

Бердичевский Ф. Ю.

34С5 Уголовная ответственность медицинского персонала за нарушение профессиональных обязанностей, М., 1970.
Б 48 128 с.

На основе обширных материалов судебно-следственной практики автор с позиций правоведа рассматривает проблему «врачебной ошибки», анализирует основания и пределы ответственности медицинских работников за профессиональные правонарушения, исследует вопросы квалификации преступного не оказания медицинской помощи. Специальная глава посвящена особенностям расследования уголовных дел рассматриваемой категории.

1—10—2

64—70

Бердичевский Феликс Юльевич

«УГОЛОВНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА
ЗА НАРУШЕНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ОБЯЗАННОСТЕЙ»

Редактор *Р. А. Маркович*. Обложка художника *В. М. Блинова*. Художественный редактор *И. Е. Сайко*. Технический редактор *В. А. Серякова*. Корректор *Л. Г. Кузьмичева*.

Сдано в набор 11/IX 1969 г. Подписано в печать 27/XI 1969 г. Бумага типографская № 3, формат 84×108¹/₃₂. Объем: усл. печ. л. 6,72; учет.-изд. л. 6,68. Тираж 12 000 экз. А-11216.

Издательство «Юридическая литература», Москва, К-64, ул. Чкалова, д. 38—40.
Заказ № 5410.

Областная типография Ивановского управления по печати, г. Иваново,
Типографская, 6.

Цена 33 коп.

Забота об охране здоровья населения постоянно находится в центре внимания Коммунистической партии и Советского государства. Задаче дальнейшего улучшения 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 на земле 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 привлечения к ответственности медицинского работника в связи с не оказанием или ненадлежащим оказанием им помощи больному.

Между тем практика разрешения жалоб и расследования уголовных дел о таких правонарушениях не всегда соответствует требованиям социалистической законности. Встречаются факты необоснованного привлечения медицинских работников к уголовной ответственности. Высоким остается число неосновательно возбужденных дел этой категории. С другой стороны, судебно-следственные органы нередко оказываются бессильными в изобличении недобросовестных лиц из числа медицинского персонала, преступно-небрежное отношение которых к своим профессиональным обязанностям приводит к смерти или тяжелому ущербу для здоровья граждан, обратившихся за врачебной помощью.

Не имея четкого представления о специфике профессиональных правонарушений медиков и испытывая

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

значительные трудности в их уголовноправовой оценке, следователи, прокуроры и судьи, сталкиваясь с такими правонарушениями, зачастую перекладывают ряд своих функций на различные учреждения здравоохранения и экспертные комиссии судебных медиков.

Сложившееся положение в значительной мере объясняется недостаточным вниманием юридической науки к проблеме уголовной ответственности медиков за профессиональные правонарушения.

Иным всегда было отношение к названной проблеме со стороны медиков. До последнего времени эта тема 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 достаточной ясности.

Дать ответы на некоторые из них — цель настоящей работы.

Глава первая

«ВРАЧЕБНАЯ ОШИБКА» КАК ПРАВОВАЯ ПРОБЛЕМА

§ 1. КРАТКАЯ ИСТОРИЧЕСКАЯ СПРАВКА

Как только оказание медицинской помощи стало приобретать черты профессионального занятия, а по времени это почти совпадает с появлением государственности, возникло правовое регулирование медицинской деятельности.

Наибольший интерес представляет отношение к рассматриваемой проблеме в капиталистическом обществе, а тем более в условиях современных буржуазных государств, где отношения между врачом и пациентом регулируются в основном гражданскоправовыми нормами и значительно реже — уголовными. Даже в Австрии, законодательство которой в отличие от большинства буржуазных государств содержит специальные нормы (§ 356, 357 УК), предусматривающие уголовную ответственность за неправильное лечение по незнанию медицинского искусства и за неумело (неловко) проведенную операцию, уголовное преследование на основании этих норм — большая редкость. Зато судебное преследование представителей медицинской профессии путем предъявления гражданских исков имеет в этих странах не только широкое распространение, но иногда приобретает характер настоящего бедствия, так как единственным ограничением для возбуждения таких дел являются материальные возможности лица, оставшегося недовольным проведенным ему лечением. Согласно отчетам юридического отдела Американской медицинской ассоциации один из каждых семи врачей в США привлекается к суду за ущерб, нанесенный

пациентам. В Калифорнии — это каждый четвертый врач¹. «Никто не может похвастаться, — пишут французские врачи Форж и Эймс, — тем, что закончил свою жизнь, не узнав неприятностей волокиты судебной процедуры и угнетающих хлопот»². В качестве критерия противоправности действий врача признается несоответствие их знаниям и умению «среднего врача».

Формализм гражданско-правового регулирования накладывает ответственную отпечаток и на подход к решению отдельных моментов в вопросе об ответственности медицинских работников. В судебной практике США сам факт существования у врача отношений найма с другими врачами, ассистентами, сестрами, сиделками — достаточное основание для его ответственности за вред, причиненный пациенту действиями последних. Такое же самостоятельное значение придается согласию больного или его законных представителей на проведение хирургической операции. Г. А. Сыцяно приводит пример удовлетворения судом исковых требований пациентки, давшей врачу согласие на операцию левого уха, но оперированной фактически по поводу болезненных изменений в правом ухе, которые были обнаружены по ходу самой операции, приведшей к полному выздоровлению пациентки³. «Если у больного после операции в полости найден тампон, — свидетельствует Мичелфельдер, — ему уже не нужен никакой медицинский эксперт для доказательства халатного отношения хирурга к своему делу»⁴.

Все это в условиях капиталистического общества чрезвычайно усложняет проблему ответственности медицинского персонала за нарушение профессиональных обязанностей. Острота ее переносится на взаимоотношения между врачом и пациентом, заслоняя тем самым достижение общественно полезных целей правового регулирования медицинской деятельности.

¹ См. У. Мичелфельдер, Дешевле умереть, «Знамя» 1963 г. № 8, стр. 196.

² E. Forgue et Aimes, Les «pièges» de la chirurgie en diagnostic et thérapeutique. Erreurs et fautes ou faits, pressumes tels Conditions et limites de la responsabilité, Paris, 1939, p. 21.

³ См. Г. А. Сыцяно, Некоторые ошибки врачей в акушерско-гинекологической практике и их судебно-медицинская оценка, канд. диссертация, М., 1956.

⁴ См. У. Мичелфельдер, указ. работа, стр. 196.

И в нашей стране существует и имеет свою историю определенный интерес к вопросам, связанным с ответственностью медицинского персонала. Однако в основе его — совершенно иные причины. Это — забота об улучшении дела народного здравоохранения, совершенствование организации и укрепление дисциплины в медицинских учреждениях, усиление гарантий социалистической законности в деятельности судебно-следственных органов по делам о профессиональных правонарушениях медиков.

В первые годы существования Советского государства на формирование различных и порой противоположных взглядов по этим вопросам оказывали определенное влияние теоретические концепции и судебная практика дореволюционной России.

Дореволюционное русское законодательство выделяло как особый, самостоятельный вид нарушениями профессиональных обязанностей — ошибку по незнанию, являющуюся не уголовно наказуемым деянием, а административным проступком (ст. ст. 872, 1522 Уложения о наказаниях).

Причинение вреда пациенту в результате неосторожного врачевания, не содержащего этого признака, — «незнание» оценивалось на общих основаниях по другим нормам Уложения.

Поэтому большое значение придавалось определению причины, обусловившей неправильное врачевание, что являлось функцией судебно-медицинской экспертизы.

Указанные особенности лежали в основе и теоретической мысли того периода, идущей по пути дальнейшего дифференцирования видов неосторожных действий врача. Предлагалось, в частности, различать профессиональную неосторожность врача, относящуюся к самому методу лечения, и обычную неосторожность как оплошность в выполнении чисто технических действий (перепутал лекарство, нанес по неловкости ранение). По мнению сторонников этой точки зрения, ответственность врача наступает только за обыкновенную оплошность или небрежность¹.

¹ См. М. А. Плющевский-Плющик, Об ответственности врачей, «Вестник общественной гигиены», 1913, СПб, стр. 215—216.

После Великой Октябрьской социалистической революции при становлении новых социально-экономических отношений вместе с другими проблемами социалистического права возникла и проблема ответственности медицинских работников за нарушение профессиональных обязанностей; с тех пор она стала предметом оживленного обсуждения.

Принятый в 1922 году УК РСФСР предусмотрел наказание за отказ медицинского работника в оказании медицинской помощи (ст. 165), а судебная практика шла по пути применения нормы о должностной халатности (ст. 108) в случаях неосторожного нарушения медиками своих профессиональных обязанностей.

Ломка установившихся представлений вызвала большую дискуссию в кругах медицинской общественности и только к концу 30-х годов вопрос об общих основаниях ответственности врачей за нарушение профессиональных обязанностей в принципе был решен.

Но проблематичность вопросов, касающихся уголовной ответственности медицинских работников, осталась; она приобрела лишь иной характер. Необходимо было уточнить пределы уголовной ответственности медицинских работников за нарушение по неосторожности своих профессиональных обязанностей, разобраться в обоснованности квалификации этих правонарушений по норме закона о должностной халатности, уяснить роль и определить компетенцию судебно-медицинской экспертизы по так называемым «врачебным» делам. Поэтому и сейчас интерес к этой теме не ослабевает.

§ 2. СПЕЦИФИКА МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ТРУДНОСТИ ЕЕ УГОЛОВНОПРАВОВОЙ ОЦЕНКИ

Итак, в настоящее время уже нет споров о том, что медицинский работник так же, как специалист любой другой отрасли деятельности, несет уголовную ответственность на общих основаниях, т. е. за виновное причинение общественно опасных последствий в сфере своих профессиональных занятий. Юридическим выражением общественной опасности деяния является его противо-

правность, причинение деянием последствий, запрещенных уголовным законом.

Лишение человека жизни, ущерб его здоровью — последствия, уголовноправовое запрещение которых распространяется на все отрасли человеческой деятельности¹. Но если наступление таких последствий в связи с деятельностью строителя, шофера или другого специалиста в большинстве случаев свидетельствует о нарушении правовых норм, то этого нельзя сказать о профессиональных занятиях медицинских работников. Если для других профессий эти последствия противоестественны, то неблагоприятный исход лечения, смерть человека в процессе оказания ему медицинской помощи сами по себе не дают оснований для признания их противоправными.

Однако трудности уголовноправовой оценки медицинских действий не только в меньшей, по сравнению с действиями представителей других профессий, очевидности их причинно-следственных связей с последствиями, касающимися здоровья и жизни человека. О правомерности действий специалиста в сфере его профессиональных занятий позволяет судить, как известно, соответствие этих действий определенным правилам, существующим для данного рода деятельности.

Но в отличие, например, от правил эксплуатации промышленных установок, правил производства строительных работ или правил вождения автомобиля, медицинская деятельность гораздо меньше поддается регламентации подробными и официально закрепленными правилами. И хотя их в медицине много (например, инструкция по переливанию крови, инструкция по госпитализации больных с инфарктом миокарда и т. д.), однако они далеко не охватывают и не могут охватить всего разнообразия медицинских действий.

Нельзя поэтому согласиться с А. Л. Маковским, предлагающим оценивать правильность медицинских действий только по имеющимся инструкциям, положениям, приказам и иным официальным документам, издаваемым Министерством, его управлениями и другими органами

¹ Кроме лишения жизни человека либо причинения вреда его здоровью во время военных действий.

здоровоохранения¹. Известно, что даже диагностика и лечение такого обычного заболевания, как грипп, техника и методика такой операции, как удаление воспаленного отростка слепой кишки (аппендэктомия), не предусмотрены никакими инструкциями или положениями. Поэтому основным критерием оценки большинства медицинских действий служат только положения самой медицинской науки.

Однако при этом нельзя не учитывать специфику выработанных медициной положений.

Несмотря на большие успехи, практическая медицина вынуждена использовать несовершенные лечебно-диагностические методы и средства. Наряду с огромным арсеналом средств по борьбе с различными заболеваниями существуют болезни неизлечимые, а известные методы лечения других болезней не всегда эффективны. У врача же нет права выбора. Он не может ограничивать сферу своей практической деятельности только больными и болезнями, наиболее доступными медицинскому воздействию. И, наоборот, металлург или, например, строитель вправе свою повседневную деятельность ограничивать задачами, нашедшими достаточное разрешение в соответствующей отрасли науки. А до тех пор, пока не будет выработана новая технология изготовления ранее неизвестных машин, пока не будут найдены и проверены соответствующие для них материалы, выпуск этих машин не войдет в сферу практического машиностроения, оставаясь объектом научно-исследовательских изысканий.

Иначе обстоит дело с медицинской деятельностью, где область научного исследования и практики оказания лечебной помощи не имеют столь четких границ².

Поэтому, во-первых, применение для борьбы с малозучеными болезнями существующих средств и методов лечения почти всегда оказывается безрезультатным. Иначе говоря, не противореча выработанным наукой

¹ См. А. Л. Маковский, Ответственность врача и лечебного учреждения за хирургические ошибки — глава из книги Н. И. Краковского и Ю. Я. Грицмана «Ошибки в хирургической практике», М., 1959, стр. 168—169.

² «Медицина — это одна из областей человеческой деятельности, где особенно близко соприкасаются теория и практика» (Н. Н. Петров, Вопросы хирургической деонтологии, Л., 1956).

положениям, эти действия оказываются объективно неправильными.

Во-вторых, даже лечение хорошо изученных заболеваний может иногда не дать ожидаемых результатов, т. е. также может оказаться объективно неправильным.

«Врач лечит не только болезни, а больного». Это известное выражение очень хорошо подчеркивает необходимость индивидуального подхода к каждому заболеванию, что обуславливается конкретными и разнообразными формами проявления одной и той же болезни в индивидуально-особенных человеческих организмах. Умение правильно учитывать эти особенности, естественно, дается опытом, практическими навыками, приобретаемыми в процессе работы¹.

Врач, обладающий этими навыками в большей степени, имеет и большую возможность как для установления правильного диагноза, так и для более успешного лечения тех же болезней теми же методами и средствами, которые применяются менее опытными врачами². Поэтому, если объективную правильность действий каждого из этих врачей определить нетрудно, так как об этом будут свидетельствовать полученные результаты, то значительно сложнее сделать такую оценку с точки зрения положений самой медицинской науки. Малоопытный врач не обязан знать и применять на практике все то, что знает и применяет при лечении тех же болезней врач более опытный, крупный специалист. С другой стороны, ясно, что не всегда и не все упущения, являющиеся таковыми с точки зрения крупного специалиста, сделанные малоопытным врачом, согласуются с профессиональными

¹ «Если даже молодой врач уверен в своих анатомических познаниях и ясно представляет себе ход операции, то все-таки он почувствует отсутствие мелких, нигде не сообщенных подробностей техники разреза, отсепаровки тканей, обнажения операционного поля, целой массы мелких соображений, которые даются только путем соответственного опыта, путем повторения несколько раз одной и той же операции» (см. Э. М. Сенкевич, Техника и ошибка первых операций, Свердловск, 1935, стр. 5).

² «То, что опытный специалист может подметить и увидеть иногда при первом взгляде на больного, начинающий врач может не обнаружить и после длительного исследования больного. Молодому специалисту необходимо овладеть медицинской тактикой и он должен, помимо знаний, приобрести практические навыки» (БМЭ, т. 5, М., 1958, стр. 1149).

обязанностями последнего, т. е. лишены упречного характера.

Какой же уровень медицинских знаний, лежащих в основе тех или иных лечебно-диагностических мероприятий, следует считать профессионально-обязательным, и когда же, говоря словами М. И. Райского, за незнание следует судить?¹

Подобные вопросы нуждаются в разрешении и при оценке правомерности действий специалистов других отраслей знаний. Но в такой отчетливой форме они возникают лишь применительно к медицинской деятельности, специфика которой порождает такое не менее специфическое понятие, как профессиональная ошибка. «Профессиональная ошибка» — не только медицинский термин. Однако ни в какой другой специальной литературе понятию «профессиональная ошибка» не отводится столько места, сколько в литературе медицинской, нигде к нему не проявляется такого интереса, как в кругах медицинской общественности. Несовершенство некоторых лечебно-диагностических средств и методов и другие названные особенности этой профессии делают вполне естественным стремление ее представителей как-то уточнить и уяснить, хотя бы для себя, границы допустимых в практике оказания лечебной помощи ошибок, неизбежных на той или иной стадии развития медицины. Имеется и другая, видимо, более важная причина интереса к профессиональным, так называемым «медицинским, или врачебным, ошибкам». Их изучение и обобщение — одно из средств развития самой медицины, «дополнительное и солидное ее оружие»².

Но если в таком аспекте проблема медицинских ошибок является чисто медицинской проблемой, то этого нельзя сказать о попытках ее решить в направлении отграничения профессиональной медицинской ошибки от наказуемого нарушения медиками своих профессиональных обязанностей. В этом плане она не только не медицинская, но и не судебно-медицинская проблема. Так как по существу речь идет об отграничении противоправных

действий от действий правомерных, т. е. о понятиях правовых, то уяснение их применительно к специфике медицинской деятельности возможно только с позиций уголовного права.

В основе же многочисленных вариантов решения медиками этих вопросов лежит либо полное игнорирование ими положений, выработанных уголовноправовой теорией, либо их неглубокое понимание.

Одними из первых исследователей названных вопросов были известные в 30-х годах судебные медики Я. Лейбович и И. Марковин.

По мнению Я. Лейбовича, «под врачебными ошибками (Kunstfehler) или, лучше, погрешностями следует понимать неправильные, небрежные, недобросовестные, неосторожные или невежественные действия или приемы в оказании медицинской помощи и уходе за больными, в результате коих явилось телесное повреждение либо смерть больного»¹.

И. Марковин считал, что «в понятие врачебной ошибки (как ненаказуемого деяния. — Ф. Б.) должны входить невольные, нечаянные, неумышленные деяния врачей, происходящие от незнания или мнимоошибочного лечения»². Под «мнимоошибочным лечением» И. Марковин понимал так называемые «несчастья в медицине», происходящие от научного несовершенства медицины. Но указанием на этот признак, собственно, и исчерпывается весь смысл предлагаемого И. Марковиным определения. Использование в нем таких слов, как «невольные, нечаянные, неумышленные действия» — скорее стилистический прием для подчеркивания безобидного, невинного характера этих действий, а не перечисление признаков, дающих юридическую оценку деяния. И в самом деле, действие, названное неумышленным, в равной степени может быть как неосторожным, так и вообще невиновным. Такой же неопределенностью отличаются понятия «невольного» и «нечаянного» действия. Но главное заключается в ненужности определения психического отношения медицинского работника к профессиональным дей-

¹ См. «Вестник здравоохранения» 1929 г. № 1, стр. 16.

² См. С. М. Рубашов, Диагностические ошибки (Клинические беседы), Кшинева, 1950, стр. 8.

¹ «Судебная ответственность врачей», Л.—М., 1926, стр. 84.

² И. В. Марковин, К вопросу о судебной ответственности врачей, «Судебно-медицинская экспертиза», кн. 8, 1928, стр. 95.

ствиям, результат которых обуславливается несовершенством медицины, что само по себе — вполне достаточное основание для безусловного исключения уголовной ответственности лиц, совершивших их.

В качестве второго такого основания И. Маркович упоминает незнание. Я. Лейбович же этому признаку противопоставляет невежество, которое, как это видно из данного им определения, наряду с неправильностью, небрежностью, недобросовестностью и неосторожностью придает медицинскому действию упречный характер. Но можно ли принципиальное различие в действиях, неодинаковых по своей юридической природе, сводить к различию в терминологии? Конечно, нет.

Однако именно этим путем пытались разрешить сложный и серьезный вопрос, вытекающий из специфики медицинской профессии, И. Маркович, Я. Лейбович и другие авторы тех лет. Так, по мнению А. Д. Гусева, основанием для упрека врачу за допущенную им ошибку является «незнание, доходящее до полного невежества»¹, а по мнению М. И. Райского, «незнание, доходящее до явного невежества»². Н. И. Ижевский в этой связи говорил о «грубом незнании своего дела»³ и т. д. Получается, что все дело не в предмете незнания, а в его объеме. Ведь «незнание» и «невежество» — однородные понятия. Невежество — это тоже незнание, только в большей степени⁴. Разумеется, такой подход не мог не породить даже у сторонников этой точки зрения сомнений в том, существует ли вообще какая-либо норма знаний для врача (М. И. Райский)⁵ или в том, имеется ли возможность проведения границы между незнанием, обу-

словливающим «ошибку», и невежеством, приводящим к «грубой ошибке» (К. П. Сапожков)¹.

Представляется, что существо вопроса — не в объеме знаний, лежащих в основе профессиональных действий специалиста, подвергающихся оценке, а в их юридической значимости. Обладание определенной суммой профессиональных знаний — не только право любого специалиста, позволяющее ему заниматься соответствующей деятельностью; но и его обязанность. Поэтому для признания противоправным профессионального действия, причинившего общественно опасные последствия, совершенно не требуется, чтобы оно противоречило всем положениям медицины или большинству их, т. е. чтобы при этом проявилось невежество или его незнание, доходящее до невежества. Вполне достаточно, если проверяемое действие не соответствует хотя бы одному из правил и методов, существующих в медицине, знание и, главное, применение которого является для данного специалиста в данном случае обязательным.

Подчеркивая решающую роль именно факта применения или неприменения обязательных правил и методов, а не просто их знания или незнания, мы тем самым отмечаем другой не менее важный недостаток рассматриваемых суждений. Оценка профессионально-неправомерного действия медика не изменится от того, что последний очень хорошо знал, как нужно проводить то или иное лечебно-диагностическое мероприятие, но не воспользовался этими знаниями в силу своей невнимательности.

§ 3. ТРАКТОВКА «ВРАЧЕБНОЙ ОШИБКИ» В СОВРЕМЕННОЙ СУДЕБНО- МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЕ И ПРАКТИКЕ

В настоящее время у медиков большой популярностью пользуется точка зрения Ю. С. Зальмунина, проведшего исследования, целью которых является «формирование такого понятия, как врачебная ошибка и ее отграничение

¹ А. Д. Гусев, Врачебные ошибки и врачебные преступления, «Казанский медицинский журнал» 1935 г. № 6—7, стр. 9.

² М. И. Райский, Научные заседания общества медицинской экспертизы, «Судебно-медицинская экспертиза», кн. 8, 1928, стр. 180.

³ Н. И. Ижевский, Основы судебной медицины, М., 1938, стр. 586.

⁴ Введать — знать, иметь о чем-то сведения. Ведение — знание, разумение (Толковый словарь живого великорусского языка В. Даля, 1911, т. 1, стр. 808); Невежество — отсутствие знаний (Словарь современного русского литературного языка, М.—Л., т. 7, стр. 726).

⁵ См. М. И. Райский, Ответственность врачей, «Вопросы здравоохранения» 1929 г. № 1, стр. 16.

¹ См. К. П. Сапожков, Об ответственности врача и хирурга, «Новый хирургический архив», т. 27, кн. 1, Днепропетровск, 1932, стр. 98.

от всех иных проявлений неправильной врачебной деятельности»¹.

В чем же видит автор сущность «врачебной ошибки» и ее отличие от наказуемого упущения во врачебной работе? Врачебные ошибки — это неправильные действия при наличии добросовестного отношения врача к своим обязанностям. В отличие от них наказуемые упущения врача являются результатом его недобросовестного, непродуманного легкомысленного поведения. Иначе говоря, указывает Ю. С. Зальмуни, первые — это ошибки добросовестные и допустимые, вторые — недобросовестные и недопустимые².

Дальнейшее развитие эти взгляды получили в работах харьковского судебного медика Ю. П. Эделя³, посвятившего свою диссертацию общим и принципиальным положениям проблемы «врачебная ошибка», судебного медика из Москвы Г. А. Галил-Оглы⁴, исследовавшего в том же году эту проблему применительно к диагностике и лечению аппендицита, судебно-медицинского эксперта из г. Петрозаводска Т. С. Норейко⁵, хирурга Н. И. Краковского⁶, судебного акушера-гинеколога М. Г. Сердюкова⁷, ленинградских судебных медиков Е. Т. Боковой⁸, И. Ф. Огаркова⁹ и др.

Таким образом, речь идет о единой для подавляющего большинства судебных медиков точке зрения по

¹ Ю. С. Зальмуни, Врачебные ошибки и ответственность врачей (по материалам Ленинградской судебно-медицинской экспертизы), канд. диссертация, Ленинград, 1950, стр. 2.

² См. там же, стр. 3.

³ См. Ю. П. Эдель, Врачебные ошибки и ответственность врача (на судебно-медицинском материале), канд. диссертация, Харьков, 1957.

⁴ См. Г. А. Галил-Оглы, Материалы к судебно-медицинской характеристике ошибок в диагностике в лечении аппендицита, автореферат канд. диссертации, М., 1957.

⁵ См. «Сборник научно-практических работ судебных медиков и криминалистов», вып. II, Петрозаводск, 1963, стр. 99.

⁶ См. «Вестник института хирургии им. И. П. Грекова» 1957 г. № 4, стр. 104.

⁷ См. М. Г. Сердюков, Судебная гинекология и судебное акушерство, М., 1957.

⁸ См. Сборник научных работ сотрудников кафедры и судебных медиков Ленинграда, вып. 10, Л., 1957, стр. 225.

⁹ См. И. Ф. Огарков, Врачебные правонарушения и уголовная ответственность за них, Л., 1966.

проблеме «врачебная ошибка», содержащей, как увидим дальше, ряд аргументированных положений, построенных по определенной системе с четкими и категорически выводами, находящими практическое применение в работе учреждений судебно-медицинской экспертизы.

Все медицинские действия, связанные с неблагоприятным исходом, сторонники рассматриваемой точки зрения делят на три группы: несчастные случаи, врачебные ошибки и наказуемые упущения или преступления.

Критерием для отнесения оцениваемого медицинского действия к одной из этих групп служит признак его правильности или неправильности, а также обусловившая его причина. Несчастные случаи — это действия, совершенные в полном соответствии с правилами и методами медицинской науки «К этой категории, — пишет М. И. Авдеев, — относятся некоторые случаи внезапной смерти при внутривенных вливаниях, когда смертельный исход обуславливается повышенной чувствительностью организма (аллергией)¹, а не какими-либо нарушениями в проведении данного лечебного мероприятия». Ю. П. Эдель поясняет содержание понятия несчастия в медицине ссылкой на случаи смерти от заболеваний, рациональное лечение которых еще неизвестно науке².

В отличие от группы несчастных случаев «врачебные ошибки» и наказуемые упущения — это неправильные действия, т. е. действия, нарушающие известные медицине правила. В основе их лежат определенные причины, которые позволяют разграничивать врачебную ошибку от преступления. «Под врачебной ошибкой, — объясняет М. А. Даль, — мы понимаем неправильное врачебное действие, которое обусловлено несовершенством врачебной науки или недостаточным опытом и искусством врача»³. Другие сторонники рассматриваемой точки зрения к этим двум причинам присоединяют еще «отсутствие соответствующих объективных условий (не-

¹ См. М. И. Авдеев, Курс судебной медицины, М., 1959, стр. 695.

² См. Ю. П. Эдель, указ. диссертация, стр. 4.

³ «Тезисы докладов к одиннадцатой Ленинградской конференции судебных медиков», Л., 1961, стр. 18.

достаток времени для полного обследования, отсутствие необходимых медико-технических средств)»¹.

Причинами же наказуемых, недобросовестных упущений врача являются небрежность или халатность и невежество².

Следует отметить, что почти все авторы, придерживающиеся этой точки зрения, настаивают на недопустимости расширенного толкования понятия «врачебная ошибка», категорически возражая против отнесения к ней иных неправильных действий, не связанных с добросовестными заблуждениями врача. «Введение одного лекарственного вещества вместо другого, вызванное тем, что не проверена надпись на флаконе,— говорит М. И. Авдеев,— не может расцениваться как ошибка, так как это действие является преступной небрежностью»³.

Конечно, против такой оценки этого действия по существу возражать нельзя, но и нельзя согласиться с формой постановки данного вопроса, с тем преувеличенным значением, которое придается термину «врачебная ошибка», поскольку, если обратиться к филологическому смыслу слова «ошибка», то совершенно бесспорно, что оно применимо для любого из трех предложенных сторонниками рассматриваемой точки зрения видов медицинских действий.

Правильно указывает А. Л. Маковский, ссылаясь на грамматическое толкование этого слова специалистом-филологом проф. Д. И. Ушаковым, что поскольку «под ошибкой понимается «неправильность в действиях, поступках, высказываниях, мыслях, погрешность», то «при определенных условиях, ... ошибка врача должна квалифицироваться как преступление.., в других случаях является дисциплинарным проступком», и «наконец, в подавляющем большинстве случаев врачебные ошибки

не являются следствием виновного поведения совершивших их лиц»¹.

Дополним также, что ошибкой в этом смысле можно считать и несчастный случай, так как правильно примененные правила медицины в данном конкретном случае сами оказываются несоответствующими объективным закономерностям человеческого организма, т. е. объективно являются неправильными, ошибочными.

С другой стороны, понятие «ошибка» не может противопоставляться понятию «преступление», так как каждое из этих понятий лежит в разных плоскостях. Ошибка при наличии вины, при наличии признаков преступления не перестает быть ошибкой, ошибкой наказуемой, преступной.

Мы останавливаемся на этом моменте для того, чтобы, во-первых, подчеркнуть непринципиальный характер разногласий, существующих по такому поводу, а во-вторых, чтобы отметить неосновательность попытки сводить решение вопроса об отличиях наказуемой врачебной ошибки от ненаказуемой к различию в терминологии.

Итак, в чем же преимущество рассматриваемой точки зрения от тех, которые были рассмотрены раньше? Представляется верным и весьма полезным для практики использование признака соответствия или несоответствия оцениваемых действий правилам и методам медицины. Установление неправильности медицинского действия — первая и существенная стадия в его окончательной оценке. Уже на этой стадии можно сделать вывод: действие правильное, нарушения нет — нет необходимости и в дальнейшей проверке; есть нарушение — значит, есть основание и для дальнейшей проверки, для возбуждения уголовного дела, для начала расследования.

Следующая стадия оценки медицинских действий, по мысли сторонников рассматриваемой точки зрения, заключается в установлении причин, обусловивших неправильность действия.

Известно, что выяснение причины любого явления способствует познанию его сущности. Видимо, поэтому сторонники рассматриваемой точки зрения считают, что

¹ Ю. П. Эдель, указ, диссертация, стр. 4; см. также М. И. Авдеев, указ. работа, стр. 695.

² См. Э. П. Кантер, Материалы к судебно-медицинской оценке ошибочных инъекций лекарственных веществ, в частности скипидара, автороферат канд. диссертации, М., 1948; М. И. Авдеев, указ. работа, стр. 696; М. Г. Сердюков, Судебная гинекология и судебное акушерство, М., 1957, стр. 372; И. Ф. Огарков, указ. работа, стр. 43.

³ М. И. Авдеев, указ. работа, стр. 696.

¹ А. Л. Маковский, указ. работа, стр. 163—164.

установить причину оцениваемого медицинского действия — значит определить его сущность, т. е. отнести его к одной из трех названных групп. Поскольку же задача эта может быть разрешена (установлена причина) только судебно-медицинской экспертизой, то большинство авторов возлагают на экспертизу функцию по определению вида оцениваемого медицинского действия.

«Каков же критерий отличия врачебной ошибки от упущения?» — спрашивает Ю. С. Зальмуни. «Только эксперты, — отвечает он, — обладающие достаточными специальными познаниями и опытом в данной области, могут решить этот вопрос в каждом конкретном случае». «Решение этих вопросов лежит в пределах компетенции комиссии врачей-экспертов. Поэтому экспертиза в случае установления неправильных действий определяет их причину и сущность (врачебная ошибка или упущение)»¹.

Автор в приведенном выше высказывании вступает в противоречие с собственными словами, когда он предупреждает от перекладывания на экспертов «прерогативы судебно-следственных органов» по установлению преступного характера оцениваемых действий² — или, когда в другом месте своей работы, критикует экспертные комиссии за то, что они берут на себя функции оценки действий врача как небрежных³.

Е. Т. Бокова, рассматривая причины, лежащие в основе того или иного медицинского действия, в качестве критерия для оценки последних считает, что экспертные комиссии устанавливают, являются ли эти действия «ошибками в диагностике и дефектами в медицинском обслуживании или же они носят характер недобросовестного отношения к своим обязанностям». При этом автор ссылается на практику проведения экспертиз по так называемым «врачебным делам»⁴.

Ю. П. Эдель предлагает «путем изучения причин неправильного диагностирования или лечения» давать в заключениях экспертизы оценку врачебным действиям⁵.

Этот вывод Ю. П. Эдель обосновывает, в частности, на примере критики одного из заключений судебно-медицинской комиссии по поводу оставления хирургом в брюшной полости оперируемой женщины тампона. Автор упрекает членов комиссии в том, что они «не вышли за пределы поставленных им вопросов и не определили сами действия» (хирурга. — Ф. Б.). «Ведь тяжкие последствия, — пишет он, — могут наступить в результате правомерных действий. Иначе говоря, по какой причине оставлен тампон? По небрежности хирурга или в силу ряда обстоятельств, создавших при операции условия, благоприятствующие оставлению тампона? Что это — преступная небрежность или несчастный случай?»¹.

Таким образом, в суждениях Ю. П. Эделя понятие «небрежность» отводится та же роль, что и понятиям «несовершенство медицины», «неопытность хирурга» и т. д. Все они выступают в качестве критериев для определения характера медицинского действия. Однако известно, что небрежность — одна из форм вины, свидетельствующая о нарушении обязанности и неиспользовании возможности предвидения лицом последствий своих действий, т. е. понятие собирательное, формирующееся как результат оценки тех или иных поступков, а несовершенство медицины, недостаток опыта и знаний, невежество врача и т. д. — причины, обусловившие то или иное действие, которое само по себе еще нуждается в оценке для признания его уважительным, для суждения о характере психического отношения лица, о наличии или отсутствии его вины. Эту непоследовательность своих позиций Ю. П. Эдель пытается устранить, делая следующую оговорку: «Термин «небрежность» в нашей классификации мы применяем не как юридическое понятие, обозначающее одну из форм осторожной вины. В группу случаев неправильного врачевания по небрежности мы отнесли случаи неправильного лечения или диагностирования, которые возникли вследствие нерадивости врача, несерьезного и безответственного отношения к своему долгу и бездушного отношения к больному»².

¹ Ю. С. Зальмуни, указ. диссертация, стр. 396, 399.

² Там же, стр. 139.

³ Там же, стр. 372.

⁴ «Сборник научных работ сотрудников кафедры и судебных медиков Ленинграда», вып. 10, Л., 1957, стр. 226.

⁵ См. Ю. П. Эдель, указ. диссертация, стр. 398.

¹ См. Ю. П. Эдель, указ. диссертация, стр. 161.

² Там же, стр. 6.

О том, какая путаница происходит в результате приведения к одному знаменателю разнозначных понятий, можно судить по другому высказыванию Ю. П. Эделя. «Все, что возникло в результате небрежности,— пишет он,— и даже добросовестное заблуждение врача, основанное на явном невежестве, не может быть признано врачебной ошибкой и является врачебным преступлением»¹. Выходит, что не только ненаказуемая врачебная ошибка является добросовестным заблуждением, но и преступление может быть совершено при наличии добросовестного отношения к своим обязанностям, т. е. при отсутствии небрежности, при отсутствии вины.

Изучение экспертной практики показывает, что в своей работе судебно-медицинские эксперты в основном следуют указаниям названных авторов.

Так, по делу о причинении больной У. в процессе ее лечения тяжких телесных повреждений судебно-медицинская экспертиза дала заключение о том, что произведенное медицинскими работниками Д. и С. подкожное вливание гипертонического раствора вместо назначенного физиологического раствора «свидетельствует о невнимательном отношении этих работников к своим обязанностям и о бездушном отношении их к больной». Однако из материалов дела видно, что, давая такую характеристику действиям медицинских работников, эксперты исходили не из юридического анализа (чего они не вправе были делать), а руководствовались своим субъективным отношением к этим действиям. Материалами дела было четко установлено, что система для подкожного вливания заряжалась Д. в отсутствие С., который поэтому не мог предвидеть последствий ошибки, допущенной Д.

На этом основании следователь поступил совершенно правильно и, не приняв во внимание в этой части заключение экспертизы, прекратил уголовное преследование против С. Народный суд, рассматривавший это дело, согласился с таким решением следователя, признав виновной в причинении ущерба здоровью пациента одну лишь Д.²

¹ См. Ю. П. Эдель, указ. диссертация, стр. 8.

² См. архив Шатурского городского суда.

К сожалению, судебно-следственные органы сами иногда дают повод для существования у судебно-медицинских экспертов подобных заблуждений относительно своей компетенции. Например, комиссия экспертов на вопрос следователя, была ли допущена халатность при лечении О., ответила, что главный врач больницы К. «отнесся к своим обязанностям небрежно, невнимательно, недобросовестно»¹.

В качестве примеров использования судебно-медицинскими экспертами таких критериев, как невежество, недостаточная опытность и квалификация врача, укажем следующие уголовные дела.

Больной Л., находившийся на излечении в больнице по поводу заболевания сердечно-сосудистой системы и почек, страдал также геморроем с периодическим выпадением прямой кишки. В один из дней, когда больной не смог самостоятельно вправить кишку, эту манипуляцию под хлорэтиловым наркозом стал осуществлять дежурный хирург Ш. Последовавшая при этом смерть Л. послужила основанием для возбуждения уголовного дела. Отвечая на вопрос следователя, судебно-медицинская экспертиза констатировала, что дача общего наркоза больному не была противопоказана. Но выбор хлорэтилового наркоза, имеющего весьма небольшой диапазон между лечебной и токсической дозами, был противопоказан. Поэтому применение хлорэтилового наркоза к тяжелому больному вызвало его смерть. Оценивая действия врача, комиссия указала: «Анализ материалов дела дает основание считать, что применение непоказанного для Л. хлорэтилового наркоза не свидетельствует о невнимательном и недобросовестном отношении хирурга Ш. к больному, но объясняется его недостаточной квалификацией»². Тем самым, согласно существующей схеме, эксперты предложили отнести действия Ш. к ненаказуемой врачебной ошибке.

Расследованием по делу о неправильном лечении и смерти в гинекологическом отделении больницы роженницы З. было установлено следующее. После принятия родов у З. врач-акушер П., не распознав нетипичного

¹ Архив прокуратуры Дмитровского района Московской области.

² Архив прокуратуры Воскресенского района Московской области.

приращения плаценты у шейки матки, пыталась осуществить ручное отделение последа, чем вызвала обильное кровотечение. Не зная причины кровотечения, она вызвала заведующего отделением Л., который, диагностировав шеечное приращение последа, также приступил к его ручному, а затем инструментальному отделению по частям. Так как кровотечение у З. продолжалось, Л. распорядился доставить роженицу в операционную другого корпуса, где приступил к операции по удалению матки, во время которой З. от значительной потери крови скончалась. Действия П. экспертиза оценила так: имея данные для распознавания атипичного прикрепления последа у З.; П. не сделала этого, что свидетельствует о низкой квалификации врача П. как акушера-гинеколога.

Неправильные же действия Л. выразились в том, что он «стал производить противопоказанное в данном случае ручное и инструментальное отделение последа, теряя на это драгоценное время. На задержке срочной операции сказалась также переноска роженицы в другой корпус. При неподготовленности операционной гинекологического отделения Л. должен был произвести операцию непосредственно в родовой». Кроме того, Л. неправильно произвел саму операцию, так как «при таком приращении последа единственно верной была операция полного удаления матки, а не только ее тела». Указанные дефекты, заключает комиссия, «могут быть объяснены недостаточно высокой квалификацией Л., не соответствующей установленной ему второй категории»¹.

Материалами дела о смерти в роддоме Я. было установлено, что при начавшейся у Я. родовой деятельности акушерка Д. не установила поперечного положения плода, что врач-акушер А., не распознав неполного разрыва матки, избрала противопоказанный при этом способ оперативного вмешательства и вместо чревосечения приступила к извлечению плода через родовые пути, в результате чего произошел полный разрыв матки и от кровотечения Я. скончалась. Согласно заключению экспертизы, «неправильные действия врача А. должны быть объяснены недостаточно внимательным и

тщательным обследованием ею роженицы, а также недостаточно высокой квалификацией А. как акушера-гинеколога»¹.

Наконец, сошлемся на заключение судебно-медицинской экспертизы, проведенной комиссией экспертов по делу о смерти в роддоме К. Эксперты пришли к выводу о том, что «основная ответственность за смерть К. лежит на дежурном враче Б., имеющем крайне низкую общеврачебную квалификацию, граничащую с невежеством». Такой вывод был сделан на основании следующих обстоятельств. К моменту осмотра Б. больной у последней была нарушена целостность фаллопиевой трубы в результате внематочной беременности. Этот диагноз и начавшееся внутреннее кровотечение Б. не распознал, так как не произвел необходимых для этого исследований и не обеспечил своевременной консультации с другими врачами-специалистами, и лишь через два часа, когда спасти жизнь больной было уже нельзя, Б. заподозрил у нее правильный диагноз².

Попытаемся теперь на этих конкретных делах разрешить два вопроса. Во-первых, является ли установление факта неопытности врача, его низкой квалификации или невежества достаточным и существенным основанием для правовой оценки совершенного им деяния? Во-вторых, можно ли признать достоверными выводы экспертов о наличии таких признаков в оцениваемом деянии?

В приведенных примерах пять врачей и одна акушерка совершили неправильные действия, вызвавшие смерть или ущерб здоровью пациентов, потому что они не знали, каким путем избежать таких последствий. Сообщая об этом обстоятельстве как о причине неправильного врачевания, экспертиза дает судебно-следственным органам основания для вывода о том, что непосредственно в момент дачи больному Л. хлорэтилового наркоза хирургом Ш. последний не имел возможности предполагать о смерти больного в результате этого, что у акушерки Д., у врачей П., А. и т. д. в тот же момент не было возможности поставить правильный диагноз и спасти жизнь роженицам. А если у них отсутствовала воз-

¹ Архив прокуратуры г. Жуковский Московской области.

¹ Архив прокуратуры Можайского района Московской области.

² См. архив прокуратуры Клинского района Московской области.

возможность предотвратить общественно опасное развитие событий, то, казалось бы, нет и оснований для упрека этим лицам, так как наступление последствий здесь не зависит от внимательности, добросовестности и вдумчивости субъектов в момент деяния.

Представляется, однако, что такая оценка действий медицинских работников является неполной.

Как ранее уже отмечалось, владение определенным комплексом знаний — не только право, но и обязанность любого специалиста, причем обязанность юридическая, существование которой гарантирует охрану важных для государства и его граждан интересов.

Выбирая в качестве средства передвижения самолет, пассажир исходит из того, что экипаж самолета гарантирует ему безопасность, так как обладает именно теми знаниями и опытом, которые соответствуют и конструкции самолета (поршневого, реактивный, турбовинтовой и т. п.), и дальности рейса, и условиям перелета (зима, лето, равнина, горы и т. п.).

Только потому, что больной видит в хирурге специалиста, знающего дело и могущего поэтому обеспечить ему именно то лечение, которое необходимо, он вверяет хирургу свою жизнь и здоровье.

Нетрудно представить, к чему привело бы освобождение любого специалиста от обязанности совершенствовать свои знания и опыт в соответствии с порученным ему делом. Для недобросовестных работников это означало бы полную их безнаказанность, а тех, кто стремится повысить свою квалификацию, лишало бы всякого стимула. «Было бы, конечно, неправильно думать, — отмечает В. Г. Макашвили, — что во всех случаях, когда в силу отсутствия соответствующих знаний и опыта лицо не проявляет требуемой предусмотрительности, оно должно быть освобождено от ответственности. Освобождение от ответственности может иметь место лишь тогда, когда недостаток требуемых знаний и опыта нельзя поставить лицу в упрек, когда оно не сумело приобрести надлежащие знания и опыт по не зависящим от него обстоятельствам»¹. «Только в исключительных случаях, — указывает криминалист из ГДР д-р Ион Лекшас, — не-

знание может исключить неосторожность. В принципе каждый должен усвоить необходимые познания для того, чтобы быть в состоянии справиться со своими общественными обязанностями»¹.

Поэтому для того, чтобы ответить на вопрос, являются ли ошибки, допущенные этими медицинскими работниками, извинительными, недостаточно, как это делает экспертиза, констатировать сам факт незнания ими тех или иных положений медицинской науки. Необходимо еще выяснить, во-первых, входило ли знание этих положений в юридическую обязанность названных лиц. И если входило, то, во-вторых, можно ли несоблюдение такой обязанности рассматривать как исключительный случай, происшедший по не зависящим от специалиста обстоятельствам.

С этих позиций ясно, что Д., будучи акушеркой, не обязана была обладать знаниями, соответствующими квалификации врача, а потому не обязана была диагностировать патологию беременности у роженицы Я. Ее незнание извинительно, ее неправильные действия не носят преступного характера. Однако почему хирург Ш. не должен был знать о свойствах хлорэтилового наркоза, противопоказанного тяжело больным, — непонятно. Возможно, что для освобождения Ш. от такой обязанности и были какие-то основания. Но ни из материалов дела, ни из заключения экспертизы этого не видно. Поэтому нельзя согласиться с решением следователя, принявшего на веру вывод экспертизы о совершении Ш. ненаказуемой врачебной ошибки и прекратившего против него уголовное преследование.

Далее, экспертиза предлагает одинаково оценивать действия врачей П. и Л., так как в основе каждого из них — недостаточная квалификация.

Между тем по материалам дела видно, что П. — начинающий акушер-гинеколог и имевшееся у роженицы З. приращение последа она впервые встретила в своей практике. В исследовательской части заключения экспертизы указывалось, что «такое (как у З. — Ф. Б.) осложнение беременности встречается крайне редко». Поэтому следует признать необоснованным вывод следова-

¹ В. Г. Макашвили, Уголовная ответственность за неосторожность, М., 1957, стр. 152.

¹ И. Лекшас. Вина как субъективная сторона преступного деяния, М., 1958, стр. 75.

теля в постановлении о прекращении этого дела за нецелесообразностью предания суду П. и Л., о наличии в действиях обоих врачей признаков состава преступной халатности, так как незнание П. извинительно и действия ее не могут оцениваться одинаково с действиями опытного, имеющего вторую категорию акушера-гинеколога Л.

Изложенное позволяет говорить о несостоятельности выдвинутых Ю. С. Зальмуниным, Ю. П. Эделем и их сторонниками положений, согласно которым причина неправильного врачебного действия определяет его сущность и всегда служит достаточным критерием для его оценки. И хотя такая причина, как «незнание», играет определенную роль при оценке медицинских действий, однако она сама по себе подлежит оценке наряду с другими условиями, в которых совершались эти действия. Даже один из наиболее убежденных последователей рассматриваемой точки зрения Ю. П. Эдель на основе изучения большого числа дел вынужден был признать, что «при неправильном по неопытности лечении нередко есть в большей или меньшей степени элементы небрежного отношения к делу вообще»¹.

Кроме того, задача, которую предлагают решать сторонники рассматриваемой точки зрения по подысканию для оцениваемого деяния соответствующей графы в заранее подготовленной схеме: либо неопытность, либо невежество, либо небрежность и т. д., практически не всегда выполняема. В рассматриваемых примерах экспертизы отнесла неправильные действия заведующего отделением Л. к рубрике «недостаточная квалификация». Однако поведение Л. при оказании помощи больной З. не дает никаких оснований усматривать его причину именно в недостатке знаний. Разве то обстоятельство, что Л. потерял необходимое для экстренной операции время на перевозку З. в другой корпус, свидетельствует о незнании Л. каких-то положений медицины? Вряд ли. Скорее это говорит о том, что Л. растерялся и не догадался провести операцию непосредственно в родовой. Из чего, во-вторых, исходили эксперты, упрекая Л. в производстве по незнанию операции по удалению только тела, а не всей матки? Разве в данном случае нельзя

предполагать, что причиной ошибочных действий Л. была его растерянность, помешавшая ему использовать те знания, которыми он обладал? Конечно, и такое предположение допустимо. Трудностями, связанными с подгонкой оцениваемого действия под одну из рубрик предлагаемой сторонниками рассматриваемой точки зрения схемы, объясняется и противоречивость выводов экспертизы в отношении действий врача А., причина которых, с одной стороны, заключается в невнимательности А., а с другой — в ее недостаточной квалификации. Но, разумеется, если у А. не было достаточной квалификации для правильных действий, то никакая внимательность не могла восполнить недостатка знаний в момент совершения самих действий, так же как и обладание необходимыми знаниями не могло заменить внимательность у А. для успешного лечения больной. Только данные о том, как в этом случае врач А. должна была поступить в соответствии с имевшимися у нее возможностями, являются надежной основой для правильной оценки ее действий. Но таких данных заключение экспертизы не содержит, а следственные органы не пытались их получить с помощью экспертизы.

В этой связи критика Ю. С. Зальмуниным¹ формулировки одного из заключений экспертизы за то, что в нем указаны сразу две взаимоисключающие причины врачебной ошибки — невнимательность либо недостаточная квалификация, — является несправедливой. И, действительно, экспертиза установила неправильность, ошибочность действий врача. Но как она может точно указать на одну из этих причин, не превращаясь из экспертной комиссии в комиссию квалификационную или экзаменационную? А, главное, — нужно ли вообще это делать?

В компетенцию экспертизы по делам о нарушении медицинским персоналом своих профессиональных обязанностей входит не установление фактических знаний лица, действия которого проверяются, а определение его должной квалификации в соответствии со стажем работы, со специализацией, с функциями, которые он выполняет в лечебном коллективе и т. п.

Подтверждение этому можно найти и в высказываниях некоторых судебных медиков. Так, Г. А. Сыцянко

¹ Ю. П. Эдель, указ. диссертация, стр. 130.

¹ См. Ю. С. Зальмунин, указ. диссертация, стр. 372.

предлагает, чтобы при решении вопроса о должном поведении медицинских работников экспертиза исходила из объективных возможностей врача соответствующей квалификации, «не касаясь личности обвиняемого врача, направления его воли и т. д.»¹.

П. Г. Аршев, рассматривая задачи судебно-медицинской экспертизы по делам медицинских работников, указывает, что при установлении фактов нарушения официальных инструкций, правил и приказов, касающихся показаний, объемов и методов тех или иных исследований, «вопрос о причинах таких нарушений, например, неосведомленность медицинских работников, не подлежит разрешению экспертизы и относится к компетенции следствия и суда»². Непонятно только, почему этот правильный вывод автор делает лишь применительно к нарушениям официальных правил и инструкций. Разумеется, задачи судебно-медицинской экспертизы не могут меняться в зависимости от того, какие правила оказания медицинской помощи нарушены — официальные или неофициальные.

Наконец, проанализируем последний из приведенных примеров. Из заключения экспертизы можно судить о том, что признаки внутрибрюшного кровотечения, картину так называемого «острого живота», наблюдавшуюся у больной К., обязан знать и правильно расценить любой врач. Поскольку дежурный врач Б. не установил такого состояния больной, экспертиза усмотрела причину этого в его крайне низкой квалификации, граничащей с невежеством. Однако материалами следствия, нашедшими отражение в исследовательской части экспертного заключения, установлено, что вызванный к больной врач Б. не произвел необходимого и достаточного исследования, а потому и не оценил правильно состояние больной, не назначил нужного лечения. Следовательно, дело не в том, что Б. не имел знаний о симптомах «острого живота», а в том, что он просто не применил их, не сде-

лал исследований по выявлению этих симптомов, хотя должен был и мог это сделать.

Как уже говорилось, «незнание» и «невежество» — понятия однородные, различающиеся только в количественном отношении. Наделение же этих понятий качественными различиями в том смысле, что одно из них означает незнание допустимое и извинительное, а другое — недопустимое и неизвинительное, лишь запутывают и усложняют вопрос, вводя в процесс его разрешения стадию, без которой можно вполне обойтись. Конечная цель решения данного вопроса заключается не в оценке знаний медицинского работника, а в оценке внешнего применения и использования этих знаний.

Усматривая серьезный недостаток позиций юриста И. Бычкова в том, что предложенная им классификация медицинских правонарушений не содержит «упущений по невежеству», Ю. П. Эдель, ссылаясь на судебно-медицинскую практику, пытается доказать существование такого вида правонарушений. Однако, во-первых, автор сам вынужден был признать отсутствие в его богатом материале диагностических ошибок «по невежеству»¹. Во-вторых, примеры неправильного лечения «по невежеству», на которые ссылается автор, отнюдь не убеждают, что в этих случаях экспертам удалось установить отсутствие у врачей требуемых знаний. «По незнанию элементарных основ оказания первой неотложной помощи, — пишет, в частности, автор, — врач в течение только пяти минут делал искусственное дыхание пострадавшему от электричества, а затем повез его в больницу, но по дороге искусственное дыхание не делал»². Но на основе чего сделано утверждение о том, что это произошло именно по незнанию? Также непонятно, почему в другом случае, сообщая о том, как врач, обработав и ушив загрязненную рану, оставил ее в течение 20 часов без осмотра, в связи с чем развилась газовая гангрена, автор делает следующий вывод: «Представляется, что только хирург-невежда может не знать, что загрязненные, разможенные раны... не подлежат немедленному зашиванию, а, наоборот, должны быть рассечены для обеспече-

¹ Г. А. Сыцярко, К вопросу о проведении экспертизы неправильных врачебных действий, сборник, вып. 1, Ташкент, 1960, стр. 173.

² «Судебно-медицинские записки. Сборник работ кафедры судебной медицины Кишиневского мединститута и республиканского бюро судебно-медицинской экспертизы», вып. 1, Кишинев, 1955, стр. 67.

¹ См. Ю. П. Эдель, указ. диссертация, стр. 7.

² См. там же, стр. 137.

ния достаточного оттока и аэрации»¹. Но разве эти действия нельзя объяснить недобросовестностью, невнимательностью, забывчивостью этого врача? Разве не убедительнее и бесспорнее будет такое объяснение?

Придание судебными медиками самодовлеющего значения причинам неправильного врачевания ведет нередко к формализму при решении вопроса об оценке медицинских действий. Так, М. И. Авдеев, поясняя понятие «врачебная ошибка», пишет: «Если начинающий врач-хирург и специалист-нейрохирург поставят ошибочные диагнозы и сделают по этому поводу трепанацию черепа с одинаковым смертельным исходом, то действия нейрохирурга будут оцениваться как ошибка при условии его добросовестного заблуждения. Действия же начинающего врача-хирурга при названных условиях являются наказуемой самонадеянностью, а не ошибкой»².

С такими суждениями согласиться нельзя. Начинаящий хирург, будучи освобожден от обязанности знать и уметь делать то, что знает и умеет специалист-нейрохирург, не вправе братья не за свое дело. Но коль он взялся за него и полностью выполнил те обязанности, которые лежат на большом специалисте, сделал те же, что и он, исследования, оценил их результаты так же, как и специалист, и применил тот же способ оперативного вмешательства, которым владеет последний, не допустив при этом никаких отступлений, то и его действия не будут носить противоправного характера, независимо от последствий.

Конечно, трудно допустить, что начинающий врач окажется таким способным и сумеет выполнить все требования. Но не в этом существо вопроса, так как речь здесь идет лишь о теоретической несостоятельности самого подхода судебных медиков к оценке медицинских действий.

Почему это происходит, легко понять, если вспомнить, что целью исследований Ю. С. Зальмунина является «формирование... понятия «врачебная ошибка», что диссертация Ю. П. Эделя касается «общих и принципиальных положений проблемы «врачебная ошибка».

В центре рассуждений этих и всех других авторов, придерживающихся рассматриваемой точки зрения, также находится проблема, решение которой направлено прежде всего на получение точного определения добросовестной, т. е. ненаказуемой врачебной ошибки. И затем на основании уяснения этого понятия они пытаются разрешить вопрос об основаниях и пределах уголовной ответственности медицинских работников. А в этом как раз и коренится методологическая несостоятельность рассматриваемых позиций.

Поскольку понятие «отсутствие преступления» не является самостоятельным и существует лишь потому, что имеется понятие «преступление», постольку уяснение первого невозможно без анализа второго, а не наоборот, как это делают медики.

Поэтому, сразу же отказываясь от каких-либо попыток дать полное и исчерпывающее определение добросовестной, ненаказуемой врачебной ошибки, мы приступаем к уяснению понятия преступного нарушения медицинским персоналом профессиональных обязанностей.

¹ Ю. П. Эдель, указ. диссертация, стр. 138.

² БМЭ, т. II, стр. 1149.

Глава вторая

ОСНОВАНИЯ И ПРЕДЕЛЫ ОТВЕТСТВЕННОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ЗА ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ПРАВОНАРУШЕНИЯ ПО СОВЕТСКОМУ УГОЛОВНОМУ ПРАВУ

Основаниями ответственности по советскому уголовному праву, как известно, являются: а) противоправность деяния и б) вина лица, совершившего это деяние.

Рассмотрим содержание этих понятий применительно к профессиональной деятельности медицинских работников.

§ 1. ПОНЯТИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ НЕПРАВОМЕРНОСТИ ДЕЯНИЙ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Теория права различает три вида уголовной противоправности: прямая — это непосредственное запрещение уголовным законом соответствующего действия; смешанная — признание действия запрещенным уголовным законом, «в связи с тем и постольку, поскольку оно признано противоправным другими отраслями права»; и условная противоправность действий, которые в обычных условиях общественно полезны и вред причиняют лишь в сравнительно редких случаях, в связи с чем подробно регламентировать их нормами права не представляется возможным¹.

¹ См. В. Н. Кудрявцев, Объективная сторона преступления, М., 1960, стр. 117—125.

Противоправность нарушений медиками своих профессиональных обязанностей может быть как прямой, так и условной. Прямой является противоправность деяний, заключающихся в нарушении медицинскими работниками специально предусмотренной законом обязанности — оказывать помощь больному. Статья 128 УК РСФСР (и соответствующие статьи УК других союзных республик) прямо запрещает это деяние, конкретизируя его ссылкой на соответствующие правила. Для уяснения понятия противоправности таких деяний достаточно ограничиться анализом самой нормы закона.

Однако для большинства общественно опасных деяний, совершаемых медицинскими работниками в процессе профессиональных занятий, характерна так называемая условная противоправность. Это — деяния, получившие в литературе название «неправильное врачевание». Их противоправность не столь очевидна не только потому, что уголовный закон не содержит специальной нормы, запрещающей такие деяния. Ведь противоправность деяний, причиняющих смерть и ущерб здоровью человека, уголовным законом предусмотрена. Но, как уже отмечалось, специфика медицинской деятельности не позволяет рассматривать подобные последствия как достаточное условие для признания действий (бездействий) медицинских работников противоправными. Поэтому наступление смерти или ухудшение здоровья пациента даже при наличии причинной связи этих последствий с действием (бездействием) медицинского работника не дает оснований для оценки деяния как противоправного. Необходимо еще и третье условие — неправильность самого медицинского действия.

Почему же «неправильность медицинского действия» в совокупности с другими условиями придает этому деянию общественно опасный характер?

Общественная полезность медицинской деятельности состоит как в той цели, которую она преследует, так и в научной обоснованности используемых для этого методов, средств и приемов медицинского вмешательства. Это значит, что в основе определенного медицинского действия должно лежать познание соответствующих биологических закономерностей человеческого организма, позволяющее воздействовать на них в благоприятную сторону и заранее предвидеть с той или иной степенью

вероятности его результаты. Поэтому применение научно необоснованных методов и средств, а также неприменение методов, соответствующих познанным закономерностям, не могут оправдать цели, ради которой действовал представитель медицинской профессии. Причем угроза наступления опасных последствий от подобных действий гораздо реальнее, чем опасность, возникающая в результате несоблюдения морально-этических правил поведения граждан в повседневной жизни, в быту. Так, для реализации угрозы смерти прохожего, создавшейся в результате падения какого-либо предмета, ненадежно установленного жильцом квартиры на своем балконе, необходимо сочетание еще целого ряда условий. Нужно, чтобы прохожий находился именно в том месте и в то время, куда и когда упадет этот предмет; предмет должен ударить как раз наиболее уязвимую часть тела прохожего; сам предмет должен быть достаточно тяжелым и т. д. Действия же, не соответствующие профессиональным правилам медицинской деятельности, обычно представляют собой последнее звено в цепи событий, развитие которых приводит к смерти пациента. Например, если врач делает непоказанную операцию, вскрывая брюшную полость больного, он тем самым уже создает опасность смерти пациента. А если при этом он удаляет не тот орган, который подлежал удалению, то опасность для жизни больного становится непосредственной.

Отсюда ясно, что нет принципиальной разницы «между правилами науки и правилами поведения медицинских работников»¹ и что нарушение ими этих правил дает основания для их упрека с позиций социалистической морали. А существенная черта уголовной вины, как отмечает доктор Ион Лекшас, «заключается в ее морально-политической предосудительности»².

Таким образом, противоправным следует считать такое действие, совершенное медицинским работником в целях оказания лечебной помощи, которое не соответствует существующим в медицинской науке правилам и методам и находится в причинно-следственной связи

с наступившими для пациента последствиями в виде смерти или ущерба его здоровью. Таково значение существующих в медицине правил для оценки медицинских действий как противоправных.

Следующий вопрос, который необходимо решить, это — уточнение самого понятия правил медицины.

Прежде всего отметим, что выражение «неправильное врачевание» употребляется не только в прямом своем смысле. Оно применяется также для обозначения лечебно-диагностических мероприятий, оказавшихся объективно неправильными, но не связанных с какими-либо нарушениями выработанных наукой правил лечения и диагностики. Вызванный такими действиями неблагоприятный исход лечения обуславливается несовершенством медицины.

Изучение и обобщение неправильного врачевания подобного рода позволяет выяснять новые, ранее неизвестные закономерности болезненных изменений человеческого организма, а затем и находить соответствующие им приемы воздействия. Поэтому для медиков важно иметь более подробное представление о характере несовершенности того или иного медицинского действия. В частности, для них не безразлично, являются ли известные медицине приемы и средства полностью неэффективными или, соответствуя в основном своему назначению, эти приемы и средства в исключительных случаях оказываются порой даже вредными. Для целей же уголовноправовой оценки такие подробности в характеристике несовершенства медицинских действий не имеют никакого значения. Поэтому предлагаемое судебными медиками деление «несчастий в медицине» на случайные осложнения и нерациональное лечение¹ представляется ненужным.

Для правовой оценки медицинских действий необходимо лишь иметь четкое представление о том, соответствуют ли эти действия правилам медицины или не соответствуют.

Но существующие в медицине правила и способы лечения не являются застывшей и раз навсегда данной категорией. Признать их таковыми — значит лишить

¹ См. Н. Н. Петров, Вопросы хирургической деонтологии, Л., 1948, стр. 9.

² И. Лекшас, указ. работа, стр. 27.

¹ См. § 2 гл. 1 настоящей работы.

этот вид человеческой деятельности творческого характера. Правила науки — это уровень состояния медицины на определенном периоде ее развития, в процессе которого вырабатываются новые правила и способы лечения, отвергаются старые положения и вносятся изменения в существующие методы и приемы оказания лечебной помощи.

В то же время носителями медицинских знаний являются конкретные представители этой профессии, каждый из которых осуществляет практическое применение положений медицины в соответствии со своим опытом, приобретенными навыками и индивидуальными способностями.

Возможна ли при этих условиях оценка медицинских действий на основе положений медицинской науки?

В медицине существуют положения, которые могут и должны служить критерием для признания лечебно-диагностических мероприятий правильными или неправильными, т. е., при условии наступления общественно опасных последствий, противоправными. Причем, положения эти представляют собой минимально-необходимый уровень знаний, определяемый состоянием медицинской науки на том или ином этапе.

Это значит, ~~во-первых~~, что приемы и методы, которые уже находят свое применение в лечебной деятельности, т. е. характеризуют общий уровень медицины, но не стали еще общепризнанными, не могут рассматриваться как обязательные, т. е. не входят в понятие минимально-необходимого уровня знаний. Поясним сказанное примером из диссертации Ю. С. Зальмунина. До 1933 года рентгеновское исследование черепа при травме головы не являлось обязательным, и отсутствие такого исследования никогда не ставилось врачам в упрек. В настоящее же время «твердо установлено положение об обязательности рентгенологического исследования при всяких травмах головы»¹.

~~Во-вторых~~, те элементы творчества, которые вносятся опытными и способными врачами в общепризнанные методы диагностики и лечения, весьма желательны, но не обязательны для других врачей. Однако по мере их

осмысливания, накопления и популяризации они на определенном этапе утрачивают характер индивидуально-го мастерства, приобретая значение обязательных положений. Затем происходит дальнейшее совершенствование этих положений.

Перевязка кровеносных сосудов как метод хирургического лечения была известна медицине задолго до рождения Н. И. Пирогова. Однако далеко не всем хирургам в те времена удавалось так искусно проводить эту манипуляцию, как Н. И. Пирогову. Накопленный Н. И. Пироговым опыт позволил ему определить наиболее рациональные и точные способы поисков и перевязки кровеносных сосудов, которые в дальнейшем, получив всеобщее признание, стали «основными» и «элементарными» положениями медицины¹.

С этих позиций вопрос об ответственности хирурга за оставление в организме больного инородных предметов должен быть, на наш взгляд, решен следующим образом.

Ответственность хирурга основывается не на самом факте оставления в теле больного инструментов или операционных материалов, а вытекает, согласно сформулированным положениям, из нарушения им конкретных и обязательных для него правил. Однако раньше таких правил (способов), предохраняющих от оставления хирургами инструментов в операционной полости, либо вообще не было, либо они существовали, но не являлись общепризнанными и обязательными. В настоящее время подсчет материалов и инструментов до операции и после нее — общепризнанное правило. Поэтому, если имеется нарушение указанного правила, есть и противоправность действий хирурга, оставившего инородное тело в организме больного. Правда, сказанное не означает автоматического наступления ответственности хирурга, не свидетельствует о его виновности, критерии установления которой будут рассмотрены нами дальше. Забегая вперед, лишь заметим, что если у хирурга не было возможности соблюдения названных правил, то нет и его вины.

¹ См. Ф. Муравина, Николай Иванович Пирогов, М., 1950, стр. 37—40.

¹ Ю. С. Зальмунин, указ. диссертация, стр. 335—337.

Пока среди хирургов велись споры о том, гарантирует ли подсчет инструментов от оставления инородного тела в организме больного и можно ли поэтому считать этот или другой способ правилом, юристы не могли, да и не вправе были решать данный вопрос, так как правила поведения хирурга, будучи правилами науки, определяются не ими, а специалистами-медиками.

С указанных позиций можно решить также вопрос и об ответственности врача за неустановление диагноза заболевания (если это связано с ущербом здоровью пациента) при атипичном течении болезни. Приемы распознавания «нормально», типично протекающих и хорошо изученных болезней обязательны для каждого врача. Они входят в содержание предложенного нами понятия «минимально-необходимый уровень медицинских знаний». В подобных случаях иногда, как отмечает Ю. П. Эдель, «врачу достаточно просмотреть соответствующий раздел в учебнике»¹. А объективно неправильные действия врача, обусловленные сложностью диагностики необычно, нетипично протекающей болезни, нельзя признать противоправными.

Но что такое нетипичные симптомы необычно протекающей болезни? Это — конкретные формы проявления объективных закономерностей болезненных состояний человеческого организма. Значит, все дело в дальнейшем познании этих закономерностей.

Поэтому с развитием медицины атипичные на современном этапе формы проявления той или иной болезни, став хорошо изученными, будут предусмотрены в руководствах по медицине с указанием способов их дифференциальной диагностики, которые тем самым выйдут из сферы индивидуального пользования высококвалифицированных врачей и приобретут общепризнанный и обязательный характер минимально-необходимых знаний.

Таким образом, оценка правильности медицинских действий должна производиться по состоянию уровня развития медицины на момент их совершения, а не на момент расследования и судебного рассмотрения уголовного дела.

¹ См. Ю. П. Эдель, указ. диссертация, стр. 131.

Далее очень важно подчеркнуть, что уровень медицинской науки, минимально-необходимый уровень медицинских знаний, подлежащих применению при производстве определенного медицинского действия, одинаков для всех медицинских работников. Нельзя согласиться с Царегородцевым¹, Левиным и Брусиловским², полагающими, что уровень медицины, лежащий в основе проведения конкретного медицинского действия, будет разным для профессора и врача сельской больницы. Мы полностью присоединяемся к высказыванию польского криминалиста Ежи Савицкого: «Как объективная категория, определение уровня медицинской науки не может зависеть от того, какой врач лечит»³. Иначе пришлось бы признать, что неправильное врачевание есть акт, нарушающий не объективные правила, а правила, определяемые субъектом, который их применяет. В одном случае это будут «правила профессорские», в другом — «правила сельского врача» и т. д. Разумеется, что правила проведения конкретного медицинского действия, например операция по удалению аппендикса, не могут зависеть от того, кто производит аппендэктомию. Конечно, более опытный врач проведет эту операцию быстрее, сделает более аккуратный разрез, потратит на нее меньше усилий, чем начинающий хирург. Но и тот и другой обязаны соблюдать общие требования касающиеся асептики, оперативной техники, того же предварительного и последующего подсчета инструментов и т. д. Даже правила проведения внутримышечных инъекций, осуществляемых обычно средним медицинским персоналом, не изменятся, если инъекции будет делать врач.

Оценка противоправности действий включает в себя и еще один момент. Если уровень подлежащих применению медицинских знаний определяется самим действием, то характер и сфера их непосредственного применения определяются по отношению к субъекту этих действий.

¹ См. Б. Царегородцев, Ответственность медработников за профессиональные проступки, «Вестник современной медицины» 1928 г. № 3, стр. 170.

² См. А. Е. Брусиловский, А. М. Левин, Медицинские ошибки по судебным материалам, Харьков, 1930, стр. 60.

³ «Вопросы уголовного права стран народной демократии», М., 1963, стр. 340.

Во-первых, сфера непосредственного применения минимально-необходимого уровня медицинских знаний, характер должного поведения медицинского работника определяются с учетом той профессиональной группы, к которой он относится. Это значит, что в зависимости от специализации медицинского работника в конкретной отрасли медицинской деятельности, обязанность непосредственного применения существующих правил и методов оказания лечебной помощи касается прежде всего правил и методов соответствующей отрасли медицины. Так, для офтальмолога (глазного врача) — это правила и методы лечения глазных болезней, для фтизиатра (специалиста по туберкулезу) — правила и методы лечения туберкулеза и т. д.

В то же время с представителя определенной отрасли медицины не снимается и обязанность проведения мероприятий по распознаванию и лечению болезней, относящихся к другим отраслям науки. Так, обязанность применения современного уровня медицинских знаний для лечения хирургического заболевания лежит на терапевте, но носит она иной характер, так как заключается не в непосредственном применении хирургии, а в обеспечении больного консультацией (и лечением) специалиста — хирурга.

Во-вторых, характер должного поведения медицинского работника определяется его профессиональной категорией: врач, медсестра, фельдшер. В пределах своей категории каждый из них обязан оказать непосредственную медицинскую помощь. Фельдшеры, например, имеют право выполнять некоторые малые хирургические операции (вскрытие поверхностных гнойников и флегмон, наложение кожных швов и лигатур при кровотечениях), проводить катетеризацию и промывание мочевого пузыря мягким катетером и т. д.¹ Но право на проведение этих манипуляций является и обязанностью фельдшера осуществлять их в соответствии с современным уровнем медицины. При необходимости же оказания

¹ См. Положение о правах и обязанностях фельдшера, утвержденное приказом Министра здравоохранения СССР от 6 июня 1946 г. № 343 («Законодательство по здравоохранению», М., 1955, т. 1, стр. 147).

помощи иного вида фельдшер обязан обеспечить ее посредством приглашения врача.

На этих позициях стоит и судебная практика. Рассмотрев уголовное дело по обвинению фельдшера К. по ст. 172 УК РСФСР, народный суд указал в приговоре, что «при более тщательном сборе анамнеза (расспрос больного о признаках и истории болезни) больного С. подсудимый получил бы важные данные о серьезности его заболевания, которое им неправильно было расценено как отравление алкоголем». Так, фельдшеру стало бы известно, что боли в животе С. вызывались поднятием тяжестей, что раньше С. перенес брюшной тиф и т. д. «Оправдывая себя, — говорится далее в приговоре, — К. ссылается на средне-медицинское образование. Суд считает, что эта ссылка не оправдывает К., так как в случае сомнений в правильности диагноза он обязан был проконсультироваться с дежурным врачом»¹.

Аналогично решается вопрос о характере выполнения обязанностей по применению современного уровня медицины врачами, имеющими разный опыт работы и квалификацию². Правда, между ними нет столь четкой грани в компетенции, которая существует у медсестер, фельдшеров и врачей. Однако для этих целей, на наш взгляд, можно использовать показатели врачебной квалификации, применяемые органами здравоохранения при аттестации врачей. В Положении об аттестации предлагается «при отнесении врачей-специалистов к соответствующей категории руководствоваться инструктивно-методическими указаниями Министерства здравоохранения СССР по аттестации врачей отдельных специальностей». Так, в последних инструктивно-методических указаниях о показателях квалификации хирурга предусматривается три категории, к одной из которых может быть отнесен

¹ См. Архив народного суда Ждановского района Москвы.

² Так, Судебная коллегия по уголовным делам Мосгорсуда, отклоняя жалобу адвоката врача Ч., осужденной за недобросовестное отношение к своим обязанностям, в результате чего мальчик К. не был своевременно госпитализирован для экстренной операции по поводу острого аппендицита, указала: «По делу установлено, что Ч. как участковый врач имеет низкую квалификацию. Однако она обязана была принять меры к установлению правильного диагноза К. путем консультации с другими специалистами» (архив народного суда Киевского района Москвы).

хирург в зависимости от стажа и сложности выполняемой им работы, от прохождения им курсов усовершенствования, окончания аспирантуры, ординатуры, наличия ученой степени и т. д.¹.

Третья категория дает хирургу право на проведение типовых операций (грыжесечение, аппендэктомия и т. п.). При наличии второй категории хирург может производить операции на органах брюшной полости, почках и т. д., а хирург самой высокой квалификации, имеющий первую категорию, владеет техникой более сложных операций, в частности, не только на органах брюшной, но и грудной полости. Также построена категоричность и у терапевтов, у акушеров-гинекологов и врачей других специальностей.

До 1961 года в учреждениях здравоохранения существовала система пяти категорий для хирургов, акушеров-гинекологов и т. д., предусматривающая более детальные квалификационные показатели. Возможно, что в дальнейшем изменится и существующая система, будут уточнены лежащие в ее основе показатели. Для нас же, однако, важен сам принцип определения уровня врачебной квалификации, сама возможность его использования для уголовноправовой оценки действий медицинских работников².

Владея техникой операций в брюшной полости, хирург, производя их, обязан непосредственно применить минимально-необходимые правила и положения медицины, лежащие в основе этих медицинских действий. Не обладая квалификацией, позволяющей делать более сложные операции в грудной полости, например на сердце, хирург при необходимости производства такой операции обязан принять соответствующие меры оказа-

ния требуемой помощи посредством приглашения другого специалиста или направления к нему больного.

Изложенное позволяет провести дальнейшее уточнение содержания понятия «минимально-необходимый уровень медицинских знаний».

Этот комплекс знаний, обязательных для медицинского работника соответствующей профессиональной группы и категории, позволяет ему и обязывает его определять необходимость осуществления тех или иных медицинских действий, относящихся к сфере непосредственного применения представителями другой профессиональной группы или другой категории. Так, не владея в совершенстве приемами по лечению гинекологических заболеваний, врач-хирург или врач-терапевт обязан владеть тем минимально-необходимым уровнем знаний, который позволяет ему решить вопрос о необходимости приглашения акушера-гинеколога. На примере ранее приведенного уголовного дела о смерти больной К. видно, что именно в нарушении этой обязанности — противоправность действий дежурного врача Б., являющегося хирургом по специальности, но тем не менее на основании данных осмотра больной (которого он не сделал) обязанного заподозрить у нее разрыв фаллопиевой трубы и вызвать специалистов гинекологов (чего он также не сделал своевременно).

Таков же характер обязанностей врача более низкой квалификации по применению современного уровня медицины при распознавании и лечении болезней, требующих большего опыта, мастерства и квалификации. Обладание минимально-необходимыми знаниями обязывает его и позволяет ему усомниться в правильности своих выводов при диагностике атипично протекающего заболевания, решить вопрос о необходимости врачебного вмешательства, для которого у него нет соответствующих навыков и опыта. Здесь важно подчеркнуть не столько право усомниться в диагнозе и пригласить более опытного специалиста, сколько — обязанность такого поведения.

С этих позиций нетрудно решить вопрос об ответственности врача в тех случаях, когда, не обладая фактическими знаниями и квалификацией, позволяющими осуществить те или иные лечебно-диагностические мероприятия на соответствующем для них уровне меди-

¹ См. «Инструктивно-методические указания Министерства здравоохранения СССР по аттестации врачей-специалистов», М., 1961.

² Предложение об использовании категоричности врачей-специалистов при оценке их действий мы находим и у ряда судебных медиков. Так, В. Черваков и Г. Пеккер считают, что «право» на проведение того или иного оперативного вмешательства должно соответствовать присвоенной данному врачу категории («Материалы III Всесоюзного совещания судебно-медицинских экспертов и III Всесоюзной конференции научного общества судебных медиков и криминалистов», Рига, 1957, стр. 87).

дины, врач берется за их проведение при отсутствии к тому необходимости и нарушает требования, предъявляемые к этим мероприятиям. Сознвая свою неподготовленность, врач тем самым предвидит опасность, которой он подвергает больного, а следовательно, в случае реализации такой опасности, несет уголовную ответственность как лицо, действовавшее с преступной самонадеянностью.

§ 2. КРИТЕРИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ НЕОСТОРОЖНОСТИ

В настоящее время в советской уголовноправовой теории существует общая точка зрения, согласно которой установление признаков вины в форме неосторожности производится с помощью так называемых объективного и субъективного критериев. Объективный критерий дает ответ на вопрос, какие последствия своего поведения лицо обязано было предвидеть. Иначе говоря, до какого предела должны распространяться меры предосторожности в человеческой деятельности того или иного рода. Но поскольку советское уголовное право не признает объективного вменения, то при помощи субъективного критерия определяется фактическая возможность для данного лица предвидеть и предотвратить последствия своего поведения в данной конкретной обстановке.

Оба эти критерия соотносятся друг с другом и диалектически взаимодействуют.

Строго говоря, предыдущее изложение также касалось вопросов применения объективного критерия. Принятая нами последовательность изложения вопросов, касающихся оснований и пределов уголовной ответственности медицинских работников, определяется задачами исследования, которые решаются на каждом из его этапов. Поэтому условное расчленение понятия «противоправность» и рассмотрение его сначала под углом зрения объективной стороны, а затем субъективной стороны состава преступления лишь содействует, по нашему мнению, более полному и глубокому уяснению затронутых вопросов.

В то же время, как справедливо отмечает В. Г. Ма-

кашвили, нельзя забывать, что «понятия противоправности и вины, хотя и тесно связаны друг с другом, но не совпадают»¹, что они не тождественны и что признание содеянного противоправным отнюдь не презюмирует вину.

Хирург Д. и операционная медицинская сестра С. были привлечены к уголовной ответственности за оставление при операции в брюшной полости Б. марлевой салфетки, вызвавшей перитонит, а затем и смерть пациентки. Обвинение основывалось на бесспорно установленном факте нарушения врачом и медицинской сестрой принятого в клинике порядка подсчета инструментов и материалов, используемых при операции. Д. в ходе операции потребовал от С. снабжения его материалами сверх того комплекта, который был подготовлен для этой операции. С. выполнила распоряжение, в связи с чем подсчет после операции израсходованного на нее материала потерял всякий смысл и оставленная в брюшной полости марлевая салфетка оказалась незамеченной.

Однако суд, рассматривавший дело, поступил совершенно правильно, не ограничившись констатацией противоправности содеянного. Анализируя обстоятельства, при которых в организме больной было оставлено инородное тело, суд пришел к выводу об отсутствии в действиях подсудимого вины. В своем оправдательном приговоре он указал, что длившаяся несколько часов операция происходила в очень сложных условиях. Трудности, с которыми хирург столкнулся в ходе операции, он не мог предвидеть до ее начала, а потому вынужден был использовать материал сверх подготовленного заранее комплекта. После операции у него также не было возможности обнаружить одну из салфеток, затянутую в глубь брюшной полости перестальтикой кишок и сливную по цвету с внутренними органами в результате обильного пропитывания кровью².

Невозможность для медицинского работника поступать должным образом исключает его уголовную ответственность, так как при этом психическое отношение лица к вызываемым последствиям не содержит в себе мораль-

¹ В. Г. Макашвили, указ. работа, стр. 119.

² См. архив народного суда Дзержинского района Москвы.

но-политической предосудительности: Упрек же медицинского работника за такое поведение с позиций уголовного права сам противоречил бы нормам социалистической морали.

Но «возможность вообще» или «невозможность вообще» не существует. Это — либо возможность совершения определенного действия в определенных и конкретных условиях, либо такая же конкретная невозможность. Нельзя, например, установить возможность вообще для врача X. диагностировать прободной аппендицит у больного Y. или возможность вообще удаления опухоли у больного Z. Ставить вопрос в такой общей абстрагирующейся от конкретных обстоятельств форме — значит получить такой же общий и неопределенный ответ.

Даже возможность совершения тех или иных медицинских действий по диагностированию и лечению одной и той же болезни у того же больного, но в разное время не будет одинаковой. Так, из материалов дела по обвинению врачей скорой помощи Г. и О. видно, что Ю., получившая травму живота и умершая затем от разлитого гнойного перитонита, дважды в течение дня осматривалась врачами скорой помощи Г. и О., которые не поставили правильного диагноза заболевания и не госпитализировали ее для производства экстренной операции, которая спасла бы ей жизнь. Однако, если врач Г. посетил больную через 30 минут после получения ею травмы, когда, как указывает экспертиза, «явления «острого живота» не были еще ясно выражены», то при более позднем ее посещении О. у Ю., по заключению экспертизы, «картина «острого живота» была уже ярко выражена»¹.

Следовательно, в конкретных условиях места и времени возможность установления правильного диагноза была только у врача О., который не использовал ее при осуществлении своих профессиональных обязанностей и не предотвратил смертельного исхода заболевания Ю. И хотя оба врача, и Г. и О., обладая минимально необходимым уровнем знаний, имели абстрактную возможность по признакам так называемого «острого живота» предвидеть смертельный исход заболевания

Ю. в случае запоздалого оперативного вмешательства, однако в условиях раннего посещения и короткого наблюдения Ю. врач Г. фактически не мог предвидеть эти последствия.

Тем не менее существование даже конкретной возможности для предвидения медицинским работником последствий своих действий (бездействий) само по себе не может еще служить достаточным основанием для признания его виновным в наступлении общественно опасных последствий. Необходимо еще, чтобы возможность эта существовала в рамках, в границах лежащих на нем обязанностей. В силу тех или иных индивидуальных способностей врача, фельдшера, медсестры или в силу проявленной ими особой предусмотрительности и предосторожности их возможности могут выходить за рамки объективных требований, предъявляемых в порядке. Однако неиспользование ими этих возможностей нельзя поставить им в упрек, нельзя расценить как виновное отношение лица к общественно опасным последствиям, для предвидения которых у него имелись те или иные основания. Представим себе медицинскую сестру, опыт и способности которой позволяют ей лучше разобратся в характере заболевания, которое не сумел установить врач. Если она не реализовала имевшуюся у нее возможность, аморальность такого поступка очевидна, чего нельзя сказать о ее вине на основании норм уголовного права, которые не возлагают на нее подобной юридической обязанности.

«Границы должного поведения, — указывает болгарский криминалист К. Лютов, — не могут быть поставлены в зависимость только от индивидуальных качеств всех деятелей, так как в сущности это означало бы отсутствие таких границ, полную неопределенность, которая лишала бы судебную практику какого-бы то ни было разумного основания»¹. Это — принципиальное положение социалистического уголовного права, которое К. Лютов очень удачно иллюстрирует формулировкой одного из решений Верховного суда Болгарской народной республики: «Границу небреж-

¹ См. архив прокуратуры Ждановского района Москвы.

¹ К. Лютов, Профессиональна, непредпазливост в наказателно право на народна република България, «Наука и изкуство», България, София, 1958, стр. 121.

ности будут определять прежде всего обязанности, лежащие на подсудимом»¹.

Наша судебная практика всегда твердо придерживалась этих положений; о чем свидетельствует, в частности, постановление Пленума Верховного Суда СССР от 29 января 1940 г. по делу Г. Врач-дерматолог Г. был признан виновным в том, что, поручив медицинской сестре Г-вой наполнить шприц раствором бромистого натрия, но не проверив правильность ее действий, произвел вливание больной Д. раствора двуокисистой ртути, от чего больная скончалась. Рассматривая это дело в порядке надзора, Пленум указал: «Согласно существующей инструкции, врач перед вливанием раствора обязан контролировать правильность раствора шприца. Г., осведомившись у Г-вой о том, чем наполнен шприц, это требование инструкции выполнил и когда получил от Г-вой ответ, что шприц наполнен нужным раствором, имел право сделать вливание без проверки дозировки, так как, согласно списку Наркомздрава, бромистый натрий не относится к ядовитым веществам...». Придя к выводу об отсутствии в действиях Г. состава преступления, Пленум Верховного Суда СССР прекратил в отношении его уголовное дело².

Не трудно заметить, что наряду с возможностью проверить правильность наполнения шприца опросным путем (чем он и воспользовался), у Г. реально существовала возможность и для непосредственной проверки содержимого шприца (чем он не воспользовался). Но поскольку использование им второй возможности вышло бы за рамки лежащих на нем обязанностей, то правовых оснований для постановки вопроса о привлечении Г. к ответственности не имеется.

Возвращаясь к ранее приведенному примеру, отметим, что не было абсолютной невозможности поставить правильный диагноз заболевания Ю. и у врача Г. Проведя свои наблюдения за больной или посетив ее через некоторое время еще раз, Г. получил бы возможность для правильной диагностики. Однако у него не было обязанности поступать подобным образом. А те обязан-

ности, которые определялись условиями его однократно посещения Ю., он выполнил полностью.

Отсюда следует, что не только возможность должного поведения медицинского работника, но и обязанность действовать должным образом определяется конкретными условиями его деятельности. Так, обязанности Г. при проведении инъекции сильно действующего вещества уже не ограничивались бы опросным способом проверки правильности наполнения шприца, а распространялись бы на использование более широких возможностей для такой проверки. Иначе говоря, характер и сфера должного поведения медицинского работника наряду с профессиональной группой и категорией, к которой он принадлежит, определяются также конкретными условиями места и времени.

Поэтому объективный критерий небрежности, не переставая быть объективным требованием, адресованным правом порядком ко всем гражданам, занимающимся деятельностью определенного рода, независимо от индивидуальных свойств и способностей каждого из них, в то же время выступает как гибкая и динамичная категория, определяющая должное поведение представителей соответствующей профессии, применительно к конкретным обстоятельствам, обуславливающим возможность следовать установленным правилам.

Изложенное позволяет сделать ряд выводов.

Первый заключается в ненужности и неприемлемости для социалистического уголовного права каких-то «средних масштабов» при оценке действий специалистов, в том числе медицинских работников¹.

Помимо того, что понятие «средний врач» крайне неопределенно, последовательное проведение его в судебную практику означало бы, что в одних и тех же условиях аналогичные действия врача, признанного недостигшим «среднего уровня», оценивались бы иначе, чем поступки врача, отнесенного к категории среднего.

¹ Понятие «среднего врача» как критерий для определения небрежности в действиях медперсонала предлагают использовать А. Левин (см. «Еженедельник Советской юстиции» 1927 г. № 13, стр. 374), Г. Дембо (см. «Судебная ответственность врача», Л.—М., 1926, стр. 66), И. Бычков (см. «Социалистическая законность» 1945 г. № 9, стр. 27) и др.

¹ К. Лютов, указ. работа, стр. 130.

² См. «Сборник постановлений Пленума и определений коллегии Верховного Суда СССР» М., 1941, стр. 67.

Это — не что иное, как отказ от принципа индивидуальной вины.

Во-вторых, поскольку объективные требования должного поведения медицинского работника соотносятся с конкретными условиями, при которых существует возможность их выполнения, постольку в основном определением его должного поведения устанавливается и возможность такого поведения. И лишь в исключительных случаях, когда субъективные возможности медицинского работника не позволяют ему соотноситься с предъявленными конкретной обстановкой требованиями, объективно неправомерное поведение такого работника не может быть вменено ему в вину.

Поэтому мы полностью присоединяемся к следующим высказываниям В. Г. Макашвили: «Свойства и особенности, присущие данному конкретному лицу, его силы и возможности должны приниматься во внимание при установлении уголовной ответственности за преступления, совершенные по небрежности... Но значит ли это, что на практике в каждом отдельном случае для обоснования обвинения по неосторожности должно быть особо доказано отсутствие субъективных обстоятельств, препятствующих лицу выполнить ожидаемую от него предусмотрительность? Нет, не означает. В подавляющем большинстве случаев вместе с доказательством того, что лицо должно было предвидеть и предотвратить наступление вредного результата, устанавливается и субъективная возможность сделать это»¹.

Отсюда же следует и третий вывод. Чем полнее и подробнее предварительное или судебное следствие установит обстоятельства, в условиях которых действовал медицинский работник, тем точнее и правильнее можно с помощью судебно-медицинской экспертизы определить характер и границы должного поведения данного медицинского работника.

Поясним сказанное на примерах уголовного дела по обвинению Ч. и уголовного дела по обвинению К. Осматривая лежащего у трамвайной остановки С., врач скорой помощи Ч. не диагностировал трещины черепа и повреждения вещества мозга, в результате чего не гос-

питализировал С., который вскоре от полученных повреждений скончался. В своем заключении судебно-медицинская экспертиза констатировала, что к моменту осмотра С. врачом картина сотрясения мозга у него не проявилась и что «при наружном осмотре трещины черепа, субдуральные и субарахноидальные кровоизлияния, имевшиеся у больного, обнаружить нельзя, для этого требуется рентгенологическое исследование». Поскольку в данном случае обязанность Ч. заключалась в осмотре внешнего вида повреждений на голове С., но независимо от тщательности такого осмотра врач не мог поставить правильного диагноза, то следователь вынес постановление о прекращении против Ч. уголовного преследования¹.

По другому уголовному делу к ответственности была привлечена врач скорой помощи К., которая при осмотре С. не диагностировала имевшуюся у него черепно-мозговую травму, от которой он вскоре скончался. По заключению экспертизы «диагностическая ошибка К. объясняется сложностью диагностики черепно-мозговой травмы». Однако, поскольку расследованием было установлено, что поводом для вторичного вызова машины скорой помощи явилось носовое кровотечение у С. и что при вторичном осмотре больного сообщили о полученном С. ударе палкой по голове, врач К., как отметила экспертиза, обязана была заподозрить у него черепно-мозговую травму и госпитализировать больного, чего она не сделала. На этом основании К. была привлечена к уголовной ответственности по ст. 172 УК, а затем приговором суда признана виновной².

В деле же по обвинению Ч. так и осталось невыясненным, выполнил ли обвиняемый свои обязанности в соответствии с имевшимися у него возможностями. Следователь не делал никаких попыток установить, известно ли было кому-нибудь из лиц, присутствовавших при осмотре С., об обстоятельствах ушиба головы последним, не выяснил, интересовался ли врач этими обстоятельствами у окружающих, и сообщил ли ему при этом какие-либо сведения.

Момент вины лица, действующего с преступной неосторожностью, — это не только возможность предвидения

¹ В. Г. Макашвили, указ. работа, стр. 149—150.

¹ См. архив прокуратуры Кировского района Москвы.

² См. архив народного суда Ждановского района Москвы.

общественно опасных последствий, но и возможность предвидения им способов предотвращения этих последствий. Иначе говоря, возможность предвидения последствий, не соединенная с возможностью их предотвращения, исключает уголовную ответственность лица.

Но, как показывает изучение судебно-следственной практики, этот момент не всегда принимается во внимание при оценке медицинских действий, что объясняется недоучетом специфических черт медицинской профессии, в частности, — несовершенства самой медицины.

В том же причина некоторой неточности теоретических положений, касающихся медицинской деятельности. Так, В. Г. Макашвили проводит следующую мысль: «Цель деятельности может быть настолько социально полезной, что правопорядок допускает создание некоторой опасности, сопряженной с этой деятельностью. Например, хирургу не возбраняется производство операции, сопряженной с известным риском, и в случае неудачи его нельзя обвинять в неосторожном причинении смерти только на том основании, что такая операция была в какой-то степени опасна и возможность неблагоприятного ее исхода заранее предвиделась. В приведенном случае цель деятельности настолько общественно полезна, что это вполне оправдывает допущение некоторого неизбежного риска, без которого не может эффективно осуществляться эта деятельность»¹.

Это в общем правильное утверждение нуждается, на наш взгляд, в некотором дополнении. В противном случае пришлось бы признать существование каких-то исключений из принципов, положенных в основу понятия уголовноправовой вины. Кроме того, как уже отмечалось социально полезные свойства медицинской деятельности не заслоняют серьезной общественной опасности, связанной с несоблюдением условий, предъявляемых к ней правопорядком. Одним из таких условий является возможность предвидения и предотвращения медицинским работником смертельного исхода или ущерба здоровью пациентов, с которыми он имеет дело. В случае, описанном В. Г. Макашвили, предвидение хирургом смертельного исхода проведенной им операции лишь тогда, по нашему мнению, не будет служить основанием для его

ответственности, когда в результате несовершенства медицины хирург не мог предвидеть способы предотвращения такого исхода. А одной лишь цели, которую он преследовал при операции, видимо, недостаточно для освобождения его от уголовной ответственности.

Современное состояние медицины не позволяет врачу предвидеть смертельные исходы «при введении терапевтических доз некоторых лекарственных веществ... и сыворотки в результате особого состояния или повышенной чувствительности организма к определенным лекарствам»¹. В этих случаях ответственность врача исключается, независимо от того, можно было обойтись в лечении больного без введения таких лекарств или нет.

В тех же случаях, когда врач располагал сведениями о возможности наступления смерти пациента в результате определенных мероприятий, которым он готовился его подвергнуть, ответственность врача зависит от возможности избежания этих последствий. Представим себе, что обратившийся к врачу пациент страдает заболеванием крови — гемофилией, о чем он сообщает врачу, или что выясняет при исследовании сам врач. Больной просит удалить ему миндалины, вызывающие периодические ангины. И если врач сделает эту операцию, которая при плохой свертываемости крови приведет к смерти больного, то это послужит основанием для уголовной ответственности врача, так как непосредственной угрозы жизни больного воспаленные миндалины не представляли. В данном случае врач, зная о возможности смертельного исхода операции, имел возможность предупредить такой исход, отказавшись от операции, а цель излечения пациента от частых вспышек ангин не может оправдать поведение врача. Иначе следует решать вопрос об ответственности врача за действия, неблагоприятный исход которых врач предвидит или может предвидеть, в тех случаях, когда эти действия предпринимаются для спасения больного от непосредственно угрожающей его жизни опасности. Перитонит, вызванный воспалением отростка слепой кишки (аппендикс), проникающее ранение грудной полости и т. п. даже при наличии гемофилии полностью оправдывают действия

¹ И. Ф. Огарков, Тезисы докладов к одиннадцатой Ленинградской конференции, Л., стр. 17.

¹ В. Г. Макашвили, указ. работа, стр. 121.

хирурга, оперирующего такого больного. Однако и здесь правовым основанием исключения уголовной ответственности служит не только цель, преследуемая хирургом, но и невозможность предотвращения им каким-то иным путем смертельного исхода заболевания пациента. По существу здесь имеет место состояние крайней необходимости, одним из условий которого, как известно, является учет степени вероятности наступления опасности, предотвращаемой действиями субъекта, и опасности, связанной с самими этими действиями. К стати сказать, невозможность приглашения врача соответствующей узкой специальности, необходимость в чем возникла в процессе уже начатой другим врачом, (не являющимся таким специалистом) операции, также является весьма характерной для медицинской деятельности ситуацией, укладываемой в понятие крайней необходимости.

В этой связи необходимо хотя бы кратко остановиться на значении согласия больного на операцию. Положением о профессиональной работе и правах медицинских работников¹ предусмотрена обязанность врача, производящего операцию, получить на это согласие больного. И лишь неотложность операции «по спасению жизни или важного органа больного» позволяет врачу не спрашивать его согласия, если он находится в бессознательном состоянии. Ответа же на вопрос о том, как должен поступить врач, если больной не соглашается на неотложную операцию, несмотря на грозящую ему опасность, ни в Положении, ни в других нормативных материалах не содержится.

В литературе этот вопрос решается по разному. Так, Ю. П. Эдель², И. Я. Бычков³ и В. И. Розенгауз⁴ считают допустимым производство операции без согласия больного, если «промедление смерти подобно».

¹ См. постановление ВЦИК и СНК РСФСР от 1 декабря 1924 г. (см. «Справочник по судебно-медицинской экспертизе», М. — Л., 1931, стр. 14).

² См. «Девятая расширенная конференция Ленинградского Отделения Всесоюзного научного общества судебных медиков и криминалистов, научная сессия института судебной медицины МЗ СССР», Л., 1955, стр. 164.

³ См. «Хирургия» 1948 г. № 5, стр. 3—9.

⁴ См. «Сборник научно-практических работ судебных медиков и криминалистов», вып. 2, г. Петрозаводск, 1963, стр. 167—168.

И. И. Горелик же полагает, что «сознательное волеизъявление больного», отказывающегося от предложенной операции, «не должно нарушаться»¹.

Первая точка зрения представляется более правильной², так как правовой основой для нее является институт крайней необходимости. Причем производство неотложной операции без согласия больного для спасения его жизни или важного органа исключает уголовную и всякую иную ответственность хирурга, независимо от исхода операции, если последняя, конечно, проведена в соответствии с требованиями науки.

Безусловно также, что «выход» хирурга за пределы полученного от больного согласия на определенный вид оперативного вмешательства подобно случаю из буржуазной судебной практики, описанному Г. А. Сыцярко³, советское уголовное право не может рассматривать в качестве самостоятельного основания для ответственности хирурга. Получив согласие больного на операцию правого уха пациента и убедившись по ходу операции, что болезненные изменения касаются другого уха, хирург, не только вправе, но и обязан распространить свое вмешательство на эти изменения.

Состояние крайней необходимости применительно к медицинской деятельности, так же как и вопрос о согласии больного на операцию могут быть рассмотрены и более подробно. Однако второй вопрос в современных условиях, как правильно отмечает В. И. Розенгауз, не имеет серьезного уголовноправового значения, а проблема крайней необходимости и связанного с ней понятия оправданного врачебного риска нуждаются в специальном исследовании. Мы коснулись этой проблемы лишь постольку, поскольку стремились подчеркнуть значение возможности предвидения медиком средств по предупреждению вредных последствий для определения оснований его ответственности, значение условия, необходимость установления которого для правильного вывода о

¹ И. И. Горелик, Ответственность за оставление в опасности, М., 1960, стр. 42—43.

² На этих позициях стоят и авторы проекта Основ законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении.

³ См. гл. 1 § 1 настоящей работы.

вине медика не всегда учитывается в судебно-следственной практике.

По ранее упомянутому делу о смерти Л.¹ следователь с помощью судебно-медицинской экспертизы установил, что, во-первых, для вправления прямой кишки больному наркоз был необходим, и что, во-вторых, хлорэтиловый наркоз ему был не показан, но не выяснил третьего обстоятельства: обязан ли был в связи с этим врач Ш. применить какой-либо иной наркоз, который в конкретных условиях болезненного состояния Л. и обстановки, окружающей Ш., позволил бы избежать смертельного исхода. Только при выяснении этого условия решение о наличии в действиях врача Ш. состава преступления, «для вправления выпавшей прямой кишки Л. следовало применить такой наркоз, который был бы достаточно глубоким, обеспечил бы необходимое расслабление мышц промежности и в то же время не отразился на и без того тяжелом состоянии Л.». Но известен ли медицине наркоз, сочетающий в себе такие свойства? На этот вопрос экспертиза не дала ответа, а следователь его не пытался выяснить. Если же такой вид наркоза существует, то имелся ли он в распоряжении врача Ш. или для применения его необходимо было обратиться в другие лечебные учреждения, что вряд ли являлось целесообразным в связи с необходимостью срочного принятия мер для спасения жизни Л. Не выяснив указанные моменты, следователь принял решение, не основанное на законе.

Разумеется, эти моменты нуждаются в уточнении лишь тогда, когда установлена возможность предвидения субъектом общественно опасных результатов. В тех случаях, когда отсутствует эта возможность, нет никакой необходимости и в установлении возможности у лица предотвратить наступление таких последствий.

Таким образом, для суждения о преступной небрежности в действиях (бездействиях) медицинского работника следует исходить из наличия тесной взаимосвязи между нарушением обязанностей, лежащих на медицинском работнике, объективной возможности предвидения

им вредных последствий и существования возможности для их предотвращения. Оценка, не основанная на учете такой взаимосвязи, приводит к формализму, к объективному вменению, проявление которого можно наблюдать у некоторых судебных медиков.

М. И. Авдеев, в частности, утверждает: «Одно и то же действие врача с одинаковыми последствиями должно квалифицироваться по разному в зависимости от конкретных условий. Так, например, если врач сделал операцию выскабливания полости матки по показаниям, в больничной обстановке, после тщательного обследования больной и произвел перфорацию матки (нарушение ее целостности — Ф. Б.) с патологически измененными стенками, то перфорация могла явиться следствием ошибки или несчастного случая. Если же он это сделал в тех же условиях, но без предварительного тщательного обследования больной, то действия врача следует рассматривать как небрежность»¹.

На первый взгляд, это утверждение кажется бесспорным. Но если попытаться выяснить, какая связь существует между нарушением врачом обязанности тщательного обследования больной и перфорацией матки, то обоснованность этого утверждения сразу же вызывает сомнения. Прежде всего неизвестно, имелась ли у врача возможность при более тщательном обследовании больной установить патологические изменения стенки матки. Разумеется, если существующие у современной медицины методы обследования не позволяют обнаружить истонченность стенки матки, то нет никакой связи между отсутствием обследования и перфорацией матки, так как нарушение целостности ее — дело случая, не зависящего от врача. Если же современные способы обследования позволяли врачу установить состояние стенок матки, а следовательно, позволяли ему и обязывали его принять дополнительные меры предосторожности при выскабливании с целью избежания нарушения целостности стенок матки, то врач, не использовавший этой возможности, допускает преступную небрежность.

Степень вероятности реализации этой возможности предвидения здесь не имеет никакого значения. Даже

¹ См. гл. 1 § 2 настоящей работы.

¹ БМЭ, т. 5, стр. 1151.

неиспользование врачом способов и приемов, вероятность результатов от которых незначительная, следует рассматривать как основание для признания врача виновным в преступной небрежности. Жизнь и здоровье человека — настолько ценные блага, что и небольшая, но реальная вероятность предотвращения касающихся их последствий обязывает врача к применению соответствующих мер.

§ 3. ПРИЧИННАЯ СВЯЗЬ

В тех случаях, когда с объективной стороны профессионально-неправомерное деяние медицинского работника характеризуется активным действием, установление причинной связи между ним и наступившими последствиями обычно не вызывает затруднений. При установлении же причинной связи в деяниях, совершенных путем бездействия, судам в большинстве случаев приходится иметь дело с заключениями экспертизы, сформулированными как суждения о возможности благоприятного исхода лечения больного с различной степенью вероятности.

Такие формулировки, как «при своевременной госпитализации жизнь П. удалось бы спасти» (дело по обвинению Д.)¹, «при своевременной диагностике и своевременном оперативном вмешательстве возможно, что жизнь больной К. была бы спасена» (дело по обвинению Кр. и К.)², «экстренное хирургическое вмешательство и надлежащее послеоперационное лечение не всегда могут предотвратить сепсис» (дело по обвинению П.)³, «даже при своевременном лечении не всегда бывает благоприятный исход при подобных травмах глаза» (дело по обвинению Ш.)⁴ представляют собой вывод о возможности для медицинских работников, нарушивших свои обязанности, предотвратить смерть или существенный вред здоровью больного. Однако степень вероятности реализации этих возможностей у каждого из них не оди-

наковая. Действия акушерки Д., которые она должна была совершить, неизбежно предотвратили бы смертельный исход заболевания П. Возможность спасения жизни К. была «близка» к осуществлению, но не являлась неизбежной. Еще больше «удалены» от осуществления возможности благоприятного исхода лечения, имевшиеся у врача П. и Ш. На языке теории вероятностей это выглядит так: по делу Д. — $P = 1$, по делу К. $P \leq 1$ (допустим, 0,9 или 0,7), по делу Ш. — $P \leq 0$ (допустим, 0,3 или 0,2)¹. Тем не менее суды, рассматривавшие указанные дела, сочли эти различия несущественными и признали медицинских работников, нарушивших свои обязанности по предотвращению опасных для жизни и здоровья больных последствий, виновными в причинении таких последствий.

Однако изучение прекращенных на предварительном следствии уголовных дел рассматриваемой категории показывает, что работники прокурорско-следственных органов иногда на основе заключения экспертизы о небольшой вероятности предотвращения неблагоприятных последствий делают вывод об отсутствии причинной связи, а значит, и состава преступления в действиях привлекаемых к ответственности медицинских работников.

Так, прекращая дело по обвинению врача К., следователь использовал для своих выводов заключение той части экспертизы, где указывается, что заболевание О., лечение которой было неправильным, дает высокий процент смертности, но не принял во внимание другую

¹ «Понятие вероятности связано с частотой появления исследуемого события. Если событие наступает с неизбежностью, его вероятность по определению равна единице. Для случайного события, поскольку оно может произойти, а может и не произойти, вероятность всегда меньше единицы» (М. И. Руткевич, Диалектический материализм, М., 1960, стр. 547). «Объективная вероятность представляет собой количественную меру осуществимости возможных событий, выражающую отношение числа реализованных возможностей к общему количеству возможностей, существовавших в том состоянии, для которого определяется вероятность:

$$\text{Вероятность} = \frac{\text{число реализованных возможностей}}{\text{общее количество возможностей}} \leq 1$$

(С. Т. Мелюхин, О соотношении возможности и действительности в неорганической природе, «Проблема возможности и действительности», М.—Л., 1964, стр. 40).

¹ Архив народного суда Зарайского района Московской области.

² Архив Мосгорсуда.

³ Архив народного суда Калининского района Москвы.

⁴ Архив народного суда Тимирязевского района Москвы.

часть заключения о том, что правильное лечение «сделало бы более вероятным спасение ее жизни»¹.

Против подобной практики возражает и Л. Майда-ник. Однако он прибегает к аргументации, вступающей в противоречие с основными принципами ответственности по советскому праву. «При решении вопроса о причинной связи между противоправными действиями врачебного персонала и вредом,— пишет он,— суд ... может принять как полноценное доказательство заключения экспертизы, которые, не являясь категорическими, констатируют высокую степень вероятности наличия или отсутствия такой связи»². Конечно, признает автор, в ряде случаев ответственность будет наступать ошибочно. «Однако,— продолжает он,— эти единичные и неизбежные ошибки — меньшее зло по сравнению с теми массовыми ошибками, к которым приводили бы судебные решения, опирающиеся только на категорические заключения медицинских экспертов»³.

Согласиться с таким подходом,— значит признать возможным ответственность лица за вред, который оно фактически не причиняло, значит сознательно пойти на нарушение закона.

Указанная позиция автора объясняется, по нашему мнению тем, что он смешивает существующие в логике понятия: суждения о возможности или о реальной вероятности, в форме которых даны ранее приведенные заключения медицинской экспертизы, с вероятными суждениями. В отличие от первых вероятные суждения отражают недостоверность выраженного в них утверждения. Поэтому иногда их называют проблематическими суждениями, или догадками, которыми они остаются независимо от того, насколько высока достоверность сформулированного в них предположения⁴.

Именно поэтому вероятное (в смысле — недостоверное) заключение экспертизы не может служить доказа-

тельством, в частности, при решении вопроса о причинной связи между профессионально-неправомерным деянием медика и вредными последствиями¹. Правильно, например, поступил следователь, прекративший за недоказанностью уголовного преследование против врача Р., который своевременно не принял надлежащих мер лечения больного Т., так как согласно заключению экспертизы по этому делу «исход даже немедленного и высококвалифицированного оперативного вмешательства крайне сомнителен и спасение больного маловероятно»². В этом ответе экспертов слово «маловероятно» означает не степень вероятности реализации объективно существующей возможности спасения жизни больного, а вероятность самой мысли о такой возможности, недостаточность данных для высказанного экспертами суждения.

В уголовном праве, как известно, существует несколько теорий причинности. Одна из них представлена М. Д. Шаргородским и сводится к следующему. «При бездействии,— пишет он,— причинная связь отсутствует вообще. И вопрос, который нужно решать в этом случае, не о том, когда бездействие является причиной наступившего результата, а только о том, когда субъект отвечает за бездействие, ... когда оно специально предусмотрено законом»³.

Однако закон специально не предусматривает и не может предусмотреть обязанность медицинского работника совершать те или иные лечебно-диагностические мероприятия, необходимые в данной конкретной обстановке. Поэтому непонятно, на чем основывается ответ-

¹ На недопустимость использования в качестве доказательств вероятных заключений экспертизы указывают многие авторы. Проводится эта точка зрения и в практике руководящих судебных органов (см., например, С. Бородин, А. Наниашвили, Вопросы теории и практики судебной экспертизы, М., 1963, стр. 126; И. Петрухин, Экспертиза как средство доказывания в советском уголовном процессе, М., 1964, стр. 108; В. Шишканов, О допустимости вероятных заключений экспертизы и их доказательственном значении в советском уголовном процессе, «Сборник научно-практических работ судебных медиков и криминалистов», вып. 2, Петрозаводск, стр. 195—215; «Судебная практика Верховного Суда СССР», М., 1956 г. № 1, стр. 15).

² Архив прокуратуры Москворецкого района Москвы.

³ «Социалистическая законность» 1945 г. № 3, стр. 23.

¹ Архив народного суда Дмитровского района Московской области.

² Л. Майда-ник, Ответственность медицинских учреждений за ненадлежащее лечение, «Советская юстиция» 1967 г. № 16, стр. 12.

³ Там же, стр. 13.

⁴ См. П. В. Коппин, Природа суждения и формы выражения его в языке, «Мышление и язык» М., 1957, стр. 301.

ственность медицинского работника, упустившего возможность действовать определенным образом. Можно, конечно, таким основанием считать общие требования правопорядка воспрепятствовать наступлению общественно опасных последствий, требования, нарушение которых представляет собой так называемую условную противоправность деяния. Но и этого признака недостаточно, чтобы констатировать в противоправном бездействии субъекта состав преступления по объективной стороне. В противном случае пришлось бы согласиться с приведенным ранее суждением М. И. Авдеева: раз есть нарушение врачом обязанностей и имеется неблагоприятный исход заболевания, то есть и преступление.

Для признания в действиях медицинского работника состава преступления по субъективной стороне, как уже говорилось, необходима еще возможность предвидения им способов лечения, препятствующих наступлению смерти или ущерба здоровью пациента.

Но предвидеть можно только такое развитие событий, которое познано наукой, как связь реальной действительности, как объективная закономерность (применительно к преступлениям рассматриваемой категории) происходящих в организме человека биологических процессов, заканчиваться его смертью или выздоровлением при наличии к тому определенной совокупности условий. В эту совокупность входит и соответствующее медицинское вмешательство. И если в данной цепи событий оно играет роль фактора, при наличии которого причина смерти человека (его болезнь) не вызывает своего следствия, то выпадение этого фактора из цепи явлений само выступает как причина смерти или ущерба здоровью человека.

Следует поэтому согласиться с Т. В. Церетели, считающей, что признание причинной связи между бездействием лица и общественно опасными последствиями есть установление того, что совершение требуемого от лица действия могло предотвратить наступление результата¹.

Однако и при таком понимании причинения путем бездействия открытым остается вопрос о том, является

¹ См. Т. В. Церетели, Причинная связь в уголовном праве, М., 1963, стр. 273, 274, 277.

ли достаточным для признания объективной предпосылки ответственности лица, допустившего бездействие, небольшая вероятность возможности предотвращения им вредных последствий своего поведения.

В частности, если следовать теории «различных степеней причинения», выдвинутой А. Н. Трайниным, то ответ на этот вопрос будет отрицательным. «Причинная связь,— указывает А. Н. Трайнин,— как и любой другой элемент состава, может быть выражена в большей или меньшей мере. Поэтому доведение до еще уловимого уровня роли причиняющего результат действия, неизбежно ставит «под удар» соответствующий состав»¹. Иначе говоря, в деянии, степень причинения которого незначительна, состав преступления отсутствует.

И хотя в юридической литературе много внимания было уделено критике этой теории², однако, как нам представляется, несостоятельность ее особенно наглядна в применении к преступлениям, совершенным медицинскими работниками в процессе осуществления своих профессиональных функций.

В этой связи следует коснуться и теории «необходимого причинения», поскольку сторонники ее для определения значимости действия (бездействия) человека, обусловившего наступление преступного результата, предлагают непосредственно использовать категории диалектики «необходимость» и «случайность», в отрыве от которых, разумеется, нельзя правильно разрешить и поставленный нами вопрос.

Но в отличие от теории «необходимого причинения», резко противопоставляющей понятия «необходимость» и «случайность», нам представляется более важным обратить внимание на единство этих противоположностей, на их внутреннюю взаимосвязь, а также на соотношение их с другими категориями материалистической диалектики. Особенно важно обратить внимание на соотношение этих категорий при исследовании причинения путем бездействия, которое, как уже говорилось,

¹ А. Н. Трайнин, Состав преступления по советскому уголовному праву, М., 1951, стр. 117.

² См. Т. В. Церетели, указ. работа, стр. 154; М. Д. Шаргородский, Некоторые вопросы причинной связи в теории права, «Советское государство и право» 1956 г. № 7, стр. 44—45 и др.

выступает как возможность предотвращения вредных последствий, обусловленная осуществлением требуемого действия. Ведь возможность лежит не только в сфере необходимого, но и в сфере случайного¹. Поскольку же теория «необходимого причинения» в качестве элемента объективной стороны состава преступления признает только такую связь содеянного с последствиями, которая является причинно-необходимой, а ответственность за случайно причиненный результат считает «бессмысленной»², то, видимо, причинение бездействием будет иметь место лишь тогда, когда обусловленная требуемым действием возможность предотвращения вредных последствий является абсолютной, т. е. в данной конкретной ситуации неизбежно превращается в действительность.

Следовательно, с позиций этой теории, возможность предотвращения врачом неблагоприятного исхода заболевания в случае принятия соответствующих мер лечения не служит объективной предпосылкой его ответственности, если реализация этой возможности не является неизбежной, так как здесь связь между конкретным несовершенным действием врача и конкретным исходом заболевания выступает как причинно-случайная связь: выздоровление могло быть, а могло и не быть.

Между тем каждое явление представляет собой единство случайности и необходимости, выступая в одном отношении как необходимое, а в другом — как случайное.

Поэтому, если возможность спасения жизни больного путем соответствующего врачебного вмешательства характеризуется определенной величиной вероятности (например, $P \leq 0,8$), то по отношению к целому ряду анало-

гичных ситуаций она уже выступает как необходимость, как объективная закономерность. Иначе говоря, тот факт, что данный больной при отсутствии данного врачебного вмешательства умер или выздоровел — случайность, через которую проявляется необходимость выздоровления в десяти таких же случаях восьми таких же больных, то есть, возможность, взятая в этом отношении, уже целиком лежит в сфере необходимого¹.

Здесь мы имеем дело с так называемой «статистической закономерностью» и соответствующей ей формой причинной связи, которая уже давно признается современной философией и которая не может не учитываться уголовным правом при оценке поведения человека как фактора, определяющего возникновение тех или иных явлений в самых различных формах движения материи.

«Статистические закономерности с их вероятностными функциями выражают новые формы причинной связи по сравнению с теми, которые описываются динамическими законами классической механики»².

«Динамическая закономерность представляет собой такую форму причинной связи, при которой всякое начальное состояние системы однозначно определяет каждое ее последующее состояние... В отличие от этого статистическая закономерность выражает такую форму причинной связи, при которой каждое начальное состояние системы определяет все ее последующие состояния не однозначно, а лишь с некоторой вероятностью, представляющей объективную меру возможности осуществления данного состояния.

¹ «Возможное — это то, что может быть, случайное — то, что может быть, но может и не быть. Следовательно, всякое случайное есть возможное. Но обратное положение было бы неверно, ибо возможность существует и в сфере необходимого» (М. Н. Руткевич, Диалектический материализм, М., 1960, стр. 545—546).

² См. М. Д. Шаргородский, Некоторые вопросы причинной связи в теории права, «Советское государство и право» 1956 г. № 7, стр. 45; А. А. Пионтковский, Курс советского уголовного права, учение о преступлении по советскому уголовному праву, М., 1961, стр. 216—217; Уголовное право, Общая часть, М., 1948, стр. 380; Н. Д. Дурманов, Общие основания учения о причинной связи в уголовном праве, «Вопросы уголовного права», сб. 1, М., 1945, стр. 52—55.

¹ В приведенном примере мы для наглядности взяли математически выраженную вероятность спасения жизни больного. Конечно, такое (численное) выражение вероятности осуществимо далеко не всегда. В частности, трудно математически определить величину вероятностей, с которыми имеет дело медицина, где область экспериментирования, для многократного повторения исследуемых явлений весьма ограничена. Однако вероятность всегда носит объективный характер, независимо от того, в какой форме она выражена: в словесной или математической (Л. В. Смирнов, В. А. Штофф, Соотношение возможности, вероятности и необходимости, «Проблема возможности и действительности», М. — Л., 1964, стр. 67).

² С. Т. Мелюхин, О соотношении возможности и действительности в неорганической природе, «Проблема возможности и действительности», М. — Л., 1964, стр. 46.

Динамические законы действуют в более или менее простых системах, развитие которых определяется главным образом внутренними связями и которые поэтому являются автономными... Статистические законы действуют в неавтономных системах, свойства которых зависят от постоянно меняющихся внешних условий...»¹.

Именно к таким неавтономным системам относится человеческий организм, жизнедеятельность которого представляет собой сложные формы (биологические, химические и др.) движения материи. Всякое последующее состояние человеческого организма, пораженного болезнью, определяется самыми разнообразными, многочисленными и постоянно меняющимися внутренними и внешними факторами, в качестве одного из которых выступает врачебное вмешательство. Его причиняющая роль поэтому имеет место не только тогда, «когда состояние больного оказывается однозначно определенным», но и тогда, «когда ожидаемый результат наступает с той или иной степенью вероятности», т. е. когда имеет место вероятностная причинная связь². Признание таковой, разумеется, не зависит от величины вероятности, которая до тех пор, пока она (употребляя выражение А. Н. Трайнина) «уловима» именно как какая-то величина, отличающаяся от нуля, всего лишь количественно характеризует объективное качество — возможность. Последняя же либо реально существует либо ее нет вообще.

Познание статистических закономерностей и вытекающих из них вероятностных причинных связей лежит в основе человеческой практики, в том числе, — в основе медицинской деятельности. Поэтому какой бы ни была величина вероятности благоприятного исхода лечения больного при соответствующем врачебном вмешательстве, отсутствие последнего всегда следует рассматривать в качестве причины неблагоприятного исхода лечения, а значит, в качестве достаточной объективной предпосылки для ответственности за такой результат.

¹ С. Т. Мелюхин, О соотношении возможности и действительности в неорганической природе, «Проблема возможности и действительности», М.—Л., 1964, стр. 45.

² См. С. Б. Морочник, Диалектический материализм, Очерки по марксистской философии для медицинских институтов, Душанбе, 1963, стр. 369.

Изложенное позволяет существенно уточнить содержание понятия причинной связи при бездействии, которому можно дать следующее определение. Это — причинная связь между конкретным действием и закономерно следующим за ним результатом, устраняющим с той или иной степенью вероятности в случае совершения этого действия фактически наступившие вредные последствия.

Из сказанного, однако, не следует, что величина вероятности реализации упущенной возможности предотвращения вредных последствий не имеет никакого значения¹. Ее нельзя не учитывать при определении степени ответственности виновного лица, при выборе меры наказания (например, врачу, не принявшему надлежащих мер лечения на ранней стадии заболевания, дающей незначительный процент смертности, и врачу, обвиняемому в несвоевременном вмешательстве на более поздних стадиях лечения, когда эффективность такого вмешательства значительно снижается). Естественно, что степень ответственности у первого врача при прочих равных условиях будет больше чем у второго.

§ 4. НЕЗАКОННОЕ ЭКСПЕРИМЕНТИРОВАНИЕ

Медицинская деятельность немыслима без экспериментирования. Однако не в этом ее специфика для уголовного права, так как эксперимент, будучи средством человеческого познания, характерен для многих отраслей деятельности, а в том, что медицинский эксперимент, как правило, не может быть завершен в искусственно созданных условиях и окончательная проверка новых лечебно-диагностических средств и методов возможна лишь на человеческом организме, в связи с чем

¹ Не следует смешивать возможность наступления тех или иных событий, о которой сейчас идет речь, как о признаке объективной стороны состава, с возможностью действовать соответствующим образом, являющейся критерием небрежности, т. е. признаком субъективной стороны состава преступления. Иными словами, например, возможность для хирурга обнаружить и ушить рану в органах брюшной полости не имеет ничего общего с возможностью выздоровления больного в случае ушивания этой раны.

возникает риск наступления вредных последствий. Это весьма существенная особенность медицинской деятельности, которую уголовному праву нельзя не учитывать, поскольку в принципе любое экспериментирование над человеком стоит вне закона.

С другой стороны, любая попытка запретить применение к человеку новаторских средств и методов медицинского вмешательства только потому, что они не являются общепризнанными, делает невозможным прогресс медицины и по существу ставит вне закона ее открытия. И здесь уголовное право призвано решить одну из самых сложных своих задач: найти разумный компромисс между потребностями научного прогресса и необходимостью охраны прав и интересов личности.

Возникающий при этом целый комплекс вопросов требует специального и самостоятельного исследования. Мы остановимся лишь на некоторых из них.

Дело в том, что зачастую, как справедливо отмечает Е. Савицкий, «признание легальным конкретного (новаторского) медицинского мероприятия ...входит в сферу фактических, а не юридических оценок и требует необыкновенно глубокого и тщательного рассмотрения в зависимости от случая, его специфики и условий»¹.

Однако во всех случаях, как нам представляется, медицинское вмешательство, предпринятое в порядке новаторства, должно удовлетворять по крайней мере следующим условиям.

① Прежде всего оно должно быть осуществлено в интересах больного, т. е. в целях его излечения. Отсутствие этих целей либо подчинение их задачам апробации новаторского метода или средства делает медицинское вмешательство неправомерным, придает ему характер незаконного экспериментирования, ответственность за которое наступает уже за сам факт нарушения целостности тканей и органов человека, равно как и за нарушение их функций. При наличии причинной связи с более отдаленными результатами — стойкой инвалидностью или смертью — последние также могут быть инкриминированы виновному.

Московский городской суд, признав уролога М. виновным в преступном нарушении профессиональных обязанностей, указал в своем приговоре: «Подсудимый разрабатывал научную тему «Кавернотомия почек и придатков с отсасыванием». Для этого требовалось достаточное количество случаев из хирургической практики с положительным послеоперационным исходом. Труд этот длительный и кропотливый. М. «упростил» свою работу тем, что вопреки интересам больных, умышленно ставил пациентам нужные для него диагнозы туберкулеза почек и придатков, а затем делал непоказанные (ненужные) для больных операции. Причиняя гражданам физическую боль и душевные переживания, М. в течение двух лет произвел 12 таких операций, во время последней из которых неосторожно причинил больному Д. тяжкие телесные повреждения, в результате чего больной скончался».

Разнородность правовых оснований ответственности подсудимого за смерть больного Д. и за производство ему и другим пациентам непоказанных операций не вызывает сомнений. В первом случае ответственность базируется на нарушении врачом общепризнанной техники операции, выразившимся в ошибочном удалении Д. двенадцатиперстной кишки, принятой за кисту надпочечника; во втором — на неправомерности самого оперативного вмешательства, осуществленного в экспериментальных целях, а не в интересах пациентов, хотя послеоперационный период у них имел благоприятный исход.

② Новаторские средства и методы медицинского вмешательства во всех случаях, когда это возможно, должны пройти достаточную предварительную проверку на животных. Достаточной считается такая проверка, которая подтверждает возможность наступления ожидаемых результатов с определенной степенью вероятности. От величины этой вероятности и от состояния здоровья пациента зависит диапазон оправданного врачебного риска. Чем опаснее состояние больного, не поддающегося излечению общепризнанными в медицине средствами и методами, тем шире может быть диапазон оправданного риска неблагоприятного исхода в результате применения новаторского медицинского вмешательства. И наоборот, чем меньше опасности таит болезнь,

¹ Jerzy Sawiki, Beed sztuki przy zabiegu Ieczniczym w prawie karnym doktrynie i orzecznictwie. Warszawa, 1965 г.

для борьбы с которой используется новаторское средство, тем большую вероятность благоприятного исхода должна показать апробация этого средства на животных.

Предварительная проверка на животных, которая не выявила возможности благоприятного исхода медицинского вмешательства, хотя бы с незначительной степенью вероятности, делает неправомерным применение этого новаторского средства или метода к человеку, даже находящемуся в опасном для жизни состоянии, если смерть больного наступает в результате этого вмешательства.

Глава третья

КВАЛИФИКАЦИЯ

§ 1. ПРЕСТУПНОЕ НЕОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Советское уголовное законодательство содержит специальную норму, предусматривающую одну из разновидностей этой категории преступлений (ст. 128 УК РСФСР и соответствующие статьи УК других союзных республик), причем разновидность, не только встречающуюся довольно редко, но и не связанную с теми специфическими чертами медицинской деятельности, проявляющихся в деяниях, которые условно могут быть названы «неправильное врачевание».

Правила поведения, не соблюдаемые субъектом преступления, предусмотренного ст. 128 УК РСФСР, не являются правилами науки, применение которых, как уже отмечалось, порождает определенные трудности при оценке правомерности профессиональных деяний в процессе оказания медицинской помощи.

Статья эта имеет две части. Первая часть говорит о простом виде неоказания помощи больному «без уважительных причин лицом, обязанным ее оказывать по закону или по специальному правилу».

Вторая часть предусматривает «то же деяние, если оно повлекло или заведомо могло повлечь смерть больного или иные тяжкие для него последствия».

Объектом этого преступления является жизнь и здоровье человека.

Для того же, чтобы ответить на вопрос, кто из лиц медицинского персонала и в каких случаях может быть субъектом рассматриваемого преступления, необходимо

обратиться к другим нормативным актам, ссылая на которые содержится в ст. 128 УК РСФСР, сформулированной в виде бланкетной нормы¹. Такими актами (впредь до принятия Основ законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении) являются постановления ВЦИК и СНК РСФСР от 1 декабря 1924 г. «О профессиональной работе и правах медицинских работников»² и изданная в развитие его инструкция Наркомздрава, Наркомвнудела, Наркомтруда и ВЦСПС «О порядке и правилах оказания первой неотложной помощи» от 11 марта 1926 г.³

В соответствии со ст. 8 названного постановления «всякий медицинский работник, занимающийся практической лечебной деятельностью, обязан в случаях, требующих скорой медицинской помощи, оказывать первую медицинскую помощь, согласно инструкции».

Следовательно, субъектом рассматриваемого преступления не могут быть такие представители медицинской профессии, как, например, судебные и санитарные врачи и другие медики, не занимающиеся практической лечебной деятельностью.

Инструкция от 11 марта 1926 г. уточняет, что при доставлении больного в лечебное учреждение помощь ему должен оказать медицинский персонал этого учреж-

¹ В отличие от УК РСФСР законодательство некоторых союзных республик содержит либо прямое указание на субъект оказания помощи больному (согласно ст. 129 УК Армянской ССР — врач, согласно ст. ст. 126 УК Белорусской ССР, 109 Узбекской ССР, 131 УК Грузинской ССР и 125 УК Киргизской ССР — лицо медицинского персонала), либо говорит о неказании помощи определенного вида — медицинской помощи (ст. ст. 129 Литовской ССР, 116 УК Латвийской ССР, 118 УК Азербайджанской ССР и 126 УК Эстонской ССР).

По буквальному же смыслу ст. 128 УК РСФСР субъектом этого преступления может быть не только медицинский работник, а объективная сторона деяния может заключаться в отсутствии не только медицинской, но и иной непосредственно не лечебной помощи. Например, отказ работников аптеки предоставить телефон для вызова скорой помощи, отказ шофера скорой помощи в перевозке больного.

Мы не будем, однако, выходить за пределы нашей темы и ограничимся анализом состава, описанного в ст. 128 УК РСФСР, лишь применительно к медицинским работникам.

² СУ РСФСР 1924 г. № 8.

³ См. «Бюллетень Наркомздрава РСФСР» 1926 г. № 5.

дений, если больной находится дома или на улице, а также каждый присутствующий на месте происшествия медицинский работник. Инструкция, таким образом, не делает различий между служебным и неслужебным временем медицинских работников, между теми из них, кто состоит на службе в государственных учреждениях, и теми, которые не являются служащими этих учреждений.

Нельзя поэтому согласиться с авторами, предлагающими все случаи совершения медицинскими работниками в служебное время деяний, предусмотренных ст. 128 УК РСФСР, квалифицировать по статьям о должностных преступлениях, главным образом, — по статье о должностной халатности¹.

Правильной нам представляется точка зрения И. Бычкова. «Поскольку в УК, — пишет он, — неоказание помощи и отказ в оказании медицинской помощи² предусмотрены специальной статьей, под нее подходят все случаи этого рода, кем бы они ни были совершены: медицинским работником, состоящим на службе или вольнопрактикующим»³. В том же смысле высказывается и И. И. Горелик⁴.

На таких же позициях стоит и судебная практика последнего времени. Например, субъектом неоказания помощи больному были признаны находящиеся в момент совершения преступления при исполнении своих служебных обязанностей главный врач больницы С.⁵, фельдшер участка Ш.⁶ и т. д.

¹ См. Ш. С. Рашковская, Преступления против жизни, здоровья, свободы и достоинства личности. М., 1956, стр. 65; «Советское уголовное право. Часть Особенная», Ленинград, 1959, стр. 174; «Курс советского уголовного права. Особенная часть», М., 1955, т. 1, стр. 626; 291; Научный комментарий к УК РСФСР, т. 2. Особенная часть, Свердловск, стр. 200; «Научно-практический комментарий Уголовного кодекса РСФСР», М., 1964, стр. 289.

² Старая редакция нормы, описанной в ст. 128 действующего УК РСФСР.

³ И. Бычков, Судебная ответственность медицинских работников за неоказание помощи, «Вопросы здравоохранения» 1929 г. № 9, стр. 37.

⁴ См. И. И. Горелик, Ответственность за оставление в опасности, М., 1960, стр. 47—49.

⁵ См. архив Раменского городского суда Московской области.

⁶ См. «Бюллетень Верховного Суда РСФСР» 1961 г. № 4, стр. 10 — 11.

Сказанное, однако, не опровергает сделанного выше предварительного замечания о ст. 128 УК РСФСР как об узкой норме, под действие которой не подпадает значительная часть профессиональных правонарушений медицинских работников. В этом легко убедиться при анализе объективной и субъективной сторон состава не оказания помощи больному.

Объективная сторона рассматриваемого преступления характеризуется бездействием. Поэтому не охватываются признаками ст. 128 УК РСФСР профессионально-неправомерные деяния медицинских работников, совершенные в активной форме, т. е. путем действия.

Кроме того, представляется, что для квалификации по ст. 128 УК РСФСР необходимо, чтобы само бездействие заключалось в полном отсутствии помощи больному.

Раскрывая понятие преступного бездействия, Г. В. Тимейко приходит к выводу, что наряду с бездействием, выступающим как единичный акт или как система актов невыполнения определенных действий, встречается сложная форма преступного поведения, когда бездействие и действие «переплетаются и органически связаны между собой»¹. Наиболее часто такие сложные формы преступного поведения встречаются при халатности, при нарушении правил безопасности движения и т. д.

Характерны они также и для профессиональных правонарушений медицинских работников. Например, оставление хирургом в организме больного инородных предметов является результатом ненадлежаще выполненных действий и результатом бездействия (не сосчитал израсходованные при операции материалы). Или например, из комплекса мероприятий, которые нужно было провести больному, врач выполнил только часть.

Эти и подобные им случаи не образуют объективной стороны состава, предусмотренного ст. 128 УК РСФСР. Только полное отсутствие помощи больному позволяет квалифицировать профессионально-неправомерное деяние медицинского работника по этой статье УК.

Бездействие медицинского работника может выражаться либо в неявке к больному по вызову, либо в

¹ Г. В. Тимейко, Понятие и специфические черты преступного бездействия, Труды ВЮЗИ, т. II, М., 1963, стр. 140—141.

отказе принять его в лечебное учреждение, либо в отсутствии помощи, которую медицинский работник мог оказать по собственной инициативе человеку, о заболевании которого ему стало известно из других источников (так называемый «активный вызов»)¹.

Бездействие медицинского работника становится противоправным лишь при условии отсутствия у него уважительных причин для не оказания помощи больному. Такими причинами могут быть: крайнее переутомление или болезнь медицинского работника, его занятость лечением другого не менее тяжелобольного, а также отсутствие транспортных средств для выезда к далеко проживающему больному².

Указанное условие является признаком объективной стороны обоих составов, описанных в ст. 128 УК РСФСР, так как вторая часть этой статьи содержит указание на «то же деяние», которое предусматривается первой ее частью.

Старая редакция этой нормы (ст. 157 УК 1926 года) не содержала такого указания, что давало повод некоторым авторам утверждать о противоправности отказа в оказании медицинской помощи в случае наступления или возможности наступления тяжелых для больного последствий даже при наличии у медицинского работника уважительных причин, препятствующих подаче требуемой помощи³. В этом смысле новая редакция рассматриваемой нормы (ст. 128 УК) является более удачной, так как трудно признать справедливым требование о безусловном оказании медицинской помощи лицом, возможности у которого для этого практически отсутствуют.

¹ Последнее обстоятельство, т. е. обязанность субъекта рассматриваемого преступления оказать помощь больному также и по собственной инициативе, отличает редакцию ч. 2 ст. 128 УК РСФСР от старой редакции этой нормы (ч. 2 ст. 157 УК РСФСР 1926 года), формулировка которой — «отказ в оказании медицинской помощи» — охватывала более узкое, чем «неоказание помощи больному», понятие.

² См. «Сборник постановлений Пленума и определений коллегий Верховного Суда Союза ССР» М., 1940, стр. 103.

³ См. А. А. Жижиленко, Преступления против личности, М.—Л., 1927, стр. 65; И. Бычков, Судебная ответственность медицинских работников за неоказание помощи, «Вопросы здравоохранения» 1929 г. № 9, стр. 38.

Однако существующая редакция ст. 128 УК РСФСР все же не лишена, по нашему мнению, серьезных недостатков.

Дело в том, что часть первая этой статьи предусматривает так называемое «формальное преступление». Поэтому для ответственности по ней достаточно самого факта неоказания помощи больному, а наступления каких-либо вредных последствий не требуется. Для ответственности же по ч. 2 ст. 128 УК РСФСР необходимо наступление или возможность наступления тяжких последствий для больного.

Из сопоставления обеих частей этой статьи следует, что в отличие от деяния, предусмотренного во второй ее части, деяние, описанное в первой части, не вызывает и не может вызвать тяжких для больного последствий. Но в таком случае непонятно, почему во второй части статьи речь идет о том же, а не о другом деянии.

К этому и сводится существо вопроса при толковании ч. 1 ст. 128 УК РСФСР.

Если ограничиться только сопоставлением диспозиции ч. 1 этой статьи с текстом ч. 2, то уголовно наказуемым следует признать неоказание помощи больному, состоянию здоровья которого в момент совершения этого деяния не угрожала серьезная опасность¹.

Иного толкования придерживается И. И. Горелик, который, основываясь на ранее упомянутых постановлениях от 1 декабря 1924 г. и инструкции от 11 марта 1926 г., утверждает, что «не влекут уголовной ответственности случаи неоказания помощи больному, когда опасность угрожает не жизни, а здоровью потерпевшего»².

Еще раз подчеркнем, что в названном постановлении говорится об обязанности медицинского работника оказывать помощь больному в случаях, предусмотренных инструкцией. К таким случаям Инструкция от 11 марта 1926 г. относит: тяжелые травматические повреждения, отравления, внезапные заболевания, угрожающие опасностью для жизни. Перечень этот является исчерпываю-

щим. Каких-либо других условий, порождающих у медицинских работников обязанность оказания помощи больному инструкция не предусматривает.

Немаловажное значение имеет и то обстоятельство, что Инструкция требует от медицинского персонала не вообще оказания медицинской помощи, а оказания первой и неотложной (скорой) медицинской помощи. Разумеется, что в такого рода помощи больной, жизни которого опасность не угрожает, не нуждается. Между тем сама медицинская деятельность нуждается в определенных гарантиях, обеспечивающих нормальный и планомерный порядок ее осуществления. Это значит, что при наличии заболевания, не угрожающего непосредственной опасностью жизни больного и не требующего срочного медицинского вмешательства, последнее может быть отложено на определенное время (например, к началу рабочего дня в медицинских учреждениях, или произведено во вторую очередь после оказания помощи более тяжелым больным и т. д.).

Однако если согласиться с точкой зрения И. И. Горелика (а не согласиться с ней трудно), то ч. 1 ст. 128 УК РСФСР при существующей ее редакции оказывается практически применимой лишь к случаям, когда опасное для жизни заболевание больного, которому не была оказана медицинская помощь, является неизлечимым, т. е. когда смертельный исход заболевания наступает независимо от действий медицинского работника¹.

Такое решение вопроса противоречит одному из основных положений советской уголовноправовой теории о том, что деяние, лишенное общественно опасного характера, не может быть признано преступлением².

Поэтому представляется наиболее удачной формулировка ст.ст. 113 УК УССР и 125 УК Киргизской ССР, где сказано: «Неоказание помощи больному без уважи-

¹ Так, приговором народного суда Киевского района Москвы действия врача неотложной помощи Д., отказавшегося посетить больную Д.-ву, и определением Судебной коллегии по уголовным делам Мособсуда действия хирурга А., отказавшегося принять в поликлинике больного П., были переквалифицированы с ч. 2 на ч. 1 ст. 128 УК РСФСР на том основании, что согласно выводам экспертизы состояние здоровья потерпевших было тяжелым и своевременное оказание медицинской помощи не могло спасти им жизнь.

² См. В. Н. Кудрявцев, указ. работа, стр. 153.

¹ См. А. Б. Вроблевский, Б. С. Утевский, Уголовный кодекс. Комментарий, М., 1928, стр. 319.

² И. И. Горелик, Ответственность за оставление в опасности по советскому уголовному праву, стр. 35.

тельных причин лицом, обязанным ее оказывать по закону или специальному правилу, если это могло повлечь тяжкие последствия для больного (санкция).

То же деяние, если оно повлекло смерть или иные тяжкие для больного последствия (санкция)».

Рассмотрим теперь субъективную сторону неоказания помощи больному. Она характеризуется умышленной формой вины по отношению к содеянному: виновный сознает, что больной нуждается в медицинской помощи, но не желает оказывать ее¹. Правда, при этом, как отмечает П. Дагель, не исключена и неосторожность. Однако практически она может иметь место лишь в единственном случае: когда медицинский работник забыл о полученном им вызове к больному². Иначе говоря, речь идет только о такой ситуации, при которой противоправное поведение медицинского работника непосредственно в момент воздержания от требуемого действия выходит из-под его волевого контроля, хотя оно могло и должно было им контролироваться³.

Поэтому, с нашей точки зрения, не может быть привлечен к уголовной ответственности по ст. 128 УК РСФСР медицинский работник, не оказавший помощь больному по неосторожности, выразившейся в том, что он неосновательно заблуждался в характере заболевания пострадавшего и не прибегнул к соответствующему медицинскому вмешательству, необходимость в котором стала бы для него очевидной при более внимательном отношении к делу.

Для квалификации по ч. 2 ст. 128 УК РСФСР необходимо также, чтобы виновный сознавал (или мог и должен был сознавать) возможность наступления тяжких для больного последствий, вызванных неоказанием ему помощи.

¹ Большинство авторов разделяют эту точку зрения (см. А. А. Жижиленко, Преступления против личности, М.—Л., 1927, стр. 66; А. А. Пионтковский, Уголовное право. Часть Особенная, 1957, стр. 207; Ш. С. Рашковская, Преступления против личности, жизни и достоинства личности, М., 1956, стр. 66; «Советское уголовное право. Часть Особенная», М., 1959, стр. 174).

² См. П. Дагель, Об уголовной ответственности врачей, «Советская юстиция» 1964 г. № 19, стр. 14.

³ См. П. Дагель, Понятие неосторожности в уголовном праве, «Советская юстиция» 1965 г. № 24, стр. 20.

§ 2. ПРЕСТУПНО-НЕНАДЛЕЖАЩЕЕ ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Результаты рассмотрения составов преступлений, сформулированных в ст. 128 УК, убеждают, что вся проблема квалификации преступных нарушений медицинским персоналом своих профессиональных обязанностей не может быть разрешена с помощью этой правовой нормы, являющейся специальной в том смысле, что она применима лишь к особой разновидности таких правонарушений. Поэтому совершенно открытым остается вопрос о квалификации деяний, заключающихся в ненадлежащем оказании медицинской помощи, а также в действиях или бездействии, причинивших вредные последствия пациенту при наличии неосторожной вины у медицинского работника.

В судебной практике зарубежных социалистических стран этот вопрос не вызывает затруднений, так как уголовное законодательство большинства из них содержит специальные нормы, касающиеся либо медицинской деятельности, либо профессиональной деятельности вообще, в том числе и профессиональной лечебной деятельности.

Например, § 258 УК Венгерской народной республики предусматривает наказание лица, которое, «нарушив правила своей профессии, по неосторожности, ставит под непосредственную угрозу жизнь, телесную неприкосновенность или здоровье одного или нескольких лиц»¹.

Советское уголовное законодательство подобных норм не содержит. В период действия УК РСФСР 1922 года и 1926 года наша судебная практика шла по пути квалификации фактов преступно-ненадлежащего оказания медицинской помощи по статьям о должностных преступлениях.

Однако уже в тот период в решении судебными органами этого вопроса отмечался некоторый разнобой. Например, ассистент аптеки Д., изготовившая и отпустившая вместо сернокислой магнезии 4-процентный раствор медиала, от употребления которого скончался

¹ «Уголовный кодекс Венгерской народной республики», изд. Корвина, Будапешт, перевод с венгерского д-ра Тибор Ревая, отпечатано в Венгрии, Университетская типография.

больной, была признана виновной в совершении неосторожного убийства (ст. 139 УК РСФСР 1926 г.)¹.

С принятием нового уголовного законодательства этот разноречивый в судебной практике усилился. Если, например, должностной халатностью (ст. 172 УК РСФСР) были признаны действия заведующего отделением больницы К., несвоевременно оперировавшего больную, которая в связи с этим скончалась², и действия медсестры П. (при производстве клизмы ошибочно ввела хлоралгидрат), вызвавшие смерть роженицы³, то медицинская сестра процедурного кабинета Г., даршая больной вместо брома дикаин, от чего наступила смерть больной⁴, и медицинская сестра больницы Ч., напоившая новорожденного раствором соляной кислоты, принятым ею за глюкозу⁵, были осуждены за неосторожное убийство (ст. 106 УК РСФСР).

Серьезные разногласия по вопросу о квалификации этих преступлений существуют и в нашей юридической литературе. Большинство авторов считают возможным квалифицировать этого рода деяния по статьям УК о должностных преступлениях⁶.

Противоположной позиции придерживаются М. Д. Шаргородский и П. Дагель. Комментируя ст. 116 УК РСФСР, М. Д. Шаргородский пишет: «В тех случаях, когда смерть женщины, которой произведен аборт, наступила в результате законного аборта, вопрос должен решаться по общим правилам об операциях, т. е. врач может отвечать за неосторожное убийство, если им были допущены какие-то существенные нарушения медицинских правил»⁷.

¹ См. архив народного суда Тимирязевского района Москвы.

² См. архив народного суда Калининского района Москвы.

³ См. архив народного суда Краснопресненского района Москвы.

⁴ «Сборник постановлений Пленума, Президиума и определенных Судебной коллегии по уголовным делам Верховного Суда РСФСР», М., 1964, стр. 259.

⁵ См. архив народного суда Киевского района Москвы.

⁶ См. Б. В. Здравомыслов, *Должностные преступления*, М., 1956, стр. 19—20; Н. С. Лейкина, *Субъект должностных преступлений в практике Верховного Суда СССР*, *Вопросы уголовного права и процесса*, Л., 1956, стр. 102; А. А. Пионтковский, В. Д. Меньшагин, В. М. Чхиквадзе, *Курс советского уголовного права*, т. 2, М., 1959, стр. 103; *Научно-практический комментарий УК РСФСР*, М., 1964, стр. 371 и др.

⁷ «Комментарий УК РСФСР 1960 г.», ЛГУ, 1962, стр. 233.

П. Дагель считает, что поскольку в случаях неправильного лечения вред причиняется жизни или здоровью больного, то ответственность врача должна наступать за соответствующие преступления против личности (ст. ст. 106 и 114 УК РСФСР)¹.

Имеется и третья точка зрения, согласно которой наше уголовное законодательство нуждается в дополнительной норме, предусматривающей ответственность медицинских работников за профессионально-неправомерные деяния, совершенные в процессе оказания лечебной помощи. Это предложение в разное время вносили А. Е. Брусиловский и А. М. Левин², И. Г. Бобкова-Басова³, А. Я. Эренбург⁴ и др.

Ответим сначала на первую часть этого вопроса.

Соответствует ли названному принципу квалификация профессиональных медицинских правонарушений по статьям о должностных преступлениях и по существующим статьям о преступлениях против личности?

Предложение это заслуживает пристального внимания, поскольку действующее законодательство полностью отказалось от института аналогии и предусматривает наказание только для лиц, совершивших деяния, прямо предусмотренные законом (ст. 3 Основ уголовного законодательства Союза ССР и союзных республик).

Как известно, объект должностных преступлений — нормальный порядок работы государственного аппарата, органов управления.

Объектом, охраняемым правом от преступных посягательств медицинских работников в процессе осуществления ими профессиональных функций, является жизнь и здоровье пациента. Можно также, по нашему мнению, говорить и о втором объекте посягательства рассматриваемых преступлений. Это — порядок осуществления

¹ См. П. Дагель, *Об уголовной ответственности врачей*, «Советская юстиция» 1964 г. № 19, стр. 14.

² См. А. Е. Брусиловский, А. М. Левин, *Медицинские ошибки по судебным материалам*, Харьков, 1930, стр. 117; А. М. Левин, *Беда или вина врача*, «Медицинская газета» от 3 апреля 1964 г.

³ См. «Советская юстиция» 1939 г. № 11, стр. 15—19.

⁴ А. Я. Эренбург, *Об уголовной ответственности медицинских работников за профессиональные правонарушения*, «Материалы конференции по итогам научно-исследовательской работы за 1965 год Свердловского юридического института», Свердловск, 1966, стр. 232.

профессиональных функций при оказании медицинской помощи. Говорить же о том, что врач, лишивший жизни пациента в результате преступно-ненадлежащего проведения лечебных мероприятий, нарушил порядок деятельности органов государственного управления, очевидно, нельзя.

Далее. Согласно примечанию к ст. 170 УК РСФСР признаком субъекта должностного преступления является выполнение лицом, совершившим такое преступление, организационно-распорядительных или административно-хозяйственных обязанностей.

Разумеется, врачи и лица среднего медицинского персонала¹, будучи служащими государственных учреждений, могут занимать в них должности, связанные с выполнением организационно-распорядительных или административно-хозяйственных обязанностей: главный врач больницы, директор клиники, заведующий отделением и т. д. Следовательно, лица, занимающие такие должности, могут выступать в качестве субъектов должностного преступления. Например, главный врач больницы несет ответственность за получение взятки за устроительство на работу в больницу, которой он руководит; за недостачу ценностей (оборудования, медикаментов и т. п.), явившуюся результатом халатности, может нести ответственность по ст. 172 УК РСФСР заведующий отделением. Даже рядовой врач может быть субъектом должностного подлога (ст. 175 УК РСФСР), если он в корыстных целях выдает, например, фиктивный больничный лист.

Однако при оказании непосредственно лечебной помощи и эти и все другие лица медицинского персонала не выступают в качестве носителей административно-хозяйственных или организационно-распорядительных обязанностей. Действия медицинской сестры, перепутавшей лекарство, назначенное больному, или действия хирурга, производящего непоказанную операцию, не связаны с выполнением этих обязанностей. Главный врач или заведующий отделением, оперирующий больного, осуществляет только свои профессиональные функции, а не

¹ Например, старшая медсестра отделения стационара городской больницы «отвечает за работу среднего и младшего медперсонала, контролирует работу медицинских сестер» (см. «Законодательство по здравоохранению», т. 2, кн. 1, М., 1956, стр. 32—33).

свои должностные обязанности. Он здесь только хирург или только гинеколог, а не представитель администрации.

Отмеченная деталь очень существенна, и ее-то как раз игнорируют сторонники «ограниченного» признания субъектами должностных преступлений медицинских работников, относящихся к категории административного персонала, в случаях совершения ими профессионально-неправомерных деяний. Так, авторы Научно-практического комментария УК РСФСР в качестве примера должностной халатности приводят действия дежурного врача, который «не осмотрел доставленного в больницу больного, не определил заболевания, не оказал требуемой помощи, и в результате этого больной скончался»¹.

Представляется, что в приведенном примере дежурный врач совершил не должностное, а профессиональное преступление. Именно как врач, как специалист, могущий правильно распознавать болезнь, выбрав для этого соответствующие методы диагностики, и использовать в соответствии с существующими в медицине правилами те или другие лечебные средства, он обязан был оказать надлежащую медицинскую помощь больному, чего он не сделал.

Иначе, очевидно, следует оценивать действия дежурного врача, использовавшего, например, свои полномочия для того, чтобы закрыть на время своего дежурства прием больных, или не выполнившего свои обязанности дежурного и не проследившего за подготовленностью операционной к проведению экстренных операций. Если в результате подобных поступков, нарушивших нормальный порядок работы лечебного учреждения, наступили тяжелые последствия для граждан, нуждавшихся в срочной медицинской помощи, то дежурный врач может быть привлечен к уголовной ответственности по соответствующим статьям о должностных преступлениях, т. е. по ст.ст. 170—172 УК РСФСР.

Указание на необходимость четко различать профессиональную медицинскую деятельность и деятельность служащих медицинских учреждений, связанную с вы-

¹ «Научно-практический комментарий Уголовного Кодекса РСФСР», М., 1964, стр. 371.

полнением должностных обязанностей, мы находим и в решениях руководящих судебных органов. Так, отменяя приговор, которым заведующий хирургическим отделением больницы Р., принимавший от больных подарки за сделанные им операции, был признан виновным во взяточничестве, Президиум Верховного Суда РСФСР разъяснил: «Поскольку Р. принимал подарки от больных не в связи (разр. наша.—Ф. Б.) с исполнением обязанностей должностного лица, а за оказание услуг, связанных с профессиональной деятельностью,.. действия осужденного не могут рассматриваться как взяточничество»¹.

Таким образом, по признакам объекта и субъекта — а по этим признакам, как известно, должностные преступления выделены в самостоятельную главу кодекса — нельзя признать юридически обоснованной квалификацию профессионально-неправомерных деяний медицинских работников по статьям о должностных преступлениях.

Что же касается правильности квалификации рассматриваемых преступлений по существующим статьям о преступлениях против личности, то отрицательный ответ на этот вопрос вытекает, по нашему мнению, из особенностей субъективной стороны этих преступлений.

Именно то обстоятельство, что «признаком каждого преступления является не умысел и неосторожность «вообще», а умысел или неосторожность, наполненные определенным содержанием,.. дает возможность разграничивать по субъективной стороне даже такие преступления, которые совершены с одной и той же формой виновности»². Возьмем для сравнения отношение к последствиям своего поведения человека, играющего пистолетом, неожиданный выстрел из которого убивает прохожего, и врача, направляющего свои действия на спасение жизни больного, но не использовавшего по небрежности существовавших для этого реальных возможностей, что также приводит к смерти человека. Различием целей, преследуемых каждым из этих субъектов преступления, определяется и различное содержание неосторожности, проявленной каждым из них.

¹ «Бюллетень Верховного Суда РСФСР» 1963 г. № 8, стр. 6—7.

² В. Н. Кудрявцев, указ. работа, стр. 187.

Вот почему, с нашей точки зрения, нельзя усматривать в профессионально-неправомерных действиях хирурга, нарушившего технику операции, приведшей к смерти больного, неосторожное убийство, предусмотренное ст. 106 УК РСФСР.

Итак, анализ следственно-судебной практики приводит к выводу, что вопрос о квалификации преступных нарушений медицинскими работниками своих профессиональных обязанностей нуждается в дополнительной регламентации, отражающей специфику этих преступлений. Представляется, что в главу X УК РСФСР следует ввести статью, предусматривающую уголовную ответственность за неосторожное лишение жизни пациента в результате грубого несоблюдения правил и методов оказания ему медицинской помощи.

То же деяние, если оно повлекло тяжкие для здоровья пациента последствия, свидетельствует о большей степени общественной опасности.

В данной рекомендации делается акцент на субъекте преступления — лице медицинского персонала, так как речь в ней идет о пациенте и об оказании медицинской помощи.

Слово «неосторожное» указывает на субъективную сторону преступления, подчеркивая, что отношение виновного к последствиям содеянного возможно либо в форме самонадеянности, либо в форме небрежности. В то же время наше предложение не исключает сознательного несоблюдения виновным правил и методов, существующих в медицине, что характерно для таких, хотя и редко встречающихся деяний, как «незаконное экспериментирование». Отсутствие в законодательстве соответствующей нормы вынудило, например, суд, рассматривавший дело уролога М.¹, квалифицировать действия подсудимого по ч. 2 ст. 170 и ст. 114 УК РСФСР. Конечно, ни о какой «чистоте» подобной квалификации говорить не приходится².

¹ См. § 4 гл. II настоящей работы.

² Прокуратуре Ждановского района Москвы также пришлось квалифицировать по ч. 2 ст. 170 УК РСФСР действия хирурга С., который применил для удаления раковой опухоли разработанный им, но не проверенный достаточно, метод вакуумирования, приведший к смерти больного (дело прекращено на основании ст. 6 УПК РСФСР).

Диспозиция предлагаемой нормы характеризует признаки объективной стороны состава преступления, выражающиеся в действиях, не соответствующих правилам и методам оказания медицинской помощи, либо в бездействии, т. е. в отсутствии действия, необходимость в совершении которого вытекала из этих правил.

Профессионально неправильное деяние становится, согласно предложенной нами редакции новеллы, профессионально неправомерным, преступным лишь в случае наступления вредных последствий. Оценка таких последствий как тяжких для здоровья потерпевшего — вопрос факта (например, стойкая инвалидность, наступившая у пациента в результате оказания ему ненадлежащей медицинской помощи). В то же время, поскольку наиболее тяжелым последствием является смерть пациента, то диспозицию статьи целесообразно по этому признаку составить из двух частей.

Упоминание в проекте новеллы о правилах и методах, существующих в медицине, наряду с отнесением предлагаемой нормы к главе десятой УК РСФСР, должно указывать также на двойной объект посягательства этих преступлений: жизнь и здоровье личности, а равно порядок осуществления профессиональных медицинских функций, что позволит более четко отличать этот состав от близких к нему составов преступлений против личности, в частности от умышленного убийства, совершенного медицинским работником с использованием своих профессиональных знаний.

В этом случае отличительным признаком состава выступает не только умышленная форма вины, не свойственная профессионально неправомерным деяниям медицинских работников, но и отсутствие посягательства на порядок осуществления профессиональных медицинских функций. Ведь последние существуют там и постольку, где и поскольку преследуется цель оказания медицинской помощи. А врач, совершающий умышленное убийство, не ставит перед собой такой цели.

Глава четвертая

ОСОБЕННОСТИ РАССЛЕДОВАНИЯ

Предыдущее изложение позволяет отнести к предмету доказывания по делам рассматриваемой категории следующие обстоятельства:

а) неправильность или несвоевременность проведенных в отношении больного медицинских мероприятий с точки зрения соответствия их основным, общепризнанным и обязательным правилам, выработанным медициной, а для состава, предусмотренного ст. 128 УК РСФСР, — отсутствие медицинских мероприятий без уважительных к тому причин и при наличии угрозы для жизни больного; б) наступление общественно опасных последствий в виде смерти или серьезного ущерба здоровью пациента; в) причинная связь между указанным действием (бездействием) медицинского работника и названными последствиями; г) наличие вины медицинского работника и д) выявление причин и условий, способствовавших совершению преступления (ст. 21 УПК РСФСР).

§ 1. ВОЗБУЖДЕНИЕ УГОЛОВНОГО ДЕЛА

На стадии возбуждения дела задача по установлению всех перечисленных обстоятельств, разумеется, не ставится. Как известно, для решения вопроса о возбуждении уголовного дела необходимо, с одной стороны, оценить достоверность, хотя бы не окончательную и не полную, самого события, о котором сообщается в первичных материалах, а с другой стороны — противоправность этого события, выводу о чем также достаточно

быть предварительным. Но одно дело, когда речь идет об оценке противоправности, например, разбойного нападения, другое дело, когда такой оценке подвергается профессиональное медицинское действие. В последнем случае, с учетом рассмотренных ранее специфических черт медицинской профессии, трудно обойтись без специальных познаний в области медицины, для использования которых, казалось бы, единственным, хотя и незаконным (так как уголовное дело еще не возбуждено), средством является судебно-медицинская экспертиза.

Некоторые следователи, к сожалению, идут именно по этому пути. Под видом так называемой «доследственной проверки», длящейся иногда по нескольку месяцев, они фактически ведут предварительное следствие, в нарушение закона (ст. 109 УПК РСФСР) назначают и проводят судебно-медицинскую экспертизу. В связи с этим некоторые авторы даже предлагают внести изменения в законодательство и разрешить проведение судебно-медицинских экспертиз по первичным материалам о профессиональных правонарушениях медицинских работников до возбуждения дела¹.

Но и такая практика не всегда обеспечивает принятие правильных решений о возбуждении дела. Изучение ее показывает, что обстоятельства, препятствующие возбуждению дела, зачастую выявляются лишь на предварительном следствии, хотя они могли и должны были быть установлены в рамках и методами разрешения первичных материалов.

Эти методы зависят от характера поступивших в прокуратуру сведений, отдельные из которых не требуют на стадии возбуждения уголовного дела привлечения специалистов для предварительной оценки противоправности поведения лиц, к которым обратились за оказанием медицинской помощи. Сюда прежде всего относятся сообщения об отказе в оказании медицинской помощи. Поскольку такие деяния, в соответствии с ч. 1 ст. 128 УК РСФСР, являются преступными, независимо от наступления тяжелых последствий, то вопрос о причинной

связи содеянного с исходом заболевания, как и уточнение тяжести последствий, подлежит выяснению на предварительном следствии. Здесь достаточно располагать данными о том, что отказ в медицинской помощи действительно имел место, а уважительные причины для этого отсутствовали.

Наоборот, несвоевременное возбуждение в подобных случаях уголовного дела приводит к потере данных, позволяющих в ходе предварительного следствия выяснить вопрос о причинной связи, и тем самым правильно установить степень общественной опасности совершенного деяния. Так, Ю. сразу же после смерти мужа обратилась в прокуратуру района с жалобой на врача К. В заявлении Ю. указала, что врач, находясь по другому вызову в соседней квартире, отказалась посетить ее тяжело заболевшего мужа, так как не имела официального вызова к нему. При этом заявительница ссылалась на одну из своих соседок и шофера автомашины, привозившей врача, как на очевидцев состоявшегося ее разговора с К. Вместо того, чтобы проверить эти сведения и сразу же решить вопрос о возбуждении дела, следователь поручил городскому отделу здравоохранения разобраться в жалобе и лишь спустя этого, спустя три месяца, возбудил уголовное дело. Однако, когда в ходе предварительного расследования возник вопрос о причинной связи между действиями К. и смертью больного, назначенная по этому вопросу судебно-медицинская экспертиза дала заключение: «Ввиду того, что вскрытие трупа не проводилось и не известна точная причина смерти, решить вопрос об исходе заболевания в случае госпитализации больного не представляется возможным». Не удалось также при расследовании дела проверить показания Ю. о ее разговоре с К., так как последняя отрицала обращение к ней Ю., а допрошенный шофер заявил, что уже не помнит, о чем разговаривала Ю. с врачом. В итоге дело было прекращено в соответствии со ст. 6 УПК РСФСР¹.

¹ См., например, А. Н. Виницкий, Некоторые вопросы привлечения к уголовной ответственности медицинских работников. Материалы конференции по итогам научно-исследовательских работ, Свердловск, 1966, стр. 235.

¹ См. архив прокуратуры Киевского района Москвы. Разумеется, такое решение нельзя признать законным, так как для прекращения дела по основаниям, указанным в ст. 6 УПК, необходимо, чтобы либо деяние, либо лицо, совершившее его, перестало быть общественно опасным. В данном же случае следователь из-за ошибок, допущенных на стадии возбуждения дела, вообще не смог установить, имело ли место само деяние, в совершении которого подозревалась К.

Не всегда нуждаются в предварительной оценке специалистами-медиками также деяния, заключающиеся в изготовлении и отпуске из аптеки не тех лекарств, которые назначались по рецепту, во введении больному одних лекарственных веществ вместо других, в повреждении здоровых органов при операциях и в оставлении хирургами инородных предметов в организме больных. Если сами эти факты не вызывают сомнения, то чем быстрее начнется предварительное расследование, тем успешнее оно будет.

Именно так и поступил следователь, получивший сообщение о смерти в институте им. Склифосовского больной Г. от инъекции настойки строфантина вместо раствора глюкозы. Возбудив в тот же день уголовное дело и проведя неотложные следственные действия, он в течение 18 дней собрал все необходимые доказательства и за 19 дней закончил следствие, направив дело в суд¹.

Иначе отнесся помощник прокурора района к проверке первичных материалов о введении роженице К. раствора, вызвавшего у нее сильный ожог и тяжелые осложнения. Уголовное дело по этим материалам было возбуждено спустя 10 месяцев после проведения через органы здравоохранения неоднократных проверок.

К тому моменту уже нельзя было ни установить вещество, введенное в организм К., ни выяснить причины попадания этого вещества в операционную, которые могли корениться как в неполадках работы аптеки, так и в нарушении порядка хранения лекарств в роддоме. В итоге — расследование было окончено прекращением дела за недоказанностью².

Методы проверки первичных материалов зависят и от повода к возбуждению уголовного дела. Такими поводами могут быть заявления потерпевших и их родственников, заметки и корреспонденции в печати, сообщения органов и учреждений здравоохранения, в том числе судебно-медицинских экспертов, вскрывавших трупы лиц, умерших в больницах. Наконец, ими может быть непосредственное усмотрение следователя, прокурора, учреждения милиции или суда при расследовании, производ-

стве дознания или при судебном разбирательстве других уголовных дел, например об убийствах, телесных повреждениях, несчастных случаях с людьми на улице и на производстве, когда возникает сомнение в правильности оказания медицинской помощи потерпевшим от этих преступлений.

Поскольку сообщения из органов и учреждений здравоохранения обычно не ограничиваются констатацией фактической стороны событий, а содержат и оценку правильности проведения тех или иных лечебно-диагностических мероприятий, то в большинстве случаев содержащиеся в них данные являются достаточным основанием для решения вопроса о возбуждении уголовного дела.

Но если даже сообщение поступило не от органов здравоохранения, необходимо иметь в виду, что в некоторых случаях обращение граждан в прокуратуру происходит после разбора их жалоб «по ведомственной линии», т. е. в органах здравоохранения. Поэтому желательно сразу же выяснять это обстоятельство, истребуя материалы таких проверок.

Для проверки всех остальных сообщений, нуждающихся в дополнении содержащихся в них сведений данными по оценке поведения медицинских работников, существуют следующие методы.

Это прежде всего получение объяснений от руководителя лечебного учреждения — главного врача, заведующего поликлиникой и т. д., в подчинении которых находятся медицинские работники, чьи действия проверяются. Будучи в курсе событий, сообщаемых в заявлении или жалобе, эти должностные лица в состоянии как специалисты оказать консультативную помощь прокурору или следователю в понимании и оценке происшедшего.

Это, кроме того, истребование протокола клинико-анатомической конференции, в котором отражены мнения ее участников по поводу медицинских мероприятий, являющихся предметом жалобы или заявления. Возможно и сочетание обоих указанных способов.

Наконец, один из методов — поручение руководителю соответствующего органа здравоохранения с просьбой дать ведомственное заключение по вопросам, вытекающим из полученного прокуратурой сообщения. Обычно

¹ См. архив народного суда Дзержинского района Москвы.

² См. архив прокуратуры Куйбышевского района Москвы.

в таких случаях приказом заведующего районным, городским или областным отделом здравоохранения, начальника управления Министерства здравоохранения республики или руководителя лечебно-санитарного управления ведомственных лечебных учреждений создаются комиссии, возглавляемые главным специалистом определенного профиля (главный хирург области, районный педиатр и т. д.). По своей природе деятельность этих комиссий носит ревизионный характер, т. е. она не ограничивается лишь оценкой поведения медицинских работников, а включает в себя отыскание новых данных путем истребования различных документов, получения объяснений от лиц, имевших отношение к оказанию медицинской помощи, и т. п.

Однако это не значит, что должностные лица прокуратуры могут полностью устраниваться от собирания первичных материалов, необходимых для правильного решения вопроса о возбуждении уголовного дела. На практике же нередко так и происходит. Получив жалобу на неправильное оказание медицинской помощи, прокурор или следователь просто пересылает ее в отдел здравоохранения с общей просьбой: разобраться, провести проверку и к такому-то времени представить материалы проверки.

Представляется, что во всех случаях, прежде чем обратиться за ведомственным заключением, необходимо, как минимум, располагать следующими данными:

— историей болезни или амбулаторной картой, по которым следует получить хотя бы общее представление о времени обращения за медицинской помощью, о лицах, оказывавших ее, и об исходе заболевания;

— подробным объяснением заявителя на основе сведений, почерпнутых из медицинских документов. Цель беседы с заявителем — выбор главных, решающих моментов и одновременно сопоставление этих моментов с данными из истории болезни или амбулаторной карты. Например, в заявлении указывается, что больному в течение недели не проводилось никаких исследований, что операция ему сделана лишь через десять дней после поступления в больницу и что врачи грубо вели себя по отношению к больному и посещавшим его родственникам. Первые два момента не трудно проверить по записям в медицинских документах, на чем и следует за-

острить внимание заявителя при получении от него объяснений;

— объяснениями по уже намеченным вопросам от медицинских работников, чьи действия обжалуются. При этом от них целесообразно получить и разъяснения по обоснованию того или иного медицинского мероприятия с тем, чтобы, обращаясь за ведомственным заключением, можно было бы поставить перед отделом здравоохранения конкретные вопросы, ответы на которые и будут служить основанием как для оценки самих объяснений, так и для оценки правильности оказания помощи больному.

Перечисленные документы достаточны для получения исходных данных, позволяющих правильно решить вопрос о возбуждении дела.

К таким данным относятся:

1. В случаях, когда деяние заключается в активных действиях, — сведения о несоответствии этих действий правилам, существующим в медицине. Если же нарушение правил не произошло, то независимо от наступивших последствий, от наличия или отсутствия причинной связи между ними и содеянным (что не всегда можно выяснить в рамках проверки первичных материалов и что входит в задачи предварительного расследования), оснований для возбуждения уголовного дела нет. Так, основанием к возбуждению уголовного дела по факту смерти Н.¹, послужили данные о повреждении у Н. вены при операции по удалению миндалин. От обильного кровотечения больная скончалась. Между тем еще до возбуждения уголовного дела любой из рассмотренных ранее способов проверки позволял выяснить то, что было установлено лишь на предварительном следствии: операция произведена правильно, а повреждение вены вызвано ее атипичным, необычным расположением в миндалинах.

2. В случаях, когда деяние заключается в пассивном поведении медицинских работников (за исключением случаев поведения, о которых речь пойдет дальше) — сведения об объективной излечимости данного заболевания. Если же заболевание являлось неизлечимым, то

¹ Архив прокуратуры Пролетарского района Москвы.

независимо от правильности поставленного диагноза, от наличия у медицинских работников возможности проведения иных, в действительности отсутствовавших лечебно-диагностических мероприятий (что также входит в задачи предварительного расследования), решение о возбуждении уголовного дела не может быть принято. Иначе поступил следователь по делу о смерти С. Расследуя его, он все внимание сосредоточил на подтверждении первоначальных сведений о неправильной диагностике заболевания пациентки и о неправильном ее лечении. Ему удалось собрать доказательства о плохом обследовании врачами больной, о наличии у них данных, позволявших поставить верный диагноз заболевания, а значит, — и о существовании возможности проводить лечение, соответствующее заболеванию. Все это трудно проверить в рамках возбуждения уголовного дела, все это действительно относится к задачам предварительного следствия. Однако одновременно выяснилось, что заболевание С. было настолько тяжелым, что любые известные медицине средства не могли предотвратить смертельного исхода. А это препятствующее возбуждению уголовного дела обстоятельство, можно и нужно было выяснить еще при рассмотрении первичных материалов¹.

3. Наконец, в тех случаях, когда дело возбуждается по признакам ст. 128 УК РСФСР и пассивное поведение медицинского работника выражается в полном отсутствии помощи больному (чаще всего — в отказе предоставить таковую), достаточно располагать сведениями о том, что обращение за помощью имело место.

§ 2. ПЛАНИРОВАНИЕ РАССЛЕДОВАНИЯ

Планирование расследования преступлений, как известно, заключается прежде всего в уяснении задач расследования по конкретному уголовному делу, а также в выборе основного направления его расследования.

¹ Архив прокуратуры Пролетарского района Москвы.

Поскольку все обстоятельства, подлежащие доказыванию, тесно связаны между собой, постольку сведения, полученные при проверке каждого из этих обстоятельств, могут быть использованы для решения остальных задач расследования. Поэтому от того, насколько правильно в начале расследования будет выбрано его основное направление, зависят быстрота и полнота всего расследования.

К моменту возбуждения уголовного дела в имеющихся материалах обычно содержится лишь минимум сведений, касающихся какой-то части предмета доказывания. Объемом и характером этих исходных данных, очевидно, и должно определяться основное направление расследования.

В какой же последовательности целесообразно решать сформулированные в начале главы задачи расследования по делам рассматриваемой категории?

Исходные данные по этим делам бывают двоякого рода. Они либо указывают на само событие преступления, либо — на его последствия, конечный результат.

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 конкретного медицинского работника: не явился по вызову, не принял доставленного в больницу больного и т. д. С проверки этих сведений и должно быть начато расследование. Здесь очень важно выяснить, действительно ли имело место обращение за медицинской помощью и по каким причинам в ней было отказано. Последнее обстоятельство поможет сделать вывод о наличии вины у медицинского работника, уклонившегося от оказания помощи больному.

Одновременно путем проведения судебно-медицинской экспертизы следует установить характер тех медицинских мероприятий, которые данный медицинский работник мог осуществить в отношении данного больного: госпитализировать его и организовать за ним наблюдение, прибегнуть к определенному виду хирургического вмешательства, пригласить соответствующего специалиста и т. п. Если помощь больному могла выразиться в приглашении соответствующего специалиста, то необходимо выяснить, какие лечебные мероприятия он имел возможность осуществить. Иначе говоря, бездействие медицин-

ского работника должно быть четко конкретизировано, что позволит перейти к решению следующей задачи расследования — установлению причинной связи между конкретным бездействием и вредными последствиями. Если вредные последствия не наступили, то необходимо с помощью судебно-медицинской экспертизы выяснить существование реальной угрозы их наступления, а также — почему эта угроза не была реализована (например, необходимое врачебное вмешательство было осуществлено другим медицинским работником). Если же вредные последствия для жизни и здоровья потерпевшего наступили (больной умер, получил инвалидность и т. п.), то для решения вопроса о причинной связи достаточно проверить единственную версию: могли ли устранить причину неблагоприятного исхода заболевания потерпевшего те конкретные медицинские мероприятия, от осуществления которых уклонился данный медицинский работник, или наступившие последствия явились результатом действия каких-то иных причин, на которые не могли оказать влияния эти (упущенные) мероприятия.

Таким образом, по делам, возбужденным по признакам ст. 128 УК РСФСР, расследование целесообразно проводить в направлении от установления конкретного бездействия медицинского работника к установлению фактического или возможного конечного результата содеянного.

В обратной последовательности разрешаются задачи расследования по делам, возбужденным по поводу преступно-неадекватного оказания медицинской помощи.

Как уже отмечалось, обязательным минимумом фактических данных к моменту возбуждения этих уголовных дел могут быть либо сведения о несоответствии медицинских действий существующим в медицине правилам, либо сведения об излечимости заболевания, имевшегося у больного. Разумеется, сведения эти, будучи лишь исходными данными для установления как конкретного действия (бездействия) медицинского работника, так и причинной связи этого действия (бездействия) с общественно опасными последствиями, совершенно недостаточны для вполне достоверного вывода о каждом из этих обстоятельств. Во-первых, поскольку эти сведения были получены до возбуждения уголовного дела, они

всегда нуждаются в проверке процессуальными средствами доказывания. Во-вторых, тот факт, что имевшееся у пациента заболевание, лечение которого предварительно оценено как ненадлежащее, являлось излечимым, еще не свидетельствует о наличии причинной связи между предполагаемым профессионально-неправомерным поведением медицинского работника в пассивной форме (не провел, например, переливания крови после операции) и гибелью больного, так как смерть его могла наступить от другой причины (например, от ненадлежащего поведения медицинского работника в активной форме — нарушил технику операции и повредил здоровый орган пациента). По тем же основаниям нельзя делать вывод о наличии причинной связи между смертью пациента и действиями медицинского работника, несоответствие которых существующим в медицине правилам установлено бесспорно. Например, вместо показанного больному лекарственного вещества ему был введен яд, который, однако, практически никакого воздействия на организм больного не оказал, так как доза его являлась незначительной; а смертельный исход заболевания вызван перитонитом, развившимся вследствие плохого ушивания операционной раны. Поэтому, в-третьих, к началу расследования действие (бездействие), которое может быть вменено в вину предполагаемому обвиняемому, еще не известно. О нем, а следовательно, о субъекте этого действия (бездействия) могут быть самые различные версии, подлежащие выдвижению и проверке в ходе расследования, поскольку по материалам многих из рассматриваемой категории дел весьма характерна ситуация, при которой лечение потерпевшего производилось несколькими медицинскими работниками, хотя в действительности лишь поведение одного из них обусловило наступление вредных последствий.

Наконец, если о противоправности деяния, предусмотренного ст. 128 УК РСФСР, можно судить по признакам, характеризующим само бездействие, то вопрос о противоправности профессиональных нарушений медицинских работников, квалифицируемых в настоящее время по статьям о должностных преступлениях или о преступлениях против личности, может быть решен, даже предварительно, только с учетом фактического наступления определенных последствий. Поэтому основ-

ное направление расследования фактов преступно-неадекватного оказания медицинской помощи должно осуществляться от установления последствий содеянного к установлению самого содеянного и виновных лиц.

Ранее отмечалось, что последствиями таких деяний являются смерть пациента, а также тяжкие или менее тяжкие телесные повреждения. Поскольку к моменту возбуждения уголовного дела последствия эти обычно бывают хорошо известны, а в тех случаях, когда возникает необходимость в уточнении тяжести телесных повреждений, это делается без особых затруднений с помощью судебно-медицинской экспертизы, то расследование фактически начинается с установления причинной связи между общественно опасными последствиями и преступно-неадекватным оказанием медицинской помощи.

Рассмотрим более подробно решение в этой последовательности задач, входящих в предмет доказывания по делам о преступно-неадекватном оказании медицинской помощи. Одновременно продолжим освещение вопросов планирования расследования этих преступлений, так как последнее, разумеется, не сводится лишь к выбору основного направления, а осуществляется также в процессе решения каждой из задач расследования.

§ 3. УСТАНОВЛЕНИЕ ПРИЧИННОЙ СВЯЗИ

Прежде чем решить вопрос о причинной связи, необходимо установить непосредственную причину смерти или существенного ущерба здоровью пациента.

Противоправное деяние (в активной или в пассивной форме) как условие, приведшее к смерти или ухудшению здоровья потерпевшего, является внешней по отношению к организму пациента причиной. Установлением этого условия и завершается процесс исследования причинной связи как элемента объективной стороны состава преступления. Начинается же исследование с установления того биологического явления в организме пострадавшего, возникновение и развитие которого привело к преступному результату. А пока это явление

биологического порядка, непосредственная (биологическая) причина¹ остается неизвестной, вопрос о том, какое действие (бездействие) медицинского работника (внешняя причина) обусловило конечный результат заболевания пациента, не может быть решен.

К моменту возбуждения дела в распоряжении следователя обычно уже имеются данные о непосредственной причине неблагоприятного исхода заболевания. Они содержатся в акте судебно-медицинского вскрытия трупа, в протоколе патологоанатомического исследования или в окончательном диагнозе заболевания по истории болезни.

В тех же случаях, когда эти данные еще не являются достоверными, когда еще нет окончательного суждения о непосредственной причине, на установление последней и должны быть направлены первоначальные следственные действия.

Практически это означает, что если вскрытие трупа потерпевшего еще не произведено или произведено, но дача заключения отложена до получения результатов гистологического или химического исследования, если анатомический или последний клинический диагноз болезни пациента (здоровью которого нанесен ущерб) поставлены предположительно, то любые следственные действия, направленные на доказывание иных (кроме непосредственной причины) обстоятельств расследуемого события, абсолютно беспредметны.

В работе М. А. Чельцова и Н. В. Чельцовой приводится пример необъективного расследования дела по обвинению врачей Г. и К. в неадекватном оказании помощи больному Ж.² Анализируя материалы этого дела, авторы стремились показать предвзятость следователя, проявившуюся в назначении одной за другой трех судебно-медицинских экспертиз по одним и тем же вопросам до тех пор, пока от экспертов не были получены ответы, соответствующие обвинительной линии следователя.

¹ Понятие «биологическая причина смерти» используется и в судебной медицине (см. М. И. Райский, «Судебная медицина», М., 1953, стр. 58).

² См. М. А. Чельцов, Н. В. Чельцова, Проведение экспертизы в советском уголовном процессе, М., 1954, стр. 175—185.

Нам же хотелось бы обратить внимание на это дело с другой стороны. Мнение патологоанатома о причине смерти Ж. (острая пищевая токсикоинфекция) к моменту возбуждения дела было предварительным. Заключение ведомственной врачебной комиссии, а затем трех судебно-медицинских экспертов были по этому вопросу разными (сначала — сепсис, развившийся вследствие острого гнойного воспаления миндалин, затем — интоксикация от микробов, проникших через желудочно-кишечный тракт, и, наконец, — столбняк). Но, несмотря на это, следователь все свое внимание акцентировал не на выяснении непосредственной причины смерти Ж., а на «определении круга ответственных лиц медицинского персонала», на установлении неправильных медицинских действий, обусловивших смерть Ж. Все это чрезвычайно затянуло сроки расследования, а в конечном счете привело к необоснованным выводам следователя.

Но иметь общее представление о причине смерти (например, перитонит — воспаление брюшины, вызванное выделением содержимого кишечника в брюшную полость) или тяжких последствий для здоровья лица, обратившегося за медицинской помощью, недостаточно. Необходимо еще выяснить и доказать конкретный источник возникновения этой причины. Он может корениться в самых различных факторах. Например, источником перитонита может быть и перфорация (нарушение целостности) кишечника в результате неосторожного движения хирурга при операции, и заворот кишок в связи с обильным приемом пищи, и проникающее ранение, не обнаруженное врачом при чревосечении, и многие другие причины.

Отсюда следует, что вторым моментом в решении задачи по установлению причинной связи является построение следственных версий о предполагаемых источниках возникновения того болезненного явления (непосредственной причины), развитие которого привело к неблагоприятному исходу лечения.

Однако в отличие от преступлений иных категорий, при расследовании которых следователь может самостоятельно наметить версии, объясняющие происхождение определенных факторов, предположения о возможных источниках перитонита, внутреннего кровотечения и

других непосредственных причин смерти или ущерба здоровью пациента могут исходить только от специалистов-медиков. В связи с этим обязанность следователя заключается в своевременном получении сведений о таких предположениях и в незамедлительном их использовании в качестве следственных версий. В противном случае работа следователя становится бесплановой, действия его нецелесообразными, а конечный результат — неэффективным, так как часть доказательств утрачивается.

Хотя дела рассматриваемой категории не являются, за редким исключением, многоэпизодными и не требуют трудоемкой работы, необходимой, например, при расследовании некоторых хозяйственных преступлений, большинство из них характеризуется чрезвычайно большими сроками расследования.

Почти два года, например, расследовалось прокуратурой Краснопресненского района Москвы уголовное дело о смерти П. Пациентка больницы П., имевшая внематочную беременность, умерла после проведенных ей двух операций. Причиной ее смерти явилось внутреннее кровотечение. При лечении П., проводившемся несколькими врачами, был допущен целый ряд нарушений, отмеченных в материалах ведомственной проверки: правильный диагноз ее заболевания долгое время (до первого чревосечения) оставался неустановленным, недостаточное наблюдение за больной осуществлялось и после первой операции, а, по мнению патологоанатома, внутреннее кровотечение у П. развилось вследствие расхождения швов после операции.

И хотя эти сведения нуждались в некотором дополнении, в чем мы убедимся дальше, они все же позволили наметить главное направление расследования. Это — выяснение обстоятельств, касающихся проведения самой операции (первой) и последующего наблюдения за больной. Невелик и прост комплекс связанных с этим вопросов, ответами на которые в основном достигается цель расследования. Если оперировавший больную врач произвел ненадлежащее наложение швов, а наблюдавший больную в послеоперационном периоде тот же или другой врач располагал данными о начавшемся кровотечении и имел возможность принять соответствующие меры для спасения жизни больной, но не

воспользовался этим, то действия первого врача и бездействие второго находятся в причинной связи со смертью П.

Однако следователь не воспользовался даже этой единственной версией¹ и, не выбрав соответствующего ей направления в расследовании, по существу, занялся оформлением первичных материалов в материалы уголовного дела.

Для этого он допросил всех медицинских работников и провел экспертизу по всем вопросам, затронутым в первичных материалах, в том числе и по вопросам, касающимся лечебно-диагностических мероприятий, проводимых в отношении П. в течение двадцати дней до первой операции (возможность поставить верный диагноз заболевания, правильность назначенного ей тогда лечения и т. д.), на что напрасно было потрачено много усилий и времени, поскольку если П. погибла от кровотечения, вызванного недостаточным гемостазом, то все предшествующие первой операции лечебно-диагностические мероприятия независимо от их правильности никакого интереса для целей расследования представить не могли.

И только после получения заключения судебной экспертизы, которая, не представив никаких новых фактических данных, лишь в определенной последовательности систематизировала уже имевшуюся информацию о событиях, связанных с лечением П., расследование приобрело целеустремленный характер, войдя в русло проверки указанной версии. Но здесь-то сразу и проявилась неполнота сведений, положенных в основу намеченной версии. Оказалось, что существует еще одно объяснение причины начавшегося у П. кровотечения. Это — фибринолиз (изменение свертывающей системы крови больной), о чем показали врачи, как только им стала ясна версия обвинения.

Для проверки новой версии следователю пришлось вернуться к событиям, предшествовавшим первой опера-

ции. Однако поскольку эти события нуждались в освещении с совершенно иной точки зрения (существовала ли возможность определения состояния свертывающей системы крови у больной П., обязаны ли были врачи в соответствии с этим принять какие-то дополнительные меры предосторожности при операции и ушивании сосудов и т. д.), то возникла необходимость в повторных допросах врачей, готовивших П. к операции, а также — в проведении по тем же вопросам дополнительной экспертизы.

Таким образом, применительно к преступлениям рассматриваемой категории, общее требование следственной тактики по выдвижению и проверке следственных версий сводится к следующему.

Одновременно с проверкой существующих версий об источниках непосредственной причины неблагоприятного исхода лечения больного, необходимо на первых же допросах медицинских работников выяснять все возможные в данном случае иные источники возникновения болезненных процессов, приведших к такому исходу. Полученные при этом сведения должны явиться основой для внесения соответствующих коррективов в выбранное направление расследования.

Разумеется, интересуясь при допросах медицинских работников всеми возможными источниками непосредственной причины неблагоприятного исхода лечения больного, следует одновременно выяснять у них основания для подобных предположений и данные, подтверждающие эти объяснения.

Именно так поступил следователь прокуратуры Москворецкого района Москвы, расследовавший дело по обвинению анестезиолога Г., который по небрежности во время проведения наркоза больному Б. подключил для его дыхания баллон с углекислым газом вместо кислорода, отчего наступила смерть больного. Ни на первом допросе, ни после предъявления обвинения Г. не отрицал инкриминируемого ему факта и не оспаривал версию обвинения о смерти больного в результате действия углекислого газа. Тем не менее, когда заведующий отделением больницы М. высказал предположение, что смерть Б. наступила не от вдыхания углекислого газа, а от асфиксии, явившейся результатом редко встречающейся повышенной чувствительности организ-

¹ Версия о кровотечении из-за плохого гемостаза (расхождение швов), как и всякое вероятное, недостоверное суждение, естественно, предполагает альтернативу: кровотечение произошло не по причине плохого гемостаза. Поэтому можно, казалось бы, говорить о двух версиях. Но так как указанная альтернатива слишком неопределенна, то вряд ли ее можно считать самостоятельной версией.

ма больного к этому виду наркоза, следовательно выдвинул, а затем проверил и другую версию, основанную на этом сообщении. Он предложил допрашиваемому называть те данные, которые, по его мнению, подтверждают названное предположение. В связи с этим вопросом свидетель аргументировал свой вывод следующим: а) углекислый газ подавался больному всего лишь в течение одной-двух минут и поэтому доза углекислого газа не должна быть смертельной, б) кровь и ткани больного после операции имели светлую окраску, а не темную, которая бывает при отравлении углекислым газом; в) при вскрытии трупа состояние легочной ткани также не соответствовало признакам отравления¹.

Каждое из приведенных обстоятельств следователь тщательно проверил. Путем допросов всех участников операции Б., а также членов бригады, занятой операцией на соседнем столе, было установлено, что углекислый газ подавался Б. не менее пяти-семи минут. Допросом судебного медика, вскрывавшего труп Б., следователь уточнил, что хотя ткани и кровь умершего не носили повсеместно темной окраски, однако под плеврой у него наблюдались множественные точечные кровоизлияния, которые, будучи признаком асфиксии, характерны и для отравления углекислым газом. Сведения эти были использованы затем судебно-медицинской экспертизой, что позволило ей сделать окончательный вывод о смерти Б. в результате кислородного голодания и избытка углекислого газа. Версия, выдвинутая свидетелем, отпала. Вина Г. была полностью установлена.

Наконец, обратим внимание на следующие два обстоятельства.

¹ Доводы эти выглядели довольно убедительно потому, что дача углекислого газа в малых дозах вообще предусматривалась правилами проведения эфирно-кислородного наркоза в тех случаях, когда требуется возбудить дыхание больного. Поэтому баллон с углекислым газом входит в комплект аппаратуры, предназначенной для этого вида наркоза. Однако в практике анестезирования необходимость в использовании углекислого газа в большом количестве возникла редко, и врачи в целях возбуждения дыхания обычно один или два раза делали выдох через интубационную трубку в легкие оперируемого. В рассматриваемом случае анестезиолог, видимо, забыл о том, что в оборудование для наркоза входит и баллон с углекислым газом, и, приняв его за баллон с кислородом, подключил его не для возбуждения дыхания, а для усыпления больного.

Во-первых, поскольку основанием для выдвинутых версий о возможных в том или ином случае источниках непосредственной причины неблагоприятного исхода заболевания могут быть не только показания медицинских работников, непосредственно заинтересованных в результатах расследования (о чем наглядно свидетельствует вышеприведенный пример), то объяснение причин неблагоприятного исхода лечения необходимо искать при допросах всех врачей-специалистов, проходящих по делу. Тем более подобные вопросы следует ставить перед участниками ведомственных проверок или перед руководителями лечебных учреждений, когда возникает необходимость в получении от них показаний по другим новодам.

Во-вторых, большое значение в проверке следственных версий имеют показания лиц, производивших вскрытие трупа потерпевшего. В этой связи отметим, что по своему процессуальному положению эти лица являются свидетелями. В качестве таковых их следует рассматривать независимо от того, являются ли они работниками экспертных учреждений, т. е. экспертами по должности. Не делает их судебными экспертами и научно-исследовательская деятельность, по поводу и в связи с которой они дают показания. Деятельность эта, как и деятельность различных лабораторий и учреждений, выдающих по требованию судебно-следственных органов акты и справки, содержащие заключения о качестве товаров, о химическом составе тех или иных веществ и т. п., лишена правовой регламентации¹. По своей процессуальной природе такие акты и справки являются письменными доказательствами.

Если для дачи заключения по результатам уже проведенного исследования патологоанатом и судебный медик могут быть заменены другими специалистами, то лицо, производившее вскрытие, как источник сведений о состоянии органов трупа, незаменимо. Только путем допроса этого лица в качестве свидетеля можно уточнить нужные подробности, выяснить не отраженные в доку-

¹ См. И. Л. Петрухин, Экспертиза как средство доказывания в советском уголовном процессе, М., 1964, стр. 15.

ментах детали анатомической картины, наблюдавшейся на вскрытии¹.

Проводя такие допросы по общим правилам допроса свидетелей, особое внимание следует уделять учету фактора времени: чем короче срок, прошедший с момента вскрытия трупа, тем полнее и достовернее сведения, полученные при допросе.

§ 4. ВИДЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНО-НЕПРАВОМЕРНЫХ ДЕЯНИЙ

Хотя источник непосредственной причины неблагоприятного исхода лечения — лишь среднее, а не конечное звено в цепи искомой причинной связи, однако звено это настолько важное, что, выяснив его, установить затем внешний по отношению к организму пациента фактор, обусловивший наступление вредных для его жизни и здоровья последствий, т. е. конкретное действие (бездействие) медицинского работника, уже нетрудно.

Задача эта еще более облегчается, когда следователь имеет достаточное представление о видах таких деяний.

Первая группа — невыполнение или ненадлежащее выполнение диагностических мероприятий.

1. Неполное обследование, которое может выражаться либо в ненадлежащем проведении каждого из следующих мероприятий, либо в ненадлежащем проведении всех этих мероприятий одновременно. Сюда относятся:

а) неполный сбор анамнеза (расспрос больного о симптомах и истории его болезни); б) неполный осмотр или его отсутствие; в) неполное собственно обследование (пальпация, выстукивание, выслушивание больного); г) неполное специальное исследование или его отсутствие (лабораторные, инструментальные и хирургические

¹ Например, обвиняемый по делу врач Р. утверждал, что в ходе операции девочке Х. он повредил только один из ошибочно вскрытых сосудов, а второй кровеносный сосуд порезала врач Ч., продолжившая начатую им операцию. Допрошенный же в качестве свидетеля патологоанатом М. показал, что «вена и артерия порезаны одновременно, так как оба разреза идеально совпадают в месте их соприкосновения». В протоколе патологоанатома эта весьма существенная деталь не была отражена (архив Мособлсуда).

методы). Одним из видов неполного обследования следует назвать также неприглашение специалиста-консультанта.

2. К первой группе относятся также упущения, заключающиеся в неправильной оценке врачом признаков болезни (в следственной и судебной практике подобные нарушения очень редки).

Вторая группа упущений — это невыполнение или ненадлежащее выполнение лечебных мероприятий, куда относятся:

1. Неправильное проведение лечебных мероприятий, в том числе проведение противопоказанных (недопустимых для данного больного) и непоказанных (не вызывающихся необходимостью) лечебных мероприятий, нарушение техники хирургической операции.

Среди этой группы преступных нарушений встречаются довольно многочисленные случаи неправильного изготовления лекарств, введение в организм больного вместо одного лекарства другого, неправильное проведение наркоза.

2. Непроведение или несвоевременное, запоздалое проведение показанных, т. е. необходимых лечебных (в том числе хирургических) мероприятий. Сюда же относится несвоевременная госпитализация больного.

3. Оставление при хирургических операциях в организме больного инородных тел.

При проверке вопросов, касающихся сбора анамнеза, осмотра и собственно обследования больного («а», «б», «в» первой группы упущений), большое значение имеют не только сведения, отраженные в истории болезни или амбулаторной карте, но и информация, содержащаяся в показаниях родственников больного, его соседей по палате, самого больного. Расследуя, например, дело по обвинению врача Ч., следователь прокуратуры Киевского района Москвы обосновал обвинение в поверхностном, ненадлежащем осмотре мальчика К., скончавшегося от острого аппендицита, перешедшего в гангренозно-перфоративную форму, в частности показаниями родственников мальчика о том, что Ч. не осматривала больного, а только ограничилась вопросом о его самочувствии.

Решение названных вопросов позволяет также разграничить действия, предусмотренные ст. 128 УК

РСФСР, от преступных нарушений, подпадающих под признаки ст. 172 УК РСФСР. Если вызванный к больному врач или фельдшер вообще не собрал анамнеза, не провел осмотра, не сделал пальпации и т. д., то поведение обвиняемого часто свидетельствует о его нежелании оказать медицинскую помощь, о сознательном нарушении им профессиональных обязанностей, т. е. о совершении им деяния, предусмотренного ст. 128 УК РСФСР. Наоборот, подробный и обстоятельный расспрос врачом больного, но не полный его осмотр, неполное собственно обследование не дают оснований для утверждения, что у врача не было желания оказать больному помощь. Такой характер поведения врача дает лишь основание для постановки вопроса о его недобросовестности в выполнении профессиональных обязанностей, в направлении проверки чего и необходимо вести дальнейшее расследование.

Для решения вопроса о полноте специальных исследований больного большое значение имеет своевременное изъятие и описание всех документов с результатами исследований (анализы крови, мочи, рентгенограммы и т. п.). Документы эти подшиваются или подклеиваются к амбулаторной карте, истории болезни или истории родов. Сопоставляя их с записями в истории болезни о назначении соответствующих исследований, можно убедиться — все ли необходимые документы изъяты.

Центральное место при проверке наличия очевидных признаков заболевания, которым врач не дал должной оценки, занимает правильная тактика допроса самого подозреваемого, от которого чрезвычайно важно своевременно получить правдивые показания о всем комплексе симптомов, замеченных им при обследовании больного.

Для установления упущений, относящихся ко второй группе, можно рекомендовать следующие способы и приемы.

Если расследованием проверяется показанность операций по удалению тех или иных органов, большое значение имеет описание последних, а также результаты их гистологического исследования¹. Поэтому в случае,

когда удаленный при операции орган сохранился, он подлежит изъятию как вещественное доказательство по делу. Чаще, однако, такой возможности не существует, в связи с чем следователь должен истребовать результаты гистологического исследования удаленного органа. Наконец, необходимо тщательно и подробно допросить всех участников операции (ассистентов, операционную сестру) о состоянии и внешнем виде удаленного органа.

При расследовании фактов неправильного изготовления и применения лекарств нужно выяснить порядок изготовления таких лекарств, их получения, хранения, способы их использования. Это необходимо для того, чтобы определить, где произошла подмена или смешение лекарств: в аптеке при изготовлении или при хранении в лечебном учреждении или же нарушен порядок их применения. В связи с этим большое значение приобретают такие первоначальные следственные действия, как осмотр места изготовления или места хранения лекарств, осмотр и изъятие посуды, в которой находилось лекарство, с последующим направлением ее на химический анализ.

Другим неотложным мероприятием в подобных случаях является установление контакта с лицом, вскрывающим труп пострадавшего. Важно чтобы еще до вскрытия трупа судебно-медицинский эксперт или патолого-анатом знали о необходимости обратить внимание на признаки попадания в организм больного сильнодействующих или ядовитых веществ.

Когда нарушения связаны с проведением операции и дачей наркоза, необходимо иметь полную картину хода операции и действий наркотизатора, что достигается путем допроса всех участников операции.

Следующий вид нарушений при лечении — непроведение или несвоевременное проведение медицинских мероприятий — для методики расследования характерен следующим: здесь следственные действия должны быть направлены прежде всего на выяснение самого факта существования необходимости срочного проведения тех или иных лечебных мероприятий, а также на установление того обстоятельства, что факт этот был известен медицинскому работнику, действия которого проверяются.

Лишь после того, как будет установлена показанность тех или иных лечебных мероприятий, необходимо выяс-

¹ См. Г. А. Сыцянюк, Некоторые ошибки врачей в акушерско-гинекологической практике и их судебно-медицинская оценка, канд. диссертация, стр. 128, 139—140.

нить причины, по которым они не были проведены. Часто такими причинами бывают организационные неполадки в работе лечебного учреждения, отсутствие консервированной крови, нехватка стерильного материала, а также отсутствие возможности для срочного оперативного вмешательства из-за перегрузки хирурга.

Наконец, при расследовании фактов оставления во время операций инородных тел в организме больного необходимо выяснить, какие способы предупреждения подобных последствий применялись в данном лечебном учреждении или практиковались данным хирургом (например, способ подсчета инструмента и операционного материала до начала операции и после нее), соблюдался ли в данном случае этот способ, а если нет, то почему и в чем выразилось отступление от него. В случае оставления хирургом в организме инородного предмета всегда, как известно, возникает вопрос об ответственности операционной сестры. Поэтому ее действия при производстве операции также должны быть тщательно проверены.

§ 5. УСТАНОВЛЕНИЕ ВИНЫ

Известно, что о субъективной стороне преступления можно судить прежде всего по данным, характеризующим объективную сторону. Поэтому факты, установленные при решении ранее указанных задач расследования, позволяют выяснить и наличие вины в действиях медицинского работника.

Однако для суждения о формах вины эти данные не всегда бывают достаточными. Для того, чтобы решить вопрос о том, действовал ли медицинский работник с преступной небрежностью или он проявил преступную самонадеянность, важно, как отмечалось при рассмотрении вопросов материального права, установить его профессиональную компетентность на проведение лечебно-диагностических мероприятий, правильность которых проверяется в связи с наступлением для пациента вредных последствий.

Принадлежность медицинского работника к категории врачей или среднего медперсонала, а также его профессиональная группа (хирург, терапевт и т. д.) устанавливаются без труда. Уточнение же компетентно-

сти врача-специалиста в пределах его профессиональной группы обычно производится двумя путями. Во-первых, путем постановки перед ним вопросов о стаже, о времени окончания института и об обучении в других учебных заведениях, о характере выполнявшейся им работы за весь период трудовой деятельности. Во-вторых, это делается путем истребования официальной характеристики с места работы врача. Оба эти метода необходимо сочетать.

При получении официальных характеристик следует обращать внимание на полноту содержащихся в них сведений двоякого рода. С одной стороны,— это данные, характеризующие профессиональный уровень медицинского работника, с другой — его личные качества: отношение к работе, к больным, к коллективу и т. п. Для представления о профессиональном уровне характеризуемого одного лишь упоминания срока, в течение которого он работал по такой-то специальности и в таком-то учреждении, разумеется, недостаточно. Любая оценка врача как специалиста должна вытекать из сведений о прохождении врачом специализации, о результатах его аттестации (как последней, так и предыдущих), из данных о количестве, например, проведенных хирургом операций, однородных той, правильность которой является предметом расследования.

Последнее обстоятельство имеет особенно большое значение для решения вопроса о форме вины хирурга, допустившего профессионально неправомерные действия.

Так, следовательно, а затем суд свой вывод о том, что обвиняемый в ненадлежащем проведении операции по поводу острого аппендицита врач Р. действовал с преступной самонадеянностью, основывали на следующих данных.

Занимавший должность инспектора облздравотдела Р. за несколько месяцев до совершения преступления окончил прохождение специализации по профилю хирурга в Московском научно-исследовательском областном клиническом институте (МОНИКИ). Одновременно он по совместительству работал в хирургическом отделении больницы г. Жуковского. По запросу в МОНИКИ следователь получил сообщение о том, что за время прохождения специализации Р. операций по поводу острых заболеваний не производил. В больнице г. Жуковского

следователь выяснил, что обвиняемому пришлось осуществить лишь несколько операций по поводу острого аппендицита. Следовательно, достаточного опыта в хирургии и в том числе в оперативном лечении острых заболеваний Р. не имел. Поэтому, взявшись при посещении Глуховской больницы за операцию девочки Х. (для чего он использовал свое служебное положение инспектора), обвиняемый допускал ту опасность, которой он подвергал оперируемую и которая в действительности наступила от его неумелых действий¹.

В данном случае отсутствие оправданного врачебного риска при хирургическом вмешательстве со стороны Р. было достаточно очевидным, поскольку в Глуховской больнице работали опытные хирурги, один из которых и готовился к проведению операции Х.

При более сложных ситуациях, когда врачебное вмешательство осуществляется с превышением профессиональной компетенции медика, следственные действия должны быть направлены на выяснение и доказывание обстоятельств, свидетельствующих о наличии или отсутствии состояния крайней необходимости.

В содержание рассматриваемой задачи расследования также входит установление объективной возможности для обвиняемых действовать должным образом и предвидеть результаты своих действий. Разумеется, вопрос этот может быть разрешен с помощью судебно-медицинской экспертизы.

Однако данные для этого могут быть получены и путем допросов свидетелей.

Правильно поступил следователь, расследовавший дело о смерти мальчика Е., который получил травму пищевода при введении эзофагоскопа (прибор для непосредственного исследования пищевода). Чтобы проверить объяснения обвиняемого врача о том, что ранение пищевода он не заметил и не мог заметить, следователь допросил медицинскую сестру и санитарку, помогавших врачу в проведении эзофагоскопии, по вопросу о наличии крови на конце трубки эзофагоскопа в момент его выведения. Положительный ответ на этот вопрос позволял судить о существовании у обвиняемого

возможности вовремя обнаружить случайное нарушение целостности пищевода¹.

Большое значение имеет исследование личных качеств медицинских работников, чьи действия по оказанию помощи больным проверяются. На основе результатов такого исследования выясняются обстоятельства, смягчающие или отягчающие ответственность, решаются вопросы о целесообразности привлечения медицинского работника к уголовной ответственности, о виде и мере наказания, о возможности передачи обвиняемого на поруки или о направлении дела в товарищеский суд. Правда, полученные при этом фактические данные не служат непосредственной основой для суждения о наличии и форме вины медицинского работника. Однако иногда они имеют косвенное отношение к решению этой задачи расследования.

Говоря о методах изучения личности обвиняемого, отметим прежде всего, что они не должны ограничиваться истребованием официальной характеристики лишь с последнего места работы, срок которой может оказаться небольшим. В этих случаях необходимо запросить характеристики с предыдущих мест работы обвиняемого, а если он является молодым специалистом, то — и из учебного заведения, где он учился.

Врач медпункта завода Т. обвинялась в ненадлежащем оказании медицинской помощи больному Р., скончавшемуся от инфаркта миокарда. Закончившая два года назад лечебный факультет мединститута Т. совмещала свою работу на медпункте с работой спортивного врача плавательного бассейна. Согласно характеристике, полученной от администрации плавательного бассейна, Т. добросовестно и с интересом выполняла свои обязанности спортивного врача. Сведения же о ее работе на медпункте были очень скудными, так как стаж ее работы здесь не превышал полугода. Когда же следователь обратился в институт, который окончила обвиняемая, то получил любопытные данные: «Будучи студенткой, Т. часто высказывала свое пренебрежение к лечебной деятельности и не очень любила внутренние болезни (терапию)»².

¹ См. архив Мособлсуда.

¹ См. архив прокуратуры Дзержинского района Москвы.

² Архив народного суда Первомайского района Москвы.

Большую помощь следователю могут оказать потерпевшие или их родственники. Так, муж потерпевшей по ранее упомянутому делу о смерти Г.¹ назвал следователю бывшую пациентку врача Ш., которая обращалась к администрации больницы с жалобой на грубость и невнимательность, допущенные Ш. при ее лечении. Допросом этого свидетеля часть заявленных ею претензий подтвердилась, что позволило получить более подробное представление о личности обвиняемой, о ее отношении к своим обязанностям.

Кстати, допросом самого мужа и лиц, на которых он ссылался, удалось установить и причину недобросовестного проведения Ш. инъекции больной Г. Торопясь в тот день раньше уйти с работы на празднование своего дня рождения, Ш. недостаточно контролировала свои действия, не проверила этикетку на флаконе с жидкостью, из которого она наполняла шприц, и вместо раствора глюкозы с аскорбиновой кислотой ввела больной настойку строфантина.

Таким образом, можно в этой связи указать еще на одно значение исследования личности обвиняемого. Это — выявление причин антиобщественного, противоправного поведения медицинских работников при выполнении профессиональных обязанностей.

В решении обеих названных задач расследования существует тесная связь, так как доказывая наличие определенных причин и условий совершения преступления, следователь обогащает фактический запас выводов о наличии самого преступления, о наличии определенного предосудительного психического отношения обвиняемого к своему действию (бездействию). Факты, говорящие о нелюбви врача Т. в период ее обучения в институте к занятиям по терапии, не только объясняют ее последующие действия при оказании помощи терапевтическому больному Р., но и подтверждают ее вину. Поспешность, с которой врач Ш. проводила инъекцию больной Г., не только позволяет говорить о ее невнимательности, о ее небрежности при проведении этой манипуляции, но и указывает на конкретную причину такого поведения.

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, отсутствие сигнальной окраски или других отличительных признаков на аппаратуре, инструментах и медикаментах, имеющих различное назначение, и т. д.

§ 6. СУДЕБНАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПО ВОПРОСАМ ЛЕЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Судебная экспертиза по вопросам лечебной деятельности является самостоятельным видом экспертизы и характеризуется определенными особенностями, без уяснения которых нельзя говорить о тактике ее проведения.

Первая особенность этой экспертизы — в специфике ее научной базы, отличающейся 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 судебной экспертизой по делам о нарушении медицинским персоналом профессиональных обязанностей, не могут разрешаться с помощью судебно-медицинских познаний. Поскольку предметом этой экспертизы является лечебная деятельность, постольку научной базой ее служат положения, существующие в различных отраслях этой деятельности: в хирургии, в онкологии, в акушерстве и т. д.

«Судебно-медицинский эксперт, — пишет М. И. Авдеев, — не может быть экспертом по любому медицинскому вопросу. По вопросам, касающимся других отраслей медицины, правильнее приглашать именно тех специалистов, которые компетентны в этой области медицины»¹.

¹ См. § 1 настоящей главы.

¹ М. И. Авдеев, Учебник судебной медицины, М., 1950, стр. 51.

Иных взглядов придерживаются Н. В. Попов и М. И. Райский. По мнению М. И. Райского, к предмету судебной медицины относится «учение... о правах, обязанностях и ответственности медицинского персонала»¹. Н. В. Попов утверждает, что в содержание судебной медицины входит учение, задачей которого является «оценка различных видов медицинской работы, в частности врачебной деятельности»².

С подобными утверждениями нельзя согласиться, так как в противном случае пришлось бы признать, что судебная медицина — это вся медицина, а не один из ее разделов.

Конечно, вопрос о содержании судебно-медицинской науки — это в первую очередь вопрос самой судебной медицины, и решать его за судебных медиков, безусловно, никто не должен. Однако мы вынуждены его коснуться в той части, в какой предлагаемое М. И. Райским и Н. В. Поповым решение этого вопроса служит источником ошибочных взглядов на компетенцию судебных медиков, участвующих в уголовном процессе в качестве экспертов.

Нашей процессуальной литературе хорошо известна так называемая «Школа Ю. Сапожникова», согласно мнению которой в компетенцию судебно-медицинского эксперта входит определение рода насильственной смерти: убийство, самоубийство или несчастный случай. Поскольку в свое время эта точка зрения была подвергнута справедливой и достаточно аргументированной критике³, то, очевидно, нет необходимости останавливаться на ней подробно. В плане же нашего исследования обращает на себя внимание то обстоятельство, что свой вывод о праве судебно-медицинского эксперта устанавливать род насильственной смерти Ю. С. Сапожников обосновывает ссылкой на определение предмета судебной медицины, которое дает М. И. Райский. Так как

«судебная медицина есть медицина в праве.., а судебно-медицинский эксперт — это медик в праве,— пишет Ю. С. Сапожников,— то, разрешая вопрос о роде насильственной смерти, судебный медик действует в пределах своей компетенции»¹.

Таков же ход рассуждений, приводящих Н. В. Попова и М. И. Райского к выводу о праве представителей судебной медицины давать оценку медицинской работе по делам о неправильном оказании медицинской помощи.

Необоснованное «синтезирование» судебной медицины с правом при определении предмета этой науки служит источником серьезных заблуждений некоторых судебных медиков в отношении своей процессуальной компетенции как применительно к экспертизе телесных повреждений, так и к экспертной практике по вопросам лечебной деятельности. Однако, в последнем случае, т. е. применительно к экспертизе по делам о ненадлежащем оказании медицинской помощи, эти заблуждения приводят еще и к неправильному толкованию научной компетенции судебных медиков. Проявляется это в следующем.

Еще циркуляр Наркомздрава и Наркомюста РСФСР № 63 от 11 января 1928 г. предписал включать в состав судебно-медицинских комиссий, рассматривающих по предложению следственных органов вопросы, касающиеся лечебной деятельности, соответствующих специалистов из числа врачей. Тем не менее долгое время требование это либо не всегда соблюдалось и некоторая часть экспертиз по вопросам лечебной деятельности проводилась без участия компетентных специалистов, либо последние выступали лишь в роли консультантов судебных медиков, в качестве которых они и фигурировали в актах экспертиз, не обладая даже правом подписывать эти акты.

Создавалось положение, когда фактические авторы заключений экспертизы оставались вне сферы процессуальных отношений. Ненормальность такого положения заметили сами судебные медики. В 1957 году на III Все-

¹ Профессор Ю. С. Сапожников, О правовом положении эксперта, «Ученые записки Киевского Государственного Университета им. Т. Г. Шевченко», т. VII, «Юридический сборник» 1948 г. № 2, стр. 141—142.

¹ М. И. Райский, Судебная медицина, М., 1953, стр. 5.

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

³ См. Р. Д. Рахунов, Теория и практика экспертизы в советском уголовном процессе, М., 1950; М. А. Чельцов, Н. В. Чельцова, Проведение экспертизы в советском уголовном процессе, М., 1954; М. И. Авдеев, И. Д. Перлов, О пределах правомочий судебно-медицинского эксперта в советском уголовном процессе, «Вопросы криминалистики», 1962 г., № 3 (18), стр. 20—30.

союзном совещании судебно-медицинских экспертов Э. И. Кантер выступил против «неправильной практики, когда специалисты не вводятся в состав комиссии, а с ними только консультируют»¹.

Замечание было принято и инструкция Главного судебно-медицинского эксперта СССР от 12 января 1959 г. «О работе судебно-медицинских экспертных комиссий» признала полноправными членами комиссий приглашаемых для работы в них врачей-специалистов.

Согласно этой инструкции работники судебно-медицинских учреждений выполняют функции председателя комиссии, ее секретаря и докладчика по делу. Председатель «руководит работой комиссии, ...секретарь подготавливает материалы к заседанию комиссии, знакомит ее членов с материалами дела, ...следит за правильным оформлением акта экспертизы» и т. д., а назначаемый из числа судебных медиков докладчик излагает «обстоятельства дела».

Конечно, вся эта организационная работа необходима, но не она создает процессуальные полномочия эксперта, а авторство существа выводов, сделанных на основе исследования объектов экспертизы и соответствующих положений науки.

Какова же в этом аспекте роль судебных медиков? Участвуют ли они и в каких именно экспертных исследованиях?

Инструкция от 12 января 1959 г. ответа на этот вопрос не дает. Для того чтобы решить его, рассмотрим вторую особенность судебно-медицинской экспертизы по вопросам лечебной деятельности, которая заключается в комиссионной форме ее проведения.

Согласно уголовно-процессуальному закону (ст. 80 УПК РСФСР) судебная экспертиза любого вида может быть проведена как одним экспертом, так и комиссией экспертов. Случаев обязательного проведения комиссионной экспертизы закон не предусматривает. Однако названным циркуляром НКЮ и НКЗ РСФСР 1928 года, Положением о производстве судебно-медицинской экспертизы 1934 года и действующей Инструкцией о

¹ «Материалы III Всесоюзного совещания судебно-медицинских экспертов и III Всесоюзной конференции научного общества судебных медиков и криминалистов», Рига, 1957, стр. 18.

производстве судебно-медицинской экспертизы в СССР 1952 года установлено, что экспертиза по делам о профессиональных правонарушениях должна проводиться только комиссионно, т. е. что здесь выбор формы экспертизы отсутствует.

Названные нормативные акты не противоречат закону, так как и они и закон исходят из одних и тех же предпосылок: при решении сложных задач, требующих проведения больших и квалифицированных исследований, необходима комиссионная экспертиза.

Но не только сложность задач, разрешаемых экспертизой по вопросам лечебной деятельности, обуславливает необходимость ее проведения в комиссионной форме. Главное, что сами экспертные исследования в большинстве случаев носят комплексный характер, так как, во-первых, комплексными обычно являются лечебные мероприятия, правильность которых проверяется в ходе следствия (например, оперативные и консервативные методы лечения), во-вторых, в лечении больного часто принимают участие врачи различных специальностей и, наконец, неблагоприятный исход лечения может быть также связан с самыми различными заболеваниями (хирургическими, урологическими, гинекологическими и т. д.).

Вот почему тактическое требование о комиссионной форме проведения судебно-медицинской экспертизы по вопросам лечебной деятельности необходимо понимать как требование об участии в экспертизе специалистов различных врачебных специальностей¹.

Отсюда ясно, что и судебные медики как члены экспертных комиссий участвуют в комплексных экспертных исследованиях только в качестве представителей одной из отраслей медицины, научные положения которой используются для решения вопроса о причинах смерти

¹ Конечно, по делам о нарушении медперсоналом профессиональных обязанностей возможны относительно простые случаи, когда заключение может быть дано одним экспертом. Однако и в этих случаях такая возможность всегда обнаруживается лишь в самом процессе проведения экспертизы. Кроме того, не исключено и обратное, когда в ходе производства экспертизы по вопросам, кажущимся в момент назначения экспертизы простыми, возникает необходимость в комиссионном их обсуждении и решении. Поэтому соблюдение указанного правила во всех случаях не является излишним.

потерпевшего или о тяжести вредных последствий, причиненных его здоровью в случае, если потерпевший остался жив. Так же, как судебные медики не представляют всех отраслей медицины, так и в качестве членов экспертных комиссий они не представляют всей комиссии в целом. А функции председателя или секретаря комиссии они выполняют лишь в организационном отношении.

Третья особенность судебной экспертизы по вопросам лечебной деятельности характеризуется тем, что заключение ее зачастую является прямым доказательством по делу.

Мы акцентируем внимание на этой особенности заключения судебной экспертизы по так называемым «врачебным делам» с определенной целью. Дело в том, что с названной особенностью связана одна из причин глубоко ошибочных взглядов на юридическую природу судебной экспертизы в уголовном процессе и в особенности на роль экспертов в расследовании так называемых «врачебных дел». И хотя нашими учеными проделана большая работа по разоблачению пришедших в советскую теорию из буржуазной науки суждений о судебном эксперте как о научном судье фактов, в связи с чем официального хождения в прямой форме эти взгляды уже не имеют места, однако у судебных медиков эта точка зрения еще находит себе почву и прежде всего в специфике решения вопросов, возникающих при расследовании преступных нарушений медицинским персоналом профессиональных обязанностей. Расценивая свою роль в этих делах как решающую и определяющую в конечном счете все расследование, судебные медики сводят почти на нет роль следователя и пытаются самостоятельно разрешать такие вопросы, как определение «врачебной ошибки», отграничение ее от «небрежности или халатности» и т. д.

О неправомочности этих «поисков» судебных медиков уже говорилось. Достаточно подчеркнуть, что заключение судебной экспертизы, независимо от того, роль косвенного или прямого доказательства оно играет по конкретному делу, всегда является лишь выводом о факте, но отнюдь не актом, решающим полностью или частично задачи расследования, что входит в компетенцию судебно-следственных органов. К сожалению, некоторые следователи практически солидаризиру-

ются с указанными взглядами судебных медиков и полностью переключаются на экспертов инициативу в установлении истины по делам о преступном нарушении медицинским персоналом профессиональных обязанностей, не вникают в сущность работы экспертов и по существу ставят себя в положение их помощников.

Кроме того, наличие прямого доказательства, каким может являться рассматриваемый вид экспертизы, не освобождает следователя от обязанности проведения следственных действий, направленных на установление косвенных доказательств.

Прокуратурой Подольского района Московской области была привлечена к уголовной ответственности по ст. 172 УК РСФСР хирург больницы П. за то, что она, оперируя больную Г., доставленную с ножевым ранением, обработала и ушила ранение, расположенное в грудной полости, но не обнаружила дефектов от той же раны, имевшихся в кишечнике. Выделявшееся из раны толстой кишки содержимое привело к образованию гнойников, перитониту, а затем к смерти Г.

Врачом П. были допущены и другие нарушения. Но основной задачей следователя было выяснение вопроса о том, могла ли П. обнаружить ранение кишечника, а, следовательно, обработав и ушив его, предотвратить развитие перитонита. Проведенная по делу экспертиза на этот вопрос ответила утвердительно, обосновав свой вывод следующим: «...размеры раны толстой кишки у больной Г. 3×2 см, точно совпадающие с величиной раны грудной стенки, свидетельствуют о том, что раневой канал на всем протяжении был достаточно широким и что можно было в момент обработки раны установить комбинированное ранение грудной и брюшной полостей». В связи с этим в заключении экспертизы опровергалось и заявление П. о том, что рана ею не была замечена, так как на диафрагме она была якобы микроточечной.

Убедительность сделанного экспертизой вывода о существовании объективных условий, позволявших врачу обнаружить повреждение кишечника и спасти жизнь больного, очевидна.

Однако свое первоначальное решение о доказанности этого обстоятельства следователь обосновал только заключением экспертизы и не обратил внимания на сделанные в истории болезни исправления записей

о локализации ранения снаружи. Первоначальные записи (а их было две: в описании самого ранения при поступлении больной и в описании места операционного поля) указывали о ранении близ X ребра, а после исправления у IX ребра.

Вместо того, чтобы допросом лица, вскрывавшего труп Г., установить неосновательность этих исправлений и, значит, прийти к четкому выводу о том, что исправления не являются случайными, а произведены с определенным намерением (скрыть объективно существовавшую возможность обнаружения раны внутренних органов брюшной полости, так как X ребро расположено ниже IX, т. е. ближе к брюшной полости), следователь счел возможным проверить основательность выводов одной экспертизы только выводами другой. И когда повторная экспертиза, назначенная по ходатайству обвиняемой, дала менее определенное заключение, следователь вынес постановление о прекращении дела. В результате важная косвенная улика в сочетании с прямыми выводами экспертизы не была использована как серьезное и убедительное доказательство виновности врача П.

Еще большие возможности в установлении истины по делам рассматриваемой категории имеются у следователя, направляющего свои действия на расширение фактической базы заключения судебной экспертизы по вопросам судебной деятельности.

Как известно, в основе выводов судебной экспертизы, независимо от того, прямо или косвенно указывают эти выводы на главный факт, находятся определенные фактические данные, исследование которых является задачей экспертизы. Задача же следователя заключается в обнаружении этих объектов исследования и предоставлении их эксперту, не обладающему процессуальным правом по собиранию доказательств. Поэтому не только полнота новых фактов, сообщаемых экспертизой, но и доказательственная сила их во многом зависит от инициативы и умения следователя.

Четвертая особенность судебной экспертизы по вопросам лечебной деятельности заключается в том, что она проводится по материалам уголовного дела, что также отличает ее от других видов судебно-медицинской экспертизы, которая, как известно, непосредственным

объектом своего исследования имеет тело живого человека или труп.

К содержанию понятия «материалы дела» как объекта исследований судебной экспертизы по вопросам лечебной деятельности 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 потерпевшего, о течении болезни и ее исходе, о действиях медицинского персонала по обследованию больного и оказанию помощи больному.

Являясь основным источником информации для исследования, медицинские документы не всегда обеспечивают в достаточном объеме фактическую базу заключения эксперта.

Объясняется это объективными причинами, не позволяющими врачу зафиксировать необходимые ему сведения. Например, при доставке потерпевшего в больницу в бессознательном состоянии посторонними, случайными лицами у врача отсутствует возможность собрать анамнез заболевания, выяснить его симптоматику в начальном периоде, установить продолжительность самого периода. Кроме того, это происходит иногда из-за недобросовестного отношения некоторых врачей к своим обязанностям по ведению документации.

Наконец, нельзя исключить и возможность сознательного внесения в медицинские документы неправильных записей.

Поэтому полнота исследований экспертизы и обоснованность ее выводов могут быть обеспечены только путем сочетания данных медицинской документации со сведениями из других источников информации и прежде всего из показаний допрошенных по делу лиц¹.

Рассмотренные особенности экспертизы по вопросам лечебной деятельности позволяют сделать следующие

¹ Серьезные возражения вызывает поэтому рекомендация авторов методического пособия, согласно которой «в основу заключения экспертизы (по материалам дела.— Ф. Б.) не могут быть положены содержащиеся в следственных материалах показания свидетелей, подозреваемых, потерпевших» («Судебно-медицинская экспертиза

выводы для практики расследования и судебного рассмотрения преступных нарушений медперсоналом профессиональных обязанностей.

1. Как правило, судебно-медицинская экспертиза по вопросам лечебной деятельности должна проводиться комиссионно с обязательным участием в ней врачей-клиницистов различных специальностей. Проведение этой экспертизы нельзя поручать только судебным медикам.

2. По каждому конкретному делу при выборе врачей-специалистов для приглашения их в качестве экспертов необходимо одновременно руководствоваться: а) характером заболевания потерпевшего; б) видом специализации медицинских работников, действия которых проверяются в ходе следствия; в) следственными версиями, проверка которых требует постановки соответствующих дополнительных вопросов перед экспертизой.

3. В соответствии со ст. 189 УПК РСФСР следователь (суд) может либо сам непосредственно сформировать экспертную комиссию, либо в соответствии со ст. 187 УПК РСФСР использовать для этого судебно-медицинские учреждения, поручая им создание таких комиссий.

Но и в последнем случае следователь (суд) не вправе отстраняться от участия в комплектовании экспертной комиссии. Эта работа должна проводиться под его контролем с тем, чтобы обеспечить комплексное исследование и решение вопросов, относящихся к различным отраслям лечебной деятельности.

4. При проведении экспертизы в судебно-медицинском учреждении необходимо помнить, что председатель комиссии — судебный медик — является таковым лишь в организационном отношении, а не с точки зрения значимости и авторитетности его мнения.

К тому же уголовно-процессуальный закон не знает подразделения участников комиссионных экспертиз на председателя и членов, поскольку заключение экспертами дается, как известно, не по большинству голосов.

по материалам уголовных дел (методическое пособие)», Горький, 1962, стр. 8). Запрещая экспертизе использовать эти материалы безотносительно к характеру содержащихся в них сведений, авторы пособия значительно сужают базу экспертных исследований и уменьшают доказательственную силу выводов экспертизы.

5. В связи с этим выяснение дополнительных деталей, уточняющих выводы экспертизы, следует производить путем допроса не только председателя комиссии (начальника бюро судебно-медицинской экспертизы), но и соответствующих специалистов, хотя они и значатся в документах всего лишь членами.

6. Поэтому же участниками судебной стадии уголовного процесса являются все эксперты, в том числе врачи-клиницисты, а не только начальники бюро судебно-медицинской экспертизы. В противном случае происходит нарушение одного из основных принципов советского уголовного процесса — принципа непосредственного восприятия судом доказательств. Ведь, представляя всю комиссию и выступая по существу от имени компетентных ее членов, судебные медики играют как бы роль посредников между этими специалистами и судом.

7. Подготовку материалов для экспертизы необходимо начинать с первых же следственных действий, не ограничиваясь при этом изъятием медицинских документов, дополняя их другими материалами, содержащими сведения медицинского характера.

8. Время назначения экспертизы целесообразно относить к моменту, когда сведения, содержащиеся в медицинских документах, будут уточнены, иногда и проверены путем допросов и других следственных действий.

Проблема ответственности медицинских работников за профессиональные правонарушения не исчерпывается затронутыми вопросами. В дальнейшей разработке нуждаются критерии профессиональной неправомерности медицинских действий. Специального рассмотрения заслуживают границы оправданного врачебного риска и вопросы правового регулирования новаторской лечебной деятельности. Усилению гарантий социалистической законности при разрешении жалоб, расследовании и судебном рассмотрении уголовных дел о профессиональных правонарушениях медицинских работников будет содействовать создание научно обоснованной методики, охватывающей весь комплекс возникающих при этом вопросов. Фрагментарного освещения в настоящей работе лишь некоторых из них, очевидно, недостаточно. В значительном совершенствовании нуждается экспертиза по вопросам лечебной деятельности, для чего необходимы совместные усилия медиков и юристов.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	3
<i>Глава первая. «ВРАЧЕБНАЯ ОШИБКА» КАК ПРАВОВАЯ ПРОБЛЕМА</i>	
§ 1. Краткая историческая справка	5
§ 2. Специфика медицинской деятельности и трудности ее уголовноправовой оценки	8
§ 3. Трактовка «врачебной ошибки» в современной судебно-медицинской литературе и практике	15
<i>Глава вторая. ОСНОВАНИЯ И ПРЕДЕЛЫ ОТВЕТСТВЕННОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ЗА ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ПРАВОНАРУШЕНИЯ ПО СОВЕТСКОМУ УГОЛОВНОМУ ПРАВУ</i>	
§ 1. Понятие профессиональной неправомерности деяний медицинских работников	34
§ 2. Критерии профессиональной неосторожности	46
§ 3. Причинная связь	60
§ 4. Незаконное экспериментирование	69
<i>Глава третья. КВАЛИФИКАЦИЯ</i>	
§ 1. Преступное неоказание медицинской помощи	73
§ 2. Преступно-пенадлежащее оказание медицинской помощи	81
<i>Глава четвертая. ОСОБЕННОСТИ РАССЛЕДОВАНИЯ</i>	
§ 1. Возбуждение уголовного дела	89
§ 2. Планирование расследования	96
§ 3. Установление причинной связи	100
§ 4. Виды профессионально-неправомерных деяний	103
§ 5. Установление вины	112
§ 6. Судебная экспертиза по вопросам лечебной деятельности	117