

ВСЕСОЮЗНЫЙ ИНСТИТУТ ПО ИЗУЧЕНИЮ ПРИЧИН И
РАЗРАБОТКЕ МЕР ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ПРЕСТУПНОСТИ

На правах рукописи

Ф. Ю. БЕРДИЧЕВСКИЙ

ОСНОВНЫЕ ВОПРОСЫ РАССЛЕДОВАНИЯ
ПРЕСТУПНЫХ НАРУШЕНИЙ МЕДИЦИНСКИМ
ПЕРСОНАЛОМ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ
ОБЯЗАННОСТЕЙ
(криминалистическое и уголовно-правовое
исследование)

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени кандидата
юридических наук

Научный руководитель—заслуженный деятель науки РСФСР
профессор **С. П. Митричев**

МОСКВА — 1966

Забота об охране здоровья населения постоянно находится в центре внимания Коммунистической партии и Советского государства. Задаче по дальнейшему улучшению дела народного здравоохранения значительное место отводится в Программе КПСС и директивах XXIII съезда партии. Большим и заслуженным уважением пользуются в нашей стране медики — представители самой гуманной профессии. Победивший социализм вернул этой профессии по образному выражению авторов «Коммунистического манифеста» священный ореол почетной человеческой деятельности», отнятый у нее буржуазией¹.

Поэтому в наших условиях особую остроту приобретает каждый случай привлечений к уголовной ответственности медицинского работника в связи с неоказанием или ненадлежащим оказанием им помощи больному.

Известно, что угроза наступления смерти или тяжелых для здоровья человека последствий как результат преступной неосторожности медика в процессе оказания лечебной помощи гораздо реальнее и ближе к осуществлению, чем опасность, возникающая в повседневной жизни как результат несоблюдения обычных требований предосторожности. Этим обуславливается необходимость уголовно-правового регулирования медицинской деятельности.

Однако при таком регулировании нельзя не учитывать специфики медицинской деятельности. Несмотря на свои успехи, практически медицина вынуждена применять несовершенные лечебно-диагностические средства и методы. У врача же нет права выбора. Он не может ограничивать свою деятельность лишь болезнями, наиболее доступными медицинскому воздействию. Поэтому, если гибель человека в связи с деятельностью строителя, шофера или другого специалиста в большинстве случаев свидетельствует о нарушении правовых норм, то смертельный исход лечения больного сам по себе не дает оснований для признания действий врача противоправными. Известно далее, что эффективность лечения во многом зависит от опыта и индивидуального мастерства врача. Врач, об-

¹ См. К. Маркс и Ф. Энгельс, Соч. т. IV, стр. 427.

ладающий большими навыками, имеет и большую возможность как для установления правильного диагноза, так и для более успешного лечения тех же болезней теми же средствами и методами, которые применяются менее опытным врачом.

Отсюда — необходимость внесения достаточной ясности в вопрос об основаниях и пределах уголовной ответственности медицинских работников за нарушение своих профессиональных обязанностей с тем, чтобы угроза такой ответственности не служила тормозом для творческого развития медицины и повышения профессионального мастерства ее представителей. Неудивительно поэтому, что проблема так называемой «врачебной ошибки» давно уже волнует медицинскую общественность. До последнего времени тема эта не сходит со страниц медицинской печати, является предметом оживленных дискуссий и специальных монографических исследований. Однако попытки медиков самостоятельно решить эти чисто правовые вопросы не смогли внести в них полной ясности.

В судебной практике и среди ученых-юристов нет единства и в вопросе квалификации преступных нарушений медицинским персоналом своих профессиональных обязанностей.

Практика также показывает, что качество разрешения первичных материалов и расследования уголовных дел о таких преступлениях не всегда соответствует требованиям социалистической законности. Имеют место факты необоснованного привлечения медицинских работников к уголовной ответственности. Чрезвычайно высоким остается число неосновательно возбужденных дел этой категории. Не имея четкого представления о специфике профессиональных правонарушений медиков, не обладая достаточными знаниями о задачах и способах их расследования, следователи, прокуроры и судьи, сталкиваясь с такими делами, перекладывают зачастую ряд своих функций на различные учреждения здравоохранения и комиссии судебно-медицинских экспертов.

Сказанному соответствует отсутствие научно обоснованной методики расследования этого вида преступлений, разработка которой, разумеется, невозможна в отрыве от уголовно-правовых вопросов, в частности, без уяснения предмета доказывания по этим делам.

Перечисленные выше соображения и обусловили выбор темы настоящей диссертации как комплексного исследования уголовно-правовых, процессуальных и тесно с ними связанных криминалистических вопросов, касающихся преступных нарушений медперсоналом профессиональных обязанностей.

Одновременно с этим автор попытался на основе специфики в решении указанных вопросов рассмотреть некоторые общие положения уголовного права, уголовного процесса и криминалистики.

В диссертации использована практика Верховных Судов СССР и РСФСР, органов прокуратуры и суда Москвы и Московской области, а также многолетний опыт работы автора в должности следователя.

Первая глава диссертации посвящена уголовно-правовым вопросам. В ней дается краткая историческая справка о правовом регулировании профессиональной медицинской деятельности в различных социально-экономических формациях, рассматривается законодательство и судебная практика современных буржуазных государств и отмечается широкая распространенность в условиях этих государств судебного преследования врачей за профессиональные правонарушения.

Далее в диссертации освещается история советского законодательства и анализируются высказывания ряда авторов по вопросу об уголовной ответственности врачей.

Диссертант подробно останавливается на отстаиваемой в настоящее время большинством судебных медиков точке зрения, согласно которой любое объективно неправильное медицинское действие, вызвавшее вредные последствия, может быть в зависимости от причин, обусловивших его, отнесено к одному из трех видов: несчастный случай, врачебная ошибка, преступление. Причиной несчастного случая является несовершенство лечебно-диагностических средств и методов, существующих в медицине, причиной врачебной (ненаказуемой) ошибки — недостаточный опыт и знания врача, а причиной преступления — его небрежность, халатность или невежество. Определение причины и сущности медицинского действия, т. е. отнесение его к одному из этих трех видов, входит в задачу экспертных комиссий.

Указанная точка зрения находит свое практическое применение в работе судебно-медицинских учреждений.

Считая такой подход к решению вопроса об уголовной ответственности медицинского персонала неправильным, автор отмечает неосновательность наделения экспертных комиссий не свойственными им функциями судебно-следственных органов по юридической оценке действий медицинских работников.

Понятия «небрежность», «невежество», «недостаток знаний» и «несовершенство медицины» по содержанию, которое вкладывается в них сторонниками рассматриваемой точки

зрения, не могут служить критерием для определения преступного характера действия (бездействия) медицинского работника. В уголовном праве преступная небрежность как одна из форм вины есть понятие собирательное, формирующееся в результате оценки поступков человека, а недостаток знаний и невежество, как причины, обусловившие то или иное действие, сами по себе еще нуждаются в оценке для признания их уважительными, для суждения о характере психического отношения лица к наступившим последствиям, о наличии или отсутствии его вины.

Представляется также неправильным принципиальное различие между уголовно-наказуемыми и правомерными деяниями сводить к различию в терминологии: невежество — наказуемо, незнание — извинительно. Существо вопроса не в величине знаний специалиста, действия которого подвергаются уголовно-правовой оценке, а — в юридической значимости тех положений медицины, которые в данном конкретном случае должен был и мог применить представитель медицинской профессии при оказании помощи больному. Не имеет значения, ограничивалось ли его незнание только этими положениями или оно касалось всех либо большинства положений медицины, т. е. представляло собой невежество. Однако решающим для правовой оценки действий специалиста является не столько знание им тех или иных обязательных профессиональных правил и приемов, сколько факт их применения. Ведь общественно опасный характер поступков медицинского работника не изменится от того, что последний очень хорошо знал, как и какое лечебно-диагностическое мероприятие нужно проводить, но не воспользовался этими знаниями в силу своей невнимательности.

Методологическая несостоятельность рассматриваемой точки зрения коренится, по мнению автора, в стремлении ее сторонников дать исчерпывающее определение непаказуемой врачебной ошибке и лишь затем и на основе уяснения этого понятия разрешить вопрос об основаниях и пределах уголовной ответственности медицинских работников.

Поскольку о ненаказуемом профессиональном упущении медика можно говорить только при условии исключения признаков преступления, а — не наоборот, как это делают сторонники рассматриваемой точки зрения, то диссертант, отказываясь от попыток дать какое-либо определение «врачебной ошибки», ставит перед собой задачу по уяснению оснований уголовной ответственности медиков за нарушение ими профессиональных обязанностей.

Такими основаниями, в соответствии с общими положениями учения о преступлении по советскому уголовному праву, автор считает: а) неправильность медицинского действия, б) наступление смерти или иных тяжелых последствий для здоровья пациента, в) причинную связь между указанным действием (бездействием) и названными последствиями, г) наличие вины медицинского работника.

Под неправильностью медицинского действия предлагается понимать его несоответствие правилам медицинской науки, являющимися и правилами поведения медицинских работников в процессе оказания помощи больному. Неправильное медицинское действие становится противоправным только в том случае, если оно нарушает общепризнанные и основные правила и методы медицины. В качестве критерия для такой оценки автор предлагает использовать понятие минимально-необходимого уровня знаний, который должен лежать в основе каждого медицинского действия и несоответствие которому позволяет оценивать это действие как профессионально-неправомерное.

К содержанию этого понятия не относятся приемы и методы, хотя и находящие частичное применение в лечебной деятельности, однако не ставшие еще общепризнанными и обязательными.

Минимально-необходимый уровень знаний, подлежащих применению при производстве того или иного медицинского действия, определяется только самим действием. Он — единый, одинаковый для всех медицинских работников, независимо от их профессиональной группы и категории. В противном случае пришлось бы признать, что неправильное врачевание есть акт, нарушающий не объективные правила, а — правила либо «профессорские» либо «сельского врача» и т. д. Так, правила оперативного удаления аппендикса не могут зависеть от того, кто производит аппендэктомию. Конечно, более опытный врач проведет эти операцию быстрее, сделает более аккуратный разрез, потратить меньше усилий, чем начинающий хирург. Но и тот и другой обязаны соблюдать общие требования, касающиеся асептики, оперативной техники и т. п.

Иное дело — сфера непосредственного применения минимально-необходимого уровня медицинских знаний. Она определяется с учетом той профессиональной группы и категории, к которой относится медицинский работник. Комплекс обязательных знаний медицинского работника потому и является минимально-необходимым, что позволяет и обязывает его решать вопрос о необходимости осуществления медицинских

мероприятий, относящихся к сфере непосредственного применения представителями другой профессиональной группы или другой категории. Не владея в совершенстве приемами по лечению гинекологических заболеваний, врач-хирург, например, обязан владеть тем минимально-необходимым уровнем знаний, который позволяет ему определять необходимость приглашения акушера-гинеколога. Таков же характер обязанностей врача более низкой квалификации по применению достижений современной медицины при лечении болезней, требующих большего опыта и квалификации.

Отсюда следует, что врач, прибегнувший при отсутствии к тому крайней необходимости к медицинскому вмешательству, несоответствующему его квалификации, и нарушающий обязательные для этого мероприятия правила, совершает профессионально-неправомерное деяние, за которое он может нести уголовную ответственность в случае причинения общественно опасных последствий. Сознывая свою неподготовленность и опасность, которой он подвергает больного, такой врач допускает преступную самонадеянность.

Установление вины в форме небрежности производится также с помощью рассмотренного выше объективного или нормативного критерия и субъективного критерия (возможность предвидения лицом общественно опасных последствий своего поведения). Оба критерия находятся в тесном взаимодействии. Обязанность должного поведения медицинского работника, от выполнения которой он уклонился, не соединенная с реальной возможностью для такого поведения, исключает его уголовную ответственность, так же как не влечет ответственности наличие такой реальной возможности для предвидения им последствий своего действия, которая выходит за рамки возложенных на него обязанностей. В каждом случае оба эти признака устанавливаются с учетом конкретных условий времени и места.

В диссертации подчеркивается, что решающее значение для правильной правовой оценки поведения медицинских работников имеет установление не только возможности предвидения ими последствий своих действий, но и возможности их предотвращения. Этот момент часто упускается из вида как в судебно-следственной практике, так и при разработке теоретических положений, касающихся медицинской деятельности, в частности при определении понятия оправданного врачебного риска.

В диссертации высказывается мнение, что отсутствие причинной связи между действием (бездействием) медицинского

работника и смертью (или тяжелыми последствиями для здоровья) пациента во всех случаях исключает его уголовную ответственность, независимо от того, насколько грубыми были допущенные нарушения правил и методов оказания медицинской помощи.

Автор предлагает в рассматриваемых преступлениях различать два вида причинной связи. При активном поведении медицинского работника она выступает как действительная зависимость между действием и фактическим неблагоприятным исходом заболевания, а при пассивном поведении — как возможная зависимость между надлежащим лечением и благоприятным его исходом, хотя в действительности наступил смерть (тяжелые последствия для здоровья) больного. В последнем случае для признания деяния профессионально-неправомерным возможность такая не обязательно должна быть неизбежной. Достаточно существования реальной, хотя и не безусловной возможности благоприятного исхода заболевания пациента. Величина же вероятности предотвращения вредных последствий имеет значение лишь для определения степени ответственности виновного лица.

В связи с этим диссертантом сделана попытка обосновать вывод о признании вероятностной причинной связи в качестве объективной предпосылки уголовной ответственности за преступный результат при бездействии. Иными словами, под причинной связью в уголовном праве в диссертации предлагается понимать не только однозначную зависимость между неправомерным бездействием и общественно опасным последствием, но и такую связь, при которой обусловленные противоправным поведением последствия наступают с той или иной степенью вероятности.

Рассматривая вопросы квалификации преступных нарушений медперсоналом профессиональных обязанностей, автор отмечает, что действующее законодательство содержит норму, прямо предусматривающую лишь одну из разновидностей этой категории преступлений (ст. 128 УК РСФСР и соответствующие статьи УК других союзных республик) — неоказание помощи больному. Деяние, описанное в этой норме, не связано с теми специфическими чертами медицинской деятельности, которые проявляются в преступлениях, условно могут быть названными «неправильное врачевание» или преступно-ненадлежащее оказание медицинской помощи. Последние в нашей судебной практике, сложившейся еще в период действия УК РСФСР 1922 г. и 1926 г., квалифицируются по статьям о должностных преступлениях (чаще, как должностная халатность — ст. 172 УК РСФСР 1960 г.), а также по

статьям о преступлениях против личности как неосторожное убийство или тяжкое и менее тяжкое телесное повреждение (соответственно ст. ст. 106 и 114 того же кодекса).

В диссертации высказывается мнение о том, что такая квалификация является юридически необоснованной и противоречит принципу применения наказания только к лицам, совершившим деяния, прямо предусмотренные законом, так как по признакам объекта и субъекта рассматриваемые преступления не являются должностными, а особенности субъективной стороны отличают их от неосторожного убийства и неосторожного телесного повреждения. В связи с этим в диссертации вносится предложение о дополнении уголовных кодексов союзных республик специальной нормой, предусматривающей ответственность за преступно-неадекватное оказание медицинской помощи, и дается возможная формулировка такой нормы.

Во второй главе диссертации рассматриваются особенности методики расследования преступлений данной категории.

Присоединяясь к существующему мнению о том, что вся деятельность прокурорско-следственных органов по возбуждению уголовного дела (а не только вынесение постановления об этом) составляет первоначальную стадию уголовного процесса, автор считает одной из задач криминалистики разработку методов рассмотрения на этой стадии первичных сведений о преступлениях различных категорий. Особого внимания заслуживает разработка таких методов применительно к преступным нарушениям медицинскими работниками своих профессиональных обязанностей, поскольку правильно решить вопрос о возбуждении уголовных дел об этих преступлениях гораздо труднее, чем вопрос о возбуждении уголовных дел иных категорий.

Изучение практики показывает, что, примерно, по каждому третьему поступающему в прокуратуру сообщению о неправомерном оказании медицинской помощи работниками органов прокуратуры пытаются под видом так называемой «доследственной проверки» разрешить основные задачи предварительного расследования, т. е. доказать в полном объеме состав преступления и установить виновных лиц, для чего в нарушение процессуального закона (ст. 109 УПК РСФСР) используют различные средства доказывания и в первую очередь — судебно-медицинскую экспертизу (включая иногда повторную и дополнительную). Все это, в нарушение того же закона, чрезвычайно затягивает стадию возбуждения уголовного дела иногда до 7—9 месяцев.

Кроме того, анализ материалов конкретных уголовных дел, возбужденных по поводу преступно-неадекватного оказания медицинской помощи, свидетельствует о том, что обстоятельства, препятствующие возбуждению уголовного дела, зачастую выясняются лишь на предварительном следствии, хотя они могли и должны быть установлены в рамках и методами разрешения первичных материалов.

Поэтому представляется важным определить применительно к преступлениям рассматриваемой категории минимум фактических данных, без которого нельзя решить вопрос о наличии или отсутствии достаточных оснований к возбуждению уголовного дела. Таким минимумом автор считает: а) сведения о несоответствии медицинских действий существующим в медицине правилам — в случаях, когда деяние заключается в активных действиях, б) сведения об объективной излечимости заболевания — в случаях, когда деяние заключается в пассивном поведении медицинского работника, в) сведения о том, что больному нуждался в помощи и обращение за ней имело место — в случаях, когда пассивное поведение медицинского работника выражается в неоказании помощи больному, т. е. содержит признаки состава, описанного в ст. 128 УК РСФСР.

Для получения указанных сведений нет необходимости прибегать к назначению судебно-медицинской экспертизы, так как достаточным источником их могут являться материалы ведомственных проверок и клинико-анатомических конференций, объяснения руководителей учреждений и органов здравоохранения. Некоторые же сведения, содержащиеся в первичных материалах, по своему характеру не всегда требуют на стадии возбуждения уголовного дела предварительной их оценки со стороны специалистов.

При планировании расследования этих уголовных дел выбор основного направления расследования определяется объемом и характером исходных данных. Данные эти бывают двоякого рода. Они либо указывают на само событие преступления, либо — на его последствия.

Для уголовных дел, возбужденных по признакам ст. 128 УК РСФСР, характерны данные первого рода, т. е. сведения о том, в чем именно выразилось противоправное бездействие медицинского работника: не явился по вызову, не принял доставленного в больницу больного и т. п. Представляется, что с проверки этих сведений, а также с выяснения причин, по которым медицинская помощь не была оказана, и необходимо начинать расследование. Последнее обстоятельство помо-

жет сделать вывод о наличии вины медицинского работника. Одновременно путем проведения судебно-медицинской экспертизы следует установить, какого вида медицинское мероприятие данный медицинский работник мог и должен был осуществить в отношении данного больного: госпитализировать его и организовать за ним наблюдение, прибегнуть к определенному хирургическому вмешательству и т. п. Иначе говоря, бездействие медицинского работника необходимо конкретизировать, что позволит перейти к решению следующей задачи расследования — установлению причинной связи между конкретным бездействием медицинского работника и вредными последствиями.

В обратном порядке разрешаются задачи расследования по делам, возбужденным по поводу преступно-ненадлежащего оказания медицинской помощи: от установления причинной связи между вредными последствиями и поведением медицинских работников к установлению конкретного профессионально-неправомерного деяния и виновных лиц.

Обычно к моменту возбуждения уголовного дела непосредственная (биологическая) причина смерти или ущерба здоровью пациента бывает хорошо известна. Если же это обстоятельство еще не выяснено или же в отношении его имеются какие-то сомнения, то расследование необходимо начинать с установления путем проведения судебно-медицинской экспертизы непосредственной причины неблагоприятного исхода лечения больного.

Следующей задачей расследования является установление источника непосредственной причины, т. е. внешнего по отношению к организму больного фактора, вызвавшего смерть или тяжелый для здоровья больного ущерб. Определение этого фактора производится путем построения следственных версий. Выдвижение их связано с некоторыми особенностями. Так как следователь не всегда может самостоятельно сделать предположение о возможном источнике неблагоприятного исхода лечения, то он должен максимально и своевременно использовать сведения о таких предположениях из ведомственных заключений, из пояснений приглашенных для этого специалистов и показаний обвиняемых, подозреваемых, а также всех сведующих в медицине лиц при допросе их в качестве свидетелей. При этом у допрашиваемых необходимо выяснять как основания для подобных предположений, так и данные, подтверждающие их.

Соблюдение названного условия позволит наметить способы проверки возникающих версий, в частности поставить соответствующие вопросы перед судебно-медицинской экспер-

тизой. Однако исходные данные для выводов экспертизы необходимо получить путем проведения допросов, изъятия медицинской документации и других следственных действий, направленных на проверку обстоятельств, лежащих в основе той или иной версии.

Решению задачи расследования по установлению конкретного действия (бездействия) медицинского работника должно способствовать, по мнению автора, предлагаемая им классификация профессионально-неправомерных действий, т. е. способов совершения таких преступлений. В основу этой классификации положено деление всех медицинских мероприятий на диагностические, т. е. направленные на распознавание болезни, и лечебные, т. е. направленные на лечение болезни. В соответствии с этим и все упущения в медицинской деятельности связаны либо с диагностикой, либо с лечением, т. е. образуют две большие группы.

Отсюда, в частности, вытекает одно из положений методики расследования: если неправильность лечебных мероприятий обусловлена неверным диагнозом, то следствие не может ограничиться лишь констатацией неправильности этих действий, поскольку последние сами по себе не являются нарушением профессиональных обязанностей; необходимо выяснить причину постановки неверного диагноза и, если она коренится в нарушении обязанностей, касающихся характера и объема диагностических мероприятий, то только эти нарушения и могут быть инкриминированы обвиняемому.

В первую группу упущений — невыполнение или ненадлежащее выполнение диагностических мероприятий — входят:

1. Неполное обследование, которое может выражаться в следующем: а) неполный сбор анамнеза (распрос больного о симптомах и течении болезни); б) неполный осмотр или его отсутствие; в) неполное собственно обследование (пальпация, выстукивание, выслушивание больного); г) неполное специальное исследование или его отсутствие (лабораторные, инструментальные, хирургические и др. методы). Сюда же относится неприглашение специалиста-консультанта.

Ко второй группе упущений — невыполнение или ненадлежащее выполнение лечебных мероприятий — относятся:

1) Неправильное осуществление лечебных мероприятий, в том числе: а) проведение противопоказанных (недопустимых для данного больного) мероприятий; б) проведение непоказанных (не вызывавшихся необходимостью) мероприятий; в) нарушение техники хирургической операции; г) неправильное изготовление и отпуск лекарств; д) введение в организм больного одних лекарств вместо других.

2) Непроведение или несвоевременное проведение показанных, т. е. необходимых лечебных мероприятий, в том числе запоздалая госпитализация больного.

3) Оставление в организме больного при хирургических операциях инородных тел: инструментов, салфеток, тампонов.

Установление субъективной стороны состава преступления в профессионально-неправомерных деяниях медиков производится, прежде всего, по данным, характеризующим объективную сторону деяний. Часто кроме того бывает важно выяснить профессиональную компетентность медицинского работника на проведение тех лечебно-диагностических мероприятий, правильность которых проверяется расследованием. Принадлежность медика к категории врача или среднего медицинского персонала, а также его специальность устанавливаются без труда. Уточнение же компетентности обвиняемого в пределах его врачебной специальности производится на основе сведений о его стаже, времени окончания института, прохождении специализации, о его месте во врачебном коллективе и характере выполняемой им работы (например, о количестве проведенных хирургом операций, аналогичных той, правильность которой проверяется). Перечисленные сведения могут быть получены путем допросов, изучения личных дел, истребования характеристик и документов по результатам аттестации и т. д.

Большое значение имеет получение данных, свидетельствующих о существовании у медицинского работника объективной возможности действовать должным образом. Так, решение вопроса о возможности для врача скорой помощи заподозрить имевшуюся у потерпевшего черепно-мозговую травму в значительной степени зависит от того, сообщили ли врачу очевидцы происшествия о факте нанесения пострадавшему удара по голове.

Решению рассматриваемой задачи способствует исследование личности обвиняемого, выяснение не только его деловых, но и личных качеств: отношение к коллективу, к своей профессии, его взаимоотношения с пациентами. Важным источником таких сведений могут быть показания больного, ранее лечившихся у этого медицинского работника. Сказанное, однако, не означает, что для получения данных, характеризующих личные качества обвиняемого, следует практиковать «повальные» допросы жителей врачебного участка, населения, обслуживаемого сельской или районной больницей, так как это порождает ненужные обывательские пересуды, подрывающие авторитет и доверие к самой медицинской деятельности.

По мнению автора, требования, сформулированное в ст. 24 УПК РСФСР, о выявлении и устранении обстоятельств, способствующих совершению преступления, подлежат выполнению не только в тех случаях, когда расследование устанавливается уголовно-наказуемое деяние, но и тогда, когда в итоге оказывается, что расследуемое событие не содержит состава преступления.

Как показывает изучение судебно-следственной практики, к обстоятельствам, способствующим совершению преступных нарушений медицинским персоналом профессиональных обязанностей, относятся организационные недостатки в работе лечебных учреждений, дефекты, связанные с хранением и изготовлением сильнодействующих веществ, отсутствием сигнальной окраски или других отличительных признаков на аппаратуре, инструментах и медикаментах, имеющих различное назначение, и т. д.

Выявить обстоятельства, способствующие совершению преступления, значит не просто получить те или иные сведения о них, но и доказать существование этих обстоятельств, а также определить, какую роль в совокупности обстоятельств, породивших преступление, они сыграли или могли сыграть. Для этого иногда необходимо провести дополнительные следственные действия и, кроме того, попытаться выяснить, насколько распространены обнаруженные недостатки в других лечебных учреждениях. Весьма целесообразной представляется и постановка перед судебно-медицинской экспертизой специальных вопросов об условиях, способствующих ненадлежащему оказанию медицинской помощи.

В диссертации отмечается, что в основе тактики допросов свидетелей и потерпевших лежат особенности формирования свидетельских показаний по поводу таких специфических событий, как течение болезни и оказание лечебной помощи. В тактическом отношении здесь необходимо различать две группы свидетелей: специалистов-медиков (медицинские работники — как непосредственные очевидцы расследуемых событий, так и не имевшие к ним прямого отношения, но узнавшие об этих событиях помимо материалов уголовного дела) и свидетели из числа лиц, не сведущих в медицине (родственники больного, его соседи по дому, по палате, сам потерпевший).

Свидетели, не сведущие в медицине, значительно ограничены в восприятии многих подробностей наблюдаемых ими явлений из профессиональной медицинской деятельности. В то же время эти свидетели зачастую являются единственным источником таких важных сведений, как время обращения за

медицинской помощью и время заболевания, самочувствие больного и срок, по истечении которого ему была оказана медицинская помощь, участие в лечении тех или иных медицинских работников и общий характер проведенных ими лечебно-диагностических мероприятий. Весьма ограничены и возможности лжесвидетельствования этих лиц в силу их несведомленности в медицинских вопросах.

Сказанное, однако, не означает, что к показаниям сослуживцев обвиняемого следует относиться с недоверием. Тактически правильно проведенный допрос позволяет получить от таких свидетелей весьма важные данные. Особую ценность представляют показания медицинских работников, оказывавших медицинскую помощь больному в связи с ошибками предыдущего периода лечения.

Большое тактическое значение имеет использование при допросе медицинской документации, а установлению психологического контакта с допрашиваемым способствует овладение следователем основной медицинской терминологией, встречающейся в материалах уголовного дела.

В диссертации высказывается мнение о том, что перевод обвиняемого в ходе его допроса является не только самостоятельной задачей этого следственного действия, но и одним из тактических средств для достижения главной цели допроса — получения объективной информации. В диссертации излагаются рекомендации по построению эффективной тактики этого следственного действия.

Третья глава диссертации посвящена вопросам судебно-медицинской экспертизы по делам рассматриваемой категории. Экспертиза эта имеет ряд особенностей.

Во-первых, ее научная база отличается от научной базы других видов судебно-медицинской экспертизы, использующих данные судебно-медицинской науки. Последняя, как известно, имея общую основу с другими отраслями медицины, ставит перед собой задачи, не связанные прямо с лечением человека. Поэтому вопросы, разрешаемые судебно-медицинской экспертизой по делам рассматриваемой категории, не могут разрешаться только с помощью судебно-медицинских познаний. Поскольку предметом этой экспертизы является лечебная деятельность, постольку научной базой ее служат также положения, существующие в различных отраслях этой деятельности: в хирургии, акушерстве и т. д.

Соглашаясь с М. И. Авдеевым в том, что «судебно-медицинский эксперт не может быть экспертом по любому медицинскому вопросу и что по вопросам, касающимся других от-

раслей медицины..., правильнее приглашать именно тех специалистов, которые компетентны в этой области медицины»¹, автор диссертации критикует высказывания ряда судебных медиков, относящих к ее предмету «учение о врачебной деятельности..., задачей которого является оценка различных видов медицинской работы»².

Во-вторых, для судебно-медицинской экспертизы по вопросам лечебной деятельности характерна комбинированная форма, обусловленная необходимостью проведения квалифицированных и сложных исследований, а также комплексным характером самих исследований.

В-третьих, заключение этой экспертизы в большинстве случаев является прямым доказательством по делу, что, однако, не исключает, а предполагает инициативу следователя как в сборе фактических данных, служащих базой экспертных исследований, так и в получении разнообразных косвенных доказательств.

В-четвертых, в качестве объекта экспертизы по вопросам лечебной деятельности выступают материалы дела, а труп или тело живого человека чаще всего не является непосредственным объектом экспертных исследований. К содержанию понятия «материалы дела» как объекта экспертных исследований относятся не только медицинские документы, в том числе акт судебно-медицинского или патологоанатомического вскрытия трупа, но и показания допрошенных по делу лиц и другие источники доказательств, содержащие сведения медицинского характера, т. е. данные о времени и симптомах заболевания, о течении болезни и ее исходе.

В этой связи автор пытается обосновать следующее положение:

Пределы использования судебной экспертизой материалов дела определяются характером сведений, содержащихся в этих материалах, а не характером самих источников, из которых они получены. Для разных видов судебной экспертизы существуют разные пределы использования материалов дела, в чем проявляется специфика каждого вида экспертизы. Поэтому одной из задач, нуждающейся, по мнению диссертанта, в разрешении при разработке методики расследования отдельных категорий преступлений, является уточнение пределов использования материалов дела тем видом (видами) экспертизы, который наиболее типичен для уголовных дел данной категории. От правильного уяснения этих вопросов сле-

¹ М. И. Авдеев. Учебник судебной медицины, М., 1950, стр. 61.

² Н. В. Попов. Учебник судебной медицины, М., 1946, стр. 7, 10.

дователем зависит эффективность использования им судебной экспертизы как важного средства доказывания.

С учетом всех перечисленных особенностей в диссертации делается вывод о том, что:

а) экспертиза по вопросам лечебной деятельности, как правило, должна проводиться с обязательным участием врачей-клиницистов различных специальностей, а при выборе специалистов для назначения их экспертами рекомендуется руководствоваться характером заболевания потерпевшего, видом врачебной специализации обвиняемого и следственными версиями о причине неблагоприятного исхода лечения;

б) для дачи заключения в суде тактически правильно вызывать всех членов экспертной комиссии, а для уточнения по предварительном следствии выводов экспертизы — допрашивать в качестве экспертов не только председателя или секретаря комиссии, функции которых выполняют судебные медики, но и других участников экспертизы;

в) подготовку материалов для проведения экспертизы целесообразно начинать с первых же следственных действий, не ограничиваясь при этом изъятием медицинских документов, дополняя их другими материалами, содержащими сведения медицинского характера;

г) время назначения экспертизы рекомендуется относить к моменту, когда сведения, содержащиеся в медицинских документах, будут пополнены, уточнены, а иногда и проверены путем допросов и других следственных действий.

В диссертации дается примерный перечень вопросов, которые могут быть поставлены перед судебно-медицинской экспертизой по этим делам.

Автор считает, что условием полноты и всесторонности экспертных исследований является присутствие на заседаниях экспертной комиссии следователя и обвиняемых (медицинских работников, чьи действия проверяются).

Поддержание следователем делового контакта с экспертами позволяет ему глубже вникать в смысл исследований, проводимых экспертами, пресекать возможные с их стороны попытки выйти за пределы своей компетенции, своевременно принимать решение о дополнении материалов экспертизы и о постановке дополнительных вопросов.

В некотором усовершенствовании нуждается форма экспертных заключений по вопросам лечебной деятельности, так как при сложившейся практике в них фактически отсутствует исследовательская часть, а выводы не обосновываются и не содержат необходимой мотивировки, что значительно усложняет (а иногда делает невозможной) их оценку.

Так как наиболее трудным по делам рассматриваемой категории является установление причинной связи, то представляется, что при составлении, использовании и оценке заключений экспертизы целесообразно руководствоваться следующими положениями.

Вероятные выводы экспертизы о возможности благоприятного исхода заболевания в случае принятия надлежащих мер лечения, не могут, по мнению автора, рассматриваться в качестве доказательств, так как по своей логической природе они являются проблематическими суждениями и в них отражается недостоверность (в той или иной степени) самих знаний о явлении и его связях. Вместе с тем, от вероятных заключений экспертизы необходимо отличать заключения о реальной вероятности благоприятного исхода заболевания в случае применения надлежащего лечения, поскольку в таких заключениях формулируются достоверные суждения, дающие количественную характеристику существующей возможности. Последние являются источником доказательства причинной связи. Поэтому формулировки заключений экспертизы должны четко отражать в себе это различие.

Для решения же на основе заключения экспертизы вопроса о степени ответственности медицинских работников, допустивших неправомерное бездействие, автор диссертации рекомендует:

а) наряду со словесной формой выражения вероятности ожидаемого исхода надлежащего лечения больного непосредственно в ответе экспертизы делать ссылку на соответствующую медицинскую статистику (например, если бы операция гр-ну Н. была произведена своевременно, то была бы операция спасения его жизни существовала, хотя и не исключалась смертельный исход, так как согласно таким-то источникам оперативное вмешательство при подобных осложнениях в 15% случаев заканчивается смертью);

б) в выводах экспертизы желательно отражать соотношение вероятности выздоровления больного с вероятностью неблагоприятного исхода его лечения необходимыми, по в данном случае отсутствующими средствами. Например, имевшееся у гр-на У. проникающее ранение брюшной полости с повреждением кишечника является опасным для жизни и заканчивается смертью даже при своевременном и радикальном оперативном вмешательстве. Однако такое вмешательство создавало возможность выздоровления, вероятность которого была меньше (или больше) вероятности смертельного исхода.

в) в тех же случаях, когда возможность благоприятного

исхода лечения больного существовала на различных этапах оказания ему медицинской помощи, то величину вероятности такого исхода целесообразно сопоставлять с вероятностью, существовавшей на предыдущей и последующей стадиях заболевания (например, переливание крови больному А. на вторые сутки лечения могло спасти его жизнь, хотя это являлось менее вероятным, чем в день поступления больного).

Разумеется, что при необходимости все эти варианты можно сочетать.

* *

*

Основные положения диссертации опубликованы автором в следующих работах:

1. Вопросы уголовной ответственности медицинского персонала за нарушение профессиональных обязанностей. Особенности расследования и судебного рассмотрения дел этой категории. Труды ВЮЗИ, том IV, М., 1965, 2 п. л.

2. Строго соблюдать процессуальный закон при назначении судебно-медицинской экспертизы по вопросам лечебной деятельности; Установление причинной связи по делам о неправильном врачевании — в сб. «Вопросы травматологии, токсикологии, скоропостижной смерти и деонтологии в экспертной практике», вып. 3, М., 1966, 0,5 п. л.

3. Необходима ясность. «Медицинская газета» от 28 февраля 1964 г. № 17 (2284), 0,28 п. л.

4. Признание вины как смягчающее обстоятельство, «Социалистическая законность», 1956, № 9, 0,27 п. л.