

М.И. Галюкова
кандидат юридических наук

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ПРЕСТУПЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ

M.I. Galukova
Ph. D. in Law

PROFESSIONAL CRIMES OF MEDICAL SPECIALISTS: CURRENT CONDITION THE PROBLEM

The liability of medical specialists for professional crimes is now a topical and poorly studied issue. The paper analyzes its basic criminological and criminal law aspects. It also outlines the main tendencies of the current healthcare reform and offers the best ways of resolving the issue.

Ответственность врачей во все времена была объектом повышенного внимания и зависела от религиозных воззрений на врачевание, моральных норм, уровня развития медицинской науки. Взгляд на врачевание как на сверхъестественную силу в глубокой древности предопределил безусловную ответственность врача за смерть больного. Так, основным руководством в деятельности врача в Древнем Египте была «Священная книга». Если врач при лечении больного руководствовался правилами, то он не подлежал ответственности даже в случае смерти больного. В Древней Греции, в силу высокого авторитета врача, он освобождался от ответственности, если больной умирал «против воли врачующего». В настоящее время наблюдается стремительная утрата престижа врачебной профессии и вместе с тем авторитета врача. Еще в XVI в. испанский юрист, врач и философ Хуан Уарте в книге «Исследование способностей к наукам» писал, что медицинская профессия доступна не всем, что есть «люди, неспособные к наукам», а те, которые «способные», должны выбирать свою профессию обдуманно¹. В современном мире, к сожалению, одними лишь морально-этическими рекомендациями нельзя оградить человека от произвола и унижения, поэтому и возникает необходимость принятия юридических норм, соблюдение которых гарантировало бы охрану прав и свобод личности – врача и пациента.

Несмотря на то, что проблема ответственности (в том числе уголовной) медицинских работников за нарушение ими профессиональной деятельности не раз поднималась в средствах массовой информации, юридической и медицинской литературе, она так и не нашла своего четкого и последовательного разрешения в российском законодательстве и практике. С принятием в 1996 г. Уголовного кодекса Российской Федерации, казалось бы, старые вопросы о квалификации деяний, совершенных медицинскими работниками, должны были решиться сами собой, однако этого не произошло. Более того, одновременно с происходящим в последнее десятилетие реформированием системы здравоохранения на правоприменителя обрушилась лавина так называемых «медицинских дел».

Сегодня, к сожалению, уголовное законодательство не может гарантировать реализацию принципов законности и справедливости в процессе, где одной из сторон является медицинский работник. Данный факт косвенно подтверждается и в письме (№72/3-38-07 от 25 января 2007 г.), адресованном первому заместителю Председателя Правительства Российской Федерации Д.А. Медведеву. Первый заместитель Генерального прокурора Российской Федерации А.Э. Буксман доложил о состоянии исполнения законодательства об охране здоровья граждан. Результаты проверки, проведенной Генеральной прокуратурой Российской Федерации с участием прокуроров субъектов Федерации, оказались, мягко говоря, неутешительными: установлены многочисленные

¹ Летов О.В. Современные проблемы медицинской этики. М., 1998. С. 21–22.

факты смерти пациентов по вине медицинских работников, имеют место поборы с пациентов, случаи вымогательства денежных средств за оказание бесплатной медицинской помощи, существуют нарушения законодательства при реализации программы дополнительного лекарственного обеспечения льготных категорий граждан и т. д.

Рассматривая проблему преступности в медицинской сфере, необходимо решить три важных вопроса: во-первых, определить основные тенденции преступности в данной сфере; во-вторых, ответить на вопрос: способны ли социальные гарантии медицинским работникам снизить риск врачебных ошибок и профессиональных преступлений; в-третьих, определить кому поручить разработку уголовно-правовых и уголовно-процессуальных мер борьбы с преступностью в медицинской сфере.

В работе М.П. Клейменова и Е.М. Сейбола «Понятие и предмет медицинской криминологии»² обозначена необходимость выделения нового научного направления в криминологии – медицинской криминологии. Мировой опыт формирования и реализации социально-медицинской политики направлен на минимизацию криминогенных последствий деятельности врача, но, к сожалению, в России отсутствуют предпосылки к созданию единой структуры, отвечающей за безопасность пациентов. Например, по данным разных информационных агентств, в Австралии причинами смерти пациентов в больницах в 80 % случаев становятся ошибки медицинского персонала. На пятом континенте ежегодно до 18 тысяч человек умирают и около 50 тысяч становятся инвалидами по вине госпиталей, в которые эти люди обращаются за помощью. В Великобритании число погибших из-за беспечности врачей и младшего медицинского персонала достигает примерно 33 тысячи в год. В Греции каждый четвертый грек не доверяет врачам и персоналу больниц, хотя всего 13 % являются жертвами врачебных ошибок. В Шотландии, по информации газеты The Scotsman, в 2004–2005 годах 21 тысяча человек пострадали от врачебных ошибок, т. е. от невнимательности

врачей, медсестер или фармацевтов каждые 50 минут страдает один пациент. Только за 2005 г., согласно информации министерства здравоохранения, в больницах Шотландии пострадало 56 тысяч человек. В Испании, по данным испанской ассоциации жертв медицинской халатности, за последние 10 лет из-за ошибок врачей погибли 3 тысячи человек. В США ежегодно около 98 тысяч американцев умирает из-за медицинских ошибок. В благополучной Германии 2005 г., по данным Общества защиты пациентов, врачи совершили примерно 100 тысяч ошибок. Все эти данные позволяют развивать систему защиты пациента от некачественного оказания медицинской помощи, и только в России не ведется статистического учета «врачебных ошибок». Кроме того, не хватает специалистов, занимающихся разработкой обозначенного вопроса.

Особенностью медицинской криминологии является то, что она балансирует на границе двух отраслей знаний: собственно криминологии и медицины. Интерес к возникающим правовым проблемам проявляют в основном медики и судебно-медицинские эксперты, в то время как юристы ограничиваются формальным подходом, основанным на их внутреннем убеждении, а не на предписаниях правовой науки.

В исследованиях судебных медиков проблема профессиональных правонарушений медицинских работников освещается, как правило, без учета особенностей тех или иных видов юридической ответственности, в них не акцентируется внимание на уголовно-правовых аспектах рассматриваемых деяний, спорные вопросы отражаются не всегда квалифицированно. При этом подавляющее большинство работ основано на ранее действовавших и утративших силу «Правилах судебно-медицинской экспертизы тяжести вреда здоровью», утвержденных приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 декабря 1996 г. № 407. Среди научных трудов можно выделить как наиболее яркие монографии С.С. Тихоновой «Прижизненное и посмертное донорство в Российской Федерации» (СПб., 2002), Г.А. Пашияна, И.В. Ившина «Профессиональные преступления медицинских работников против жизни и здоровья» (М., 2006), А.Г. Блинова «Уголовно-правовая

² Клейменов М.П., Сейбол Е.М. Понятие и предмет медицинской криминологии // Медицина и право: Сб. материалов регион. науч.-практ. конф. Омск, 2005. С. 13–17.

охрана прав и свобод пациента в России» (Саратов, 2001).

Область применения и совершенствования уголовного законодательства в этой крайне не простой проблеме выглядит следующим образом.

1. Развитие теоретических основ уголовно-правовой охраны здоровья человека. Выделение и обоснование классификации преступлений, где вред жизни или здоровью причиняется медицинским работником. Анализ судебной практики показал, что сегодня квалификация деяний осуществляется по ч. 2 ст. 109 УК РФ, ч. 2 ст. 108 УК РФ, ч. 4 ст. 122 УК РФ, ст. 124 УК РФ.

2. Изучение специальных вопросов уголовно-правовой охраны здоровья человека: 1) уголовно-правовая оценка врачебной ошибки; 2) уголовно-правовая охрана прав пациента на медицинскую помощь; 3) уголовно-правовая охрана врачебной тайны; 4) уголовно-правовая охрана прав и свобод пациента при проведении медицинского эксперимента; 5) уголовно-правовая охрана прав и свобод пациента от посягательств со стороны лиц, незаконно занимающихся медицинской и фармацевтической деятельностью; 6) обстоятельства, исключаящие преступность деяния при медико-биологическом вмешательстве в права и свободы пациента, и др.

3. Выявление дискуссионных вопросов квалификации преступлений со специальным субъектом (медицинским работником).

Единственной причиной, на наш взгляд, способствующей росту преступности среди медицинских работников, является несоответствие проводимой реформы здравоохранения международным стандартам оказания медицинской помощи. Анализ основных тенденций реформы позволил выявить следующие условия:

1) низкий уровень профессиональной подготовки специалистов в высших учебных заведениях при высоком уровне коррупции (взятничество при поступлении в медицинский вуз сопровождается «поборами» при сдаче сессионных экзаменов);

2) низкий уровень заработной платы медицинского работника при высокой напряженности труда. Например, длительность рабочего времени врача-хирурга может составлять 30 часов при средней ежемесячной зарплате примерно 7 тыс. рублей для горо-

дов областного значения (кроме Москвы и Санкт-Петербурга) и примерно 5 тысяч рублей для сельской местности; при этом заработная плата врача-терапевта еще меньше;

3) принцип коллективизма, который присутствует во многих отделениях больниц, способствует «перекладыванию» ответственности за больного с одного врача на другого;

4) осознание безнаказанности за совершение профессиональных проступков, которое обусловлено тем, что, с одной стороны, судебно-медицинские эксперты скрывают ошибки своих коллег, с другой – отсутствие специальных знаний не позволяет потерпевшему и сотрудникам правоохранительных органов в полной мере разобраться в обстоятельствах дела;

5) отсутствие надлежащего контроля за медицинской документацией. Значительное количество историй болезни (документ, в котором отражена вся картина болезни больного) переписываются, дописываются, а иногда и просто теряются в архивах;

6) отсутствие необходимого оборудования и лекарственных средств в больницах (особенно сельских) и т. д.

Какой же выход можно предложить из сложившейся ситуации?

Во-первых, необходима качественная профессиональная судебно-медицинская экспертиза материалов уголовных дел и профессиональная оценка заключения эксперта.

На рассмотрение экспертам должны в полном объеме представляться следующие материалы: подлинники медицинские документы, отражающие соответствующие факты обращения за медицинской помощью; результаты обследования и лечения больного; надлежащим образом заверенные копии предусмотренных законом разрешений (лицензий) на право осуществления соответствующими медицинскими организациями тех или иных видов медицинской деятельности; копии документов, свидетельствующих об обязанности медицинских работников оказывать медицинскую помощь и выполняемой ими при этом трудовой функции; копии локальных нормативных актов, регламентирующих права и обязанности медицинских работников; при необходимости протоколы допросов потерпевших, свидетелей, а также

подозреваемых (обвиняемых) медицинских работников и др.

Грамотно и логически верно сформулированные вопросы судебно-медицинскому эксперту и ответы на них должны помочь следователю и суду установить признаки деяния, а также лицо, его совершившего, характер вредных последствий, наличие необходимой причинной связи между совершенным деянием и наступившими последствиями, признаков субъективной стороны преступления, наличие обстоятельств, исключающих преступность деяния или обстоятельств, смягчающих или отягчающих наказание. Перечень таких вопросов, на наш взгляд, не обязателен (так как каждое преступление индивидуально), но допустим.

При формулировании выводов эксперт должен не механически следовать уголовно-процессуальному законодательству, а исходить из конкретных обстоятельств рассматриваемого дела. Его негласная обязанность – помочь в установлении истины по делу, а значит, его заключение должно отвечать всем требованиям относимости, допустимости и достоверности доказательств.

Оценка заключения судебно-медицинского эксперта является сложной задачей, решению которой способствует междисциплинарный подход, включающий в себя теорию доказательств, логику, гносеологию, теорию функциональной системы, общую и специальную теорию судебной медицины.

С учетом многообразия участников судебного процесса необходим следующий порядок процессуального взаимодействия для получения значимого результата: оценка заключения судебно-медицинского эксперта судьей, присяжными заседателями, прокурором, следователем, дознавателем по своему внутреннему убеждению, основанному на совокупности имеющихся в уголовном деле доказательств, с целью соблюдения общих процессуальных правил оценки относимости, допустимости и достоверности доказательств; восприятие информации, содержащейся в заключении судебно-медицинского эксперта, подозреваемым, обвиняемым, защитником, потерпевшим, гражданским истцом, гражданским ответчиком, а также их представителями с целью принятия решения о заявлении и обосновании ходатайства о его недопустимости или о возражении

против подобного ходатайства; самооценка судебно-медицинским экспертом данного им заключения.

Во-вторых, следует разработать и внедрить программу по модернизации и упорядочению законодательства о здоровье человека, в том числе и уголовного, в целях обеспечения структурного реформирования отрасли. В основу программы может быть положен опыт Института законодательства и сравнительного правоведения при Правительстве Российской Федерации по разработке концепции развития российского законодательства. Следует учесть и тенденции регулирования законодательных массивов, которые могут быть использованы в законодательстве об охране здоровья граждан. Речь идет о принципе более широкого вовлечения институтов гражданского общества в управление здравоохранением.

В-третьих, повышать информированность пациентов об их правах и обязанностях. Полагаем, что в правовом регулировании охраны здоровья человека и гражданина для эффективного обеспечения гармоничных общественных отношений между врачом и пациентом должны доминировать регулятивные и охранительные механизмы.

В-четвертых, необходима реализация социальной программы по защите врачей всех специальностей. Так, например, несмотря на то, что предпринятая надбавка к заработной плате в размере 10 тысяч рублей врачам-терапевтам, работающим в поликлинике, вызвала широкий положительный общественный резонанс, по своей сути этот шаг явился весьма однобоким и породил вопрос, на который пока нет ответа: почему врач, виртуозно владеющий профессией реаниматолога или нейрохирурга, не заслужил такой же надбавки к заработной плате?

В-пятых, для разрешения сложных проблем, возникающих в современной практической деятельности врачей, Российская медицинская ассоциация в 1996 г. учредила Национальный этический комитет Российской медицинской ассоциации и приняла Положение о Национальном этическом комитете. Сегодня действует этический комитет в Центре хирургии Российской академии медицинских наук, Национальный этический комитет, созданный ассоциацией врачей России, и комитет по биомедицинской этике

при Министерстве здравоохранения Российской Федерации. Одним из первых этических комитетов, работающих на региональном уровне и в соответствии с местным законодательством, является республиканский этический Комитет при министерстве здравоохранения Республики Карелия и медицинском факультете Петрозаводского университета.

Основное предназначение названных комитетов – контроль за соблюдением прав и свобод больного в ходе лечения, за регуляцией нравственных отношений в области охраны здоровья граждан. Они также призваны оказывать помощь пациентам и медицинским работникам в разрешении сложных пра-

вовых и этических проблем. Полагаем, что широкое распространение данных комитетов на территории России позволит эффективно отслеживать факты нарушения прав пациентов или врачей, а взаимодействие комитетов с медицинскими, фармакологическими ассоциациями и правоохранительными органами позволит снизить латентность допускаемых правонарушений.

В заключение хотелось бы вспомнить народную мудрость: «Все профессии от людей и только три от Бога – судить, учить и лечить», и весьма печально, когда между представителями двух древнейших профессий встает Фемида.