст. 171 «Подмена</p>	<p align="center">- ст. 109 «Причинение смерти по неосторожности»</p> <p align="center">- ст. 118 «Причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности»</p> <p align="center">- ст. 120 «Принуждение к изъятию органов или тканей человека для трансплантации»</p> <p align="center">- ст. 122 «Заражение ВИЧ – инфекцией»</p> <p align="center">- ст. 123 «Незаконное производство аборта»</p> <p align="center">- ст. 124 «Неоказание помощи больному»</p> <p align="center">- ст. 125 «Оставление в опасности»</p> <p align="center">- ст. 128 «Незаконная госпитализация в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в</p>

	ребенка» - ст. 173 «Разглашение тайны усыновления» - ст. 322 «Халатность»	стационарных условиях» - ст. 153 «Подмена ребенка» - ст. 155 «Разглашение тайны усыновления» - ст. 293 «Халатность»
Преступления против здоровья населения	- ст. 206 (1) «Нарушение правил обращения с наркотическими средствами, психотропными веществами или прекурсорами, сильнодействующими или ядовитыми веществами» - ст. 207 «Нарушение санитарно-гигиенических и противоэпидемических норм и правил» - ст. 208 «Соккрытие информации об обстоятельствах, создающих опасность для жизни или здоровья людей» - ст. 210 «Незаконное занятие частной медицинской и частной фармацевтической деятельностью» - ст. 210 (1) «Незаконный ввоз в Республику Таджикистан, производство,	- ст. 229 «Хищение либо вымогательство наркотических средств или психотропных веществ, а также растений, содержащих наркотические средства или психотропные вещества, либо их частей, содержащих наркотические средства или психотропные вещества» - ст. 233 « <u>Незаконная выдача либо подделка рецептов или иных документов, дающих право на получение наркотических средств или психотропных веществ</u> » - ст. 235 « <u>Незаконное осуществление медицинской деятельности или фармацевтической деятельности</u> » - ст. 236 «Нарушение

	<p>выпуск в обращение некачественных, поддельных и не отвечающих установленным требованиям стандартов медикаментов, а также медикаментов с истекшим сроком годности»</p>	<p>санитарно- эпидемиологических правил» - ст. 237 «Соккрытие информации об обстоятельствах, создающих опасность для жизни или здоровья людей»</p>
--	--	--

Нельзя не обращать внимание на аналогичность законодательных установок РФ и Казахстана. Так, существуют некоторые похожие составы преступных деяний против человека, из которых можно назвать нанесение смерти по неусмотрительности, принуждение к изъятию или незаконное изъятие органов и тканей человека, заражение вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) и иные. Однако в уголовном законодательстве Казахстана присутствует не типичный для российского уголовного законодательства состав, субъектами которого являются преимущественно медицинские работники. Речь идет о клонировании человека, создании человеческих эмбрионов для целей биомедицинских исследований или использовании эмбриона человека в коммерческих и иных целях (ст. 129). Указанное деяние в Российской Федерации также является противозаконным, но на уровне Уголовного закона закрепление не получило.

Уголовное законодательство Казахстана также регулирует и преступления против здоровья населения, выделяя указанные составы в отдельную главу. Особое внимание законодатель уделил преступлениям, связанным с оборотом, изготовлением, приобретением наркотических средств, где субъектами выступают или могут выступать лица, занимающиеся медицинской деятельностью. Подобно российскому законодательству, в Уголовном законе Республики Казахстан присутствуют нормы, касающиеся нарушений санитарных

правил или гигиенических нормативов, незаконного изъятия органов и тканей трупа человека и др.

Уголовный закон Республики Узбекистан несколько отличается по структуре от рассмотренных нами ранее законодательных актов. В частности, преступления против личности включают в себя преступления против жизни, преступления против здоровья, опасные для жизни и здоровья преступления и иные. Интересным для нас представляется состав, предполагающий ненадлежащее исполнение своих профессиональных обязанностей, субъектами которого являются в том числе медицинские работники. В целом, можем отметить, что большинство составов имеют схожий характер с закрепленными в российской практике, которые были перечислены и рассмотрены нами ранее.

Рассмотрев объекты криминальных ятрогений, указанных в законодательстве, полагаем классифицировать их на: преступления против личности и преступления против здоровья населения. Такую классификацию возможно применить как к российским, так и к таджикским уголовным нормам права. Составы преступлений по двум категориям представляются идентичными в государствах, что позволяет сделать вывод: «объектами преступлений в сфере здравоохранения считаются жизнь, здоровье, свободы личности и населения». Кроме того, в научной литературе предлагаются другие классификации, к примеру, ряд ученых выделяет блок «преступления против свободы личности» или «экологические преступления»⁴¹⁹.

§ 3. Неосторожное причинение смерти, тяжкого вреда здоровью пациента, заражение ВИЧ- инфекцией при оказании медицинской помощи

Республика Таджикистан	Российская Федерация	Сравнение
-------------------------------	-----------------------------	------------------

⁴¹⁹ Абдуллаева Р.А. Медицинская преступность в республике Таджикистан: уголовно-правовые и криминологические проблемы: автореф. дис. ... д-ра юрид. наук. – Душанбе, 2023. – 35 с.

<p align="center">- ч.2 ст. 108</p> <p>«Причинение смерти по неосторожности»</p> <p>Причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей, а равно причинение смерти по неосторожности двум или более лицам, - наказываемся ограничением свободы на срок от двух до пяти лет либо лишением свободы на тот</p>	<p align="center">- ч.2 ст. 109</p> <p>«Причинение смерти по неосторожности»</p> <p>Причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей - наказываемся ограничением свободы на срок до трех лет, либо принудительными работами на срок до трех лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового, либо лишением свободы на тот же срок с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового.</p>	<p align="center">Анализ норм</p> <p>показывает, что в Республике Таджикистан наказание выражено в виде ограничения/лишения свободы с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью, в Российской Федерации выражается в ограничении/ограничении свободы, принудительных работах с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью. Срок отбывания наказания значительно выше в таджикском законодательстве.</p>
--	--	--

<p>же срок с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до пяти лет или без такового.</p>		
<p>- ч. 2 ст. 118 «Причинен ие по неосторожности тяжкого вреда здоровью» Причинени е по неосторожности тяжкого вреда здоровью, совершенное вследствие ненадлежащего выполнения лицом своих</p>	<p>- ч.2 ст. 118 «Причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности» Причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности, совершенное вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей, - наказывается ограничением свободы на срок до четырех лет, либо принудительными работами на срок до одного года с</p>	<p>За причинение тяжкого вреда по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения медицинским работником своих обязанностей в УК РТ обозначены следующие наказания: исправительными работами, лишением свободы, лишением права занимать должность или заниматься</p>

<p>профессиональн ых обязанностей, или причинение по неосторожности тяжкого вреда здоровью двух или более лиц, - наказывается исправительным и работами до двух лет или лишением свободы на срок от двух до пяти лет с лишением прав занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью до трех лет или без такового.</p>	<p>лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового, либо лишением свободы на срок до одного года с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового.</p>	<p>определенной деятельностью. По УК РФ применяются ограничение/ лишение свободы, принудительные работы, лишение права занимать должность или заниматься определенной деятельностью. Стоит также отметить, что наказания в Республике Таджикистан больше по сроку.</p>
<p>- ст. 125 «Заражени</p>	<p>- ч. 4. ст. 122 «Заражение ВИЧ-инфекцией»</p>	<p>В таджикском Уголовном кодексе не</p>

<p>е вирусом иммунодефицита человека»</p> <p>1)</p> <p>Заведомое подставление другого лица в опасность заражения вирусом иммунодефицита человека,</p> <p>-</p> <p>наказывается ограничением свободы на срок до трех лет либо лишением свободы на срок до двух лет.</p> <p>2)</p> <p>Заражение другого лица вирусом иммунодефицита человека лицом, знавшим о наличии у него этой болезни,</p>	<p>Заражение другого лица ВИЧ-инфекцией вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей -</p> <p>наказывается принудительными работами на срок до пяти лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового либо лишением свободы на срок до пяти лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет.</p>	<p>оговаривается причастность к заражению ВИЧ вследствие ненадлежащего исполнения профессиональных обязанностей.</p> <p>Также приводятся два вида наказания за разные составы преступлений:</p> <p>ограничение или лишение свободы. В УК РФ указывается условие заражения ВИЧ-инфекцией лицом, исполняющим профессиональные обязанности и предлагаются альтернативные виды наказания:</p> <p>принудительные работы с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной</p>
--	--	---

<p>- наказывается лишением свободы на срок от двух до пяти лет.</p> <p>3) Деяние, предусмотренно е частью второй настоящей статьи, совершенное:</p> <p>а) в отношении двух или более лиц;</p> <p>б) в отношении заведомо несовершенноле тнего,</p> <p>- наказывается лишением свободы на срок от пяти до десяти лет.</p>		<p>деятельностью /лишение свободы с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью.</p>
--	--	---

Рассмотренные составы преступлений «неосторожное причинение смерти», «неосторожное причинение тяжкого вреда здоровью пациента» позволяют

сделать вывод, что в Таджикистане и Российской Федерации назначаются различные виды наказаний, в силу специфики национальных законодательств, а также отмечено, что в Таджикистане срок наказаний значительно превышает установленный в России. Касаясь нормы «заражение ВИЧ- инфекцией при оказании медицинской помощи» выявлено отсутствие подобного состава в Уголовном кодексе Республики Таджикистан, в этой связи предлагается включить в ст. 125 УК РТ «Заражение вирусом иммунодефицита человека» обозначения условия, при котором произошло заражение.

В целях наиболее объективного сравнения и оценки законодательства Таджикистана и Российской Федерации, а также в целях формулирования корректных предложений по совершенствованию законодательства нами был также проведен анализ законодательных положений Республик Казахстан и Узбекистан.

Как нами неоднократно отмечалось, положения Уголовного кодекса, принятого в Казахстане, имеют весомое количество схожих черт с российским Уголовным кодексом. Так, ст. 104 «Причинение смерти по неосторожности» имеет аналогичную российской санкцию – ограничение свободы сроком до трех лет. Однако диспозиция нормы в казахском законе не раскрыта и идентична названию статьи, что представляет собой отличие от российской нормы.

Однако такой состав как заражение вирусом иммунодефицита человека (ст. 118) в большей степени схож с положениями Уголовного закона Республики Таджикистан, поскольку не регламентирует причастность к данному составу преступлений медицинских работников, а устанавливает общих субъектов.

В свою очередь, законодательство Республики Узбекистан также представляет интерес, поскольку в данном контексте не сравнимо ни с таджикскими, ни с российскими уголовными нормами права. Например, причинение смерти по неосторожности наказывается исправительными работами до двух лет или ограничением свободы от одного года до трех лет либо лишением свободы до трех лет. Приходим к выводу о том, что положения узбекского

Уголовного закона более лояльны в сравнении с законодательством иных рассмотренных постсоветских стран.

Отличительной чертой является отсутствие положений, касающихся заражения ВИЧ-инфекцией, закрепление которых так или иначе характерно для законодательства всех трех рассмотренных государств. Несмотря на различия субъектного состава преступлений, нормы, регламентирующие распространение ВИЧ-инфекции, наблюдается в Уголовных законах и Российской Федерации, и Таджикистана, и Казахстана.

§ 4. Неоказание помощи больному

Республика Таджикистан	Российская Федерация
<p>ст. 128. Неоказание помощи больному</p> <p>«1) Неоказание помощи больному без уважительных причин лицом, обязанным ее оказывать в соответствии с законом или по специальным правилам, повлекшее по неосторожности причинение средней тяжести вреда здоровью больного,</p> <p>- наказывается обязательными работами на срок от ста восьмидесяти до двухсот сорока часов либо штрафом от трехсот до пятисот показателей для расчетов или лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок от двух до пяти</p>	<p>Ст. 124. Неоказание помощи больному</p> <p>«1) Неоказание помощи больному без уважительных причин лицом, обязанным ее оказывать в соответствии с законом или со специальным правилом, если это повлекло по неосторожности причинение средней тяжести вреда здоровью больного,</p> <p>- наказывается штрафом в размере до сорока тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до трех месяцев, либо обязательными работами на срок до трехсот шестидесяти часов, либо исправительными работами на срок до одного года, либо арестом на срок до</p>

<p>лет или лишением свободы на срок до двух лет.</p> <p>2) То же деяние, если оно повлекло по неосторожности смерть больного или причинило тяжкий вред здоровью, - наказывается лишением свободы на срок до трех лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на тот же срок, либо лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок от пяти до десяти лет со штрафом в размере от пятисот до одной тысячи показателей для расчетов.»</p>	<p>четырёх месяцев.</p> <p>2). То же деяние, если оно повлекло по неосторожности смерть больного либо причинение тяжкого вреда его здоровью, - наказывается принудительными работами на срок до четырех лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового либо лишением свободы на срок до четырех лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового.»</p>
--	--

Анализ положений уголовных законов Российской Федерации и Республики Таджикистан об ответственности за неоказание помощи больному позволил выделить два состава преступления. В первом случае неоказание помощи больному, повлекшему вред средней тяжести. В Таджикистане предусматривают следующие виды уголовной ответственности: обязательные работы, штраф, лишение права занимать определённые должности, заниматься определенной деятельностью, лишение свободы, в Российской Федерации назначают штраф, обязательные и исправительные работы, а также арест. Наблюдается более жесткое назначение наказания в Республике Таджикистан. Во втором случае

неоказание помощи больному, повлекшему тяжкий вред здоровью, стоит отметить, что более строгое наказание применяется в УК РФ.

Для законодательства Казахстана и Узбекистана также характерным является закрепление подобных норм, устанавливающих ответственность за ненадлежащее оказание медицинской помощи или ненадлежащее исполнение должностных полномочий.

В частности, ст. 320 Уголовного кодекса Республики Казахстан закрепляет неоказание медицинской помощи лицом, которое в силу своих полномочий обязано ее оказывать, в двух аспектах: во-первых, повлекшее причинение средней тяжести вреда здоровью, во-вторых повлекшее причинение тяжкого вреда здоровью или смерть больного. Среди наказаний выделяют штраф, исправительные работы, ограничение свободы, арест с лишением специального права. В целом, в данном контексте нами не было выявлено особых отличительных черт казахского уголовного законодательства, несущественные различия состоят лишь в размере назначаемого уголовного наказания.

Наибольший интерес представляет законодательная позиция Узбекистана, которая не содержит отдельной статьи о неоказании медицинской помощи. Исходя из анализа Уголовного закона, отметим, что законодательству рассматриваемого государства не присуще выделение в отдельную категорию преступления медицинского характера. Тем не менее, в ст. 116 «Ненадлежащее исполнение своих профессиональных обязанностей» устанавливается ответственность за неисполнение лицом, обязанным оказывать помощь больному, своих профессиональных обязанностей. Заметим, что диспозицией нормы особо подчеркивается отсутствие на то уважительной причины. Говоря об устанавливаемой ответственности, укажем на то, что наказание сопоставимо с мерами, присущими для ранее рассмотренных стран, однако размеры таких наказаний отличны. В частности, за данный состав Уголовный закон Узбекистана предусматривает до восьми лет лишения свободы, что превышает средний размер среди Российской Федерации, Таджикистана и Казахстана.

Глава 3. Уголовная ответственность медицинских работников за не ятрогенные посягательства на жизнь и здоровье пациентов

§ 1. Уголовная ответственность за вред, причиненный жизни и здоровью в сфере трансплантологии и донорства: перспективы совершенствования законодательства

Республика Таджикистан	Российская Федерация
<p>1) п. «н» ч. 2 ст. 104 «Убийство с целью использования органов или тканей потерпевшего»;</p> <p>2) п. «н» ч. 2 ст. 110 «Умышленное причинение тяжкого вреда здоровью с целью использования органов или тканей потерпевшего»;</p> <p>3) ст. 121 «Нарушение правил операций по трансплантации»;</p> <p>4) ст. 122 «Принуждение к изъятию органов или тканей человека для трансплантации»;</p> <p>5) п. «в» ч. 2 ст. 130 «Похищение человека, совершенное с целью изъятия у потерпевшего органов или тканей для трансплантации»;</p> <p>6) п. «д» ч. 2 ст.130 (1) «Торговля людьми с целью изъятия у потерпевшего органов или тканей для трансплантации, а также её незаконное использование в репродуктивных целях</p>	<p>1) п. «м» ч. 2 ст. 104 «Убийство в целях использования органов или тканей потерпевшего»,</p> <p>2) ст. 120 «Принуждение к изъятию органов или тканей человека для трансплантации»,</p> <p>3) п. «ж» ч.2 ст. 127.1 «Торговля людьми»,</p> <p>4) п. «ж», ч.2. ст. 111 «Умышленное причинение тяжкого вреда здоровью»,</p>

<p>или в биомедицинских исследованиях» (в редакции Закона Республики Таджикистан от 02.01 2019 № 1554); 7) п. «д» ч. 2 ст. 167 «Торговля детьми с целью изъятия у потерпевшего органов или тканей для трансплантации, а также ее незаконное использование в репродуктивных целях или в биомедицинских исследованиях»</p>	
<p>КЗ РТ ст. 139 «Разрешение на изъятие органов и (или) тканей у трупа»; ст. 140 «Условия изъятия органов и (или) тканей у живого донора для трансплантации»; ст. 141 «Права донора»; ст. 142 «Ограничения при изъятии органов и (или) тканей у живого донора» ст. 143 «Запрет на продажу органов и (или) тканей человека»; ст. 144 «Запрет на разглашение сведений о доноре и реципиенте».</p> <p>Закон республики Таджикистан от 30.07.2007 №331 «О трансплантации органов и (или) тканей человека»</p>	<p>Федеральном законе от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 28.12.2022) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» Ст. 47 «Донорство органов и тканей человека и их трансплантация (пересадка)»</p> <p>Закон РФ "О трансплантации органов и (или) тканей человека" от 22.12.1992 № 4180-1</p>

Регламентация уголовная ответственность за вред, причиненный в сфере трансплантологии, осуществляется большим количеством норм. Помимо закрепления их в уголовном законе, существует локальное регулирование в форме законов (Закон Республики Таджикистан от 30.07.2007 №331 «О трансплантации органов и (или) тканей человека»; Закон РФ «О трансплантации органов и (или) тканей человека» от 22.12.1992 № 4180-1), федеральных законов (Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»), кодексов (Кодекс здравоохранения Республики Таджикистан от 30 мая 2017 года № 1413). УК РТ предполагает семь составов преступлений, связанных с трансплантологией, в то время как в УК РФ указывается четыре. Предлагается обеспечить уголовную защиту нормам, указанным в Кодексе здравоохранения, к примеру, «незаконное использование органов и (или) тканей у трупа». Вопрос донорства обозначен в Уголовном законодательстве косвенно, в этой связи полагаем ввести норму «Понуждение к донорству».

Приходим к выводу о том, что в странах ближнего зарубежья трансплантация человеческих органов и донорство получили широкую регламентацию. Так, в уголовном законодательстве Казахстана содержится порядка шести составов преступлений, затрагивающих использование органов и тканей человека.

В частности, выделяются такие составы, как убийство, целью которого стало использование органов или тканей потерпевшего; умышленное причинение тяжкого вреда здоровью с ранее указанной целью; торговля людьми; а также незаконное изъятие органов и тканей трупа человека.

Более подробным образом вопрос изъятия органов и тканей человека, а также их трансплантация урегулирован уголовным законодательством Узбекистана. Помимо рассмотренных нами ранее составов, среди которых убийство, причинение тяжкого вреда здоровью, торговля людьми, похищение

человека, законодатель также выделяет норму, устанавливающую ответственность за куплю-продажу органов и тканей человека. За совершение указанного преступления предусматривается ограничение свободы до пяти лет или лишение свободы на тот же срок с лишением специального права до трех лет. Отметим, что при отягчающих обстоятельствах срок лишения свободы увеличивается до десяти лет.

Не можем не обратить внимание на то, что вопрос донорства и в Казахстане, и в Узбекистане на уровне уголовного закона прямо не урегулирован. Встречающиеся о нем упоминания в большей степени носят косвенный характер.

§ 2. Незаконное проведение искусственного прерывания беременности

Республика Таджикистан	Российская Федерация
<p>Статья 123. Незаконное производство аборта</p> <p>1) Незаконное производство аборта лицом, имеющим высшее медицинское образование соответствующего профиля,</p> <p>- наказывается штрафом от двухсот до пятисот показателей для расчетов или лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет.</p> <p>2) Производство аборта лицом, не имеющим высшего медицинского образования соответствующего профиля или лицом, ранее судимым за</p>	<p>УК РФ Статья 123. Незаконное проведение искусственного прерывания беременности</p> <p>1. Проведение искусственного прерывания беременности лицом, не имеющим высшего медицинского образования соответствующего профиля, -</p> <p>наказывается штрафом в размере до восьмидесяти тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до шести месяцев, либо обязательными работами на срок до четырехсот восьмидесяти часов, либо исправительными работами на срок до двух лет.</p>

<p>незаконное производство аборта, - наказывается штрафом в размере от пятисот до семисот показателей для расчетов или лишением свободы на срок до двух лет.</p> <p>3) Действия, предусмотренные частями первой или второй настоящей статьи, если они повлекли по неосторожности смерть потерпевшей либо причинение тяжкого вреда ее здоровью, - наказываются лишением свободы на срок от двух до пяти лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до пяти лет.</p> <p>Статья 124. Понуждение женщины к совершению аборта</p> <p>Понуждение женщины к совершению аборта, если вследствие этого аборт был произведен, - наказывается исправительными работами на срок до двух лет или лишением свободы на тот же срок.</p>	<p>3. То же деяние, если оно повлекло по неосторожности смерть потерпевшей либо причинение тяжкого вреда ее здоровью, - наказывается принудительными работами на срок до пяти лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового либо лишением свободы на срок до пяти лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового.</p>
--	---

При анализе законодательства по составу преступления «Незаконное производство аборта» было выявлено отличие названий норм в УК РТ и УК РФ. Так, в законодательстве Таджикистана «Незаконное производство аборта», а в Российской Федерации «Незаконное проведение искусственного прерывания беременности». В этой части, полагаем, следует внести изменения. Так, Р.А. Абдуллаева предложила изложить статью в новой редакции: Ст. 123 «Незаконное искусственное прерывание беременности». Также в Уголовном кодексе Российской Федерации отсутствует состав преступления с участием лиц, имеющих высшее медицинское образование. Помимо этого, в УК РТ содержится норма о понуждении женщины к совершению аборта, которое наказывается исправительными работами или лишением свободы. Состав преступления с понуждением женщины к обороту в российском законодательстве не найден.

Представляется интересным в данном контексте рассмотреть опыт Казахстана и Узбекистана, законодательное регулирование которых сопоставимо с Российской Федерацией и Республикой Таджикистан соответственно.

Например, Уголовный кодекс Республики Казахстан содержит ст. 319 «Незаконное проведение искусственного прерывания беременности», с похожим на российский составом преступления. Стоит отметить, что санкции статей между собой также достаточно схожи. Однако в отличии от Уголовного кодекса Российской Федерации в казахском законе устанавливается ответственность за незаконное проведение искусственного прерывания беременности лицом, имеющим высшее медицинское образование соответствующего профиля. В данном случае положение сопоставимо с кодексом Узбекистана. Как и в российском уголовном законе, в Уголовном кодексе Казахстана отсутствует норма, касающаяся принуждения женщины к совершению аборта.

Обратим внимание на опыт Узбекистана, в Уголовном законе которого закреплено два состава: ст. 114 «Преступный аборт» и ст. 115 «Понуждение женщины к совершению аборта». Совершение преступного аборта предполагается как врачом-акушером или гинекологом, так и лицом, не имеющим

на это права, в том числе в случаях, повлекших по неосторожности смерть или иные тяжкие для потерпевшей последствия. Проведенный анализ позволяет сделать вывод о том, что опыт Таджикистана и Узбекистана во многом имеет аналогичный характер.

Помимо этого, закон Узбекистана содержит не характерную для России и Казахстана норму о принуждении к совершению женщиной прерывания беременности. При этом ответственность наступает лишь в том случае, если в результате такого принуждения аборт был совершен. Гипотеза и диспозиция данной статьи полностью аналогичны норме, установленной в кодексе Таджикистана, однако в части санкции присутствуют существенные различия. Так, наказание по кодексу Узбекистана представляется менее тяжелым и не содержит в себе положений о лишении свободы.

§ 3. Проблемы криминализации незаконных действий с эмбрионом

Республика Таджикистан	Российская Федерация
<p>КЗ РТ п.4. ст. 91. «Искусственное оплодотворение и или имплантация эмбриона».</p> <p>Категорично запрещается применение человеческого эмбриона в целях их торговли и производства, кроме того не естественное оплодотворение и имплантация эмбриона маленьким детям и женщинам, которые считаются инвалидами либо односторонне дееспособными.</p>	<p>ФЗ от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 28.12.2022) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в п.4 ст. 55 установлено: «Половые клетки, ткани репродуктивных органов и эмбрионы человека не могут быть использованы для промышленных целей».</p>

Анализ проблем криминализации незаконных действий с эмбрионом показал, что в уголовных кодексах не содержатся нормы о незаконных действиях с эмбрионом, они определены в Кодексе здравоохранения и Федеральном законе от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Действительно, правовое положение эмбриона носит дискуссионный характер среди научного сообщества разных государств, в силу чего не находит своего определения в уголовном законодательстве. И.Х. Бибаджанов считает, что «использование эмбрионов в качестве материала для медицинских исследований демонстрирует грубое нарушение принципа уважения человеческого достоинства». На наш взгляд, считается целесообразным внести норму, регламентирующую правовой статус эмбриона, а также обеспечить его защиту уголовным законодательством.

Более детально правовое положение эмбриона регламентировано законодательством Казахстана как в Уголовном кодексе, так и в Законе «О здоровье народа и системе здравоохранения». Например, в Уголовном кодексе в ст. 129 «Клонирование человека» закреплено, что создание человеческих эмбрионов для целей биомедицинских исследований или использование человеческого эмбриона в коммерческих, военных или промышленных целях, а также вывоз половых клеток или человеческого эмбриона из Республики Казахстан в этих же целях уголовно наказуемо. Ранее нами уже отмечалось, что клонирование человека, в том числе с использованием эмбрионов, законодательно запрещено и в Российской Федерации, однако на уровне уголовного законодательства подобной нормы не установлено.

Положения о том, что человеческий эмбрион не может быть использован для коммерческих, военных и промышленных целей, а также вопросы, касающиеся вывоза из страны эмбрионов, установлены и в специальном законе Казахстана.

Своеобразным представляется опыт Узбекистана, поскольку правовое положение эмбрионов не закреплено ни в Уголовном законе, ни в специальном Законе «Об охране здоровья граждан».

Глава 4. Обоснованный профессиональный медицинский риск как обстоятельство, исключающее преступность деяния

§ 1. Обоснованный риск: общая характеристика и место в системе обстоятельств, исключающих преступность деяния

Республика Таджикистан	Российская Федерация
<p style="text-align: center;">Статья 44. Обоснованный риск</p> <p>1) Не является преступлением причинение вреда охраняемым настоящим Кодексом интересам при обоснованном риске для достижения общественно полезной цели.</p> <p>2) Риск признается обоснованным, если указанная цель не могла быть достигнута не связанными с риском действиями (бездействием) и лицо, допустившее риск, предприняло необходимые меры для предотвращения вреда охраняемым настоящим Кодексом интересам.</p> <p>3) Риск не признается обоснованным, если он заведомо был сопряжен с угрозой гибели людей,</p>	<p style="text-align: center;">УК РФ Статья 41. Обоснованный риск</p> <p>1). Не является преступлением причинение вреда охраняемым уголовным законом интересам при обоснованном риске для достижения общественно полезной цели.</p> <p>2). Риск признается обоснованным, если указанная цель не могла быть достигнута не связанными с риском действиями (бездействием) и лицо, допустившее риск, предприняло достаточные меры для предотвращения вреда охраняемым уголовным законом интересам.</p> <p>3). Риск не признается обоснованным, если он заведомо был</p>

экологической катастрофы или общественного бедствия.	сопряжен с угрозой для жизни многих людей, с угрозой экологической катастрофы или общественного бедствия.
--	---

Как в Таджикистане, так и в Российской Федерации уголовный закон обозначает обоснованный риск как одно из обстоятельств, исключающих преступность деяния. Категория «Обоснованный риск» носит фундаментальный характер, поэтом сравнительный анализ показывает, что формулировка, указанная в законе, аналогична.

Подобным образом ситуация складывается в Республике Казахстан, Уголовный кодекс которой содержит определение понятия «обоснованный риск» как обстоятельства, исключающего преступность деяния. В ходе проведения анализа нами не было выявлено отличительных признаков от закрепленных положений в уголовных законах Российской Федерации и Таджикистана.

Особого внимания заслуживает уголовное законодательство Республики Узбекистан, поскольку оно не содержит такой категории как «обоснованный риск». В Уголовном законе Узбекистана содержится ст. 41 «Оправданный профессиональный или хозяйственный риск», положения которой исключают преступность деяния в случае причинения вреда при указанном риске для достижения общественно полезной цели.

Приходим к выводу о том, что смысл понятия «оправданный профессиональный или хозяйственный риск» аналогичен понятию «обоснованный риск». В частности, определение таких категорий как «обоснованный» и «оправданный» в рассматриваемых законах закрепляются идентично. Обратим также внимание на то, что структура статьи Уголовного закона Узбекистана схожа со статьями, нашедшими отражение в законах Российской Федерации, Республики Таджикистан и Республики Казахстан.

**Глава 5. Наказание за ятрогенные посягательства на жизнь и здоровье
пациентов: проблемы теории и практики**

**§1. Цель и виды наказаний в контексте конструирования санкций
уголовно-правовых норм**

Республика Таджикистан	Российская Федерация
<p data-bbox="188 640 772 1059">- п. 2 ст. 46 «Понятие и цели наказания». Наказание применяется в целях восстановления социальной справедливости, а также исправления осужденного и предупреждения совершения новых преступлений.</p> <p data-bbox="264 1151 687 1184">- ст. 47 «Виды наказания»</p> <p data-bbox="264 1214 727 1247">Видами наказания являются:</p> <ul style="list-style-type: none"><li data-bbox="264 1279 416 1312">а) штраф;<li data-bbox="188 1344 772 1570">б) лишение права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью;<li data-bbox="188 1601 772 1827">в) пожизненное лишение права занимать определенные должности и / или заниматься определенной деятельностью;<li data-bbox="188 1859 772 2018">г) лишение воинских званий, дипломатических рангов, званий, специальных чинов,	<p data-bbox="801 640 1417 1059">- п. 2. ст. 43. «Понятие и цели наказания». Наказание применяется в целях восстановления социальной справедливости, а также в целях исправления осужденного и предупреждения совершения новых преступлений.</p> <p data-bbox="876 1151 1315 1184">- ст. 44. «Виды наказаний».</p> <p data-bbox="876 1214 1339 1247">Видами наказаний являются:</p> <ul style="list-style-type: none"><li data-bbox="876 1279 1027 1312">а) штраф;<li data-bbox="801 1344 1417 1570">б) лишение права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью;<li data-bbox="801 1601 1417 1827">в) лишение специального, воинского или почетного звания, классного чина и государственных наград;<li data-bbox="876 1859 1267 1892">г) обязательные работы;<li data-bbox="876 1924 1315 1957">д) исправительные работы;<li data-bbox="876 1989 1417 2022">е) ограничение по военной

<p>государственных наград и почетных званий Таджикистана;</p> <p>д) обязательные работы;</p> <p>е) исправительные работы;</p> <p>ж) ограничение по военной службе;</p> <p>з) ограничение свободы;</p> <p>и) содержание в дисциплинарной воинской части;</p> <p>к) конфискация имущества;</p> <p>л) лишение свободы;</p> <p>м) пожизненное лишение свободы;</p> <p>н) смертная казнь.</p>	<p>службе;</p> <p>з) ограничение свободы;</p> <p>з.1) принудительные работы;</p> <p>и) арест;</p> <p>к) содержание в дисциплинарной воинской части;</p> <p>л) лишение свободы на определенный срок;</p> <p>м) пожизненное лишение свободы;</p> <p>н) смертная казнь.</p>
--	--

При сравнительном анализе уголовно-правовых норм, касающихся цели и видов наказания, было отмечено, что в Уголовном кодексе Таджикистана отсутствует виды наказания «принудительные работы», «арест», в то время как в законодательстве Российской Федерации не содержатся «пожизненное лишение права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью», а также «конфискация имущества». Преследуемые цели назначения наказания являются тождественными.

Говоря об опыте Республики Казахстан и Республики Узбекистан, отметим, что нормы, закрепляющие виды наказаний, в большей степени схожи с приведенными выше. Однако в уголовном законодательстве указанных государств присутствует новый для Таджикистана и России вид наказания – обязательные общественные работы. Помимо этого, в Казахстане был исключен такой вид наказания как смертная казнь, в Узбекистане – арест (при этом наказание в виде смертной казни также отсутствует).

Сравнительно-правовой анализ ответственности за совершение правонарушений в сфере медицинской деятельности позволяет сделать вывод, что наиболее распространенными наказаниями в Республике Таджикистан являются: лишение права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью; обязательные и исправительные работы; ограничение и лишение свободы. Реже устанавливаются пожизненное лишение права занимать определенные должности и (или) заниматься определенной деятельностью, штрафы. В Российской Федерации чаще всего предусмотрено лишение права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью; обязательные и принудительные работы; ограничение и лишение свободы. Такие виды наказаний как штраф и исправительные работы встречаются в нормах нечасто. Стоит также отметить, что большинство наказаний применяются в сочетании с другими и являются альтернативными. Сроки наказаний варьируются, в уголовно-правовых нормах Таджикистана по преобладающему количеству составов преступлений они значительно больше, чем в Российской Федерации.

Таким образом: пробелы выявлены в уголовном регулировании незаконных действий с эмбрионом, незаконном прерывании беременности, донорстве органов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализ проблем уголовной ответственности за причинение вреда жизни и здоровью граждан предопределило наличие широкого комплекса исследовательских задач по изучению исторических аспектов формирования уголовного законодательства в медицинской сфере, вопросов, касающихся теоретико-методологических основ уголовной ответственности медицинских работников, проблем дифференциации преступлений, наносящих вред пациентам и выработки рекомендаций по их упорядочению и систематизации в уголовном законе. Последовательное решение обозначенных задач в рамках написания диссертационного исследования привело нас к следующим концептуальным выводам и положениям.

1. Рассмотрение института уголовной ответственности медицинских работников через призму его исторического становления позволило выявить, что в основе формирования отечественного уголовного законодательства находятся различные факторы, среди которых система оказания медицинской помощи населению, социально-экономическое положение государства, демографическое состояние общества, а также иные факторы, которые могли способствовать криминализации деяний медицинских работников в процессе осуществления ими лечебной и профилактической деятельности. В этой связи в периодизацию развития института уголовной ответственности медицинских работников можно включить следующие этапы:

I период (X-XV вв.) в развитии института уголовной ответственности медицинских работников приходится на начальный этап в складывании российской государственности. Существование Древнерусского государства еще не предполагало полноценной сформированности правового регулирования в отдельных сферах общественной жизни. При этом в сфере медицины существовало три основные формы оказания медицинской помощи: монастырской медицины, светской (городской) медицины и народной медицины.

Отдельные из них в определённой степени получили регламентацию в Русской Правде, «Церковном Уставе» Владимира Святославовича, Судебнике 1497 г.

II период (XVI-XVIII вв.) может быть ознаменован активным формированием централизованного российского государства, а также наметившейся тенденцией усиления государственного влияния на вопросы организации и регламентации оказания медицинской помощи, приобретения преобладающего значения светской медициной. Исполнение профессионального долга врачами и ответственность за его нарушение стали прослеживаться в положениях Судебника 1597 г., а затем Воинского Устава 1716 г. Важной чертой рассматриваемого периода является то, что профессиональные медицинские нарушения стали постепенно приобретать статус уголовно наказуемых.

III период (XIX - начало XX вв.) характеризуется активным реформированием системы законодательства, появлением различных уставов. Утверждение Врачебного устава 1857 года и базировавшихся на его основе должностных инструкций медицинских работников позволило придать правовой характер земской медицине, закрепить требования к положению медицинских работников и качеству оказываемой ими медицинской помощи. Врачебным уставом 1857 г. медицинские работники стали определяться в качестве должностных лиц, что способствовало распространению на них норм о служебных преступлениях. В начале XX века уголовная ответственность медицинских работников за профессиональные преступления получила определённую систематизацию за счёт появления Уложения 1903 г.

IV период (с 1917 по 1991 гг.) отражает активную роль советского государства в обеспечении системы здравоохранения. Система здравоохранения составляла важнейшую часть проводимой государством политики, что выразилось в появлении больниц, предоставляющих бесплатную квалифицированную медицинскую помощь. В системе здравоохранения в период партийного руководства страной произошли качественные организационно-правовые изменения, однако Уголовные кодексы РСФСР 1922 и 1926 годов не

отличались наличием специальных норм, устанавливающих ответственность медицинских работников, предусматривали весьма условное разделение преступлений на должностные и профессиональные. Лишь с принятием УК РСФСР 1960 г. наметилась постепенная дифференциация профессиональных и должностных преступлений медицинских работников, были введены наказания за разглашение врачебной тайны и получение незаконного вознаграждения от пациентов.

V период (с 1991 г. по настоящее время) ознаменован экономическими преобразованиями в жизни российского государства, а именно формированием рыночных механизмов в экономике. Это предопределяло и социальные изменения, затронувшие в том числе сферу здравоохранения. Появление частной системы здравоохранения не позволило решить все насущные проблемы в медицинской отрасли, однако так или иначе сказалось на условиях и качестве оказания медицинской помощи. Эти факторы объективным образом определили необходимость в упорядочивании и систематизации правовых норм в медицинской деятельности, в частности, затрагивающих профессиональные преступления медицинских работников. Принятие УК РФ 1996 г.⁴²⁰ не привело к обособлению норм в рассматриваемой области, что вызывает трудности при выявлении преступлений, наносящих вред жизни и здоровью пациентов. [30–А]

2. Понятийный аппарат законодателя в части содержательной стороны таких дефиниций как «медицинская деятельность» и «медицинский работник» нуждается в совершенствовании путем отграничения их от смежных категорий и уточнения объема. В частности, медицинская деятельность не тождественна по кругу субъектов и содержанию понятию «медицинская помощь», а последняя не может приравниваться к медицинской услуге, вследствие отсутствия у нее гражданско-правовой природы, предполагающей реализацию принципов возмездности и свободы договора. Мы полагаем, что соответствующая деятельность может быть детерминирована как профессиональная, в связи с тем,

⁴²⁰ Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 № 63-ФЗ (ред. от 04.08.2023) // Собрание законодательства РФ. 1996. № 25. ст. 2954.

что основным ее целевым назначением является восстановление здоровья и реабилитация пациента, что осуществимо только лицами, имеющими специальное образование должного уровня. Содержательно медицинская деятельность включает в себя не только диагностику и лечение, но и производство экспертиз, профилактических мероприятий, трансплантацию органов и тканей и т.д.

В свою очередь содержание термина «медицинская помощь» является более широким и содержит в себе и компонент, связанный с непрофессиональной помощью. Поэтому важно отделить компонент, связанный с компетенцией, который осуществляется только квалифицированным медицинским персоналом, обладающими конкретными квалификационными способностями. В этом случае можно выделить две формы помощи: врачебную поддержку на бюджетной основе, а также предоставить коммерческие медицинские услуги на условиях, которые были согласованы обеими сторонами, с учетом предписаний законодательства. В этом случае предоставление врачебной поддержки остается за границами гражданской и законодательной регламентации, ибо оно зависимо от лицензионных установок и стандартизации.

Важным считается легализация термина «медицинский служащий» в отраслевом законе, где необходимо отмечать лицо с необходимым медицинским образованием, который состоит в трудовых соглашениях с медицинским учреждением, и, который осуществляет профессиональную врачебную деятельность или независимого бизнесмена, который занимается определенной деятельностью на возмездном начале. [25–А]

3. Исходя из общетеоретического понимания юридической ответственности, можно констатировать, что таковая в сфере медицинской деятельности является одной из форм государственного принуждения и заключается в наложении на медицинского работника обязанности претерпеть определенные ограничения личного и имущественного характера как следствие совершенного им деликта. Она ретроспективна, поскольку наступает за совершение профессионального деяния, повлекшего ятрогенные последствия для жизни и здоровья пациента, а

также причинившего вред иным охраняемым законом общественным отношениям, складывающимся в сфере здравоохранения. Особенности в данном случае имеет субъект ответственности, в качестве которого выступает либо лицо, имеющее статус медицинского работника, либо медицинская организация. Формы ответственности варьируются от гражданско-правового и административного деликтов, до преступления.

4. Мы предлагаем классификацию преступных деяний, совершаемых медицинскими работниками по субъектному признаку, а именно: преступления против жизни и здоровья пациентов; не ятрогенные преступления против жизни и здоровья и служебные преступления в соответствующей сфере деятельности.

5. В результате проведенного исследования предлагаем интегрировать в понятийный аппарат законодателя и в научный оборот термин «криминальная ятрогения», которым обозначаем преступные деяния медицинских работников против жизни и здоровья пациентов, совершенные с неосторожной формой вины. Механизм ятрогенного посягательства схематично может быть представлен в следующем виде: правоотношения между медицинским работником и пациентом, возникающие при оказании медицинской помощи

→ непосредственное оказание профессиональной медицинской помощи в виде диагностики, лечения или реабилитации → нарушение установленных правил и стандартов профессиональной деятельности → ятрогенные уголовно-наказуемые последствия в виде причинения вреда жизни или здоровью пациента.

[1–А]

6. Криминальные ятрогении относятся к числу двухобъектных преступлений. Так, следуя аксиологической теории объекта преступного посягательства, можно утверждать, что таковыми являются не только права человека на жизнь и охрану здоровья, но и общественные отношения, направленные на соблюдение установленных правил оказания медицинской помощи.

Исследование временных границ реализации права на жизнь с медико-правовых позиций позволило утверждать, что таковым должен наделяться

эмбрион человека в силу наличия у него таких признаков как: физиологическая жизнь с момента зачатия; индивидуальность, уникальность и возможность развития его тканей; отсутствие у эмбриона свойств объекта права собственности. В этой связи актуализируется острая практическая проблема криминализации незаконных медицинских манипуляций с эмбрионом. [7–А]

7. Ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей является квалифицирующим признаком деяний, предусмотренных ч. 2 ст. 109 УК РФ, ч. 2 ст. 118 УК РФ, ч. 4 ст. 122 УК РФ, при условии, что таковое повлекло за собой ятрогенные последствия в виде смерти, тяжкого вреда здоровью или заражения пациента ВИЧ-инфекцией. В этой связи предлагается оперировать термином «дефект оказания медицинской помощи», который обозначает профессиональный деликт, повлекший криминальные последствия, обозначенные выше.

8. Заражение ВИЧ-инфекцией рассматривается как последствие криминальной ятрогении, сопоставимое с тяжким вредом здоровью, поскольку данное хроническое заболевание при отсутствии эффективных методик его лечения приводит к смерти больного. По сути – это поставление пациента в опасное состояние, выражающееся в нарушении функционирования жизненно важных органов при отсутствии у них компенсаторной функции, что с неизбежностью влечет за собой смерть.

9. Наличие общих квалифицирующих признаков в составах преступлений, предусмотренных ч. 2 ст. 109 УК РФ, ч. 2 ст. 118 УК РФ, ч. 4 ст. 122 УК РФ, дает основание для их обособления от общеуголовных преступлений в рамках самостоятельной главы уголовного закона. В качестве варианта такового предлагается ввести в систему особенной части УК РФ главу 16.1 «Преступления медицинских работников против жизни и здоровья пациентов» в рамках Раздела VII УК РФ «Преступления против личности», сформулировав признаки соответствующих преступлений в ст. 125.1, например, следующим образом:

1. Ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей медицинским работником, причинившие по неосторожности тяжкий вред здоровью пациента, а также заражение ВИЧ-инфекцией –

наказывается ...

2. То же деяние, повлекшее по неосторожности смерть пациента –

наказывается ...[10–А]

10. Действующая формулировка диспозиции ч. 1 ст. 124 УК РФ нуждается в детализации видов помощи, неоказание которой больному влечет за собой уголовную ответственность. Полагаем, что речь идет о первой и медицинской помощи, что в свою очередь влечет за собой разграничение субъектов, обязанных их оказывать. Анализ нормативных актов и следственно-судебной практики позволяет утверждать, что составы преступлений, предусмотренных ст. 124 УК РФ применяются как специальные по отношению к профессиональной медицинской деятельности, иные случаи неоказания помощи укладываются в нормативные границы реализации положений ст. 125 УК РФ.

Как вид криминальной ятрогении неоказание помощи больному характеризуется следующей совокупностью признаков: неисполнением профессиональных обязанностей медицинским работником, которое совершается путем бездействия; наступлением вредных последствий в виде тяжкого вреда здоровью или смерти больного, наличием социально-обусловленной причинной связи между бездействием медицинского работника и наступлением указанных вредных последствий; отсутствием уважительных причин неоказания медицинской помощи; неосторожной формой вины.

Неисполнение обязанности по оказанию медицинской помощи представляет собой бездействие лица, имеющего статус медицинского работника, в силу которого оно несет обязанность оказания определенного вида медицинской помощи в соответствии с уровнем полученного образования, квалификацией и выполняемой трудовой функцией.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРАКТИЧЕСКОМУ ИСПОЛЬЗОВАНИЮ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. С учетом названных детерминирующих признаков ятрогенного бездействия, предлагается следующая редакция статьи уголовного закона, предусматривающей ответственность за неоказание медицинской помощи больному: **[40–А]**

125.2 Неисполнение профессиональных обязанностей медицинским работником

1. Неоказание медицинской помощи больному без уважительных причин медицинским работником, который был обязан и имел возможность оказать такую помощь, если это повлекло по неосторожности причинение тяжкого вреда здоровью больного, -

наказывается ...

2. То же деяние, повлекшее по неосторожности смерть больного, -

наказывается ...

2. Делается вывод о необходимости изменения законодательства в области трансплантологии и донорства.

Состав преступления, предусмотренного ст. 120 УК РФ, не относится к профессиональным преступлениям медицинских работников, по следующим причинам: 1) в диспозиции ч. 1 ст. 120 УК РФ медицинский работник не выделен в качестве специального субъекта преступления; 2) вред, причиняемый здоровью человека, не является следствием ненадлежащего исполнения или неисполнения медицинским работником своих профессиональных обязанностей по диагностике, лечению и профилактике заболеваний; 3) принуждение к изъятию органов и тканей человека относится к числу умышленных преступлений, что отличает его от деяний, которые мы предлагаем закрепить в ст. 125.1 УК РФ. Однако рассматриваемое преступление совершается преимущественно в сфере медицинской деятельности.

Анализ составов преступлений, предусмотренных ст. 120 УК РФ, позволил внести ряд предложений по уточнению и дополнению положений уголовно-процессуального закона с целью их более четкого технико-юридического оформления, а именно: 1) изменить название статьи 120 «Принуждение лица к даче согласия на изъятие органов и тканей для трансплантации»;

2) уточнить диспозицию части 1 названной статьи как в части предмета преступления, так и в части формулировки объективной стороны: «принуждение лица к даче согласия на изъятие органов и тканей для трансплантации, а также репродуктивных органов и тканей, физиологических жидкостей»;

3) обособить состав преступления, по которому потерпевшим является медицинский работник в ч. 1.1. ст. 120 УК РФ в следующей формулировке: «Принуждение медицинского работника, к проведению операции по изъятию органов или тканей человека для трансплантации, а также репродуктивных органов и тканей, физиологических жидкостей, совершенное с применением насилия либо с угрозой его применения, -наказывается...».

4) дополнить квалифицированный состав принуждения к донорству (ч. 2 ст. 120 УК РФ) еще одним пунктом – совершение преступления в соучастии, т.е. «группой лиц, группой лиц по предварительному сговору или организованной группой».

3. Преступление в сфере трансплантологии в силу специфики объективной стороны, на наш взгляд, необходимо обособить в рамках ст. 125.3 УК РФ, которая может быть изложена в следующей редакции:

«Нарушение установленного законом порядка изъятия органов, тканей и физиологических жидкостей человека

1. Нарушение установленного законом порядка изъятия органов, тканей и физиологических жидкостей человека, либо порядка и условий трансплантации, повлекшее по неосторожности причинение тяжкого вреда здоровью донора или реципиента,

Наказывается ...

2. То же деяние, если оно повлекло по неосторожности смерть донора или реципиента,

Наказывается ...

4. Незаконное проведение искусственного прерывания беременности относится к числу социально значимых. Анализ действующей редакции ст. 123 УК РФ позволяет констатировать необходимость ее адаптации как к динамически развивающемуся законодательству в области здравоохранения, так и к потребностям социальной политики государства, направленной на повышение рождаемости, а также усиление гарантий охраны материнства и детства. В этой связи представляется целесообразным расширить сферу применения положений ст. 123 УК РФ как по кругу субъектов, привлекаемых к ответственности, так и по количеству деяний, формирующих объективную сторону основного и квалифицированных составов преступлений, изложив ее в следующей редакции:

[50–А]

«Незаконное проведение искусственного прерывания беременности

1. Выполнение аборт неквалифицированными лицами, не имеющими соответствующих медицинских сертификатов в сфере акушерства и гинекологии, или вне медицинского учреждения, специализирующейся на проведения врачебной деятельности, в частности проведение работ и услуг по гинекологии, а также превышение установленных законом сроков для аборта и его выполнение в случаях, когда это может быть опасно для жизни или здоровья,

наказывается...

2. То же деяние, совершенное без согласия беременной женщины, либо с целью использования тканей эмбриона -

наказывается...

3. Деяние, предусмотренное частями первой или второй настоящей статьи, повлекшее по неосторожности смерть потерпевшей либо причинение тяжкого вреда ее здоровью, -

наказывается...». **[23–А]**

4. В последние годы для целей медицинской науки все чаще используются эмбрионы человека, что вызывает не только морально-этические, но и правовые проблемы. В пределах обозначенного вопроса находятся репродуктивные права, охрана жизни плода, а также его правовой статус.

При наличии пробелов и противоречий в действующем законодательстве, регламентирующем репродуктивную сферу, представляется, что правовой статус эмбриона имеет двойственную природу, в зависимости от того, развивается ли он *in vivo* и *in vitro*. В первом случае юридическая судьба эмбриона в настоящее время неотделима от охраны и защиты прав беременной женщины, при этом пределы реализации права эмбриона на жизнь определяются законодательно путем установления срока для возможного прерывания беременности. Во втором – эмбрион нуждается в самостоятельной правовой защите, в том числе и средствами уголовного права с учетом возможности совершения в отношении него таких незаконных действий как: 1) создание эмбрионов и последующее проведение исследований при отсутствии показаний к применению ЭКО; 2) нарушение установленного законом порядка проведения ЭКО (такие нарушения могут иметь место на всех этапах ВРТ: организации, получения биологического материала (яйцеклеток), оплодотворения, подсадки эмбрионов, их использование в коммерческом обороте; 3) использование эмбриона в трансплантологии.

5. Самостоятельную законодательную проблему в рамках института обстоятельств, исключаящих преступность деяния, формирует обоснованный риск, который характеризуется: 1) общественно-полезной целью, которая является конкретной и реально достижимой; 2) совершением деяния в условиях наличия альтернативы выбора того или иного варианта поведения, за исключением случаев, когда действия лица имеют вынужденный характер; 3) подготовленностью рискованных действий, которая обеспечивает исключение или минимизацию возможных негативных последствий деяния путем принятия достаточных мер к их предотвращению; 4) последствиями в виде причинения вреда жизни и здоровью пациента. Мы полагаем, что обоснованный риск

представляет собой действие медицинского работника с позитивным целеполаганием в рамках профессиональной деятельности при наличии альтернативного варианта поведения, последствием которого явилось причинение вреда жизни или здоровью пациента. [8–А]

С точки зрения содержания медицинской деятельности таковой представляет собой действие компетентного лица, выразившееся во вмешательстве в функционирование организма человека, направленное на спасение жизни, восстановление здоровья больного, а также совершенное с целью дальнейшего развития медицинской науки и практики, с учетом вероятности положительных результатов или негативных осложнений. В зависимости от поставленной общественно-полезной цели вмешательство в функционирование человеческого организма, сопряженное с наличием риска, может быть двух видов: новаторское (медицинский эксперимент) и лечебное (диагностика и лечение различных заболеваний во всех сферах медицинской практики).

Специфическими условиями правомерности медицинского риска являются: наличие реальной угрозы жизни или здоровью пациента при отсутствии других альтернативных методов лечения; наличие объективно подтвержденных медицинской наукой и практикой положительных и отрицательных результатов манипуляций при условии соблюдения протокола лечения заболевания и принятия компетентным лицом всего комплекса мер по минимизации медицинских рисков.

С учетом изложенного, положения ст. 41 УК РФ необходимо дополнить специфическим условием правомерности медицинского риска – наличием согласия пациента на медицинское вмешательство, изложив его в части 4 следующего содержания: «В ситуации медицинского риска, необходимо получение добровольного информированного согласия лица либо его законного представителя на медицинское вмешательство, за исключением случаев, когда оно осуществляется по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека».

6. Пенитенциарная цель достигается множеством способов, основным из которых является варьирование меры уголовной ответственности в зависимости от опасности совершенного деяния и личности субъекта преступления, что отражается в санкциях норм Особенной части УК РФ. Следует акцентировать внимание на том факте, что не сами санкции определяют тяжесть совершенного, а являются ее отражением, что обеспечивает не только дифференциацию, но и индивидуализацию наказания. Думается, что ятрогенные посягательства должны быть наказуемы с учетом нескольких принципиальных положений:

- исключение лишней вариативности согласно требований законодательства некоторых форм наказаний, где наказание за совершение преступного деяния небольшой и средней тяжести, в частности в которых объектом преступления считается нанесение жизни и здоровья людей вреда, необходимо чтобы они содержали самое главное такие наказания, которые не приравнены с ограничением свободы;

- главные и квалифицированные составы должны быть наказуемы согласно действующей санкции за главный состав преступного деяния; в квалифицированных составах преступных деяний формы наказания должны быть сохранены или изменены, которые в последствии должны уголовную ответственность ужесточить, а санкции должны быть пропорциональны: индивидуализированы в границах единственной категории преступлений и разделены за преступления разных категорий;

- применение правила сложения при конструировании квалифицированных составов.

7. Сравнительно-правовой анализ (уголовное законодательство Республики Таджикистан) показал, что отсутствие легального дефинитивного аппарата существенно затрудняет правоприменение. Все преступные деяния медицинских работников предлагается разделить на преступления против личности и преступления против здоровья населения.

За неоказание помощи больному, повлекшему вред средней тяжести в Республике Таджикистан, наблюдается более жесткое назначение наказания.

Вопрос донорства обозначен в уголовном законодательстве косвенно, в этой связи, полагаем ввести норму «понуждение к донорству».

УК РТ содержит норму о понуждении женщины к совершению аборта, которое наказывается исправительными работами или лишением свободы.

Уголовный Кодекс обоих государств не содержит нормы о незаконных действиях с эмбрионом. На наш взгляд, считаем целесообразным ввести норму, регламентирующую правовой статус эмбриона, а также обеспечить его защиту уголовным законодательством.

При сравнительном анализе уголовно-правовых норм, касающихся цели и видов наказания, было отмечено, что в Уголовном кодексе Таджикистана отсутствует виды наказания «принудительные работы» и «арест», в то же время в законодательстве Российской Федерации не содержатся «пожизненное лишение права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью», а также «конфискация имущества».

Наиболее распространенными наказаниями в Республике Таджикистан являются: лишение права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью, обязательные и исправительные работы, ограничение и лишение свободы. Реже устанавливаются пожизненное лишение права занимать определенные должности и (или) заниматься определенной деятельностью, штрафы.

Таким образом, пробелы выявлены в уголовном регулировании незаконных действий с эмбрионом, незаконном прерывании беременности, донорстве органов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

I. Нормативные правовые акты и официальные документы

1. Конституция Российской Федерации: принята всенародным голосованием 12.12.1993 г. (с учетом поправок, внесенных Законами РФ о поправках к Конституции РФ от 30.12.2008 № 6-ФКЗ, от 30.12.2008 № 7-ФКЗ, от 05.02.2014 № 2-ФКЗ, от 21.07.2014 № 11-ФКЗ, от 14.03.2020 № 1-ФКЗ, от 04.10.2022 № 8-ФКЗ) // [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.consultant.ru/> (дата обращения: 06.10.2022).
2. Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах: принят резолюцией 2200 (XXI) ГА ООН от 16.12.1966[Текст] // Ведомости Верховного Совета СССР. 1976. № 17. Ст. 291.
3. Декларация прав ребенка, принятая Резолюцией 1386 (XIV) Генеральной Ассамблеи ООН от 20 ноября 1959 г. [Текст] // Права ребенка: Основные международные документы. – М., 2002. – 944 с.
4. Конвенция о правах ребенка. Одобрена Генеральной Ассамблеей ООН 20.11.1989 г. [Текст] // Права ребенка: Основные международные документы. – М., 2002. – 944 с.
5. Международная конвенция о ликвидации всех форм расовой дискриминации: принята Резолюцией N 2106 (XX) ГА ООН от 21.12.1965[Текст] // Ведомости Верховного Совета СССР. – 1969. – № 25. – Ст. 219.
6. Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин: принята Резолюцией 34/180 Генеральной Ассамблеи ООН от 18.12.1979[Текст] // Ведомости Верховного Совета СССР. 1982. № 25. Ст. 464.
7. Конвенция о защите прав человека и достоинства человеческого существа в связи с использованием достижений биологии и медицины: Конвенция о правах человека и биомедицине. Овьедо, 4 апреля. 1997 г. [Текст] // Международные акты о правах человека: Сборник документов. – М., 2002. – 944 с.
8. Союзная конституция Швейцарской Конфедерации от 18 апреля 1999 г. [Электронный ресурс]. – Режим доступа:

http://www.concourt.am/armenian/legal_resources/world_constitutions/constit/swiss/swiss--r.htm (дата обращения: 10.08.2023).

9. Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 № 63-ФЗ (ред. от 04.08.2023 г.) [Текст] // Собрание законодательства РФ. – 1996. – № 25. – Ст. 2954.

10. Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации от 18.12.2001 № 174-ФЗ / (ред. от 04.08.2023 г.) [Текст] // Собрание законодательства РФ. – 2001. – № 52 (ч. I). – Ст. 4921;

11. Гражданский кодекс Российской Федерации (часть первая) от 30.11.1994 № 14-ФЗ (ред. от 24.07.2023 г.) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.consultant.ru> (дата обращения: 06.10.2022).

12. Гражданский кодекс Российской Федерации (часть вторая) от 26.01.1996 N 14-ФЗ (ред. от 24.07.2023 г.) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.consultant.ru> (дата обращения: 06.10.2022).

13. Гражданский кодекс Российской Федерации (часть четвертая) от 18.12.2006 № 230-ФЗ (ред. от 13.06.2023 г.) (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2018) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.consultant.ru> (дата обращения: 06.10.2022).

14. Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях от 30.12.2001 № 195-ФЗ (ред. от 04.08.2023 г.) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.consultant.ru> (дата обращения: 06.10.2022).

15. Трудовой кодекс Российской Федерации от 30.12.2001 № 197-ФЗ (ред. от 04.08.2023 г.) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.consultant.ru> (дата обращения: 06.10.2022).

16. Уголовный кодекс Украины от 5 апреля 2001 г. (ред. от 21.03.2021) // Веб-версия ИПС «Законодательство стран СНГ» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://base.spinform.ru/show_doc.fwx?rgn=8679 (дата обращения: 22.11.2022).

17. Уголовный кодекс Республики Армения от 29 апреля 2003 г. N ЗР-528 (ред. от 24.12.2021) // Веб-версия ИПС «Законодательство стран СНГ»

[Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://base.spinform.ru/show_doc.fwx?rgn=7472 (дата обращения: 06.10.2022).

18. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 24.07.2023) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.consultant.ru> (дата обращения: 10.08.2023).

19. О защите населения и территорий от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера: Федеральный закон от 21.12.1994 № 68-ФЗ (ред. от 14.04.2023) // Собрание законодательства РФ. 1994. № 35. Ст. 3648.

20. О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации: Федеральный закон от 29.12.2015 № 389-ФЗ [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.consultant.ru> (дата обращения: 11.08.2023).

21. О внесении изменений в Уголовный кодекс Российской Федерации и отдельные законодательные акты Российской Федерации: Федеральный закон от 07.12.2011 № 420-ФЗ (ред. от 03.07.2016) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.consultant.ru> (дата обращения: 11.08.2023).

22. О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с введением в действие положений Уголовного кодекса Российской Федерации и Уголовно-исполнительного кодекса Российской Федерации о наказании в виде ограничения свободы: Федеральный закон от 27.12.2009 № 377-ФЗ (ред. от 07.12.2011) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.consultant.ru> (дата обращения: 11.08.2023).

23. О внесении изменений в статью 54 Уголовного кодекса Российской Федерации и статьи 69 и 72 Уголовно-исполнительного кодекса Российской Федерации: Федеральный закон от 24.11.2014 № 371-ФЗ [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.consultant.ru> (дата обращения: 11.08.2023).

24. О лицензировании отдельных видов деятельности: Федеральный закон от 04.05.2011 № 99-ФЗ (ред. от 29.12.2022) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.consultant.ru> (дата обращения: 11.08.2023).

25. О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции): Федеральный закон от 30.03.1995 № 38-ФЗ (ред. от 14.07.2022) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.consultant.ru> (дата обращения: 11.08.2023).
26. О трансплантации органов и (или) тканей человека: Закон РФ от 22.12.1992 № 4180-1 (ред. от 01.05.2022) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.consultant.ru> (дата обращения: 11.08.2023).
27. О таможенном регулировании в Российской Федерации: Федеральный закон от 27.11.2010 № 311-ФЗ (ред. от 24.02.2021) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.consultant.ru> (дата обращения: 11.08.2023).
28. О ведомственной охране: Федеральный закон от 14.04.1999 № 77-ФЗ (ред. от 04.08.2023) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.consultant.ru> (дата обращения: 11.08.2023).
29. Об органах принудительного исполнения Российской Федерации: Федеральный закон от 21.07.1997 № 118-ФЗ (ред. от 21.12.2021) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.consultant.ru> (дата обращения: 11.08.2023).
30. О войсках национальной гвардии Российской Федерации: Федеральный закон от 03.07.2016 № 226-ФЗ (ред. от 04.08.2023) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.consultant.ru> (дата обращения: 11.08.2023).
31. О полиции: Федеральный закон от 07.02.2011 № 3-ФЗ (ред. от 06.02.2023) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.consultant.ru> (дата обращения: 11.08.2023).
32. О донорстве крови и ее компонентов: Федеральный закон от 20.07.2012 № 125-ФЗ (ред. от 28.06.2023) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.consultant.ru> (дата обращения: 11.08.2023).
33. О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года: Указ Президента РФ от 21.07.2020 № 474 // Собрание законодательства РФ. 2020. № 30. ст. 4884.

34. О мониторинге правоприменения в Российской Федерации: Указ Президента РФ от 20.05.2011 № 657 (ред. от 06.02.2023) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.consultant.ru> (дата обращения: 10.08.2023).

35. Об утверждении Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года: Указ Президента РФ от 09.10.2007 № 1351 (ред. от 01.07.2014) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.consultant.ru> (дата обращения: 10.08.2023).

36. О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации (вместе с «Положением о лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)»): Постановление Правительства РФ от 01.06.2021 № 852 (ред. от 16.02.2022) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.consultant.ru> (дата обращения: 11.08.2023).

37. Об утверждении Правил поведения, обязательных для исполнения гражданами и организациями, при введении режима повышенной готовности или чрезвычайной ситуации: Постановление Правительства РФ от 02.04.2020 № 417 // Собрание законодательства РФ. – 2020. – № 15 (часть IV). – Ст. 2274.

38. О социальном показании для искусственного прерывания беременности: Постановление Правительства РФ от 06.02.2012 № 98 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.consultant.ru> (дата обращения: 11.08.2023).

39. Об утверждении Номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников: Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1183н (ред. от 04.09.2020) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.consultant.ru> (дата обращения: 11.08.2023).

40. Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности: Приказ Минздравсоцразвития РФ от 03.12.2007 № 736 (ред. от 27.12.2011) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.consultant.ru> (дата обращения: 11.08.2023).

41. О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению: Приказ Минздрава России от 31.07.2020 № 803н [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.consultant.ru> (дата обращения: 11.08.2023).

42. Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи: Приказ Минздрава России от 20.06.2013 № 388н (ред. от 21.02.2020) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.consultant.ru> (дата обращения: 11.08.2023).

43. Об утверждении Положения о лицензировании фармацевтической деятельности: Постановление Правительства РФ от 31.03.2023 № 547 (ред. от 03.08.2023) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.consultant.ru> (дата обращения: 11.08.2023).

44. О медицинских критериях рождения, форме документа о рождении и порядке его выдачи: Приказ Минздравсоцразвития России от 27.12.2011 № 1687н (ред. от 13.10.2021) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.consultant.ru> (дата обращения: 11.08.2023).

45. Об утверждении перечня состояний, при которых оказывается первая помощь, и перечня мероприятий по оказанию первой помощи: Приказ Минздравсоцразвития России от 04.05.2012 № 477н (ред. от 07.11.2012) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.consultant.ru> (дата обращения: 11.08.2023).

46. Правила определения момента смерти человека, в том числе критериев и процедуры установления смерти человека, Правила прекращения реанимационных мероприятий и формы протокола установления смерти

человека: Утверждены Постановлением Правительства РФ от 20 сентября 2012 г. № 950[Текст] // Собрание законодательства РФ. – 2012. – № 39. – Ст. 5289.

47. Об утверждении Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека: Постановление Правительства РФ от 17.08.2007 № 522 (ред. от 17.11.2011) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.consultant.ru> (дата обращения: 11.08.2023).

48. Об утверждении Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека: Приказ Минздравсоцразвития РФ от 24.04.2008 № 194н (ред. от 18.01.2012) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.consultant.ru> (дата обращения: 11.08.2023).

49. Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «хирургия (трансплантация органов и (или) тканей человека)»: Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 октября 2012 г. № 567н (ред. от 12.12.2018) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.consultant.ru> (дата обращения: 11.08.2023).

50. Об утверждении Порядка учета донорских органов и тканей человека, доноров органов и тканей, пациентов (реципиентов), форм медицинской документации и формы статистической отчетности в целях осуществления учета донорских органов и тканей человека, доноров органов и тканей, пациентов (реципиентов) и порядка их заполнения: Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 8 июня 2016 г. № 355н [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.consultant.ru> (дата обращения: 11.08.2023).

51. Об утверждении перечня объектов трансплантации: Приказ Минздрава России № 306н, РАН № 3 от 04.06.2015г. (ред. от 27.10.2020) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.consultant.ru> (дата обращения: 11.08.2023).

52. Об отказе в принятии к рассмотрению жалобы гражданина Шевченко А.А. на нарушение его конституционных прав абзацем вторым п. 2 ст. 1083 и абзацем вторым ст. 1100 ГК РФ: Определение Конституционного Суда РФ от 19

мая 2009 г. № 816-О-О [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.consultant.ru> (дата обращения: 11.08.2023).

53. Об отказе в принятии к рассмотрению жалобы гражданки Райм А.А. на нарушение ее конституционных прав положениями ст. 1064 ГК РФ: Определение Конституционного Суда РФ от 4 октября 2012 г. № 1833-О [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.consultant.ru> (дата обращения: 11.08.2023).

54. О введении в действие Уголовного Кодекса Р.С.Ф.С.Р.» (вместе с «Уголовным Кодексом Р.С.Ф.С.Р.»): постановление ВЦИК от 01.06.1922 (утратил силу) // СУ РСФСР. 1922. № 15. ст. 153.

55. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2022 году[Текст]: Государственный доклад. – М.: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2023. – С. 200.

56. Обзор обращений граждан и организаций, поступивших в Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения, в январе 2023 года [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://roszdravnadzor.gov.ru/feedbackbutton/documents/81656> (дата обращения: 10.08.2023).

II. Монографии, учебники, учебные пособия

57. Авдийский, В.И. Риски хозяйствующих субъектов: теоретические основы, методология анализа, прогнозирования и управления Учебное пособие[Текст] / В.И. Авдийский. – М.: Альфа-М; ИНФРА-М, 2013. – 368 с.

58. Авдийский, В.И., Букалерева, Л.А. Криминология и предупреждение преступлений: Учебник[Текст] / В.И. Авдийский, Л.А. Букалерева. – М., 2021. – 301с.

59. Альгин, А.П. Риск и его роль в общественной жизни[Текст] / А.П. Альгин. – М.: Мысль, 1989. – 188с.

60. Арямов, А.А. Общая теория риска (юридический, экономический и психологический анализ): Монография[Текст] / А.А. Арямов. – М.: Российская академия правосудия, 2009. – 172 с.
61. Астемиров, З.А. Проблемы теории уголовной ответственности и наказания[Текст] / З.А. Астемиров. – Махачкала: Изд-во Даг. ун-та, 2000. – 91с.
62. Балло, А.М. Права пациентов и ответственность медицинских работников за причиненный вред[Текст] / А.М. Балло, А.А. Балло. – СПб.: Издательство «БИС», 2001. – 374 с.
63. Беккариа, Ч. О преступлениях и наказаниях[Текст] / Ч. Беккариа. – М.: Юридическое издательство НКЮ СССР, 1939. – 464 с.
64. Бердичевский, Ф.Ю. Уголовная ответственность медицинского персонала за нарушение профессиональных обязанностей[Текст] / Ф.Ю. Бердичевский. – М.: Юрид. лит., 1970. – 128 с.
65. Биомедицинское право в России и за рубежом: Монография[Текст]. – М.: Проспект, 2015. – 364 с.
66. Блинников, В.А. Обстоятельства, исключаящие преступность деяния, в уголовном праве России[Текст] / В.А. Блинников. – М: Юрлитинформ, 2014. – 216 с.
67. Бойко, А.И. Преступное бездействие[Текст] / А.И. Бойко. – СПб.: Юридический центр «Пресс», 2003. – 320 с.
68. Браинин, Я.М. Уголовная ответственность и ее основание в советском уголовном праве[Текст] / Я.М. Браинин. – М.: Госюриздат, 1963. – 275 с.
69. Братановский, С.Н., Кизилов, В.В. Правовое регулирование организации и деятельности медицинских учреждений в России[Текст] / С.Н. Братановский, В.В. Кизилов. – Саратов: Изд-во Саратов. ун-та, 2005. – 112 с.
70. Винокуров, В.Н. Объект преступления[Текст] / В.Н. Винокуров. – М.: Юрлитинформ, 2015. – 224 с.
71. Владимирский-Буданов, М.Ф. Обзор истории русского права[Текст] / М.Ф. Владимирский-Буданов. – Ростов-на-Дону: Феникс, 1995. – 640 с.

72. Галюкова, М.И. Особенности уголовной ответственности медицинских работников за причинение вреда здоровью человека: Учебное пособие[Текст] / М.И. Галюкова. – Омск: Омская академия МВД России, 2008. – 55 с.
73. Глистин, В.К. Проблема уголовно-правовой охраны общественных отношений (объект и квалификация преступлений) [Текст] / В.К. Глистин. – Л.: Изд-во Ленингр. ун-та, 1979. – 127 с.
74. Горелик, И.И. Правовые аспекты пересадки органов и тканей[Текст] / И.И. Горелик. – Минск: Вышэйш. шк, 1971. – 92 с.
75. Гринберг, М.С. Проблема производственного риска в уголовном праве[Текст] / М.С. Гринберг. – М.: Госюриздат, 1963. – 132 с.
76. Гринберг, М.С. Технические преступления[Текст] / М.С. Гринберг. – Новосибирск: Изд-во Новосиб. ун-та, 1992. – 144 с.
77. Громов, А.П. Права, обязанности и ответственность медицинских работников[Текст] / А.П. Громов. – М.: Медицина, 1976. – 168 с.
78. Дядькин, Д.С. Теоретические основы назначения уголовного наказания: алгоритмический подход[Текст] / Д.С. Дядькин. – СПб.: Юридический центр Пресс, 2006. – 368 с.
79. Ерохин, В.Г. Гносеологические аспекты проблемы причинности в медицине[Текст] / В.Г. Ерохин. – М.: Медицина, 1981. – 88 с.
80. Защита прав и интересов организаций и граждан: уголовно-правовой, уголовно-процессуальный и криминологический аспект (состояние, проблемы, пути совершенствования). Общее состояние и региональная специфика[Текст]: Монография / отв. ред. Л.А. Воскобитова. – М.: Норма, 2015. – 144 с.
81. Иоффе, О.С., Шаргородский, М.Д. Вопросы теории права[Текст] / О.С. Иоффе, М.Д. Шаргородский. – М.: Госюриздат, 1961. – 380 с.
82. Капитонова Е.А., Романовская О.В., Романовский, Г.Б. Правовое регулирование трансплантологии: Монография[Текст] / Е.А. Капитонова, О.В. Романовская, Г.Б. Романовский. – М.: Проспект, 2016. – 144 с.

83. Кобзева, Е.В. Теория оценочных признаков в уголовном законе[Текст] / Е.В. Кобзева. – М.: Юрлитинформ, 2009. – 264 с.
84. Козлов, А.П. Уголовно-правовые санкции. Проблемы построения, классификация и измерения[Текст] / А.П. Козлов. – Красноярск: изд-во Краснояр. ун-та, 1989. – 171 с.
85. Колоколов, Г.Р., Махонько, Н.И. Медицинское право: Учебное пособие[Текст] / Г.Р. Колоколов, Н.И. Махонько. – М.: Дашков и К, 2009. – 452 с.
86. Комментарий к Уголовному кодексу Российской Федерации (постатейный) [Текст] / Под ред. А.В. Бриллиантова. – М.: Проспект, 2014. – 1392 с.
87. Комментарий к Уголовному кодексу Российской Федерации[Текст] / Отв. ред. А.И. Рарог. – М.: Проспект, 2013. – 752 с.
88. Комментарий к Уголовному кодексу РСФСР[Текст] / Анашкин Г.З., Ахметшин Х.М., Борзенков Г.Н., Власов И.С., и др.; Отв. ред.: Анашкин Г.З., Карпец И.И., Никифоров Б.С. – М.: Юрид. лит., 1971. – 560 с.
89. Конечный, И., Боухал, М. Психология в медицине[Текст] / И. Конечный, М. Боухал. – Прага: Авиценум, 1983. – 405 с.
90. Конституции государств Европы[Текст]. В 3-х томах. Т. 1 / Под общ. ред. Л.А. Окунькова. – М.: Норма, 2001. – 824 с.
91. Коробеев, А.И. Советская уголовно-правовая политика: Проблемы криминализации и пенализации[Текст] / А.И. Коробеев. – Владивосток, изд-во Дальневосточного ун-та, 1987. – 268 с.
92. Красиков, А.Н. Уголовно-правовая охрана прав и свобод человека в России[Текст] / А.Н. Красиков. – Саратов: Полиграфист, 1996. – 211с.
93. Кудрявцев, В.Н. Общая теория квалификации преступлений[Текст] / В.Н. Кудрявцев. – М.: Юрид. лит., 1972. – 352 с.
94. Кузьмин, М.К. История медицины[Текст] / М.К. Кузьмин. – М.: Медицина, 1978. – 199 с.

95. Кургузкина, Е.Б. Убийство матерью новорожденного: природа, причины, предупреждение[Текст] / Е.Б. Кургузкина. – Воронеж: Институт МВД России, 1999. – 151с.

96. Леонтьев, А.В., Балло, А.М, Курганский, Ю.Н. Особенности юридической ответственности в медицине. Экспертный контроль за медицинской деятельностью[Текст] / А.В. Леонтьев, А.М. Балло, Ю.Н. Курганский. – СПб.: ЛИО «Редактор», 2000. – 130 с.

97. Лесниевски-Костарева, Т.А. Дифференциация уголовной ответственности: Теория и законодательная практика[Текст] / Т.А. Лесниевски-Костарева. – М.: Норма, 1998. – 296 с.

98. Максимов, С.В. Коррупция. Закон. Ответственность. 2-е изд., перераб. и дополн[Текст] / С.В. Максимов. – М.: ЗАО «ЮрИнфоР», 2008. – 255 с.

99. Малеина, М.Н. Личные и неимущественные права граждан: понятие, осуществление, защита. 2-е изд[Текст] / М.Н. Малеина, – М.: Пресс, 2001. – 244 с.

100. Малеина, М.Н. Человек и медицина в современном праве[Текст] / М.Н. Малеина. – М.: Бек, 1995. – 260 с.

101. Малешина, А.В. Преступления против жизни в странах общего права[Текст] / А.В. Малешина. – М.: Статут, 2017. – 480 с.

102. Малинин, В.Б. Причинная связь в уголовном праве. СПб., 2000. С 18; Уголовное право. Общая часть: Учебник[Текст] / В.Б. Малинин / Под ред. Козаченко И.Я., Незнамовой З.А. – М.: Норма, 2001. – 516 с.

103. Мельникова, Ю.Б. Дифференциация ответственности и индивидуализация наказания[Текст] / Ю.Б. Мельникова. – Красноярск: Изд-во Краснояр. ун-та, 1989. – 120 с.

104. Миронова, Т.К. Правовое регулирование бесплатного оказания медицинской помощи: Учебное пособие[Текст] / Т.К. Миронова. – М.: Юстицинформ, 2018. – 348 с.

105. Мирский, М.Б. Государственная медицина в России[Текст] / М.Б. Мирский. – М.: Российская политическая энциклопедия, 2000. – 632 с.

106. Наумов, А.В. Практика применения Уголовного кодекса Российской Федерации: Комментарий к судебной практике и доктринам, толкование [Текст] / А.В. Наумов / Под ред. Г.М. Резника. – М.: Волтерс Клувер, 2005. – 926 с.

107. Наумов, А.В. Российское уголовное право [Текст] / А.В. Наумов. – М.: Юрид. лит., 2008. – Т. 1. – 496 с.

108. Никитина, И.О. Ответственность за преступления в сфере здравоохранения: вопросы применения и совершенствования законодательства [Текст] / И.О. Никитина. – Н. Новгород, 2008. – 231 с.

109. Новоселов, В.П. Ответственность работников здравоохранения за профессиональные правонарушения [Текст] / В.П. Новоселов. – Новосибирск: Наука, 1998. – 231 с.

110. Огарков, И.Ф. Врачебные правонарушения и уголовная ответственность за них [Текст] / И.Ф. Огарков. – Л.: Медицина, 1966. – 196 с.

111. Оранжев, Н.Д. Преступление и наказание в математической зависимости: (Идея и схема ее применения) [Текст] / Н.Д. Оранжев. – Москва: типо-лит. т-ва И.Н. Кушнерев и К°, 1916. – 69 с.

112. Орлов, В.Н. Уголовное наказание: понятие, цели, система, объекты и субъекты: Монография [Текст] / В.Н. Орлов. – М.: МГЮА имени О.Е. Кутафина, ООО «Издательство Элит», 2011. – 466 с.

113. Основы медицинского права России: Учебное пособие [Текст] / Под ред. Ю.Д. Сергеева. – М.: Издательство «МИА», 2007. – 140 с.

114. Оценочные признаки в Уголовном кодексе Российской Федерации: научное и судебное толкование: Научно-практическое пособие [Текст] / под ред. А.В. Галаховой. – М.: Норма, 2014. – 736 с.

115. Пашиян, Г.А., Ившин, И.В. Профессиональные преступления медицинских работников против жизни и здоровья [Текст] / Г.А. Пашиян, И.В. Ившин. – М.: Медицинская книга, 2006. – 196 с.

116. Пестрикова, А.А. Создание эмбрионов - цель и дальнейшее использование, как основание определения их правового статуса [Текст] / А.А.

Пестрикова // Отечественная наука в эпоху изменений: постулаты прошлого и теории нового времени: Сборник трудов 12-й Международной научной конференции (Екатеринбург, 7 - 8 августа 2015 г.). – Екатеринбург: Национальная ассоциация ученых, 2015. – 86 с.

117. Пикуров, Н.И. Уголовное право в системе межотраслевых связей[Текст] / Н.И. Пикуров. – Волгоград, 1998. – 410 с.

118. Познышев, С.В. Особенная часть русского уголовного права. Сравнительный очерк важнейших отделов особенной части старого и нового уложений[Текст] / С.В. Познышев. – Спб., 1912. – 516 с.

119. Попов, А.Н. Убийство матерью своего новорожденного ребенка[Текст] / А.Н. Попов. – СПб.: Изд-во С.-Петербург. юрид. ин-та Генеральной прокуратуры РФ, 2001. – 68 с.

120. Попов, В.Л. Судебная медицина[Текст] / В.Л. Попов. – СПб.: Юридический центр «Пресс», 2006. – 622 с.

121. Пудовочкин, Ю.Е. Учение об основах уголовного права: лекции[Текст] / Ю.Е. Пудовочкин. – М.: Юрлитинформ, 2012. – 240 с.

122. Рарог, А.И. Проблемы квалификации преступлений по субъективным признакам[Текст] / А.И. Рарог. – М.: Проспект, 2015. – 232 с.

123. Рогова, Е.В. Теоретико-правовое понимание и средства дифференциации уголовной ответственности в современном уголовном праве России: монография[Текст] / А.И. Рарог. – Иркутск: ФГКОУ ВО ВСИ МВД России, 2016. – 129 с.

124. Российское законодательство X-XX веков[Текст] / Под ред. О.И. Чистякова. Т. 2. – М.: Юрид. лит., 1985. – 520 с.

125. Сергеев, Ю.Д., Бисюк, Ю.В. Ненадлежащее оказание экстренной медицинской помощи (экспертно-правовые аспекты): Научно-практическое руководство[Текст] / Ю.Д. Сергеев, Ю.В. Бисюк. – М.: Авторская академия; Товарищество научных изданий КМК, 2011. – 399 с.

126. Сергеев, Ю.Д. Профессия врача: юридические основы[Текст] / Ю.Д. Сергеев. – Киев: Выща шк., 1988. – 204 с.
127. Таганцев, Н.С. Лекции по русскому уголовному праву: Часть общая[Текст] / Н.С. Таганцев. – С.-Пб.: Гос. Тип., 1887. – 394 с.
128. Тер-Акопов, А.А. Преступление и проблемы нефизической причинности в уголовном праве[Текст] / А.А. Тер-Акопов. – М.: Юркнига, 2003. – 480 с.
129. Тимофеев, И.В. Качество медицинской помощи и безопасность пациентов: медико-организационные, правовые и деонтологические аспекты[Текст] / И.В. Тимофеев. – СПб.: Изд-во ДНК, 2014. – 216 с.
130. Тишкевич, И.С. Квалификация преступлений против жизни[Текст] / И.С. Тишкевич. – Минск: Изд-во МВШМ МВД СССР, 1971. – 78 с.
131. Уголовное право России. Общая и Особенная части: Учебник[Текст] / Под ред. И.М. Мацкевича, Н.Г. Кадникова. – М.: Юриспруденция, 2015. – 944 с.
132. Уголовное право Российской Федерации: Общая часть: Учебник[Текст] / Под ред. О.Н. Ведерниковой, С.И. Никулина. – СПб.: Юридический центр Пресс, 2005. – 465 с.
133. Уголовное право. Общая часть: Учебник [Текст] / Под ред. В.Н. Кудрявцева, А.В. Наумова. – М.: Юрист, 2006. – 540 с.
134. Уголовное право России. Общая часть: Учебник[Текст] / под ред. Ф. Р. Сундурова и И. А. Тарханова. 2-е изд., перераб. и доп. – Москва: Статут, 2016. – 862 с.
135. Хрестоматия по истории отечественного государства и права (послеоктябрьский период) [Текст] / Сост. Ю.П. Титов, О.И. Чистяков. – М.: МГУ, 1994. – 472 с.
136. Церетели, Т.В. Причинная связь в уголовном праве[Текст] / Т.В. Церетели. – Тбилиси: Изд-во Тбил. ун-та, 1957. – 276 с.
137. Чубарев, В.Л. Общественная опасность преступления и наказание[Текст] / В.Л. Чубарев. – М.: Изд-во ВНИИ МВД СССР, 1982. – 96 с.

138. Шапошников, А.В. Ятрогения. Терминологический анализ и конструирование понятия[Текст] / А.В. Шапошников. – Ростов-на-Дону: Издательство АО «Книга», 1998. – 168 с.

139. Шаргородский, М.Д. Преступления против жизни и здоровья[Текст] / М.Д. Шаргородский. – М.: Юрид. изд-во МЮ СССР, 1948. – 511 с.

140. Шигина, Н.В. Интерес и его отражение в уголовном законе[Текст] / Н.В. Шигина. – М.: Юрлитинформ, 2009. – 208 с.

III. Статьи и доклады

141. Абдуллаева, Р.А. Преступления по уголовному кодексу Республики Таджикистан, совершаемые в сфере медицины [Текст] / Р.А. Абдуллаева // Вестник КРСУ. – 2019. – № 11. – С. 67-72.

142. Авдеев, М.И. Правовое регулирование пересадки органов и тканей[Текст] / М.И. Авдеев // Советское государство и право. – 1968. – № 9. – С. 83-88.

143. Акулина, Т.И. Правовой статус медицинского работника как специального субъекта трудового права [Текст] / Т.И. Акулина // Закон. – 2012. – № 4. – С. 163-170.

144. Александров, И.Ф. Правовое регулирование искусственных методов репродукции человека: семейно-правовой аспект[Текст] / И.Ф. Александров // Евразийский юридический журнал. – № 4 (95). – 2016. – С. 159-164.

145. Александрова, О.Ю., Лебединец, О.Н., Рябинина, О.В. Гражданско-правовые последствия причинения вреда при реализации медицинских рисков [Текст] / О.Ю. Александрова, О.Н. Лебединец, О.В. Рябинина // Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Юридическое и деонтологическое обеспечение прав российских граждан на охрану здоровья» (Национальная Ассоциация медицинского права, Москва - Новосибирск, 2006 г.). – С. 9-10.

146. Амелина, А.С. Уважительные причины неоказания помощи больному как основания для исключения уголовной ответственности[Текст] / А.С. Амелина // Медицинское право. – 2018. – № 1. – С. 27-29.

147. Аминов, Д.И., Бакрадзе, А.А. Заключение специалиста по материалам уголовного дела о должностном преступлении[Текст] / Д.И. Аминов, А.А. Бакрадзе // Безопасность бизнеса. – 2016. – № 4. – С. 55-64.

148. Арчибасова, Л.А. Соотношение институтов обоснованного риска (ст. 41 УК РФ) и невиновного причинения вреда (ст. 28 УК РФ) [Текст] / Л.А. Арчибасова // Уголовное право и современность: Межвузовский сборник научных трудов. – Вып. 8. – С. 91-97.

149. Багмет, А.М., Черкасова, Л.И. Профессиональные ошибки и дефекты при оказании медицинской помощи детям: уголовно-правовая оценка [Текст] / А.М. Багмет, Л.И. Черкасова // Российский следователь. – 2015. – № 1. – С. 15-17.

150. Багмет, А.М., Черкасова, Л.И. Составы преступлений, совершаемых медицинскими работниками[Текст] / А.М. Багмет, Л.И. Черкасова // Юридический мир. – 2014. – № 12. – С. 56-58.

151. Баулин, Ю.В. К вопросу о профессиональном и хозяйственном риске в проекте Основ уголовного законодательства[Текст] / Ю.В. Баулин. // В кн.: Правовое государство. Вып. 1. – Тарту, 1989. – С. 226-229.

152. Берестовой, А.Н. Классификация и место обстоятельств, исключающих преступность деяния, в теории уголовного права[Текст] / А.Н. Берестовой // Вестник Омской юридической академии. – 2017. – № 3. – С. 41-46.

153. Бимбинов, А.А. Актуальные проблемы квалификации заражения ВИЧ-инфекцией[Текст] / А.А. Бимбинов // Актуальные проблемы российского права. – 2022. – Т. 17. – № 11. – С. 111–123.

154. Богданова, А.А. Проблемы ответственности медицинских работников[Текст] / А.А. Богданова // Ленинградский юридический журнал. – 2017. – № 1. – С. 51-58.

155. Боева, О.Ю., Идрисова, С.Ф. Медицинский работник как субъект профессионального преступления[Текст] / О.Ю. Боева, С.Ф. Идрисова // Проблемы экспертизы в медицине. – 2009. – № 36. – С. 4-6.
156. Болобонова, М.О. Понятие гражданско-правового риска[Текст] / М.О. Болобонова // Право и экономика. – 2016. – № 10. – С. 13-20.
157. Босхолов, С.С. Современная уголовная политика как часть социально-правовой политики государства [Текст] / С.С. Босхолов // Сибирский криминологический журнал. – 2006. – № 1. – С. 6-12.
158. Бражник, Ф.С. Некоторые нормы проекта требуют совершенствования [Текст] / Ф.С. Бражник // Соц. законность. – 1989. – № 3. – С. 27-29.
159. Винокуров, В.Н. Жизнь человека как объект преступления: система Особенной части Уголовного кодекса РФ и квалификация деяний[Текст] / В.Н. Винокуров // Современное право. – 2016. – № 12. – С. 115-122.
160. Волков, К.А. Заражение ВИЧ-инфекцией[Текст] / К.А. Волков // Российский следователь. – 2017. – № 13. – С. 19-22.
161. Воронин, В.Н. Критерии индивидуализации наказания при рецидиве преступлений [Текст] / В.Н. Воронин // Актуальные проблемы российского права. – 2016. – № 8. – С. 121-128.
162. Гаврилов, Б.Я. О коррупционности уголовного закона [Текст] / Б.Я. Гаврилов // Российский следователь. – 2012. – № 1. – С. 6-8.
163. Галеева, Г.Р. Актуальные проблемы современной трансплантологии в России [Текст] / Г.Р. Галеева // Медицинское право. – 2009. – № 4. – С. 39-40.
164. Гарбатович, Д.А. Непреступные деяния, предусмотренные Особенной частью Уложения о наказаниях уголовных и исправительных 1845 г. [Текст] / Д.А. Гарбатович // Администратор суда. – 2018. – № 2. – С. 18-23.
165. Гаухман, Л.Д. Проблемы УК: бланкетность, декларативность, казуистичность [Текст] / Л.Д. Гаухман // Уголовное право в XXI веке: материалы Междунар. науч. конф. на юридическом факультете МГУ им. М.В. Ломоносова 31 мая – 1 июня 2001 г. – М.: ЛексЭст, 2002. – С. 48-61.

166. Горелик, А.С. Проблемы формализации правил назначения наказания [Текст] / А.С. Горелик // Гарантии прав личности и проблемы применения уголовного и уголовно-процессуального законодательства: Сб. науч. тр. – Ярославль, 1989. – С. 57-68.

167. Готье, С.В., Хомяков, С.М. Оценка потребности населения в трансплантации органов, донорского ресурса и планирование эффективной сети медицинских организаций (центров трансплантации) [Текст] / С.В. Готье, С.М. Хомяков // Вестник трансплантологии и искусственных органов. – 2013. – № 3. – С. 11-24.

168. Гурылева, М.Э. Трансплантация органов и тканей с правовой и этической позиции. Презумпция согласия или испрошенное согласие? Российское законодательство и международные этические нормы [Текст] / М.Э. Гурылева // Правовые вопросы в здравоохранении. – 2015. – № 3. – С. 58-71.

169. Давыдовский, И.В. Врачебные ошибки [Текст] / И.В. Давыдовский // Советская медицина. – 1941. – № 3. – С. 3-10.

170. Дедов, Д.И. Начало жизни: От Эванса до Парилло [Текст] / Д.И. Дедов // Российский ежегодник Европейской конвенции по правам человека (Russian yearbook of the European convention on human rights). Выпуск 2. – М.: Статут, 2016. – С. 17-26.

171. Донец, С.П. Формализация наказания: законодательная техника и судебная практика [Текст] / С.П. Донец // Вестник института: преступление, наказание, исправление. – 2010. – № 3. – С. 15-18.

172. Донцов, Д.С. Тело живого человека как нематериальное благо и гражданско-правовая защита его физической неприкосновенности [Текст] / Д.С. Донцов // Медицинское право. – 2011. – № 2. – С. 38-41.

173. Дугарон, Е.Ц. Защита репродуктивных прав в Европейском суде по правам человека [Текст] / Е.Ц. Дугарон // Российский судья. – 2018. – № 3. – С. 29-33.

174. Дядюн, К.В. Анализ объективных признаков состава ст. 123 УК РФ: проблемные вопросы законодательного подхода и правоприменения[Текст] / К.В. Дядюн // Адвокат. – 2014. – № 9. – С. 29-35.

175. Егоров, О.Н., Майоров, А.В. Вопросы юридической ответственности в медицинской деятельности [Текст] / О.Н. Егоров, А.В. Майоров // Вестник Челябинского государственного университета. Образование и здравоохранение. – 2021. – № 4 (16). – С. 23-30.

176. Ерофеев, С.В. Неблагоприятный исход медицинской помощи: изучение проблемы в судебно-медицинской практике[Текст] / С.В. Ерофеев // Международный конгресс по здравоохранительному праву стран СНГ и Восточной Европы (Москва, 7 - 9 ноября 2012 г.): Сб. тезисов докладов. – М., 2012. – С. 70-72.

177. Есаков, Г.А. Начало жизни человека при преступном причинении смерти: сравнительно-правовой анализ уголовного права России и Англии[Текст] / Г.А. Есаков // «Черные дыры» в Российском законодательстве. Юридический журнал. – 2004. – № 2. – С. 198-203.

178. Жук, М.С. Становление и развитие институтов российского уголовного права[Текст] / М.С. Жук // Lex russica. 2013. – № 7. – С. 750-766.

179. Зателепин, О.К. К вопросу о понятии объекта преступления в уголовном праве[Текст] / О.К. Зателепин // Уголовное право. – 2003. – № 1. – С. 29-31.

180. Кабурнеев, Э.В. Понятие квалифицирующих признаков и их роль в дифференциации уголовной ответственности за убийство[Текст] / Э.В. Кабурнеев // Законы России: опыт, анализ, практика. – 2007. – № 4. – С. 70-73.

181. Кагаловская, Э.Т., Солощева, С.А., Лысенкова, М.В., Бендз, С.Ю. Страхование профессиональной ответственности медицинских работников в России: сущность и проблемы развития[Текст] / Э.Т. Кагаловская, С.А. Солощева, М.В. Лысенкова, С.Ю. Бендз // Финансы. – 2003. – № 10. – С. 42-46.

182. Каленых, А.В. Условия правомерности обоснованного риска [Текст] / А.В. Каленых // Безопасность бизнеса. – 2006. – № 3. – С. 21-24.

183. Каменева, З.В. Понятие и принципы медицинской деятельности [Текст] / З.В. Каменева // Законодательство и экономика. – 2016. – № 1. – С 12-19.

184. Караулов, В.Ф. Убийство путем бездействия, отличие от неоказания помощи, повлекшей смерть [Текст] / В.Ф. Караулов // Уголовное право: стратегия развития в XXI веке: Материалы V Междунар. науч.-практ. конф. 24 - 25 января 2008 г. – М., 2008. – С. 264-268.

185. Кауфман, М.А. Правотворческие ошибки в уголовном праве [Текст] / М.А. Кауфман // Журнал российского права. – 2016. – № 9. – С. 92-101.

186. Киреев, В.В. О теории риска в российской науке конституционного права [Текст] / В.В. Киреев // Проблемы права. – 2012. – № 7. – С. 11-16.

187. Киселева, М. Уголовная ответственность за незаконное прерывание беременности [Текст] / М. Киселева // Уголовное право. – 2008. – № 4. – С. 31-35.

188. Клык, Н., Соловьев, В. Медицинский кодекс России: каким ему быть? [Текст] / Н. Клык, В. Соловьев // Российская юстиция. – 1997. – № 9. – С. 20-22.

189. Кобец, П.Н. Генезис юридической ответственности за ненадлежащее оказание медицинских услуг в России XI-XX веков [Текст] / П.Н. Кобец // Вестник Казанского юридического института МВД России. – 2022. – Т. 13. – № 1 (47). – С. 31-37

190. Ковалевский, С.М. Некоторые дискуссионные правовые проблемы ответственности за медицинский вред и его возмещение [Текст] / С.М. Ковалевский // Социальное и пенсионное право. – 2014. – № 1. – С. 18-28.

191. Коваленко, В.И., Серый, Ф.Г. Криминологические и уголовно-правовые проблемы современной трансплантации органов и тканей человека [Текст] / В.И. Коваленко, Ф.Г. Серый // Общество и право. – 2014. – № 4. – С. 108-112.

192. Козаев, Н.Ш. Уголовно-правовые средства минимизации злоупотреблений в сфере витальных технологий [Текст] / Н.Ш. Козаев // Российский следователь. – 2015. – № 7. – С. 33-37.

193. Корневский, Ю. Расследование причинения вреда здоровью медицинскими работниками [Текст] / Ю. Корневский // Законность. – 1998. – № 4. – С. 16-20.

194. Косарев, К.В. Субъекты гражданско-правовой ответственности за причинение вреда здоровью пациентов [Текст] / К.В. Косарев // Вестник Томского государственного университета. – 2012. – № 363. – С. 131-134.

195. Кравченко, Р.М. К вопросу об уголовно-правовой оценке некачественного медицинского вмешательства [Текст] / Р.М. Кравченко // Российский следователь. – 2017. – № 13. – С. 27-31.

196. Красненкова, Е.В., Наумов, В.В., Станкевич, А.М. Актуальные вопросы уголовно-правового противодействия злоупотреблению должностными полномочиями [Текст] / Е.В. Красненкова, В.В. Наумов, А.М. Станкевич // Российская юстиция. – 2017. – № 10. – С. 28-31.

197. Кругликов, Л.Л. Преступление как основание дифференциации ответственности [Текст] / Л.Л. Кругликов // Уголовное право: стратегии развития в XXI веке: материалы Междунар. науч.-практич. конф. (29-30 янв. 2009 г.). – М.: Проспект, 2009. – С. 44-48.

198. Крылова, Н.Е. Ответственность за незаконное производство аборта и необходимость уголовно-правовой защиты «будущей» жизни [Текст] / Н.Е. Крылова // Вестник Московского университета. – Сер. 11: Право. – 2002. – № 6. – С. 38-53.

199. Кудрин, В.С. О понятийном и терминологическом аппарате оценочной деятельности в сфере медицины [Текст] / В.С. Кудрин // Менеджер здравоохранения. – 2005. – № 4. – С. 63-66.

200. Кудрявцев, В.Н., Лунеев, В.В. О криминологической классификации преступлений [Текст] / В.Н. Кудрявцев, В.В. Лунеев // Государство и право. – 2005. – № 6. – С. 60-64.

201. Куликова, Т.Б. Понятие среднего благоразумного человека как объективный критерий оценки в институтах уголовного права [Текст] / Т.Б.

Куликова // Модель Международного уголовного суда (2012 - 2013 гг.): сборник работ. – М., 2013. – С. 36-42.

202. Кулькин, А. Субъект ответственности за неоказание помощи больному (ст. 124 УК РФ) [Текст] / А. Кулькин // Уголовное право. – 2014. – № 1. – С. 41-43.

203. Курило, Л.Ф., Боркина, П.А., Гришина, Е.М. Социологическое исследование, посвященное этико-правовым проблемам биомедицинских исследований [Текст] / Л.Ф. Курило, П.А. Боркина, Е.М. Гришина // Проблемы репродукции. – 2001. – № 6. – С. 22-26.

204. Курсова, О.А. Система оценки и управления профессиональными рисками: проблемы правового регулирования [Текст] / О.А. Курсова // Lex russica. – 2016. – № 10. – С. 182-191.

205. Кустов, А.М., Кустова, О.А. К вопросу о механизме совершения преступлений, связанных с изъятием органов или тканей человека для трансплантации [Текст] / А.М. Кустов, О.А. Кустова // Вестник Академии Генеральной прокуратуры Российской Федерации. – 2009. – № 14. – С. 61-64.

206. Кучеренко, В., Флек, В. Глоссарий терминов и понятий (тезаурус) по оценке эффективности деятельности медицинских организаций [Текст] / В. Кучеренко, В. Флек // Главврач. – 2004. – № 5. – С. 89-94.

207. Лапшин, В.Ф. Истинная цель уголовного наказания и критерии ее достижимости [Текст] / В.Ф. Лапшин // Журнал российского права. – 2018. – № 5. – С. 75-85.

208. Лысак, Н.В. Крайняя необходимость [Текст] / Н.В. Лысак // Следователь. – 1998. – № 6. – С. 16-25.

209. Лысенко, В.М., Лысенко, О.В., Зарецкий, М.М., Черников, Е.Э. К вопросу о ятрогенных заболеваниях [Текст] / В.М. Лысенко, О.В. Лысенко, М.М. Зарецкий, Е.Э. Черников // Научный вестник Национального медицинского университета им. Богомольца. – 2009. – С. 164-169.

210. Ляпунов, Ю. Категория «преступление». Предложения к проекту нового уголовного законодательства[Текст] / Ю. Ляпунов // Социалистическая законность. – 1987. – № 7. – С. 23-26.

211. Малешина, А.В. Перспективы и возможности уголовно-правовой охраны «будущей жизни» (сравнительно-правовой анализ[Текст] / А.В. Малешина // Известия вузов. Правоведение. – 2011. – № 3. – С. 132-152.

212. Малышева, А.А. Право на жизнь: особенности правовой защиты эмбрионов [Текст] / А.А. Малышева // Российский ежегодник Европейской конвенции по правам человека. – Выпуск 3. – М.: Статут, 2017. – С. 168-178.

213. Малышева, Ю.Ю. Генезис понятия врачебной ошибки и его отражение в отечественном и зарубежном уголовном законодательстве [Текст] / Ю.Ю. Малышева // Гуманитарные и политико-правовые исследования. – 2022. – № 4 (19). – С. 36-50

214. Маляева, Е.О. Проблемы квалификации убийства, совершаемого с целью изъятия органов и тканей потерпевшего[Текст] / Е.О. Маляева // Российский следователь. – 2003. – № 9. – С. 16-18.

215. Мамонтов, Д.Ю. Субъект неоказания помощи больному[Текст] / Д.Ю. Мамонтов // Труды юридического факультета Ставропольского государственного университета. – Вып. 18. – Ставрополь: Сервисшкола, 2008. – С. 58-63.

216. Мамчун, В.В. О понятиях и определениях риска в юридической доктрине и в законодательстве[Текст] / В.В. Мамчун // Вестник Владимирского юридического института. – 2010. – № 1 (14). – С. 100-109.

217. Манн, М.Л. Проблемы закрепления в действующем законодательстве понятия врачебной ошибки[Текст] / М.Л. Манн // Российское право: образование, практика, наука. – 2023. – № 1. – С. 83-90.

218. Мезрин, Б.Н. О юридической природе риска в советском гражданском праве [Текст] / Б.Н. Мезрин // Гражданское право и способы его защиты. – Свердловск, 1974. – С.47-48.

219. Мильков, А.В. О несостоятельности концепции двухаспектной юридической ответственности[Текст] / А.В. Мильков // Закон. – 2016. – № 6. – С. 152-164.

220. Михайлов, В.И. Обоснованный риск в уголовном праве [Текст] / В.И. Михайлов // Законодательство. – 2001. – № 7. – С. 59-69.

221. Михайлов, В.И. Правовое регулирование причинения вреда при правомерном выполнении профессиональных (должностных) функций[Текст] / В.И. Михайлов // Адвокат. – 2015. – № 5. – С. 33-42.

222. Михайлов, В.И. Социальные и юридические основания признания правомерным вреда, причиняемого при обстоятельствах, исключающих преступность деяния[Текст] / В.И. Михайлов // Юридический вестник Самарского университета. – 2021. – Т. 7. – № 4. – С. 60-70.

223. Мохов, А.А. К вопросу о кодификации законодательства об охране здоровья граждан [Текст] / А.А. Мохов // Право и политика. – 2002. – № 7. – С. 82-88.

224. Мыщ, Я. Неоказание помощи больному[Текст] / Я. Мыщ // Законность. – 2006. – № 11. – С. 34-36.

225. Нагорная, И.И. Неосторожность медицинского работника при причинении вреда здоровью или смерти пациенту[Текст] / И.И. Нагорная // Российский юридический журнал. – 2017. – № 4. – С. 81-90.

226. Назаров, О.В. О новых субъектах халатности, получения взятки и других преступлений главы 30 УК РФ[Текст] / О.В. Назаров // Законодательство и экономика. – 2015. – № 9. – С. 65-72.

227. Никитин, Д.А. Проблемные вопросы квалификации заражения ВИЧ-инфекцией и дифференциации ответственности [Текст] / Д.А. Никитин // Российский следователь. – 2015. – № 13. – С. 16-18.

228. Ойгензихт, В.А. Категория риска в советском гражданском праве [Текст] / В.А. Ойгензихт // Правоведение. – 1971. – № 5. – С. 64-70.

229. Орешкина, Т.Ю. Обстоятельства, исключаящие преступность деяния: дискуссионные вопросы общего характера [Текст] / Т.Ю. Орешкина // Уголовное право. – 2016. – № 4. – С. 66-76.

230. Орешкина, Т.Ю. Система обстоятельств, исключаящих преступность деяния [Текст] / Т.Ю. Орешкина // Lex russica. – 2015. – № 3. – С. 73-85.

231. Павлова, Ю.В., Даутбаева-Мухтарова, А.Е. Человеческая жизнь: проблема определения момента начала правовой охраны [Текст] / Ю.В. Павлова, А.Е. Даутбаева-Мухтарова // Медицинское право. – 2018. – № 2. – С. 37-40.

232. Перепечина, И.О. Анализ статистических сведений о преступлениях против жизни и здоровья, совершенных медицинскими работниками [Текст] / И.О. Перепечина // Российский юридический журнал. – 2013. – № 5. – С. 139-144.

233. Петрикова, С.В. Вопросы реформирования законодательства об освобождении от уголовной ответственности в связи с деятельным раскаянием и примирением с потерпевшим [Текст] / С.В. Петрикова // Lex russica. – 2015. – № 6. – С. 48-57.

234. Петровский, В.А. Психология активности [Текст] / В.А. Петровский // Вопросы психологии. – 1975. – № 3. – С. 26-38.

235. Пионтковский, А.А. Уголовный закон в борьбе с отрицательными последствиями ДТП [Текст] / А.А. Пионтковский // Советское государство и право. – 1972. – № 4. – С. 37-39.

236. Плиев, Р.С. Административная ответственность медицинских учреждений и должностных лиц за нарушение права граждан на охрану здоровья [Текст] / Р.С. Плиев // Ленинградский юридический журнал. – 2017. – № 1. – С. 209-216.

237. Повзун, С.А. Дефект медицинской помощи или несчастный случай? [Текст] / С.А. Повзун // Медицинское право. – 2017. – № 4. – С. 14-17.

238. Повзун, С.А., Унгурян, В.М. К проблеме определения степени тяжести вреда здоровью, причиненного непреднамеренными интраоперационными

повреждениями [Текст] / С.А. Повзун, В.М. Унгурян // Медицинское право. – 2014. – № 6. – С. 37-40.

239. Поздняков, В. Еще раз о критериях [Текст] / В. Поздняков // Ведомости уголовно-исполнительной системы. – 2005. – № 2. – С. 34-36.

240. Постникова, Н.С. Планируемые изменения законодательства о трансплантации тканей и органов. Какие сложности вызовет вступление в силу нового федерального закона в области трансплантации? Процедура получения согласия пациентов, не включенных в регистры доноров[Текст] / Н.С. Постникова // Правовые вопросы в здравоохранении. – 2015. – № 8. – С. 22-35.

241. Рарог, А.И., Червоткин, А.С. Пределы судейского усмотрения [Текст] / А.И. Рарог, А.С. Червоткин // Шкала уголовных наказаний как способ борьбы с коррупцией в сфере правосудия. Материалы международной научно-практической конференции, 7-8 октября 2004 г. – М.: Изд. Гос. Думы, 2005. – С. 82-84.

242. Рарог, А.И. Цели наказания в науке уголовного права [Текст] / А.И. Рарог // Актуальные проблемы российского права. – 2021. – Т. 16. – № 2. – С. 125-139

243. Рогова, Е.В. Уголовно-политические основы дифференциации уголовной ответственности[Текст] / Е.В. Рогова // Безопасность бизнеса. – 2017. – № 5. – С. 53-58.

244. Романов, А.К. Квалификация преступлений, совершаемых бездействием[Текст] / А.К. Романов // Законность. – 2016. – № 5. – С. 38-41.

245. Романовская, О.В. Законодательство в сфере трансплантологии: проблемы и перспективы развития[Текст] / О.В. Романовская // Судья. – 2016. – № 11. – С. 27-32.

246. Романовский, Г.Б. К вопросу о правовом регулировании репродукции человека [Текст] / Г.Б. Романовский // Правоведение. – 2000. – № 5. – С. 42-48.

247. Романовский, Г.Б. Конституционно-правовые основы танатологии в Российской Федерации[Текст] / Г.Б. Романовский // Вестник Тверского государственного университета. – 2009. – № 9. – С. 141-147.

248. Романовский, Г.Б. Правовое регулирование хранения половых клеток и эмбрионов[Текст] / Г.Б. Романовский // Медицинское право. – 2010. – № 2. – С. 12-17.

249. Самороков, В.И. Риск в уголовном праве[Текст] / В.И. Самороков // Государство и право. – 1993. – № 5. – С. 103-112.

250. Саранцев, К.А. Медицинский риск как разновидность обоснованного риска и особенности его оценки при расследовании преступно-ненадлежащего оказания медицинской помощи [Текст] / К.А. Саранцев // Российский следователь. – 2013. – № 3. – С. 10-12.

251. Сариев, О.М. Обоснованный риск в медицинской деятельности и условия его правомерности [Текст] / О.М. Сариев // Вестник Тамбовского государственного университета. – 2015. – № 5. – С. 246-251.

252. Сейбол, Е.М., Сопин, И.О. Уголовно-правовое обеспечение демографической безопасности России [Текст] / Е.М. Сейбол, И.О. Сопин // Вестник Омского университета. Серия «Право». – 2023. – Т. 20. – № 1. – С. 85.

253. Сергеев, Ю.Д., Ерофеев, С.В., Павлова, Ю.В., Каменская, Н.А., Пospelова, С.И. V Всероссийский съезд (Национальный конгресс) по медицинскому праву: аналитический обзор и итоги [Текст] / Ю.Д. Сергеев, С.В. Ерофеев, Ю.В. Павлова, Н.А. Каменская, С.И. Пospelова // Медицинское право. – 2014. – № 1 (53). – С. 5-9.

254. Серебренникова, А.В. Уголовная ответственность медицинских работников: дискуссионные вопросы [Текст] / А.В. Серебренникова // Социально-политические науки. – 2021. – Т. 11. – № 1. – С. 56.

255. Сизый, А.Ф. Юридические основания применения поощрительных норм к осужденным по исправительно-трудовому законодательству[Текст] / А.Ф.

Сизый // Проблемы исполнения уголовных наказаний: Сб. науч. трудов. – Рязань, 1991. – С. 84-87.

256. Ситникова, А.И. Конструирование и законодательно-текстологическая интерпретация теоретической модели главы «Причинение вреда в исключительных ситуациях» [Текст] / А.И. Ситникова // Lex russica. – 2016. – № 8. – С. 48-61.

257. Слепенко, Ю.Н., Станкевич, Г.В., Степанова, Л.П. Особенности ответственности медицинской организации за причинение вреда здоровью пациента [Текст] / Ю.Н. Слепенко, Г.В. Станкевич, Л.П. Степанова // Юридический вестник Дагестанского государственного университета. – 2021. – № 2. – С. 73-80.

258. Смирнова, Д.В. Понятие «преступления медицинских работников против жизни и здоровья» и его криминалистическое значение [Текст] / Д.В. Смирнова // Адвокатская практика. – 2015. – № 2. – С. 25-28.

259. Стиэр, Дж. Об уголовной политике США по назначению наказаний и исторических предпосылках разработки шкалы [Текст] / Дж. Стиэр // Шкала уголовных наказаний как способ борьбы с коррупцией в сфере правосудия: Сб. ст. – М., 2005. – С. 29-35.

260. Стренин, А. Проблемы ответственности за умышленное неисполнение должностным лицом своих служебных полномочий [Текст] / А. Стренин // Уголовное право. – 2003. – № 1. – С. 55-57.

261. Сучкова, Т.Е. К вопросу о квалифицирующих признаках врачебной ошибки [Текст] / Т.Е. Сучкова // Медицинское право. – 2014. – № 6. – С. 41-44.

262. Сучкова, Т.Е. К вопросу о необходимости конкретизации юридической терминологии медицинского законодательства [Текст] / Т.Е. Сучкова // Земский врач. – 2014. – № 1(22). – С. 52-54.

263. Сыбатова, М.Э., Городнова, О.Н. Совершенствование уголовного закона за профессиональные преступления медицинских работников [Текст] / М.Э.,

Сыбатова, О.Н. Городнова // Вестник Российского университета кооперации. – 2021. – № 3 (45). – С. 152-156.

264. Сэнт-Роз, Ж. Право и жизнь [Текст] / Ж. Сэнт-Роз // Вестник Моск. ун-та. – Сер. 11. – Право. – 2003. – № 6. – С. 56-69.

265. Тимербулатов, А. Риск: уголовно-правовые аспекты [Текст] / А. Тимербулатов // Государство и право. – 1995. – № 3. – С. 112-116.

266. Тимофеев, И.В. Медицинские и правовые аспекты рисков медицинской помощи: медицинского вмешательства и бездействия медицинского работника [Текст] / И.В. Тимофеев // Медицинское право. – 2017. – № 4. – С. 8-13.

267. Тимофеев, И.В. О проблемах правового регулирования качества медицинской помощи, снижающих эффективность реализации конституционного права на охрану здоровья и медицинскую помощь в Российской Федерации [Текст] / И.В. Тимофеев // Медицинское право. – 2016. – № 3. – С. 12-17.

268. Трофимова, Г.А. Право на рождение [Текст] / Г.А. Трофимова // Гражданин и право. – 2016. – № 7. – С. 28-33.

269. Филимонов, В.Д. Проблема степени вины в уголовном праве [Текст] / В.Д. Филимонов // Уголовное право. – 2017. – № 3. – С. 92-99.

270. Флоря, В.Н. Классификация врачебных преступлений в законодательстве различных стран [Текст] / В.Н. Флоря // Медицинское право. – 2009. – № 4. – С. 46-48.

271. Флоря В.Н. Следственно-судебная практика по делам о врачебных преступлениях [Текст] / В.Н. Флоря // Медицинское право. – 2007. – № 4. – С. 49-50.

272. Фролов, Я.А., Канунникова, Л.В., Фролова, Е.В. О правовых проблемах врачебной (медицинской) ошибки [Текст] / Я.А. Фролов, Л.В. Канунникова, Е.В. Фролова // Медицинское право. – 2003. – № 2. – С. 22-23.

273. Хачатрян, А.С. Клеточная трансплантация: вопросы правовой оценки и повышения качества законодательства [Текст] / А.С. Хачатрян // Юридическая

наука и практика: Вестник Нижегородской академии МВД России. – 2013. – № 22. – С. 277-279.

274. Хилюта, В.В. Мнимое преступление или фактическая ошибка? [Текст] / В.В. Хилюта // Уголовное право. – 2018. – № 1. – С. 103-110.

275. Цыганова, О.А., Ившин, И.В. Неоказание помощи больному: теоретические аспекты и правоприменительная практика [Текст] / О.А. Цыганова, И.В. Ившин // Медицинское право. – 2014. – № 6. – С. 51-54.

276. Чернышева, Ю.А. Условия правомерности проведения биомедицинских экспериментальных исследований с участием человека в РФ [Текст] / Ю.А. Чернышева // Медицинское право. – 2014. – № 3. – С. 41-44.

277. Чупрова, А.Ю. Новые медицинские технологии: уголовно-правовые аспекты [Текст] / А.Ю. Чупрова // Вестник Российской правовой академии. – 2015. – № 1. – С. 58-61.

278. Чупрына, П.С. Уголовная ответственность медицинских работников за нарушение ими профессиональных обязанностей [Текст] / П.С. Чупрына // Вестник Томского государственного университета. – 2009. – № 320. – С. 143-145.

279. Шарапов, Р.Д. Старые и новые проблемы российской системы уголовных наказаний [Текст] / Р.Д. Шарапов // Российский юридический журнал. – 2017. – № 6. – С. 116-121.

280. Шарапов, Р.Д. Уголовный кодекс России не беспомощен перед криминальными абортами [Текст] / Р.Д. Шарапов // Медицинское право. – 2006. – № 2. – С. 47-48.

281. Шевчук, Е.П. «Врачебная ошибка» и «несчастный случай» в обязательствах по возмещению вреда при оказании медицинских услуг [Текст] / Е.П. Шевчук // Сибирский юридический вестник. – 2012. – № 2. – С. 88-92.

282. Шодонова, М.Э. Эмбрионы как объекты имущественных прав? [Текст] / М.Э. Шодонова // Семейное и жилищное право. – 2018. – № 1. – С. 89-90.

283. Юдин, А.В. Категория «риск» в гражданском судопроизводстве [Текст] / А.В. Юдин // Вестник гражданского процесса. – 2014. – № 5. – С. 11-53.

IV. Диссертации и авторефераты

284. Абдуллаева, Р.А. Медицинская преступность в Республике Таджикистан: уголовно-правовые и криминологические проблемы[Текст]: Автореф. дис. ... д-ра юрид. наук: 12.00.08 / Р.А. Абдуллаева. – Душанбе, 2023. – 61 с.

285. Айдаев, С.Г. Превышение должностных полномочий[Текст]: дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.08 / Айдаев Сергей Геннадьевич. – М., 2004. – 182 с.

286. Аминова, Ф.М. Правовое регулирование отношений, возникающих в результате применения вспомогательных репродуктивных технологий в Таджикистане: проблемы и перспективы[Текст]: автореф. дис. ... д-ра юрид. наук: 12.00.03. – Душанбе, 2022. – 55 с.

287. Блинов, А.Г. Учение об уголовно-правовой охране прав и свобод пациента[Текст]: дис. ... д-ра юрид. наук: 12.00.08 / Блинов Александр Георгиевич. – Саратов, 2014. – 561 с.

288. Габай, П.Г. Предупреждение неосторожной преступности при оказании медицинской помощи[Текст]: автореф. дис. ...канд. юрид. наук: 12.00.08 / П.Г. Габай. – Москва, 2021. – 33 с.

289. Глушков, В.А. Уголовная ответственность медицинских работников за нарушение профессиональных обязанностей[Текст]: автореф. дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.08 / В.А. Глушков. – Киев, 1983. – 22 с.

290. Егоров, К.В. Правомерное и неправомерное причинение вреда в сфере медицинской деятельности: гражданско-правовой аспект[Текст]: дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.03 / Егоров Константин Валерьевич. – Казань, 2006. – 190 с.

291. Замалеева, С.В. Ятрогенные преступления: понятие, система и вопросы криминализации[Текст]: автореф. дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.08 / С.В. Замалеева. – Екатеринбург, 2016. – 26 с.

292. Захарова, С.С. Обоснованный риск в уголовном праве Российской Федерации[Текст]: дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.08 / Захарова Светлана Сергеевна. – Рязань, 2005. – 264 с.

293. Золотухин, А.В. Правовое обеспечение страхования предпринимательских рисков в гражданском праве Республики Таджикистан[Текст]: автореф. дис. ... д-ра юрид. наук: 12.00.03 / А.В. Золотухин. Душанбе, 2015. – 38 с.

294. Ившин, И.В. Судебно-медицинские аспекты профессиональных преступлений медицинских работников против жизни и здоровья[Текст]: дис. ... канд. медицин. наук: 14.00.24 / Ившин Илья Валерианович. – М., 2005. – 261 с.

295. Кирова, Т.А. Уголовно-правовое обеспечение профессионального статуса медицинских работников[Текст]: автореф. дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.08 / Т.А. Кирова. – Саратов, 2021. – 33 с.

296. Кленова, Т.В. Основы теории кодификации уголовно-правовых норм[Текст]: дис. ... д-ра юрид. наук: 12.00.08 / Кленова Татьяна Владимировна. – Самара, 2001. – 388 с.

297. Кобозева, Т.Ю. Преступное принуждение как уголовно-правовая категория[Текст]: дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.08 / Кобозева Татьяна Юрьевна. – М., 2011. – 243с.

298. Комбаров, Р.В. Правовое положение лиц, осужденных к наказанию в виде ограничения свободы[Текст]: дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.08 / Комбаров Роман Владимирович. – Вологда, 2014. – 235с.

299. Косолапова, Н.В. Конституционное обеспечение права граждан на медицинскую помощь[Текст]: автореф. дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.02 / Н.В. Косолапова. – Саратов, 2000. – 18 с.

300. Крючков, Р.А. Риск в праве: генезис, понятие, управление[Текст]: автореф. дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.01 / Р.А. Крючков. – Н. Новгород, 2011. – 26 с.

301. Кудрин, В.С. Концептуально-методологические и организационные основы оценки медицинской деятельности[Текст]: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.24 / В.С. Кудрин, – Оренбург, 2003. – 42 с.

302. Курочка, Е.В. Проблемы наказания в уголовном праве России[Текст]: дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.08 / Курочка Екатерина Викторовна. – Саратов, 2000. – 158 с.

303. Лавриненко, А.А. Расследование ятрогенных преступлений, совершенных в отношении несовершеннолетних[Текст]: автореф. дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.08 / А.А. Лавриненко. – Калининград, 2022. – 27 с.

304. Мирошниченко, Н.В. Преступления, связанные с нарушением профессиональных функций: проблемы уголовно-правовой теории и практики[Текст]: автореферат дис. ... д-ра юрид. наук: 12.00.08 / Н.В. Мирошниченко. – Москва, 2016. – 60 с.

305. Мокосеева, М.А. Личность виновного в преступлении и ее значение для установления пределов ответственности по Уголовному кодексу РФ[Текст]: автореф. дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.08 / М.А. Мокосеева. – Казань, 2007. – 20 с.

306. Никитина, И.О. Преступления в сфере здравоохранения (законодательство, юридический анализ, квалификация, причины и меры предупреждения) [Текст]: дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.08 / Никитина Илона Олеговна. – Н. Новгород, 2007. – 270 с.

307. Новоселов, В.П. Административно-правовые проблемы управления здравоохранением в субъектах Федерации[Текст]: автореф. дис. ... д-ра юрид. наук: 12.00.14 / В.П. Новоселов. – Екатеринбург, 1999. – 40 с.

308. Новоселов, Г.П. Актуальные вопросы учения об объекте преступления[Текст]: дис. ... д-ра юрид. наук: 12.00.08 / Новоселов Геннадий Петрович. – Екатеринбург, 2001. – 260 с.

309. Павлова, Н.В. Уголовно-правовое регулирование медицинской деятельности[Текст]: дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.08 / Павлова Наталья Владимировна. – М., 2006. – 201с.

310. Перевозчикова, Е.В. Конституционное право на жизнь и репродуктивные права человека[Текст]: автореф. дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.02 / Е.В. Перевозчикова. – Казань, 2006. – 26 с.

311. Сенокосова, Е.К. Профессиональная некомпетентность и недобросовестность при оказании медицинской помощи: криминологические и уголовно-правовые аспекты[Текст]: дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.08 / Сенокосова Екатерина Константиновна. – Омск, 2018. – 234 с.

312. Стеценко, С.Г. Юридическая регламентация медицинской деятельности в России (исторический и теоретико-правовой анализ) [Текст]: дис. ... д-ра юрид. наук: 12.00.01 / Стеценко Семен Григорьевич. – СПб., 2002. – 452 с.

313. Страмилова, Т.П. Уголовная ответственность за простое убийство[Текст]: дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.08 / Страмилова Татьяна Петровна. – М., 2002. – 139с.

314. Сулейманова, А.Д. Злоупотребление полномочиями по уголовному законодательству России[Текст]: дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.08 / Сулейманова Альбина Дарисовна. – Казань, 2005. – 175 с.

315. Тузлукова, М.В. Использование специальных знаний при расследовании ятрогенных преступлений[Текст]: автореф. дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.08 / М.В. Тузлукова. – Ростов-на-Дону, 2013. – 23 с.

316. Фабрика, Т.А. Проблемы уголовной ответственности за принуждение к изъятию органов или тканей человека для трансплантации[Текст]: дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.08 / Фабрика Тамара Александровна. – Челябинск, 2007. – 200 с.

317. Фаткуллина, М.Б. Юридическая и фактическая ошибка в уголовном праве[Текст]: проблемы квалификации: автореф. дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.08 / М.Б. Фаткуллина. – Екатеринбург, 2001. – 23 с.

318. Якименко, А.С. Уголовная ответственность за преступления, связанные с незаконным изъятием органов и (или) тканей человека[Текст]: дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.08 / Якименко Александр Сергеевич. – Ростов н/Д, 2007. – 167с.

V. Справочная литература

319. Ожегов, С.И., Шведова, Н.Ю. Толковый словарь русского языка[Текст] / С.И. Ожегов, Н.Ю. Шведова. – М.: Азбуковник, 1999. – 944 с.
320. Большой энциклопедический словарь[Текст]. – М.: Советская энциклопедия, 1991. – 1631 с.
321. Краткий словарь современных понятий и терминов[Текст]. – М.: Республика, 2000. – 669 с.
322. Энциклопедический словарь медицинских терминов[Текст]. – М.: Советская энциклопедия, 1982. – 1592 с.
323. Ардашева, Н.А. Словарь терминов и понятий по медицинскому праву[Текст] / Н.А. Ардашева. – СПб.: СпецЛит, 2007. – 528 с.

VI. Иностранная литература

324. Bumke, O. Der Arzt als Ursache seelischer[Text] / O. Bumke // Deutsche Medizinische Wochenschrift. – 1925. – № 51 (1).
325. Hornby, A.S. Oxford Advanced Learners Dictionary of Current English[Text] / A.S. Hornby. – Oxford, 1988.
326. Mc Arthur. Longman Lexicon of Contemporary English. – Essex, 1980.
327. Longman Dictionary of Scientific Usage. – М., 1987.
328. Mason & McCall Smith Law and Medical Ethics. – Butterworths. – London, Edinburg, Dublin, 1999.
329. Directive 98/44/EC of the European Parliament and of the Council of 6 July 1998 on the legal protection of biotechnological inventions // OJ L 213, 30.07.98. P. 13 - 21.
330. Steinbrook R. Egg Donation and Human Embryonic Stem-Cell Research // New England Journal of Medicine. 2006. Vol. 354. N 4. P. 324 - 326.
331. Human Fertilisation and Embryology Act 2008: Department of Health (United Kingdom). 1 September 2009. Retrieved 11 December 2009 //

<https://www.lexology.com/library/detail.aspx?g=9a9ad3ee-0f84-4f5b-a7a4-d8a9cf5a8634> (дата обращения: 28.08.2018).

332. Jhalani M. Protecting Egg Donors and Human Embryos - the Failure of the South Korean Bioethics and Biosafety Act // Pacific Rim Law & Policy Journal. 2008. Vol. 17. N 3. P. 718.

333. Assisted Human Reproduction Act S.C. 2004 // <http://laws-lois.justice.gc.ca/eng/acts/A-13.4/page-1> (дата обращения: 28.08.2018).

VII. Судебная практика

334. Постановление ЕСПЧ по делу Evans v. the United Kingdom [G.C.], № 6339/05, 10 April 2007 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.consultant.ru> (дата обращения: 12.01.2023).

335. Постановление ЕСПЧ по делу S.H. and Others v. Austria [G.C.], № 57813/00, 3 November 2011 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.consultant.ru> (дата обращения: 13.01.2023).

336. Постановление ЕСПЧ по делу Parrillo v. Italy [G.C.] № 46470/11, 27 August 2015 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.consultant.ru> (дата обращения: 13.01.2023).

337. О применении судами законодательства о необходимой обороне и причинении вреда при задержании лица, совершившего преступление: Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 27.09.2012 № 19 (ред. от 31.05.2022) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.consultant.ru> (дата обращения: 10.08.2023).

338. О практике назначения судами Российской Федерации уголовного наказания: Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 22.12.2015 № 58 (ред. от 18.12.2018) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.consultant.ru> (дата обращения: 10.08.2023).

339. Определение Кассационной коллегии Верховного Суда РФ от 28 января 2003 г. КАС03-06 по жалобе Оловянной О.П. о признании

недействительным п. 3 Положения о лицензировании медицинской деятельности, утвержденного постановлением Правительства РФ от 4 июля 2002 г. № 499 по кассационной жалобе Оловянной О.П. на решение Верховного Суда РФ от 11 октября 2002 г. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [https://www.consultant.ru // www.supcourt.ru](https://www.consultant.ru//www.supcourt.ru) (дата обращения: 10.08.2023).

340. Кассационное определение Верховного Суда РФ от 23 ноября 2010 г. № 14-010-55[Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.consultant.ru> (дата обращения: 10.08.2023).

341. О судебной практике по делам о злоупотреблении должностными полномочиями и о превышении должностных полномочий: Постановление Пленума Верховного Суда РФ № 19 от 16 октября 2009 г. (ред. от 11.06.2020) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.consultant.ru> (дата обращения: 10.08.2023).

342. Определение Верховного Суда РФ от 10 ноября 2002 г. № 46-О02-102 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.consultant.ru> (дата обращения: 10.08.2023).

343. О судебной практике по делам о взяточничестве и об иных коррупционных преступлениях: Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 09.07.2013 № 24 (ред. от 24.12.2019) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.consultant.ru> (дата обращения: 10.08.2023).

344. О практике применения судами принудительных мер медицинского характера: Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 07.04.2011 № 6 (ред. от 03.03.2015) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.consultant.ru> (дата обращения: 10.08.2023).

345. Постановление ЕСПЧ от 24.07.2003г. по делу «Карнер (Karner) против Австрии» (жалоба № 40016/98) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.consultant.ru> (дата обращения: 10.08.2023)

346. Постановление ЕСПЧ от 13.07.2006 г. «Дело «Попов (Porov) против Российской Федерации» (жалоба № 26853/04) [Электронный ресурс]. – Режим

доступа: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/2466733/> (дата обращения: 10.08.2023).

347. Постановление Европейского Суда по делу «Булут против Австрии» (Bulut v. Austria) от 22 февраля 1996 г. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.echr.ru/documents/doc/12069355/12069355-012.htm> (дата обращения: 10.03.2023).

348. Сводные статистические сведения о состоянии судимости в России за 2021 год // Официальный сайт Судебного департамента при Верховном Суде РФ. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: URL: https://docs.yandex.ru/docs/view?url=yabrowser%3A%2F%2F4DT1uXEPRrJRXIUFoe wruG9uXloEjFkQANSY3Cb2EiqJMS_6oQN3SldU95erFt_8xqr6KVvwhk24WUzrKx9 vHnxylobrCQA1OR7hubkfOIAkqdEnxISKn9Jr9COR1paBIubJ7J_hDO2_qp7TVE_Rd g%3D%3D%3Fsign%3Dj5L7VWp_KsPfvPRGNyhFdjr3yBfLvj36vx9YmFgdP4Q%3D &name=10.1-svod-2021.xls&nosw=1 (дата обращения: 10.08.2023).

349. Сводные статистические сведения о состоянии судимости в России за 2022 год // Официальный сайт Судебного департамента при Верховном Суде РФ. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://docs.yandex.ru/docs/view?url=yabrowser%3A%2F%2F4DT1uXEPRrJRXIUFoe wruKB3MQi9tUdA_AIFq4HWAahPUESSlligyqb4nfGyQVNgmXbCnlUD1DaAevUa_ 50Jt9XeEbNjyaqVRWkWBwCL3bu1CmNg90PLBx8bO8tpymPiIwvbKMrrk3ha15we9 oWIAQ%3D%3D%3Fsign%3D2KpCTb3n93LlnGTKnyq9ektzZiA_syGqZNVhGFx8s VQ%3D&name=k4-svod_vse_sudy-2022.xls&nosw=1 (дата обращения: 10.08.2023).

350. Основные статистические показатели судов общей юрисдикции за 2016 г. // Официальный сайт Судебного департамента при Верховном Суде РФ. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.cdep.ru/userimages/sudebnaya_statistika/2016/F1-svod-2016.xls (дата обращения: 10.08.2023).

351. Основные статистические показатели судов общей юрисдикции за 2017 г. // Официальный сайт Судебного департамента при Верховном Суде РФ.

[Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.cdep.ru/index.php?id=79> (дата обращения: 10.08.2023).

352. Сводные статистические сведения о деятельности федеральных судов общей юрисдикции и мировых судей за 2021 год // Официальный сайт Судебного департамента при Верховном Суде РФ. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://cdep.ru/index.php?id=79>)&item=6120 (дата обращения: 11.08.2023).

353. Сводные статистические сведения о деятельности федеральных судов общей юрисдикции и мировых судей за 2022 год [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://cdep.ru/index.php?id=79>)&item=7645 (дата обращения: 11.08.2023).

354. Архив Советского районного суда г. Воронежа. Уголовное дело № 1-75/2014.

355. Архив Ленинского районного суда г. Воронежа. Уголовное дело № 2-136/2013.

356. Приговор Ленинского районного суда города Тюмени от 22 января 2015 г. Дело № 1-51/ 2015) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://sudact.ru/> (дата обращения: 10.08.2023).

357. Приговор Киреевского районного суда Тульской области по уголовному делу № 1-86/2014 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://rospravosudie.com/court-kireevskij-rajonnyj-sud-tulskaya-oblast-s/act-458155572/> (дата обращения: 10.08.2023).

358. Приговор Усть-Ишимского районного суда Омской области. Уголовное дело № 10-1/2011 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://rospravosudie.com/court-ust-ishimskij-rajonnyj-sud-omskaya-oblast-s/act-101361455/> (дата обращения: 10.08.2023).

359. Архив Поворенского районного суда Воронежской области. Уголовное дело № 1-81/17.

360. Апелляционное постановление Воронежского областного суда от 06.03.2018 г. по уголовному делу № 22-365/2018.

361. Апелляционное постановление Воронежского областного суда от 11.04.2018 г. по уголовному делу № 22-620 / 2018.

362. Архив Октябрьского районного суда г. Белгорода. Уголовное дело № 1-225/2017.

363. Архив Яковлевского районного суда Белгородской области. Уголовное дело № 1-3 /2017.

364. Архив Кировского районного суда г. Курска. Уголовное дело № 1-180/2017.

365. Архив Мичуринского городского суда Тамбовской области. Уголовное дело № 1-6/2016.

366. Архив Жердевского районного суда Тамбовской области. Уголовное дело № 1-71 /2017.

367. Архив Моршанского районного суда Тамбовской области. Уголовное дело № 1-22 / 2018.

368. Архив Россошанского районного суда Воронежской области. Уголовное дело № 1-193 /2017.

369. Приговор Балаковского районного суда Саратовской области от 29 апреля 2016 г. по делу № 1-188/2016 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://sudact.ru/regular/doc/GVwx2ptY1XNT/?regular-txt=приговором+Балаковского+районного+суда+Саратовской+области+от+29+апреля+2016+г.+по+делу+№+1-188%2F2016®ular-case_doc=®ular-lawchunkinfo=®ular-doc_type=®ular-date_from=®ular-date_to=®ular-workflow_stage=®ular-area=®ular-court=®ular-judge=&_id=1542000086913 (дата обращения: 10.08.2023).

370. Приговор Поворинского районного суда Воронежской области № 1-7/2019 от 12 апреля 2019 г. по делу № 1-7/2019[Электронный ресурс]. – Режим доступа: sudact.ru/regular/doc/qzdmNXlAxHQC/ (дата обращения: 11.08.2023).

371. Решение Дюртюлинского районного суда Республики Башкортостан № 12-113/2019 12-8/2020 от 18 февраля 2020 г. по делу № 12-113/2019

[Электронный ресурс]. – Режим доступа: sudact.ru/regular/doc/EPaajzeIDjNt/ (дата обращения: 11.08.2023).

372. Апелляционное постановление Брянского областного суда № 1-1/2019 22-354/2020 от 3 марта 2020 г. по делу № 1-1/2019 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: sudact.ru/regular/doc/cADCOKbW8Jlr/ (дата обращения: 11.08.2023).

373. Решение Краснокаменского городского суда Забайкальского края № 2-3/2020 2-3/2020(2-462/2019;)-М-362/2019 2-462/2019 М-362/2019 от 29 мая 2020 г. по делу № 2-3/2020 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: sudact.ru/regular/doc/МуМНІЗНСВ5m8/ (дата обращения: 11.08.2023).

374. Апелляционное постановление № 10-15/2020 Центрального районного суда г. Читы Забайкальского края от 3 июля 2020 г. по делу № 10-15/2020 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: sudact.ru/regular/doc/T6j4tfPdpErO/ (дата обращения: 11.08.2023).

375. Решение Советского районного суда г. Липецка № 2-118/2020 2-118/2020(2-6225/2019;)-М-5671/2019 2-6225/2019 М-5671/2019 от 20 июля 2020 г. по делу № 2-118/2020 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: sudact.ru/regular/doc/Jd0Tij1QfVWl/ (дата обращения: 11.08.2023).

376. Решение Боровичского районного суда Новгородской № 2-762/2020 2-762/2020~М-570/2020 М-570/2020 от 15 сентября 2020 г. по делу № 2-762/2020 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: sudact.ru/regular/doc/UvEvOD1rkHdp/ (дата обращения: 11.08.2023).

377. Решение Чусовского городского суда Пермского края № 2-760/2021 2-760/2021~М-605/2021 М-605/2021 от 22 июня 2021 г. по делу № 2-760/2021 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: sudact.ru/regular/doc/xvadm7G5u7Jj/ (дата обращения: 11.08.2023).

378. Постановление Первого кассационного суда общей юрисдикции от 25.01.2023 № 77-185/2023(77-6700/2022) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.consultant.ru> (дата обращения: 11.08.2023).

379. Постановление Первого кассационного суда общей юрисдикции от 15.03.2023 № 77-1031/2023 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.consultant.ru>(дата обращения: 11.08.2023).

ПУБЛИКАЦИИ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

I. Монографии:

[1–А] Огнерубов, Н.А. Ятрогении в медицинской деятельности: уголовно-правовой аспект[Текст] / Н.А. Огнерубов. – Воронеж: Изд-во ВГУ, 2010. – 144 с. ISBN 978-5-9273-1699-1

[2–А] Огнерубов, Н.А. Лицо, обладающее специальными знаниями, и формы его участия в производстве по уголовному делу[Текст] / Н.А. Огнерубов. – Тамбов: Издательский дом «Державинский», 2018. – 119 с. ISBN 978-5-00078-213-2.

[3–А] Огнерубов, Н.А. Уголовная ответственность медицинских работников за причинение вреда жизни и здоровью пациентов: теория и практика[Текст] / Н.А. Огнерубов. – Тамбов: Издательский дом «Державинский», 2018. – 319 с. ISBN 978-5-00078-243-9.

[4–А] Огнерубов, Н.А. Синдром эмоционального выгорания: медицинский, уголовно-правовой и криминологический аспекты [Текст] / Н.А. Огнерубов. – Тамбов: Издательский дом «Державинский», 2019. – 72 с. ISBN 978-5-00078-256-9.

[5–А] Огнерубов, Н.А. Актуальные вопросы и современные аспекты уголовного судопроизводства [Текст] / Н.А. Огнерубов, Н.А. Баева, О.В. Батищев, Р.В. Беляев, Н.А. Власова, М.Г. Гонгадзе, А.Б. Дитюк, Т.Д. Дудоров, А.А. Дядченко, В.А. Заряев, О.С. Иванченко, Р.Б. Иванченко, И.И. Карташов, Е.Б. Кургузкина, О.А. Ланская, П.А. Луценко, А.В. Маслов, С.В. Медведева, С.А. Паннин, А.М. Попов / Под общ. ред. Т.Д. Дудорова. – Воронеж: Издательство «Ритм». – 2021. – 196 с. ISBN 978-5-6046535-9-3.

II. Научные статьи, опубликованные в журналах, рецензируемых ВАК Российской Федерации и ВАК при Президенте Республики Таджикистан:

[6–А] Огнерубов, Н.А. Проблемы и основания дифференциации преступлений в сфере медицинской деятельности [Текст] / Н.А. Огнерубов // Вестник Тамбовского университета. Серия: Гуманитарные науки. – 2010. – № 8 (88). – С. 253-258. ISSN 1810-0201.

[7–А] Огнерубов, Н.А. Ятрогенная преступность: причины и методы предупреждения [Текст] / Н.А. Огнерубов // Социально-экономические явления и процессы. – 2010. – № 4. – С. 121-126. ISSN 1819-8813.

[8–А] Огнерубов, Н.А. Проблемы квалификации преступлений в сфере профессиональной деятельности в контексте детерминации обстоятельств, исключающих преступность [Текст] / Н.А. Огнерубов // Социально-экономические явления и процессы. – 2011. – № 3-4 (25-26). – С. 386-391. ISSN 1819-8813.

[9–А] Огнерубов, Н.А. Синдром эмоционального выгорания как детерминанта преступности в сфере медицинской деятельности [Текст] / Н.А. Огнерубов // Социально-экономические явления и процессы. – 2013. – № 1 (47). – С. 245-247. ISSN 1819-8813.

[10–А] Огнерубов, Н.А. Специфика преступлений, совершаемых медицинскими работниками в сфере профессиональной деятельности: криминологический анализ [Текст] / Н.А. Огнерубов // Вестник Тамбовского университета. Серия: Гуманитарные науки. – 2014. – 2 (130). – С. 225-230. ISSN: 1810-0201.

[11–А] Огнерубов, Н.А. Непреднамеренное интраоперационное оставление инородных тел: юридические аспекты и профилактика [Текст] / Н.А. Огнерубов // Вестник Тамбовского университета. Серия: Гуманитарные науки. – 2015. – 9 (149). – С. 206-210. ISSN: 1810-0201.

[12–А] Огнерубов, Н.А. Врач как специальный субъект правоотношений [Текст] / Н.А. Огнерубов, С.В. Загордонец // Вестник Тамбовского университета. Серия: Естественные и технические науки. – 2017. – Т. 22. – № 6-2. – С. 1735-1739. ISSN: 1810-0198.

[13–А] Огнерубов, Н.А. Легальное толкование понятия "медицинская деятельность" в законодательстве российской федерации[Текст] / Н.А. Огнерубов // Вестник Казахского национального медицинского университета. – 2018. – № 3. – С. 289-292. SSN 2524 – 0684.

[14–А] Огнерубов, Н.А. Содержание понятия «медицинский работник» в контексте динамики правового регулирования медицинской деятельности[Текст] / Н.А. Огнерубов // Современное право. – 2018. – № 10. – С. 24–27. ISSN: 1991-6027.

[15–А] Огнерубов, Н.А. Доктринальные подходы к сущности принудительных мер медицинского характера в контексте соотношения правовых и медицинских критериев[Текст] / Н.А. Огнерубов // Социально-политические науки. – 2019. – № 1. – С. 128-130. ISSN: 2223-0092.

[16–А] Огнерубов, Н.А. Экспертное заключение по уголовным делам о ятрогенных преступлениях и его оценка следователем и судом[Текст] / Н.А. Огнерубов // Аграрное и земельное право. – 2019. – № 7 (175). – С. 126-128. ISSN: 1815-1329.

[17–А] Огнерубов, Н.А. Цель наказания в контексте критериев дифференциации уголовной ответственности[Текст] / Н.А. Огнерубов // Вестник Воронежского государственного университета. Серия: Право. – 2019. – № 1 (36). – С. 258–265. ISSN: 1995-5502.

[18–А] Огнерубов, Н.А. «Профессиональный медицинский риск» как правовая категория[Текст] / Н.А. Огнерубов // Юридический мир. – 2019. – № 7. – С. 46-49. ISSN: 1811-1475.

[19–А] Огнерубов, Н.А. Критерии дифференциации уголовной ответственности[Текст] / Н.А. Огнерубов // Современное право. – 2019. – № 4. – С. 120-126. ISSN: 1991-6027.

[20–А] Огнерубов, Н.А. К вопросу об уголовной ответственности за ятрогенный вред на фоне пандемии COVID-19[Текст] / Н.А. Огнерубов //

Актуальные проблемы государства и права. – 2020. – Т. 4. – № 16. – С. 485-494. ISSN: 2587-9340.

[21–А] Огнерубов, Н.А. Проблема легализации статуса эмбриона в контексте уголовно-правовой охраны жизни[Текст] / Н.А. Огнерубов // Вестник Алтайской академии экономики и права. – 2020. – № 5, часть 2. – С. 380-386. ISSN: 1818-4057.

[22–А] Огнерубов, Н.А. Международно-правовые основы уголовно-правовой охраны эмбриона[Текст] / Н.А. Огнерубов // Актуальные проблемы государства и права. – 2021. – Т. 5. – № 18. – С. 296-308. ISSN: 2587-9340.

[23–А] Огнерубов, Н.А. Незаконное проведение искусственного прерывания беременности в системе преступлений против жизни и здоровья[Текст] / Н.А. Огнерубов // Проблемы экономики и юридической практики. – 2022. – № 2. – С. 154-158. ISSN: 2541-8025.

[24–А] Огнерубов, Н.А. Перспективы уголовно-правовой охраны эмбрионов *in vitro* в контексте международной практики и зарубежного опыта[Текст] / Н.А. Огнерубов // Пробелы в российском законодательстве. – 2022. – № 3. – С. 244-248. ISSN: 2072-3164.

[25–А] Огнерубов, Н.А., Организация оказания медицинской помощи по профилю «онкология» пациентам за пределами территорий их страхования в условиях изменения нормативной регламентации[Текст] / Н.А. Огнерубов, Р.В. Зелепукин // Consilium Medicum. – 2021. – № 23. № 12. – С. 986-990. ISSN: 2075-1753.

[26–А] Азиззода У.А., Огнерубов, Н.А. Доктринальные подходы к уголовно-правовой охране отношений, связанных с использованием эмбрионов [Текст] / У.А. Азиззода, Н.А. Огнерубов, // Государствоведение и права человека. – №1(29). – 2023. – С. 208-215. ISSN 24149217

III. В журналах Scopus:

[27–А] Огнерубов, Н.А. Опухоли головы и шеи и вспомогательные репродуктивные технологии: социально-правовой аспект [Текст] / Н.А. Огнерубов // Опухоли головы и шеи. – 2020. – Т. 10. – № 3. – С. 90-96. DOI: 10.17650/2222-1468-2020-10-3-90-96. ISSN 2222-1468.

[28–А] Огнерубов, Н.А., Профессиональные медицинские риски: условия правомерности в контексте действующего уголовного законодательства [Текст] / Н.А. Огнерубов, Р.В. Зелепукин, В.М. Большакова // Siberian Journal of Life Sciences and Agriculture. 2021. Т. 13, № 6. С. 266-282. DOI: 10.12731/2658-6649-2021-13-6-266-282. ISSN: 2658-6649.

[29–А] Огнерубов, Н.А., Зелепукин, Р.В., Поддубная, И.В. Риск дискриминации российских граждан при оказании медицинской помощи за рубежом как тенденция сферы здравоохранения. Современная Онкология. 2022;24(2):260-263. DOI: 10.26442/18151434.2022.2.201706. ISSN: 1815-1434.

IV. Научные статьи, опубликованные в сборниках и других научно-практических изданиях:

[30–А] Огнерубов, Н.А. Историческая ретроперспектива становления и развития института ответственности медицинских работников за правонарушения в сфере профессиональной деятельности [Текст] / Н.А. Огнерубов // Актуальные проблемы защиты прав и свобод личности: теория, история, практика: материалы межвуз. науч.-практ. конф., посвященной 65-летию победы в Великой Отечественной войне. – Воронеж: РАГС ВС, 2010. – Вып. 8. – С. 5-13. ISBN: 978-5-86937-205-5.

[31–А] Огнерубов, Н.А. Ятрогения в медицинской практике [Текст] / Н.А. Огнерубов // Актуальные биоэтические и правовые вопросы современного здравоохранения: материалы Всерос. науч.-практ. конф. – Тамбов: Издательский дом ТГУ им. Г.Р. Державина, 2011. – С. 72-82.

[32–А] Огнерубов, Н.А. К вопросу о соотношении дефиниций «медицинская деятельность» и «медицинская помощь» в контексте их правового регулирования[Текст] / Н.А. Огнерубов // Актуальные биоэтические и правовые вопросы современного здравоохранения: материалы Всерос. науч.-практ. конф. – Тамбов: Издательский дом ТГУ им. Г.Р. Державина, 2011. – С. 65-72.

[33–А] Огнерубов, Н.А. Криминологические аспекты профессионального выгорания медицинских работников[Текст] / Н.А. Огнерубов // Наука, образование, бизнес: проблемы, перспективы, интеграция: материалы Междунар. заочной научн.-практ. конф. – М., 2013. – С. 122-123.

[34–А] Огнерубов, Н.А., Болгова Н.М. К вопросу о формах использования специальных знаний в современном уголовном судопроизводстве[Текст] / Н.А. Огнерубов, Н.М. Болгова // Современная наука Евразии: сборник материалов Межд. науч. конф / Отв. ред. Л.И. Королев. – Воронеж: ООО Изд-во «Издательство Ритм». – 2017. – С. 6-8. ISBN: 978-5-6040142-1-9.

[35–А] Огнерубов, Н.А. К вопросу об уголовно-правовой охране права эмбриона на жизнь в контексте определения момента ее начала [Текст] / Н.А. Огнерубов // The Scientific Heritage. – 2018. – Т. 2. – № 27 (27). – С. 13-15. ISSN: 9215-0365.

[36–А] Огнерубов, Н.А. Профессиональный медицинский риск: конституционно-правовой и уголовно-правовой аспекты[Текст] / Н.А. Огнерубов // 25 лет Конституции Российской Федерации: традиции и новации государственно-правового развития. Материалы Всерос. науч. конф. – Тамбов: Принт-Сервис, 2018. – С. 276-279. ISBN: 978-5-6042124-2-4.

[37–А] Огнерубов, Н.А. Лицо, обладающее специальными знаниями, и формы его участия в производстве по уголовному делу[Текст] / Н.А. Огнерубов // Объединенный иллюстрированный каталог материалов международных и общероссийских выставок-презентаций научных, учебно-методических изданий и образовательных технологий. – Пенза: Издательский Дом «Академия Естествознания», 2018. – С. 71-72. ISBN: 978-5-91327-555-4.

[38–А] Огнерубов, Н.А. К вопросу о детерминации понятия преступления в сфере медицинской деятельности [Текст] / Н.А. Огнерубов // Государство и правовая система в условиях информационного общества: сборник статей по итогам Междунар. науч.-практ. конф. – Уфа: Агентство международных исследований, 2018. – С. 25-28. ISBN: 978-5-907088-69-6.

[39–А] Огнерубов, Н.А. Момент смерти: уголовно-правовой и медицинский аспекты [Текст] / Н.А. Огнерубов // Наука России: цели и задачи: сборник научных трудов по материалам VII Междунар. науч. конф. – Екатеринбург: Научно-издательский центр «Л-Журнал», 2018. – С. 48-51. Doi: 10.18411/sr-10-10-2018-32.

[40–А] Огнерубов, Н.А. Ятрогенная преступность: необходимость теоретического исследования и законодательной регламентации [Текст] / Н.А. Огнерубов // V Конгресс Российского общества специалистов по опухолям головы и шеи с международным участием: сборник материалов конф. – М.: Российское общество специалистов по опухолям головы и шеи, 2019. – С. 32-34.

[41–А] Огнерубов, Н.А. К вопросу о юридической ответственности за информационную и психическую ятрогению и их соотношении [Текст] / Н.А. Огнерубов // Актуальные проблемы государства и права, 2019. – Т.3 № 10. – С. 165-174. ISSN: 2587-9340.

[42–А] Огнерубов, Н.А., Административно-правовое регулирование в сфере здравоохранения: перспективы в условиях цифровизации государственного управления и экономики [Текст] / Н.А. Огнерубов, Р.В. Зелепукин // Тамбовские правовые чтения имени Ф.Н. Плевако: материалы IV Междунар. науч. – практ. конф. – Тамбов: Издательский дом «Державинский», 2020. – С. 440– 444. ISBN: 978-5-00078-366-5.

[43–А] Огнерубов, Н.А. К вопросу о понятии и сущности уголовно-процессуального доказывания [Текст] / Н.А. Огнерубов, Д.М. Козодаева // Центральный научный вестник. – 2020. – Т. 5. – № 7-10 (96-99). – С. 54-57. ISSN: 2499-9989.

[44–А] Огнерубов, Н.А. К вопросу ятрогенных посягательств на жизнь и здоровье пациентов [Текст] / Н.А. Огнерубов // Евразийский онкологический журнал. – 2020. – Т.8. – №2. – С. 778. ISSN: 2309-7485.

[45–А] Огнерубов, Н.А. Проблема легализации статуса эмбриона в контексте уголовно-правовой охраны жизни [Текст] / Н.А. Огнерубов // В книге: Актуальные вопросы и современные аспекты уголовного судопроизводства / Под общ. ред. Т.Д. Дудорова. – Воронеж, 2021. – С. 62-70. ISBN: 978-5-6046535-9-3.

[46–А] Огнерубов, Н.А. К вопросу об объективных признаках незаконного предпринимательства [Текст] / Н.А. Огнерубов, Р.Ю. Шевченко // В сборнике: Проблемы применения уголовного и уголовно-процессуального законодательства в деятельности следственно-судебных органов. Материалы студенческого научно-исследовательского семинара. – Воронеж, 2021. – С. 131-138. ISBN: 978-5-6045686-7-5.

[47–А] Огнерубов, Н.А. Проблемы реализации ответственности за уклонение от уплаты налогов в Российской Федерации [Текст] / Н.А. Огнерубов, А.А. Болдырев // В сборнике: Проблемы применения уголовного и уголовно-процессуального законодательства в деятельности следственно-судебных органов. Материалы студенческого научно-исследовательского семинара. – Воронеж, 2021. – С. 6-13. ISBN: 978-5-6045686-7-5.

[48–А] Огнерубов, Н.А. Развитие уголовной ответственности медицинских работников как элемента их правового статуса [Текст] / Н.А. Огнерубов // Тамбовские правовые чтения имени Ф.Н. Плевако: материалы V Международной научно-практической конференции. 28–29 мая 2021 года: в 2 т. Т. 1 / М-во науки и высш. обр. РФ [и др.]; отв. ред. В.Ю. Стромов. – Тамбов: Издательский дом «Державинский», 2021. – С. 267-271. ISBN: 978-5-00078-501-0.

[49–А] Огнерубов, Н.А. Некоторые аспекты уголовно-правовой охраны общественных отношений в сфере медицинской деятельности [Текст] / Н.А. Огнерубов // Актуальные проблемы уголовного права, криминологии, уголовного процесса и уголовно-исполнительного права: теория и практика: материалы VIII

международной научно-практической конференции / М-во науки и высш. обр. РФ [и др.]; – Тамбов: Издательский дом «Державинский», 2021. – С. 280-288. ISBN: 978-5-00078-503-4.

[50–А] Огнерубов, Н.А. Становление и развитие правового регулирования незаконного проведения искусственного прерывания беременности в России и за рубежом[Текст] / Н.А. Огнерубов, Р.В. Зелепукин // Правовое регулирование в сфере здравоохранения в условиях новых вызовов: вопросы теории и практики: материалы Всероссийской научно--практической конференции с международным участием. г. Тамбов, 25-26 марта 2022 г. / отв. ред. Р.В. Зелепукин; М-во науки и высш. обр. РФ [и др.]. – Тамбов: Издательский дом «Державинский», 2022. – С. 191-203. ISBN: 978-5-00078-669-7.

[51–А] Огнерубов, Н.А., Состояние правоприменительной практики по делам о незаконном проведении искусственного прерывания беременности [Текст] / Н.А. Огнерубов, Р.В. Зелепукин // Тамбовские правовые чтения имени Ф.Н. Плевако: материалы VI Международной научно-практической конференции. 19-21 мая 2022 года / М-во -науки и высш. обр. РФ [и др.]; отв. ред. Р.В. Зелепукин. – Тамбов: Издательский дом «Державинский», 2022. – С. 221-224. ISBN: 978-5-00078-664-2.

[52–А] Огнерубов, Н.А. Сравнительно-правовой анализ уголовно-правового регулирования в сфере медицинской деятельности в Российской Федерации и Республике Таджикистан [Текст] / Н.А. Огнерубов, У.А. Азиззода // Правотворческая деятельность. – 2022. – №2. – С. 181-184.

V. Учебники, учебные и методические пособия:

[53–А] Огнерубов Н.А. Доказывание и доказательства в уголовном процессе[Текст] / Н.А. Огнерубов, В.В. Хатуаева, П.А. Луценко. – Тамбов: Издательский дом «Державинский», 2019. – 116 с. ISBN: 978-5-00078-233-0.

[54–А] Огнерубов, Н.А. Особый порядок судебного разбирательства: принятие судебного решения при заключении досудебного соглашения о

сотрудничестве[Текст] / Н.А. Огнерубов / Отв. ред. Хатуаева В.В. – М.: Издательство Юрайт, 2020. – 242 с. ISBN 978-5-534-12984-7.

[55–А] Огнерубов, Н.А. Преступления в сфере медицинской деятельности: учебное пособие для ВУЗов[Текст] / Н.А. Огнерубов. – Москва: Издательство Юрайт, 2020. – 123 с. ISBN 978-5-534-13192-5.

[56–А] Огнерубов, Н.А. Специальные знания в уголовном судопроизводстве[Текст] / Н.А. Огнерубов. – М.: Издательство Юрайт, 2021. – 92 с. ISBN 978-5-534-13242-7.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Приложение № 1

Историческая ретроспектива организационно-правовых форм оказания медицинской помощи в России и правового регулирования ответственности за преступления в сфере медицинской деятельности

Исторический период	Организационно-правовая форма оказания медицинской помощи	Правовое регулирование ответственности за преступления в сфере медицинской деятельности
X-XV вв.	монастырская медицина светская (городская) медицина народная медицина	Церковный Устав Владимира Святославовича Русская Правда, Судебник 1497 г. -
XVI-XVIII вв.	светская медицина (гражданские больницы) военная медицина (военные госпитали)	Судебник 1597 г. Воинский Устав 1716г.
XIX - начало XX вв.	земская медицина (губернские, уездные участковые больницы)	Врачебный устав 1857 г. Уложение о наказаниях уголовных и исправительных 1845 г.,

		Уложение о наказаниях уголовных и исправительных 1903 г.
с 1917 по 1991 гг.)	государственная медицина (лечебно-профилактические учреждения: общие, специализированные, детские, родильные дома, психиатрические больницы, лепрозории)	УК РСФСР 1922 г., УК РСФСР 1926 г., УК РСФСР 1960 г.
с 1991 г. по настоящее время	государственная медицина (федеральные, субъектов федерации и муниципальные медицинские учреждения) частная медицина (негосударственные медицинские учреждения)	УК РФ 1997 г.

Приложение № 2

Возникновение ятрогенных последствий на различных этапах оказания медицинской помощи

Диагностика	
Анамнеза	5%
Осмотр	-
проведение лабораторных, инструментальных, и иных исследований	12,6%

Лечение	
терапевтическое	13%
хирургическое	67,1%
суггестивное	-
физиотерапевтическое	0,7%
реабилитация	1,6%
Профилактика	-

Приложение № 3

Составы криминальных ятрогений

	Норма УК РФ	Характер деяния	Форма деяния	Ятрогенные последствия деяния
.	ч. 2 ст. 109 причинение смерти по неосторожности	ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей	действие	смерть
.	ч. 2 ст. 118 причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности	ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей	действие	тяжкий вред здоровью

	ч. 4 ст. 122 заражение ВИЧ- инфекцией	ненадлежаще е исполнение профессиональных обязанностей	действ ие, бездействие	заражение другого лица ВИЧ-инфекцией
	ч. 1 ст. 124 неоказание помощи больному	неисполнение профессиональных обязанностей	бездей ствие	вред здоровью средней тяжести
	ч. 2 ст. 124 неоказание помощи больному	неисполнение профессиональных обязанностей	бездей ствие	смерть либо тяжкий вред здоровью

Приложение № 4

Репрезентативный анализ вопросов, поставленных перед экспертами в связи с проверкой сообщения либо с производством расследования по уголовным делам, возбужденным в отношении медицинских работников в связи с ненадлежащим исполнением либо неисполнением профессиональных обязанностей⁴²¹

⁴²¹ В ходе репрезентативного анализа было изучено 86 постановлений о назначении экспертизы и экспертных заключений.

Направленность вопроса	Количество постановлений	% постановлений, содержащих вопросы
Установление признаков объективной стороны преступления, в т.ч.:	86	100
деяния	81	94,1
вредных последствий	79	91,8
причинной связи	84	97,6
Установление признаков дополнительного объекта преступления посягательство на установленные правила оказания медицинской помощи	27	31,4
Установление признаков субъективной стороны	16	18,6

преступления		
Установление признаков специального субъекта	4	4,6

Справка по результатам репрезентативного анализа 86 экспертных заключений

Из изученных в ходе эмпирического исследования 86 экспертных заключениях в 63 (73,2%) было констатировано наличие дефектов оказания медицинской помощи. При этом выявленные нарушения были допущены врачами-хирургами (27,6 %), акушерами-гинекологами (18,3%), терапевтами (15,8%), педиатрами (14,4%), анестезиологами-реаниматологами (11,6%), онкологами (6,7%), а также средним медицинским персоналом (5,6%).

Ятрогенные последствия стали результатом неправильной диагностики и лечения в 89, 7% случаев, при этом ошибки на этапе диагностики повлекли за собой назначение некорректного лечения. Нарушения в лечении выражались: в отсутствии показанного лечения либо несвоевременном (запоздалом) его начале; недостаточном объеме проводимого показанного лечения; методологически либо технически неправильном выполнении лечебных вмешательств, в т.ч. в передозировке лекарственных средств, введении противопоказанных лекарственных средств, непроведении необходимых проб перед гемотрансфузиями, нарушении оперативной технологии, нарушении техники интубации, катетеризации, грубых, травматичных манипуляциях, отсутствии в процессе лечения контроля за состоянием пациента, нуждающегося в постоянном

динамическом наблюдении, оставлении инородных тел в организме больного после инвазивных вмешательств и т.п.

При этом, из 63 экспертных заключений, в которых было констатировано наличие дефекта оказания медицинской помощи, только в 38 делалась отсылка на конкретные стандарты, протоколы диагностики и лечения, а также на должностные инструкции, правила, методические рекомендации либо общепризнанные и общеобязательные в медицине правила оказания медицинской помощи.

В подавляющем большинстве случаев (67,3%) выводы о допущенных в ходе оказания медицинской помощи дефектах делались без привязки к конкретному субъекту, их допустившему, т.е. носили обезличенный характер. В 17 экспертных заключениях под сомнение была поставлена компетентность медицинского работника, при этом только в 6 из них было констатировано несоответствие его квалификации проводимым медицинским манипуляциям.

В качестве последствий криминальных ятрогений в 31 (49,3%) случаях указано наступление смерти, в 22 случаях (34,9%) – причинение тяжкого вреда здоровью, в 3 случаях (4,7%) – причинение вреда здоровью средней тяжести. В 7 случаях (11,1%) не установлено причинно-следственной связи между допущенными при оказании медицинской помощи нарушениями и наступившими вредными последствиями.

Приложение № 5

Результаты анкетирования медицинских работников⁴²²

1. Как Вы оцениваете качество оказываемой в России медицинской помощи?

- высокое (7,5%);
- среднее (36,5%);
- низкое (5,2%);

⁴²² В ходе работы над эмпирической частью диссертационного исследования было проанкетировано 47 медицинских работников, из которых 39% имеют среднее специальное образование, 19% - неполное высшее, 41% - высшее медицинское образование. Из них 29% являются сотрудниками государственных медицинских учреждений, 45% - муниципальных медицинских учреждений; 26% - частных клиник.

- очень низкое (12, 3%)
- затрудняюсь ответить (38,5%)

2. Что, на Ваш взгляд, существенно влияет на качество медицинского обслуживания (допускается несколько вариантов ответа):

- квалификация медицинского работника и стаж его работы по специальности (38%);
- уровень финансирования конкретного медицинского учреждения (42%);
- заработная плата медицинского работника (63%);
- осведомленность медицинского работника о своих правах, обязанностях и ответственности за их неисполнение или ненадлежащее исполнение (16,2 %);
- нехватка современного медицинского оборудования для диагностики и лечения (21,3%);

3. Знаете ли Вы нормативные правовые акты, регламентирующие права, обязанности и ответственность медицинских работников?

- да (16%);
- нет (28%);
- частично (56%);

4. Считаете ли Вы, что медицинская деятельность сопряжена с повышенным профессиональным риском привлечения к уголовной ответственности за причинение вреда жизни или здоровью пациента?

- да (41,1%);
- нет (36, 8%);
- затрудняюсь ответить (22,1%);

5. Сталкивались ли Вы, Ваши близкие и знакомые с врачебными ошибками, выразившимися в неправильно поставленном диагнозе, неправильно назначенном лечении и т.д.?

- да (21%);
- нет (40%);
- затрудняюсь ответить (39%);

6. Известны ли Вам случаи привлечения к уголовной ответственности медицинских работников за причинение вреда жизни и здоровью пациента?

- да (12%);
- нет (54%);
- затрудняюсь ответить (34%);

7. Является ли, на Ваш взгляд, врачебная ошибка основанием для привлечения медицинского работника к уголовной ответственности в тех случаях, когда ее последствием явились смерть либо тяжкий вред здоровью?

- да (42,3%);
- нет (19,5%);
- затрудняюсь ответить (38,2%);

8. Считаете ли Вы необходимым знакомить пациента с документацией о состоянии его здоровья?

- да (61,8%);
- нет (12,5%);
- затрудняюсь ответить (25,7%);

9. Полагаете ли Вы, что ятрогенные посягательства на жизнь и здоровье пациента могут быть совершены медицинским работником умышленно?

- да (3,2%);
- нет (92,4%);
- затрудняюсь ответить (4,4%);

10. Необходимо ли, по Вашему мнению, установление уголовной ответственности за незаконные действия с эмбрионом человека?

- да (63,4%);
- нет (12,8%);
- затрудняюсь ответить (23,8%);

11. Считаете ли Вы целесообразным усиление уголовной ответственности за профессиональные преступления, совершаемые медицинскими работниками против жизни и здоровья пациентов?

- да (7,2%);
- нет (71,8%);
- затрудняюсь ответить (21%).

Результаты анкетирования 57 пациентов ГБУЗ «Тамбовский областной онкологический клинический диспансер»

1. Как Вы оцениваете качество оказываемой в России медицинской помощи?

- высокое (0%);
- среднее (42%);
- низкое (36%);
- очень низкое (22%);

2. Знаете ли Вы права пациента в случае причинения вреда здоровью при оказании медицинской помощи?

- да (28%);
- нет (12,7%);
- частично (59,3%);

3. Приходилось ли Вам защищать свои интересы в связи с некачественным оказанием медицинских услуг?

- да (8%);
- нет (92%);

4. Что, на Ваш взгляд, существенно влияет на качество медицинского обслуживания (допускается несколько вариантов ответа):

- квалификация медицинского работника и стаж его работы по специальности (19%);
- уровень финансирования конкретного медицинского учреждения (92%);
- заработная плата медицинского работника (71%);
- осведомленность медицинского работника о своих правах, обязанностях и ответственности за их неисполнение или ненадлежащее исполнение (11 %);

- нехватка современного медицинского оборудования для диагностики и лечения (34%);

5. Сталкивались ли Вы, Ваши близкие и знакомые с врачебными ошибками, выразившимися в неправильно поставленном диагнозе, неправильно назначенном лечении и т.д.?

- да (52%);

- нет (11%);

- затрудняюсь ответить (37%);

6. Известны ли Вам случаи привлечения к уголовной ответственности медицинских работников за причинение вреда жизни и здоровью пациента?

- да (1,9%);

- нет (98,1%);

7. Является ли, на Ваш взгляд, врачебная ошибка основанием для привлечения медицинского работника к уголовной ответственности в тех случаях, когда ее последствием явились смерть либо тяжкий вред здоровью?

- да (85,1%);

- нет (7,6%);

- затрудняюсь ответить (7,3%);

8. Пользовались ли Вы своим правом на ознакомление с медицинской документацией о состоянии Вашего здоровья?

- да (47%);

- нет (53%).

Результаты анкетирования работников правоохранительных и судебных органов⁴²³

1. Как Вы оцениваете качество оказываемой в России медицинской помощи?

- высокое (0%);

- среднее (51,5 %);

⁴²³ В анкетировании приняли участие 34 районных судьи, 27 следователей, 16 дознавателей, 17 работников прокуратуры.

- низкое (41,8%);
- очень низкое (6,7%);

2. Знаете ли Вы права пациента в случае причинения вреда здоровью при оказании медицинской помощи?

- да (93%);
- нет (0%);
- частично (7%);

3. Что, на Ваш взгляд, существенно влияет на качество медицинского обслуживания (допускается несколько вариантов ответа):

- квалификация медицинского работника и стаж его работы по специальности (57%);
- уровень финансирования конкретного медицинского учреждения (72%);
- заработная плата медицинского работника (69%);
- осведомленность медицинского работника о своих правах, обязанностях и ответственности за их неисполнение или ненадлежащее исполнение (23 %);
- нехватка современного медицинского оборудования для диагностики и лечения (47%);

4. Достаточно ли, на Ваш взгляд, защищены права граждан в сфере здравоохранения?

- да (12%);
- нет (73%);
- затрудняюсь ответить (15%);

5. Как часто Вы сталкивались в своей деятельности со случаями привлечения к уголовной ответственности медицинских работников?

- часто (0%)
- редко (31,5%)
- не сталкивался (68,5*)

6. Какие преступления чаще совершают медицинские работники?

- преступления против жизни и здоровья (56,4%);

- должностные преступления (18,3%);

- затрудняюсь ответить (25,35);

7. Достаточно ли, на Ваш взгляд, подготовлены сотрудники правоохранительных органов для расследования преступлений, совершаемых в сфере медицинской деятельности?

- да (28%);

- нет (43%);

- затрудняюсь ответить (29%);

8. Полагаете ли Вы, что ятрогенные посягательства на жизнь и здоровье пациента могут быть совершены медицинским работником умышленно?

- да (11,8 %);

- нет (75,3 %);

- затрудняюсь ответить (12,9%);

9. Считаете ли Вы целесообразным усиление уголовной ответственности за профессиональные преступления, совершаемые медицинскими работниками против жизни и здоровья пациентов?

- да (87,3 %);

- нет (1,6 %);

- затрудняюсь ответить (11,1%);

10. Как Вы полагаете, должен ли медицинский работник нести уголовную ответственность за причинение смерти или тяжкого вреда здоровью пациента вследствие недостаточной квалификации либо отсутствия у него достаточных медицинских знаний?

- должен (54,8%);

- не должен (17,2%);

- затрудняюсь ответить (28%).

Приложение № 6

Проект Федерального закона «О внесении изменений в Уголовный кодекс Российской Федерации по вопросам совершенствования уголовной ответственности медицинских работников»

Внести в Уголовный кодекс Российской Федерации следующие изменения:

1) дополнить статью 41 частью 4 следующего содержания: «В ситуации медицинского риска, необходимо получение добровольного информированного согласия лица либо его законного представителя на медицинское вмешательство, за исключением случаев, когда оно осуществляется по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека»;

2) название статьи 120 изложить в следующей редакции: «Принуждение лица к даче согласия на изъятие органов и тканей для трансплантации»;

3) часть 1 статьи 120 изложить в следующей редакции: «Принуждение лица к даче согласия на изъятие органов и тканей для трансплантации, а также репродуктивных органов и тканей, физиологических жидкостей, наказывается ...»;

4) дополнить статью 120 частью 1.1 следующего содержания: «Принуждение медицинского работника, к проведению операции по изъятию органов или тканей человека для трансплантации, а также репродуктивных органов и тканей, физиологических жидкостей, совершенное с применением насилия либо с угрозой его применения, -наказывается...».

4) часть 2 статьи 120 после слова «виновного» дополнить словами «группой лиц, группой лиц по предварительному сговору или организованной группой»;

5) часть 4 статьи 122 - исключить;

6) статью 123 изложить в следующей редакции:

«Незаконное проведение искусственного прерывания беременности

1. Проведение искусственного прерывания беременности лицом, не имеющим сертификата специалиста на право осуществления медицинской деятельности в сфере акушерства и гинекологии, либо вне медицинской организации, имеющей лицензию на осуществление медицинской деятельности,

включая работы (услуги) по акушерству и гинекологии, либо с нарушением установленных законом сроков искусственного прерывания беременности, а также при наличии противопоказаний, при которых прерывание беременности опасно для жизни или здоровья,

наказывается штрафом в размере до восьмидесяти тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до шести месяцев, либо обязательными работами на срок до четырехсот восьмидесяти часов, либо исправительными работами на срок до двух лет.

2. То же деяние, совершенное без согласия беременной женщины, либо с целью использования тканей эмбриона -

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

3. Деяние, предусмотренное частями первой или второй настоящей статьи, повлекшее по неосторожности смерть потерпевшей либо причинение тяжкого вреда ее здоровью, -

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

7) статью 124 – исключить;

8) дополнить Раздел VII «Преступления против личности» главой 16.1 «Преступления медицинских работников против жизни и здоровья пациентов» следующего содержания:

статья 125. 1 Ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей медицинским работником, причинившие по неосторожности тяжкий вред здоровью пациента, а также заражение ВИЧ-инфекцией –

наказывается ограничением свободы на срок до трех лет, либо принудительными работами на срок до двух лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового, либо лишением свободы на срок до одного года с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового.

2. То же деяние, повлекшее по неосторожности смерть пациента –

наказывается ограничением свободы на срок до четырех лет, либо принудительными работами на срок до четырех лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового, либо лишением свободы на срок до четырех лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового.

Статья 125.2 Неисполнение профессиональных обязанностей медицинским работником

1. Неоказание медицинской помощи больному без уважительных причин медицинским работником, который был обязан и имел возможность оказать такую помощь, если это повлекло по неосторожности причинение тяжкого вреда здоровью больного, -

наказывается ограничением свободы на срок до трех лет, либо принудительными работами на срок до трех лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового, либо лишением свободы на срок до двух лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового.

2. То же деяние, повлекшее по неосторожности смерть больного, -

наказывается ограничением свободы на срок до четырех лет, либо принудительными работами на срок до пяти лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового, либо лишением свободы на срок до пяти лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового.

Статья 125.3 Нарушение установленного законом порядка изъятия органов, тканей и физиологических жидкостей человека

1. Нарушение установленного законом порядка изъятия органов, тканей и физиологических жидкостей человека, либо порядка и условий трансплантации, повлекшее по неосторожности причинение тяжкого вреда здоровью донора или реципиента,

наказывается ограничением свободы на срок до трех лет, либо принудительными работами на срок до двух лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового, либо лишением свободы на срок до одного года с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового.

2. То же деяние, если оно повлекло по неосторожности смерть донора или реципиента, наказывается ограничением свободы на срок до четырех лет, либо принудительными работами на срок до четырех лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового, либо лишением свободы на срок до четырех лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового.