

УДК 343

DOI: <https://doi.org/10.18454/VEPS.2017.1.5507>**Особенности уголовной ответственности медицинских работников****Назмутдинова Л.М.**

Помощник судьи Верховного Суда Республики Татарстан

В статье проведен анализ уголовной ответственности медицинских работников, в том числе и ст. 124 УК РФ. На основе анализа действующего уголовного законодательства и имеющихся в науке позиций автор излагает свое видение проблемы.

Ключевые слова: медицинские работники, здравоохранение, неоказание помощи, неоказание помощи больному, оставление в опасности.

В соответствии со ст. 7 Конституции РФ [1], Российская Федерация – это социальное государство, политика которого направлена на создание условий, обеспечивающих достойную жизнь и свободное развитие человека.

Одной из первоочередных задач деятельности любого государства на конституционном уровне является качественное обеспечение жизни и здоровья населения с помощью различных социальных и правовых механизмов их защиты. При этом особая роль отводится здравоохранению как руководящему в этом вопросе ведомству государства.

Исходя из содержания ст. 2 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [2], охрана здоровья граждан осуществляется в том числе и правовыми мерами органами государственной власти РФ. К таким мерам относится и привлечение к уголовной ответственности.

В структуре Уголовного кодекса Российской Федерации 1996 г. [3] (далее – УК РФ) законодателем выделены XII разделов, из которых разделом VII «Преступления против личности» начинается Особенная часть УК РФ. Этот раздел занимает особое место, поскольку преступления против личности – один из наиболее опасных по объекту посягательства видов преступлений, прямо и непосредственно направленных на причинение вреда человеку, его жизни, свободе, чести, достоинству. Отсюда следует, что российский законодатель, отражая иерархию ценностей, как это принято в развитых демократических государствах, ставит во главу угла интересы личности: в первую очередь – жизнь и здоровье человека и только потом – интересы общества и государства.

В силу ст. 41 Конституции РФ [1] следует, что каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь (далее – МП) в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений.

В целях обеспечения устойчивого социально-экономического развития Российской Федерации одним из приоритетов государственной политики должно являться сохранение и укрепление здоровья населения на основе формирования здорового образа жизни и повышения доступности и качества МП [4].

Согласно Уставу Всемирной организации здравоохранения (1948 г.), здоровье – это состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов [5].

В России регулярно принимаются федеральные программы охраны и укрепления здоровья населения. Наиболее крупной комплексной федеральной программой является действующая с 2006 г. «Национальная приоритетная программа в области здравоохранения». Основное внимание в ней уделяется передовым методам лечения и внедрению высокотехнологичной медицинской аппаратуры. Свои программы в сфере охраны здоровья населения имеют субъекты РФ, крупные муниципальные образования [6].

Постановлением Правительства РФ от 15 апреля 2014 г. № 294 утверждена Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения», целью которой является обеспечение

доступности МП и повышение эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребностям населения, передовым достижениям медицинской науки [7].

В Республике Татарстан также действуют соответствующие программы в области здравоохранения. Постановлением Кабинета Министров РТ от 1 июля 2013 г. № 461 утверждена Государственная программа «Развитие здравоохранения Республики Татарстан до 2020 года», целью которой является обеспечение доступности МП и повышение эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребностям населения, передовым достижениям медицинской науки [8].

При этом необходимо отметить, что, несмотря на предпринимаемые усилия по защите прав и свобод человека и гражданина, все еще можно установить недостаточную эффективность медицинского обслуживания населения, которая кроме объективных факторов имеет и субъективные: недобросовестное отношение врачей к своим профессиональным обязанностям, необоснованный отказ в МП, злоупотребление должностным положением и др.

Ранее определение понятия «медицинский работник» в российском законодательстве отсутствовало. Согласно ст. 54 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан», которые утратили силу с 1 января 2012 г. в связи с принятием Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ, право на занятие медицинской и фармацевтической деятельностью в Российской Федерации имеют лица, получившие высшее или среднее медицинское и фармацевтическое образование в Российской Федерации, имеющие диплом и специальное звание, а также сертификат специалиста и лицензию на осуществление медицинской или фармацевтической деятельности [9]. Таким образом, в данном документе содержались лишь условия для занятия медицинской деятельностью.

Обратившись к литературе, можно увидеть следующие мнения по данному вопросу. Так, к медицинским работникам, обладающие установленными законом правами и обязанностями, относятся: врачи, фармацевты, фельдшеры, медицинские сестры, акушерки и другие медицинские работники, в том числе и не работающие в медицинских учреждениях (например, врачи, работающие в медицинском журнале или издательстве, врачи-пенсионеры и временно не работающие) – они определяются в качестве специального субъекта преступления [10, с. 48].

При этом если обратиться к действующему законодательству, то, согласно ст. 2 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – ФЗ от 21 ноября 2011 г.), медицинский ра-

ботник – физическое лицо, которое имеет медицинское или иное образование, работает в медицинской организации и в трудовые (должностные) обязанности которого входит осуществление медицинской деятельности, либо физическое лицо, которое является индивидуальным предпринимателем, непосредственно осуществляющим медицинскую деятельность [2].

Анализ норм Особенной части УК РФ позволяет выделить те составы преступлений, которые совершаются преимущественно медицинскими работниками (далее – МР) или при их непосредственном участии, например, предусмотренные ч. 3 ст. 109 УК РФ (причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей), ч. 2 ст. 118 УК РФ (причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей), ч. 2 ст. 122 УК РФ (заражение ВИЧ-инфекцией вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей), ст. 123 УК РФ (незаконное производство аборта), ст. 124 УК РФ (неоказание помощи больному).

Так, ст. 124 УК РФ предусматривает уголовную ответственность за неоказание помощи больному. Неоказание помощи больному – это область медицинского обслуживания, и, кроме медицинской, никакая другая помощь здесь не может оказываться. Само название ст. 124 УК РФ «Неоказание помощи больному» предусматривает то, что потерпевшим по данному составу преступления может являться лишь больной человек, который нуждается в помощи [11, с. 143]. При этом необходимо отметить, что характер помощи в указанном составе законодателем не определен. Однако имеется ключевое слово «больной». Раз человек является больным, то, соответственно, он нуждается в первую очередь в МП. Более того, законодателем в указанном составе в качестве санкции определен такой вид наказания, как лишение права занимать определенную должность или заниматься определенной деятельностью. Лишение права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью может назначаться как в качестве основного, так и дополнительного наказания. Оно заключается в том, что осужденному по приговору суда запрещается занимать конкретную должность или заниматься каким-то конкретным видом деятельности. В УК РФ не определяется круг должностей и видов деятельности, которые могут быть запрещены осужденному. В ч. 1 ст. 47 УК РФ лишь указывается, что рассматриваемый вид наказания состоит в запрещении занимать должности на государственной службе, в органах местного самоуправления либо заниматься определенной профессиональной или иной деятельностью [12, с. 430].

Для более конкретного отражения назначения ст. 124 УК РФ и передачи сути описанного в ней состава преступления целесообразно будет внести изменения в диспозицию данной статьи, указав вид помощи, а именно: «неоказание медицинской помощи».

Охрана жизни и здоровья входят в основной непосредственный объект анализируемого состава преступления, который регламентирован ст. 124 УК РФ, однако также нельзя забывать, что в данном случае немаловажное значение имеет порядок предоставления МП и порядок осуществления медицинского обслуживания. От качественного предоставления МП и медицинского обслуживания будет зависеть обеспечение здоровья населения, поскольку предоставлять и оказывать МП людям, которые в ней нуждаются, МР обязуется еще при получении диплома, когда принимает Клятву врача. В силу ч. 1 ст. 71 ФЗ от 21 ноября 2011 г., лица, завершившие освоение образовательной программы высшего медицинского образования, при получении документа об образовании и о квалификации дают Клятву врача [2].

Среди медицинских работников есть мнение, что врач должен обладать определенным минимумом медицинских знаний на данный момент развития лечебной практики. Но, как гласит Клятва, врачу необходимо постоянно повышать свое профессиональное мастерство, и в подобной ситуации целесообразно согласиться с мнением А.Г. Блинова, который считает, что каждый медицинский работник обязан повышать свои профессиональные навыки, совершенствовать специальные знания [10, с. 83].

Как следует из ч.ч. 1, 3 ст. 69 ФЗ от 21 ноября 2011 г., право на осуществление медицинской деятельности в Российской Федерации имеют лица, получившие медицинское или иное образование в Российской Федерации в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами и имеющие свидетельство об аккредитации специалиста. Аккредитация специалиста проводится аккредитационной комиссией по окончании освоения им профессиональных образовательных программ медицинского образования или фармацевтического образования не реже одного раза в пять лет [2].

МР – это люди с образованием, а во многих случаях (в основном врачи) имеющие высшее медицинское образование. Несмотря на то, что у человека может быть и мало опыта в медицинской деятельности, при этом его контролируют, проверяют, готовы ли он к данной работе. Это является правильным решением, поскольку МР работает в первую очередь с людьми, отвечает за жизнь и здоровье людей.

Согласно ФЗ от 21 ноября 2011 г., помощь делится на два вида – это первая помощь и МП. Исходя из содержания ст. 31 вышеуказанного закона, пер-

вая помощь до оказания МП оказывается гражданам при несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях и заболеваниях, угрожающих их жизни и здоровью, лицами, обязанными оказывать первую помощь в соответствии с федеральным законом или со специальным правилом и имеющими соответствующую подготовку, в том числе сотрудниками органов внутренних дел Российской Федерации, сотрудниками, военнослужащими и работниками Государственной противопожарной службы, спасателями аварийно-спасательных формирований и аварийно-спасательных служб [2]. Таким образом, если вышеуказанный субъект не оказывает первую помощь, то есть оставляет человека в опасности, то данное лицо привлекается к уголовной ответственности по ст. 125 УК РФ, а МР за неоказание МП по ст. 124 УК РФ.

Кроме того, необходимо отметить, что для квалификации по ст. 124 УК РФ не имеет значения рабочее или нерабочее время МР отказался от предоставления медицинских услуг, а также организационно-правовые формы учреждений, поскольку, несмотря на то, человек в состоянии болезни обращается в государственную или частное медицинское учреждение, он обращается за МП, которая, соответственно, оказывается МР.

С первой половины XX в. по настоящее время в России реализуется двухуровневый принцип построения системы медицинской помощи населению, представленный самодостаточными и мало интегрированными между собой структурами: амбулаторно-поликлинической, скорой и стационарной [4].

Основные показатели здравоохранения по Республике Татарстан за 2011-2015 гг. отражены в таблице 1, которые получены из официального сайта Территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Республике Татарстан [13].

Несмотря на развитую сеть амбулаторно-поликлинических учреждений, существующая система первичной медико-санитарной помощи не способна удовлетворить потребности населения страны и современного общества [4].

Эффективному использованию возможностей СМП препятствуют следующие факторы:

- оказание своевременной медицинской помощи в муниципальных районах происходит не по принципу наиболее близко расположенной бригады, а по принципу территориальной принадлежности;
- значительные различия в финансовом обеспечении СМП приводят к отсутствию возможности создать единую электронную диспетчерскую службу и оснастить машины СМП системой спутниковой навигации, а также к ослаблению контроля за техническим состоянием поставляемого в эксплуатацию оборудования;

Таблица 1

**Лечебно-профилактическая помощь населению.
Основные показатели здравоохранения (на конец года)**

	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.
Численность врачей всех специальностей ¹					
всего, чел.	16823	16029	15903	16228	15705
на 10000 чел. населения	44,2	41,9	41,4	42,1	40,6
Численность среднего медицинского персонала					
всего, чел.	40762	40906	40969	41006	43283
на 10000 чел. населения	107,2	107,0	106,7	106,4	111,9
Число больничных организаций					
	111	109	106	108	108
Число коек в больничных организациях (с учетом коек в дневных стационарах)					
всего	32585	34861	33976	32794	33335
на 10000 чел. населения	85,7	91,2	88,5	85,1	86,2
Число коек в больничных организациях (круглосуточных стационаров, без коек в дневных стационарах)					
всего	29179	28583	27479	25399	25448
на 10000 чел. населения	76,7	74,8	71,6	65,9	65,8
Число врачебных амбулаторно-поликлинических организаций (самостоятельных и входящих в состав других организаций) ²					
	226	242	242	286	539
Мощность амбулаторно-поликлинических организаций, посещений в смену					
всего, тыс.	91,9	94,9	93,5	102,1	92,2
на 10000 чел. населения	241,6	248,3	243,5	264,7	238,3

¹ Согласно письму Росстата от 8.02.2013 г. № 08-08-3/419ТО, в общее число врачей не входят аспиранты, клинические ординаторы, интерны.

² В 2015 г. изменилась методология учета амбулаторно-поликлинических отделений, входящих в состав организаций в системе Минздрава РТ.

– существует недостаточная укомплектованность бригад СМП квалифицированными кадрами, в том числе специалистами, своевременно прошедшими переподготовку, из-за несовершенства системы подготовки кадров службы СМП как высшего, так и среднего звена. Обращает особое внимание факт сокращения количества специализированных бригад и отток опытных медицинских кадров;

– зачастую происходит нецелевое использование бригад СМП (для перевозки плановых больных) [4].

Кроме того, необходимо отметить, что, согласно данным из официального сайта Генеральной прокуратуры РФ, нередко прокурорами выявлялись факты неоказания либо некачественного оказания медицинской помощи больным гражданам, несоблюдения стандартов качества оказания гражданам медицинской помощи (Республика Северная Осетия-Алания, Удмуртская Республика, Камчатский край, Новгородская, Новосибирская, Омская, Смоленская области) [14]. В некоторых субъектах Российской Федерации по настоящее время не созданы службы скорой медицинской помощи, что приводит к смерти нуждающихся в ней граждан [14].

Действия (бездействие) врача, за которые он может быть привлечен к уголовной ответственности, описаны в отдельных статьях Особенной части УК РФ. При этом должны быть соблюдены следующие обязательные условия: наступление обще-

ственно опасных последствий (смерти или тяжкого вреда здоровью); противоправность поведения врача; причинно-следственная связь между вредом и противоправным поведением; вина врача [15].

Следователи при привлечении врача к уголовной ответственности сталкиваются с рядом проблем установления указанных выше обстоятельств:

– сложно доказать противоправность действий (бездействия) такого врача;

– трудновыполнимая задача – доказать, что именно небрежность, халатность врача стали причиной нанесенного пациенту ущерба;

– при медицинской ошибке вина врача может быть только в форме неосторожности (легкомыслия или небрежности);

– уголовно наказуемым признается причинение именно тяжкого вреда здоровью пациента [15].

Если виновные действия (бездействие) врача привели к наступлению смерти или тяжкому вреду здоровья пациента, то уголовная ответственность наступает за отдельные составы преступлений, предусмотренных Особенной частью УК РФ, при соблюдении вышеуказанных условий. Так, действия врача могут быть квалифицированы по ч. 2 ст. 109 УК РФ, если он причинил смерть пациенту по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения своих профессиональных обязанностей. Самым строгим наказанием за данное преступление явля-

ется лишение свободы на срок до трех лет с лишением права заниматься медицинской деятельностью на тот же срок или без такового [15].

Лицо может быть привлечено к уголовной ответственности по УК РФ при установлении наличия его вины. Очевидно, что сами медицинские работники всегда будут настаивать на том, что врачебная ошибка является невиновным причинением вреда [10, с. 84].

В соответствии с ч. 1 ст. 73 ФЗ от 21 ноября 2011 г., МР и фармацевтические работники осуществляют свою деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации, руководствуясь принципами медицинской этики и деонтологии [2].

Хотелось бы подчеркнуть, что серьезной проблемой является отсутствие федерального закона прямого действия о защите прав пациентов. Кроме того, нарушение Клятвы врача, предусмотренной ч. 1 ст. 71 ФЗ от 21 ноября 2011 г., не влечет ответственность МР, тем более уголовной ответственности. Более того, в РФ отсутствует единый акт, включающий этические нормы в деятельность МР. Однако, если обратиться к зарубежному законодательству, то указанные этические нормы и правила оформляются в деонтологические кодексы.

При этом необходимо отметить положительный результат Министерства здравоохранения РТ в указанном направлении, поскольку в 2013 г., принимая во внимание важнейшую роль в современном обществе одной из самых гуманных профессий – врача, учитывая традиционно большое значение этического начала в медицине и здравоохранении, руководствуясь документами по медицинской этике, которые содержатся в международных документах, а также нормативных документах Российской Федерации, Ассоциация медицинских работников Республики Татарстан приняла Этический кодекс Республики Татарстан. Согласно данному документу, Этический кодекс является нормативным, но не правовым актом, поскольку принимается органом профессионального сообщества, а не государственным законотворческим органом. Однако Этический кодекс – это не совокупность благих пожеланий, которые можно не исполнять. Он содержит формально-определенные нравственные правила, соблюдение которых является условием профессионального и карьерного роста, а также настойчивым требованием общества к представителям социально-значимых профессий. Согласно ст. 9 вышеуказанного кодекса, он носит рекомендательный характер для врачей любой специальности, однако, при условии, что в должностные инструкции врача медицинской организации внесен пункт о недопустимости нарушения этики и деонтологии, врач за нарушение норм этического Кодекса может быть привлечен к дисциплинарной ответственности в соответствии с действующим трудовым законодательством Российской Федерации [16].

Таким образом, как показал проведенный анализ, медицинский работник является одним из видов специальных субъектов преступления. При этом необходимо отметить, что своевременная и качественная медицинская помощь имеет огромную роль в охране конституционных прав граждан на жизнь и здоровье. Данная помощь может оказываться только медицинскими работниками. Неисполнение либо ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей медицинскими работниками нарушает право граждан на медицинскую помощь, закрепленное в Конституции РФ, тем самым посягает на основные социальные ценности – жизнь и здоровье людей.

Литература:

1. Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993 г.) (с учетом поправок, внесенных Законами РФ о поправках к Конституции РФ от 30.12.2008 г. № 6-ФКЗ, от 30.12.2008 г. № 7-ФКЗ, от 05.02.2014 г. № 2-ФКЗ, от 21.07.2014 г. № 11-ФКЗ) // СПС «Консультант-Плюс» (дата обращения: 15.02.2017 г.).
2. Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ (ред. от 03.07.2016 г.) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2017 г.) // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 15.02.2017 г.).
3. Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 г. № 63-ФЗ (ред. от 07.02.2017 г.) // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 15.02.2017 г.).
4. Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 года, сайт Министерства здравоохранения Республики Бурятия. – URL: <http://www.minzdravrb.ru/important/develop.php> (дата обращения: 15.02.2017 г.).
5. Постановление КМ РТ от 28.08.2009 г. № 591 (ред. от 26.07.2011 г.) «Об утверждении Целевой программы "Формирование социально эффективного здорового образа жизни населения Республики Татарстан" на 2010-2011 годы» // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 15.02.2017 г.).
6. Комментарий к Конституции Российской Федерации (постатейный) / Андриченко Л.В., Боголюбов С.А., Бондарь Н.С. и др.; под ред. Зорькина В.Д. 2-е изд., пересмотренное. – М.: Норма, Инфра-М, 2011. – 1008 с. // СПС «Консультант-Плюс» (дата обращения: 15.02.2017 г.).

7. Постановление Правительства Российской Федерации от 15 апреля 2014 г. № 294 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации "Развитие здравоохранения"» // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 15.02.2017 г.).
8. Постановление КМ РТ от 01.07.2013 г. № 461 (ред. от 22.09.2016 г.) «Об утверждении Государственной программы "Развитие здравоохранения Республики Татарстан до 2020 года"» // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 27.01.2017 г.).
9. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (утв. ВС РФ 22.07.1993 г. № 5487-1) (ред. от 07.12.2011 г.) // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 15.02.2017 г.).
10. Варыгин А.Н., Червонных Е.В. Преступления, совершаемые в сфере здравоохранения, и их предупреждение. – М.: Юрлитинформ, 2013. – 200 с.
11. Назмутдинова Л.М. Субъект не оказания помощи по уголовному праву России // Казанская наука. – Казань: Изд-во Казанский Издательский Дом, 2014. – № 7. – С.143-145.
12. Уголовное право России / Под ред. Ф.Р. Сундурова. – Казань: Изд-во Казан. гос. ун-та, 2007. – 660 с.
13. Территориальный орган Федеральной службы государственной статистики по Республике Татарстан. – URL: http://tatstat.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_ts/tatstat/ru/statistics/sphere/ (дата обращения: 14.02.2017 г.).
14. URL: <http://genproc.gov.ru/smi/news/genproc/news-61562/> (дата обращения: 15.02.2017 г.).
15. Денисова А. Медицинская ошибка: уголовно-правовые аспекты // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 15.02.2017 г.).
16. Сайт Министерства здравоохранения Республики Татарстан. – URL: www.minzdrav.tatarstan.ru/rus/kadry_inf.htm (дата обращения: 14.02.2017 г.).

Criminal Liability of Medical Workers

*L.M. Nazmutdinova
The Supreme Court of Republic Tatarstan*

The paper presents comparative legal analysis of criminal liability of medical workers, including article 124 of the Criminal Code. Based on the analysis of the current Russian criminal legislation and available scientific basis, the author outlines own vision of the problem.

Key words: medical workers, health, failure to render aid, failure to render aid to the patient, leaving in danger.

