

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
«ВЫСШАЯ ШКОЛА ЭКОНОМИКИ»

На правах рукописи

Нагорная Ирина Игоревна

**УГОЛОВНО-ПРАВОВАЯ ОХРАНА ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА
ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ (НА ПРИМЕРЕ РОССИИ,
США И ФРАНЦИИ)**

12.00.08 – уголовное право и криминология;
уголовно-исполнительное право

Диссертация на соискание ученой степени кандидата
юридических наук

Научные руководители:
доктор юридических наук,
профессор,
Заслуженный деятель науки РФ
А.Э. Жалинский;

доктор юридических наук,
профессор Г.А. Есаков

Москва – 2013



Оглавление

Введение	3
Глава 1. Социальная обусловленность уголовно-правовой охраны жизни и здоровья человека при оказании медицинских услуг.....	18
§ 1. Социальная потребность в уголовно-правовой охране жизни и здоровья пациента.....	18
§ 2. Понятие услуг официальной медицины и официальной медицинской деятельности	32
§ 3. Понятие и виды услуг народной (традиционной) и нетрадиционной медицины	52
Глава 2. Посягательства на жизнь и здоровье человека при оказании медицинских услуг.....	98
§ 1. Жизнь и здоровье как объекты уголовно-правовой охраны	98
§ 2. Объективная сторона преступлений	110
§ 3. Субъект преступлений.....	146
§ 4. Субъективная сторона преступлений.....	158
Глава 3. Иные преступления, связанные с причинением вреда здоровью при оказании медицинских услуг и проблемы их квалификации	173
§ 1. Незаконное занятие медицинской практикой	173
§ 2. Оказание медицинских услуг, не отвечающих требованиям безопасности.....	183
§ 3. Мошенничество в сфере оказания медицинских услуг.....	187
Заключение.....	199
Список использованных нормативных правовых и иных актов и литературы	201
Приложение 1. Анкета для опроса граждан. Результаты опроса.....	247
Приложение 2. Анкета для опроса медицинских работников. Результаты опроса.....	249
Приложение 3. Анкета для опроса сотрудников правоохранительных органов. Результаты опроса.....	254
Приложение 4. Сравнительный анализ приговоров и иных судебных актов.....	257



Введение

Актуальность темы исследования. Значение уголовно-правовой охраны жизни и здоровья человека при оказании медицинских услуг обусловлено противоречиями развития системы здравоохранения в России, изменениями в ее правовом регулировании в связи с принятием новых законодательных и подзаконных актов и важных политических решений, касающихся сферы предоставления медицинских услуг, а также возникающими в связи с этим специфическими проблемами толкования и применения уголовного закона.

21 ноября 2011 г. был принят Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»¹, являющийся ключевым актом в сфере здравоохранения.

24 декабря 2012 г. Правительством РФ была утверждена Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения»², являющаяся закономерным продолжением предпринятых за последние десять лет мер, направленных на повышение качества и доступности медицинской помощи, улучшение ее кадрового, финансового и технологического обеспечения.

Также 28 декабря 2012 г. была утверждена Стратегия развития медицинской науки в Российской Федерации на период до 2025 г.³, направленная на развитие инновационных медицинских технологий и повышение конкурентноспособности российской медицинской науки.

Указанные решения ставят перед правовой наукой в целом и перед уголовно-правовой наукой в частности две группы вопросов, нуждающихся в специальном анализе:

¹Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // СЗ РФ. 2011. № 48. Ст. 6724.

²Распоряжение Правительства РФ от 24 декабря 2012 г. № 2511-р «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения»» // СЗ РФ. 2012. № 53 (ч. II). Ст. 8019.

³Распоряжение Правительства РФ от 28 декабря 2012 г. № 2580-р «Об утверждении Стратегии развития медицинской науки в Российской Федерации на период до 2025 года» // СЗ РФ. 2013. № 2. Ст. 111.



1. Необходимость разработки общих подходов к уголовно-правовой охране жизни и здоровья человека при оказании медицинских услуг в новых социальных условиях, а также оценки существующих уголовно-правовых запретов и сложившейся практики их применения.

2. Потребность в уголовно-правовой охране прав пациентов⁴ сопряженной с развитием новых медицинских технологий, исследованием проблем биоэтики в их связи с уголовным правом. Необходимость устранения пробелов уголовного закона, касающихся проблем биоэтики, и проведения дополнительных исследований в данной сфере убедительно аргументирована Н.Е. Крыловой, А.Г. Блиновым и другими авторами.

В то же время обращение к анализу «традиционных» (по терминологии Н.Е. Крыловой) преступлений, совершаемых при оказании медицинских услуг и являющихся предметом данного исследования, представляется чрезвычайно актуальным по ряду причин, среди которых следует отметить:

- постоянно возрастающее внимание общества и государства к проблемам здоровья, формирования здорового образа жизни, качества оказываемых медицинских услуг;
- повышенный общественный резонанс, вызванный фактами ненадлежащего оказания медицинской помощи;
- общая неудовлетворенность населения качеством оказания медицинских услуг;
- общая неудовлетворенность медицинских работников своим социальным положением, чувство правовой незащищенности при осуществлении профессиональных обязанностей.

Отдельно следует указать на специфические вопросы, возникающие в процессе правоприменительной практики:

⁴ Пациентом является «физическое лицо, которому оказывается медицинская помощь или которое обратилось за оказанием медицинской помощи независимо от наличия у него заболевания и от его состояния» (п. 9 ст. 2 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»).



- существование нескольких статей Особенной части Уголовного кодекса РФ⁵ (далее - УК РФ), позволяющих по-разному оценить однотипные с фактической точки зрения деяния, посягающие на жизнь и здоровье человека при оказании медицинских услуг;

- отсутствие четких критериев, позволяющих выбрать ту или иную статью для квалификации соответствующего деяния;

- существенная разница санкций статей, по которым может быть квалифицировано соответствующее деяние;

- необходимость обращения к сложным для понимания и спорным положениям позитивного законодательства для решения вопроса об уголовно-правовой оценке деяния;

- вытекающая из указанных вопросов проблема неопределенности уголовного закона, потенциальная возможность необоснованного повышения уголовной репрессии в отношении медицинских работников.

Кроме того, необходимо иметь в виду, что в современной ситуации, сложившейся в области здравоохранения, повышение правовой защищенности лиц, оказывающих медицинские услуги, и, в частности, их защита от необоснованного усиления уголовной репрессии, необходимы для обеспечения интересов пациентов, в том числе для привлечения в систему здравоохранения и сохранения в ней наиболее квалифицированных медицинских кадров.

Актуальность избранной темы подтверждается также возрастающим количеством случаев обращения потребителей не только к услугам официальной медицины, но и к другим видам медицинских услуг, часть которых до сих пор остаются за рамками правового регулирования в Российской Федерации, однако получают отражение в законодательстве зарубежных стран (например, США и Франции).

⁵Уголовный кодекс РФ от 13 июня 1996 г. № 63-ФЗ // СЗ РФ. 1996. № 25. Ст. 2954.



В условиях развития рыночных отношений и связанного с ним закономерного изменения подходов к правовому регулированию медицинской деятельности и взаимоотношений врача и пациента представляется недостаточным изолированное рассмотрение российского опыта без учета законодательства, доктрины и правоприменительной практики экономически развитых стран, в которых качество медицинских услуг признается высоким.

Выбор для сравнительно-правового анализа опыта двух государств, принадлежащих к разным правовым семьям, а именно США и Франции, предопределяется также тем, что в них не только детально разработаны, но и научно обоснованы подходы к уголовно-правовой охране жизни и здоровья человека при оказании медицинских услуг, зачастую существенно отличающиеся друг от друга, изучение которых, безусловно, может стать весьма полезным для выработки приемлемых для российской действительности решений.

Степень разработанности темы. Формированию отрасли медицинского права и анализу медицинского законодательства, а также рассмотрению различных видов юридической ответственности медицинских работников в литературе уделяется существенное внимание. Эти вопросы освещены в монографиях и иных работах В.И. Акопова, Ю.В. Бисюка, А.Г. Блинова, В.Р. Вебера, Н.Г. Гончарова, Н.К. Елиной, С.В. Ерофеева, И.В. Ившина, Н.Д. Исаева, Н.Е. Крыловой, М.Н. Малеиной, А.А. Мохова, И.Н. Моховой, Ю.Д. Сергеева, С.Г. Стеценко, В.Ю. Стеценко, Г.А. Пашиняна, А.Н. Пищиты, А.А. Рёрихт, А.В. Тихомирова и др., а также в диссертационных исследованиях А.В. Кудакова, М.М. Малаховой, Н.В. Павловой, А.Ю. Сичкаренко, Я.В. Старостиной, В.В. Татаркина, Е.В. Червонных и других исследователей.

Важное значение имеют сборники публикаций по результатам Всероссийских съездов (Национальных конгрессов) по медицинскому праву



под редакцией Ю.Д. Сергеева, публикации в иных сборниках конференций и журналах, посвященные отдельным вопросам медицинского законодательства и уголовно-правовой охраны прав пациентов.

В то же время, несмотря на обилие публикаций по теме, на наш взгляд, недостаточно применяется комплексный подход к анализу различных видов медицинской деятельности (официальной и других разновидностей медицины, включая методики лечения с использованием «сверхъестественных» способностей) как единого целого, позволяющий выработать общие подходы к уголовно-правовой охране жизни и здоровья человека при оказании медицинских услуг. Зарубежный опыт в сфере правового регулирования услуг, альтернативных официальной медицине, остается малоизученным.

Не в полной мере раскрыт потенциал действующего уголовного законодательства с учетом системного рассмотрения применимых норм, анализа их определенности в контексте сложившейся правоприменительной практики. Требуется дополнительный анализ проблемы уголовно-правовой охраны жизни и здоровья человека в связи с положениями нового Федерального закона «Об основах охраны здоровья в Российской Федерации».

Объектом диссертационного исследования являются общественные отношения, возникающие в сфере оказания медицинских услуг различных видов, в том числе связанные с ненадлежащим оказанием таких услуг, а также совокупность норм, регулирующих указанные отношения. **Предмет исследования** – правовые нормы, регулирующие процесс уголовно-правовой оценки деяний, связанных с оказанием медицинских услуг, причинивших или способных причинить вред здоровью или смерть человека, их предметная характеристика, а также сложившаяся практика применения и толкования норм уголовного закона в указанной сфере в Российской Федерации, США и Франции.



Не рассматриваются в рамках данного исследования деяния, при совершении которых субъект имел умысел на причинение вреда здоровью или смерти пациента, так как такие преступления являются грубым нарушением медицинского долга, выходящим за рамки нормального процесса оказания медицинских услуг, а также проблемы биоэтики в их связи с уголовным правом, поскольку они представляют собой предмет отдельного глубокого анализа, включая проблему эвтаназии. Должностные преступления медицинских работников анализируются лишь в связи с вопросом о разграничении лечебных и административно-распорядительных функций медицинских работников, так как последние, на наш взгляд, не входят в содержание медицинской услуги.

Цель исследования заключается в раскрытии потенциала действующих уголовно-правовых запретов в обозначенной сфере, выявлении возникающих проблем и пробелов, выработке рекомендаций по совершенствованию норм Особенной части УК РФ, а также институтов медицинского законодательства, неразрывно связанных с процессом уголовного правоприменения в данной сфере, в том числе с точки зрения повышения определенности уголовного закона и его пригодности для оценки соответствующих деяний, и, как следствие, предсказуемости правоприменительной практики, обоснованности принимаемых решений.

Достижение указанной цели предполагает выполнение следующих **задач**:

- анализ круга применимых норм Особенной части УК РФ, а также рассмотрение положений Общей части УК РФ в части вопросов, возникающих в связи с применением анализируемых уголовно-правовых запретов;
- изучение законодательства, регулирующего различные виды медицинской деятельности и восполняющего бланкетность уголовного закона;



- рассмотрение выявленных норм в свете правоприменительной практики;
- установление соотношения рассматриваемых уголовно-правовых запретов между собой, анализ их связи с иными отраслями законодательства;
- выявление соотношения наказаний, предусмотренных рассматриваемыми статьями уголовного закона, и общественной опасности запрещенных деяний;
- анализ законодательных конструкций, правоприменительной практики, а также уголовно-правовой доктрины США и Франции для выявления применимости разработанных подходов к решению спорных вопросов правотворчества и правоприменения в Российской Федерации;
- выработка правил квалификации преступных деяний, а также уголовно-правовой оценки сложных частных случаев на основе проведенного теоретического анализа и анализа правоприменительной практики, а также с учетом зарубежного опыта.

Методология исследования включает в себя системный анализ норм уголовного права и медицинского законодательства, направленного на охрану жизни и здоровья человека при оказании медицинских услуг, и практики их применения, комплексный анализ различных видов медицинской деятельности в связи с философскими концепциями, касающимися непреходящей ценности жизни и здоровья человека, научной рациональности, а также сформировавшимися принципами медицинской этики.

Методика исследования заключается в применении общенаучных и частнонаучных методов познания, включая юридико-технический и сравнительно-правовой методы; социологический метод, обобщение, анализ, синтез и др.



Теоретическую базу исследования составляют труды российских, американских и французских ученых – юристов и специалистов в области медицины.

В основе диссертации лежат монографические исследования, касающиеся анализа медицинского законодательства и формирования отрасли медицинского права в России, в частности, работы М.Н. Малеиной «Человек и медицина в современном праве» (М., 1995); А.А. Рёрихт «Теоретические основы медицинского права: Проблемы формирования и развития» (М., 2011); Ю.Д. Сергеева, А.А. Мохова «Основы медицинского права России» (М., 2011).

Особое значение имеют работы, посвященные уголовно-правовой охране прав пациентов, например, А.Г. Блинова «Уголовно-правовая охрана пациента в международном и зарубежном законодательстве» (М., 2010), а также уголовной ответственности медицинских работников и врачебной ошибке, в частности, В.И. Акопова, Е.Н. Маслова «Страдания Гиппократы (правовые и этические проблемы современной медицины и ответственность медицинских работников)» (Ростов-на-Дону, 2006); А.А. Байды «Уголовная ответственность за незаконную лечебную деятельность» (Харьков, 2009); А.А. Мохова, И.Н. Моховой «Врачебная ошибка (социально-правовой аспект)» (Волгоград, 2004).

Существенное влияние на содержание диссертации оказали работы признанных специалистов в области уголовного права А.Э. Жалинского, А.И. Коробеева, Л.Л. Кругликова, А.В. Наумова, А.И. Рарога, А.И. Чучаева и др., и сравнительного права (Г.А. Есакова, И.Д. Козочкина, Н.Е. Крыловой и других).

В работе также использовались труды цивилистов, в том числе А.И. Брагинского, В.В. Витрянского, Ю.К. Толстого, А.П. Сергеева.

Были учтены диссертационные исследования, посвященные уголовно-правовой охране прав пациентов и уголовной ответственности медицинских



работников (А.В. Кудakov, М.М. Малахова, Н.В. Павлова, А.Ю. Сичкаренко, Я.В. Старостина, В.В. Татаркин, Е.В. Червонных и др.). Также использовались публикации различных авторов, касающиеся отдельных вопросов медицинского и уголовного законодательства (Е.Г. Афанасьева, Н.А. Баринов, И.В. Ившин, С.В. Полубинская).

Среди использованных работ зарубежных специалистов в области медицинского и уголовного права следует отметить труды В. Вестер-Уисс, В. ЛаФейва, И. Майо, Д. Трюше и др.

Эмпирической базой исследования являются 60 приговоров и иных судебных актов по уголовным делам российских судов; приговоры и иные акты зарубежных судов; данные интервьюирования и анкетирования, проведенного среди экспертов – представителей медицинских работников и сотрудников органов внутренних дел, органов прокуратуры и Следственного комитета, а также среди граждан – потребителей медицинских услуг; сообщения средств массовой информации.

Нормативную базу исследования составляют законы и иные нормативные правовые акты Российской Федерации, Франции, США, регулирующие оказание медицинских услуг, а также устанавливающие ответственность лиц, нарушающих требования к их предоставлению.

Научная новизна исследования состоит в:

- рассмотрении различных видов медицины как единого феномена, требующего выработки общего подхода к уголовно-правовой охране жизни и здоровья пациента;
- предметной характеристике медицинской деятельности и отдельных ее составляющих для целей уголовного правоприменения;
- системном анализе применимых в указанной сфере уголовно-правовых запретов, что приводит к выводу о необходимости выработки дополнительных критериев их разграничения, а также о существующей



потребности в повышении определенности уголовного закона и недопустимости произвольного усиления уголовной репрессии;

- выявлении социальной значимости и общественной опасности отдельных видов уголовно наказуемых деяний и проблем их квалификации, включая малоизученные проблемы уголовно-правовой оценки мошенничества в сфере медицинских услуг, оказываемых лицами, использующими, по их словам, сверхъестественные способности;

- предоставлении и анализе дополнительной информации о зарубежном законодательстве в области оказания медицинских услуг, его толковании в доктрине и правоприменительной практике.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Широкое распространение услуг, относящихся к различным видам медицины, их востребованность населением, а также наличие сходных признаков, единой цели, характерной для любого вида медицины, определяют социальную потребность в равной уголовно-правовой охране жизни и здоровья человека при их оказании.

2. Специфика медицинской деятельности как деятельности, связанной с существованием неизбежного риска причинения вреда здоровью или смерти человека и в то же время осуществляемой с целью устранения болезненных состояний и последствий травм, которые угрожают жизни пациента или существенно ухудшают состояние его здоровья, вызывает необходимость дополнительного обоснования решения отдельных уголовно-правовых вопросов, возникающих в связи с оценкой уголовно наказуемых деяний, совершаемых в данной сфере, в том числе с учетом зарубежного опыта. Данные вопросы касаются как объективных, так и субъективных признаков преступления.

Для уточнения объективных признаков преступлений, причинивших вред здоровью или смерть человека при оказании медицинских услуг, необходимо разъяснить в постановлении Пленума Верховного Суда РФ, что:



а) не является незаконным занятием частной медицинской практикой безвозмездное оказание экстренной медицинской помощи лицу медицинским работником без лицензии;

б) причинная связь между деянием субъекта, оказывающего медицинские услуги, и наступившими последствиями в виде вреда здоровью или смерти человека отсутствует, если оказание медицинской помощи не могло предотвратить их наступление. Суд вправе признать, что причинная связь отсутствует и в случаях, если больной поступил в лечебное учреждение в крайне тяжелом состоянии, непосредственно угрожающем смертью или наступлением определенного вреда здоровью, а дефекты лечения или диагностики не представляли собой существенного нарушения признанных правил их осуществления.

Для уточнения субъективных признаков преступлений, причинивших вред здоровью или смерть человека при оказании медицинских услуг, следует:

а) сформулировать признак «ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей» с учетом его субъективной характеристики. С этой целью данный признак необходимо описать в уголовном законе как «ненадлежащее исполнение лицом своих профессиональных обязанностей вследствие недобросовестного к ним отношения». Факт недобросовестного отношения к исполнению своих обязанностей должен устанавливаться на основании мотивов и целей субъекта (желание уйти с работы раньше положенного времени; неприязнь по отношению к пациенту и т.п.);

б) разъяснить в постановлении Пленума Верховного Суда РФ, что исключается привлечение медицинского работника к уголовной ответственности за неумышленное причинение вреда здоровью или смерти человека, если медицинская помощь оказывается при одновременном наличии следующих обстоятельств: 1) вне медицинской организации; 2) за



пределами рабочего времени; 3) безвозмездно; 4) для устранения непосредственной угрозы жизни человека, возникшей в связи с внезапным острым заболеванием, состоянием, обострением хронических заболеваний.

3. Необходимо ограничить объективную сторону уголовно наказуемого неоказания помощи больному (ст. 124 УК РФ) случаями отказа госпитализировать лицо при наличии серьезной угрозы для его жизни или здоровья, оставления пациента без присмотра в течение длительного времени, отказа врача от оказания экстренной помощи (если это повлекло причинение тяжкого либо средней тяжести вреда здоровью или смерти человека по неосторожности) в целях разграничения данного деяния с иными преступлениями против жизни и здоровья при оказании медицинских услуг, а также с учетом его повышенной общественной опасности. Указанные разъяснения целесообразно закрепить в постановлении Пленума Верховного Суда РФ.

4. Декриминализация статьи 235 УК РФ как малопригодной для целей охраны жизни и здоровья населения при оказании медицинских услуг обосновывается ее технико-юридическим несовершенством с учетом опыта США и Франции, где занятие медицинской деятельностью с нарушением формальных требований к ее осуществлению рассматривается как правонарушение, посягающее на порядок осуществления экономической деятельности. Квалификация занятия медицинской деятельности без лицензии должна осуществляться по ст. 171 УК РФ или по ст. 6.2 Кодекса РФ об административных правонарушениях⁶ (далее - КоАП РФ), а при условии причинения тяжкого вреда здоровью или смерти человека – по совокупности преступлений.

5. Жизнь и здоровье пациента подлежат равной уголовно-правовой охране независимо от правовой формы оказания медицинской помощи (по

⁶ Кодекс РФ об административных правонарушениях от 30 декабря 2001 г. № 195-ФЗ //СЗ РФ. 2002. № 1 (ч. 1). Ст. 1.



договору услуги или вне рамок такого договора). В связи с этим недопустимо применение статьи 238 УК РФ в сфере оказания медицинских услуг, что следует оговорить в примечании к указанной статье.

6. Уголовно-правовая оценка деяний в качестве мошенничества в сфере оказания услуг целителями, использующими, по их словам, сверхъестественные способности, требует установления того, какие сведения, сообщаемые пациенту, относятся к области фактов, а какие к области веры. Последние не могут быть предметом обмана как способа совершения преступления.

Как мошенничество могут квалифицироваться лишь следующие деяния:

- если целитель обманным образом использует предметы материального мира с целью убедить потерпевшего в наличии у него сверхъестественных способностей;

- если потерпевший введен в заблуждение относительно сущности обещаний, данных целителем, и при этом целитель, активно воздействуя на его психику, прибегает к подмене понятий и иным средствам обмана;

- если целитель совершил трату денег, переданных пациентом, на иные, нежели было оговорено, нужды.

7. Поскольку уголовно-правовые запреты в указанной сфере необходимо применять с учетом медицинского законодательства, исходя из зарубежного опыта необходимо закрепить в Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» предметное определение медицинской деятельности в качестве деятельности, включающей в себя:

- а) мероприятия по диагностике, лечению или профилактике болезней, травм или иных дефектов физического или психического здоровья человека, которые являются действительными или мнимыми, облегчению боли, поддержанию и восстановлению физического или психического здоровья, в



том числе с использованием лекарственных средств, различных приборов и инструментов, а также психологического или физического воздействия на пациента;

б) мероприятия по расшифровке данных лабораторных анализов;

в) родовспоможение, искусственное прерывание беременности, предупреждение нежелательной беременности;

г) осуществление любых хирургических операций на человеке, в том числе эстетических;

д) иное медицинское вмешательство в организм человека с иной значимой для индивида целью, не направленное на улучшение или поддержание его здоровья, но способное существенно на него повлиять;

е) консультации относительно указанных действий.

Значение данного определения для применения уголовно-правовых и смежных с ними административно-правовых запретов заключается в том, что оно может стать основой для рассмотрения нарушения субъектом формальных требований к занятию различными видами медицины (наличие лицензии, разрешения, раскрытие информации) как незаконное занятие медицинской практикой, а также для оценки субъектов, занимающихся различными видами медицины, в качестве лиц, исполняющих свои профессиональные обязанности.

Теоретическая значимость исследования состоит в определении социальной потребности в уголовно-правовой охране жизни и здоровья человека при оказании медицинских услуг, а также разработке с учетом правоприменительной практики и зарубежного опыта пригодных для этого конструкций.

Практическая значимость исследования заключается в возможности использования его результатов при формулировании правотворческих решений, при подготовке разъяснений Пленума Верховного Суда РФ; в процессе уголовно-правовой квалификации преступных деяний субъектов,



оказывающих медицинские услуги, а также при преподавании дисциплины «Уголовное право» на юридических факультетах.

Апробация результатов диссертационного исследования.

Положения, выносимые на защиту, а также иные положения диссертации отражены в публикациях. Они обсуждались на научно-практических конференциях «Экономика и право: актуальные проблемы и перспективы развития» (Караганда, 2011 г.); «Право и его реализация в XXI веке» (Саратов, 2011 г.); «Экономика, социология, право: новые вызовы и перспективы» (М., 2011 г.); «20 лет Независимости Республики Казахстан: достижения и перспективы развития» (Караганда, 2011 г.); «Правовая система как элемент устойчивого развития субъекта Российской Федерации» (Сыктывкар, 2011 г.); «Актуальные проблемы юридической науки и правоприменительной практики» (М., 2012 г.); «Власть и право» (Тамбов, 2012 г.); «Уголовное право: стратегия развития в XXI веке» (М., 2013 г.), а также докладывались на заседаниях кафедры уголовного права факультета права НИУ ВШЭ.

Структура диссертации. Диссертационная работа состоит из введения, трех глав, заключения, списка нормативных правовых и иных актов, использованной литературы, четырех приложений.



Глава 1. Социальная обусловленность уголовно-правовой охраны жизни и здоровья человека при оказании медицинских услуг

§ 1. Социальная потребность в уголовно-правовой охране жизни и здоровья пациента

На современном этапе развития общества социальная потребность в уголовно-правовой охране жизни и здоровья человека при оказании медицинских услуг определяется несколькими факторами:

1. Возрастающим осознанием непреходящей ценности здоровья, что предполагает повышенное внимание к качеству жизни⁷, а также распространением различных альтернативных методик поддержания и восстановления здоровья, минимизирующих (или стремящихся к минимизации) негативное побочное влияние на организм человека.

Эти факты влекут за собой популяризацию медицинских знаний, появление значительного числа источников информации о методах лечения и об их эффективности, повышение уровня правовой и медицинской информированности пациентов, включая возможность применения мер уголовно-правового воздействия в случае неблагоприятного исхода лечения, вызванного виновными деяниями медицинских работников.

2. Исключительной ролью профессиональной медицинской деятельности в профилактике и лечении различных заболеваний.

В современном обществе состояние здоровья рассматривается с учетом возможности его улучшения с помощью медицинской деятельности. Большинство лиц имеют дело с медициной, начиная с момента рождения и заканчивая смертью.

В связи с этим охрана жизни и здоровья человека средствами уголовного закона предполагает возможность наступления ответственности за причинение вреда в случае, если не были предприняты все необходимые

⁷ См.: Ахунов И.Н., Гурьева М.Э. Проблема количественного измерения здоровья в медицине: методика качества жизни. Научные труды III Всероссийского съезда (Национального конгресса) по медицинскому праву 30-31 мая 2007 г. / Под ред. Ю.Д. Сергеева. М.: НАМП, 2007. С. 18-22.



медицинские меры, а тяжесть первоначального заболевания или травмы оставляла вероятность благоприятного исхода лечения.

3. Во многих случаях обращение за медицинской услугой носит «вынужденный» характер⁸, то есть жизнь пациента или его полноценное существование напрямую зависит от того, прибегнет ли он к медицинской помощи и насколько эффективным окажется лечение.

В экстренных случаях пациент оказывается особенно зависимым и уязвимым, что предопределяет необходимость существования уголовной ответственности за оставление в опасности и неоказание помощи больному.

При этом невозможно рассматривать вопрос о социальной потребности в уголовно-правовой охране жизни и здоровья человека при оказании медицинских услуг, не уяснив:

1. Состояние системы здравоохранения в стране.
2. Специфику медицинской деятельности.
3. Степень удовлетворенности пациентов оказываемыми медицинскими услугами.
4. Уровень правовой защищенности медицинских работников при осуществлении профессиональной деятельности.

1. Состояние здравоохранения в Российской Федерации. О неблагоприятной ситуации в области российского здравоохранения свидетельствуют следующие факты⁹:

- с 1990 по 2011 г. существенно возросло число заболеваний, приводящих к смерти; число заболеваний системы кровообращения возросло в 2 раза, число онкологических заболеваний – на 60%;

- в период 2000-2005 гг. численность населения уменьшалась в среднем за год на 600-700 тыс. человек;

⁸ См.: Андреев Ю.Н. Платные медицинские услуги. Правовое регулирование и судебная практика. М.: Ось-89, 2007. С. 23.

⁹ См.: Распоряжение Правительства РФ от 24 декабря 2012 г. № 2511-р «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения»»



- общий показатель смертности, то есть число умерших от всех причин на 1000 человек в 2010 г. составил 14,2%;

- ожидаемая продолжительность жизни в 2005 г. составляла 65,3 года.

В последние годы государством были инициированы крупномасштабные проекты, направленные на решение указанных проблем:

1. Приоритетный национальный проект «Здоровье», который начал действовать с 1 января 2006 г.¹⁰

В рамках реализации проекта было выделено три основных направления: повышение приоритетности первичной медико-санитарной помощи, усиление профилактической направленности здравоохранения, расширение доступности высокотехнологичной медицинской помощи.

Было запланировано проведение ряда мероприятий, в частности, строительство восьми федеральных центров высоких медицинских технологий, оснащенных современным медицинским оборудованием (Постановление Правительства РФ от 15 апреля 2009 г. № 324 «О мерах по реализации Указа Президента Российской Федерации от 6 марта 2009 г. № 243 «О формировании имущества государственной корпорации по содействию разработке, производству и экспорту высокотехнологичной промышленной продукции “Ростехнологии”»¹¹); выделение дополнительного финансирования женским консультациям и роддомам в рамках дополнительного проекта «Родовые сертификаты» (Приказ Минздравсоцразвития РФ от 28 ноября 2005 г. № 701 «О родовом сертификате»¹²).

2. Постановлением Правительства РФ от 10 мая 2007 г. № 280 утверждена Федеральная целевая программа «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007 - 2012 годы)»¹³.

¹⁰ Национальный проект. URL: <http://www.zdorovie.perm.ru/> (дата обращения: 20.03.2013).

¹¹ СЗ РФ. 2009. № 16. Ст. 1942.

¹² Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти. 2006. № 4.

¹³ СЗ РФ. 2007. № 21. Ст. 2506.



3. Региональные программы модернизации здравоохранения.

Также с целью улучшения указанной ситуации был принят ряд нормативных правовых актов, важнейшими среди которых являются:

- Федеральный закон от 24 апреля 2008 г. № 51-ФЗ «О присоединении Российской Федерации к Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака»¹⁴;

- Федеральный закон от 12 апреля 2010 г. № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств»¹⁵;

- Федеральный закон от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»¹⁶;

- Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»¹⁷;

- Федеральный закон от 23 февраля 2013 г. № 15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака»¹⁸;

- Указ Президента РФ от 09 октября 2007 г. № 1351 «Об утверждении Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года»¹⁹;

- Указ Президента РФ от 09 июня 2010 г. № 690 «Об утверждении Стратегии государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 года»²⁰;

- Распоряжение Правительства РФ от 30 декабря 2009 г. № 2128-р «О Концепции реализации государственной политики по снижению масштабов

¹⁴ СЗ РФ. 2008. № 17. Ст. 1758.

¹⁵ СЗ РФ. 2010. № 16. Ст. 1815.

¹⁶ СЗ РФ. 2010. № 49. Ст. 6422.

¹⁷ СЗ РФ. 2011. № 48. Ст. 6724.

¹⁸ СЗ РФ. 2013. № 8. Ст. 721.

¹⁹ СЗ РФ. 2007. № 42. Ст. 5009.

²⁰ СЗ РФ. 2010. № 24. Ст. 3015.



злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения Российской Федерации на период до 2020 года»²¹;

- Распоряжение Правительства Российской Федерации от 23 сентября 2010 г. № 1563-р «О Концепции осуществления государственной политики противодействия потреблению табака на 2010-2015 годы»²²;

- Распоряжение Правительства РФ от 25 ноября 2010 г. № 1873-р «Об основах государственной политики Российской Федерации в области здорового питания населения на период до 2020 года»²³.

Следующим шагом в реформировании системы здравоохранения стала разработка в соответствии с Распоряжением Правительства РФ от 11 ноября 2010 г. № 1950-р «Об утверждении перечня государственных программ Российской Федерации»²⁴ совместно с субъектами Российской Федерации и последующее утверждение Государственной программы РФ «Развитие здравоохранения».

Программа включает в себя 11 подпрограмм, направленных, в частности, на профилактику заболеваний и формирование здорового образа жизни, развитие и внедрение инновационных методов диагностики, профилактики и лечения, совершенствование оказания специализированной, медицинской помощи, охрану здоровья матери и ребенка, кадровое обеспечение системы здравоохранения.

Программа реализуется в 2 этапа: первый (2013-2015 гг.) – структурные преобразования; второй (2016-2020 гг.) – развитие инновационного потенциала в здравоохранении. Общий объем финансирования программы - 33 721 млрд руб., из них федеральные средства – 6 067,5 млрд руб.

К началу действия реализации Программы благодаря реализации соответствующих государственных инициатив в 2011 г.:

²¹СЗ РФ. 2010. № 2. Ст. 264.

²²СЗ РФ. 2010. № 40. Ст. 5118.

²³СЗ РФ. 2010. № 45. Ст. 5869.

²⁴СЗ РФ. 2010. № 47. Ст. 6166.



- был обеспечен прирост численности населения на 190,9 тыс. человек;
- родилось 1 796,6 тыс. детей, что на 0,4% больше, чем в 2010 году;
- снизился общий показатель смертности до 13,5 на 1000 человек;
- младенческая смертность на 1000 родившихся живыми снизилась на 2,3% по сравнению с 2010 годом и составила 7,4 на 1000 родившихся живыми;

- повысилась эффективность скорой медицинской помощи: по сравнению с 2006 годом количество смертей в машинах скорой помощи сократилось практически в 10 раз;

- увеличилась ожидаемая продолжительность жизни до 70,3 лет.

Тем не менее продолжительность жизни в России остается низкой: на 6,5 лет меньше, чем в европейские страны, вошедших в Европейский Союз после мая 2004 г., и на 12,5 лет меньше, чем в странах, вошедших в Евросоюз до мая 2004 года. Показатели материнской и младенческой смертности превышают аналогичные показатели в развитых странах в 1,5-2,0 раза.

Ожидаемыми результатами программы являются:

- снижение смертности от всех причин до 11,4 случаев на 1000 человек;
- снижение материнской смертности до 15,5 случаев на 100 тыс. родившихся живыми;

- снижение младенческой смертности до 6,4 случаев на 1000 родившихся живыми;

- снижение смертности от болезней системы кровообращения до 622,4 случаев на 100 тыс. населения;

- снижение смертности от дорожно-транспортных происшествий до 10,0 случаев на 100 тыс. населения;

- снижение смертности от новообразований (в том числе от злокачественных) до 190,0 случаев на 100 тыс. населения;

- снижение смертности от туберкулеза до 11,2 случаев на 100 тыс. населения;



- снижение потребления алкогольной продукции (в пересчете на абсолютный алкоголь) до 10,0 литров на душу населения в год;
- снижение распространенности потребления табака среди взрослого населения до 25%;
- снижение распространенности потребления табака среди детей и подростков до 15%;
- снижение уровня заболеваемости туберкулезом до 35 случаев на 100 тыс. населения;
- увеличение обеспеченности врачами до 44,8 на 10 тыс. населения;
- соотношение врачей и среднего медицинского персонала 1:3;
- повышение средней заработной платы врачей и работников медицинских организаций, имеющих высшее медицинское (фармацевтическое) или иное высшее образование, предоставляющих медицинские услуги, до 200% от средней заработной платы в соответствующем регионе;
- повышение средней заработной платы среднего медицинского (фармацевтического) персонала до 100% от средней заработной платы в соответствующем регионе;
- повышение средней заработной платы младшего медицинского персонала до 100% от средней заработной платы в соответствующем регионе;
- увеличение ожидаемой продолжительности жизни при рождении до 74,3 лет.

По данным Министерства здравоохранения РФ²⁵ по результатам 11 месяцев 2012 года можно утверждать, что в России продолжается снижение смертности при всех основных заболеваниях: при болезнях органов кровообращения – почти на 4%, при инсультах – на 8%, туберкулезе – на

²⁵ Вероника Скворцова доложила Президенту России Владимиру Путину об итогах развития здравоохранения в 2012 году // Официальный сайт Министерства здравоохранения РФ. URL: <http://www.rosminzdrav.ru/health/zdravo2020/12> (дата обращения 20.03.2013).



11%. Наблюдается устойчивая тенденция к снижению смертности от онкологических заболеваний.

За 2012 год заработная плата врачей выросла на 13%, что составляет 32,7 тысячи рублей, то есть 123% от средней зарплаты по стране, а среднего медицинского персонала – на 17%, до 19 тысяч рублей, что составляет примерно 72% от средней зарплаты по стране.

В настоящее время утверждено 775 стандартов оказания медицинской помощи. Проведена ревизия всех стандартов, разработана система электронных классификаторов и посчитана стоимость каждого стандарта и всей медицинской помощи, необходимой населению России.

Распоряжением Правительства РФ от 28 декабря 2012 г. № 2580-р утверждена Стратегия развития медицинской науки в Российской Федерации на период до 2025 г., направленная на повышение качества и доступности медицинской помощи, включая разработку инновационной продукции, освоение критически важных технологий и развитие компетенций.

Стратегической задачей является возвращение России в число ведущих мировых научных держав, создание отрасли генерации медицинских знаний, способной проводить по актуальным для мировой экономики и науки и приоритетным для России направлениям медицины прорывные фундаментальные и прикладные исследования, востребованные и российскими, и международными компаниями.

2. Специфика медицинской деятельности. Она проявляется в нескольких аспектах:

Во-первых, такая деятельность направлена на исключительно ценные для человека блага – жизнь и здоровье.

Во-вторых, она заключается во вмешательстве в организм человека.

В-третьих, медицинская деятельность осуществляется в условиях несовершенства современных научных знаний, наличия индивидуальных особенностей организма каждого человека, вариативности течения



различных заболеваний и поэтому неизбежно имеет дело с вероятностными закономерностями.

Все перечисленное приводит к существованию неизбежного риска причинения вреда здоровью или смерти пациента²⁶, что вызывает существенные затруднения при установлении вины медицинского работника. В связи с этим уголовно-правовой оценке подвергается факт соблюдения или несоблюдения признанных в медицинском сообществе правил предоставления медицинской услуги, некоторые из которых (однако далеко не все) закреплены в нормативных правовых актах.

В-четвертых, в большинстве случаев медицинское вмешательство осуществляется для устранения болезненных состояний и последствий травм, которые угрожают жизни пациента или существенно ухудшают состояние его здоровья.

Таким образом, пациент подвергается риску для устранения еще большего риска. При причинении вреда здоровью или смерти пациенту требуется не только оценка выполнения своих обязанностей медицинским работником, но и вероятности излечения или спасения жизни пациента.

В-пятых, осуществление медицинской деятельности требует значительных материальных и интеллектуальных ресурсов, включая подготовку квалифицированных кадров, приобретение дорогостоящего оборудования, финансирование научных исследований и т.д., что также оказывает существенное (а иногда и решающее) влияние на безопасность и эффективность производимых лечебных и профилактических мероприятий.

По этой причине возможность надлежащего оказания медицинской услуги должна рассматриваться с учетом наличия необходимых лекарств, средств диагностики и т.п.

²⁶ См.: Старостина Я.В. Проблемы уголовной ответственности медицинских работников: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. Ставрополь, 2005. С. 9.



Широкое распространение народных и иных методов лечения, не относящихся к официальной медицине, постоянное обращение пациентов к различным видам медицины²⁷ требует комплексного рассмотрения разных медицинских методик.

Именно такой подход отвечает интересам охраны жизни и здоровья пациента, который при выборе той или иной услуги руководствуется своими представлениями о ее эффективности и безопасности, полученными из различных источников информации, а не только признанием данной методики профессиональным медицинским сообществом и государством и соблюдением законодательных требований к ее осуществлению.

Так, по данным проведенного анкетирования 137 граждан – потребителей медицинских услуг (см. Приложение 1), 86 (63%) из них обращались к услугам традиционной медицины, 38 (28%) – к целителям, использующим духовные, сверхъестественные силы.

Возможность комплексного рассмотрения различных видов медицины предопределяется тем, что любая медицинская деятельность направлена на улучшение состояния здоровья, связана с вмешательством в организм человека и обладает иными перечисленными выше признаками.

3. Степень удовлетворенности пациентов оказываемыми медицинскими услугами. По данным проведенного анкетирования 137 граждан (см. Приложение 1) лишь 24 (18%) респондента довольны качеством медицинского обслуживания в своей поликлинике; 80 (58%) – недовольны; 33 (24%) затруднились ответить. Из них сталкивались со случаями ненадлежащего оказания медицинских услуг в поликлиниках, больницах, специализированных диспансерах 108 (80%) респондентов. О случаях привлечения медицинских работников к уголовной ответственности знают 95

²⁷ См.: Акопов В.И. Медицинское право: книга для врачей, юристов и пациентов. М.:ИКЦ «МарТ»; Ростов н/Д: Изд. центр «МарТ», 2004. С. 87-88.



(69%) респондентов, из них 15 (11%) – из личного опыта или опыта родственников и знакомых и 80 (58%) – из средств массовой информации.

Из 86 (63%) респондентов, которым доводилось обращаться к услугам традиционной медицины, 46 (53%) остались довольны оказанным услугами, 15 (17%) – недовольны, 25 (30%) затруднились ответить.

Из 38 (28%) респондентов, обращавшихся к целителям, использующим, по их словам, духовные, сверхъестественные силы, 29 (76%) остались довольны оказанными услугами, 4 (11%) – недовольны, 5 (13%) затруднились ответить.

4. Уровень правовой защищенности медицинских работников при осуществлении профессиональной деятельности. Из 63 опрошенных медицинских работников (см. Приложение 2) только 3 (5%) считают, что они полностью защищены с правовой точки зрения, если действуют по всем правилам, предъявляемым к профессии; 50 (79%) считают себя незащищенными, даже если действуют по всем правилам; 10 (16%) затрудняются ответить.

Среди рисков, которых невозможно избежать, даже действуя по всем правилам, 25 (40%) респондентов назвали риск привлечения к уголовной ответственности, 33 (52%) – к гражданско-правовой; 28 (44%) – к административной; 33 (52%) – к дисциплинарной.

На вопрос о том, влияет ли потенциальная возможность привлечения к уголовной ответственности на принимаемые профессиональные решения, 19 (30%) респондентов отметили существенное влияние; 22 (35%) – несущественное влияние; 13 (21%) – отсутствие такого влияния; 9 (14%) затруднились ответить. При этом 24 (32%) из 63 опрошенных медицинских работников сталкивались со случаями привлечения медицинских работников к уголовной ответственности.



Низкий уровень правовой защищенности негативно сказывается на деятельности медицинских работников, что существенно влияет на качество оказываемых медицинских услуг²⁸.

Кроме того, медицинские работники находятся под давлением общества и средств массовой информации, которые «становятся на сторону пациента, и, даже в случае невиновности врача, последний претерпевает огромный моральный вред от судебного разбирательства. Следствием этого может быть даже принятие решения прекратить медицинскую практику»²⁹. В литературе отмечается, что «многие случаи неблагоприятных исходов оказания медицинской помощи становятся темами публикаций в средствах массовой информации, получают значительный общественный резонанс, чего не было в предыдущие периоды существования отечественной медицины»³⁰.

Несмотря на то, что не существует официальной статистики преступлений против жизни и здоровья, совершаемых при оказании медицинских услуг, а преступления в сфере здравоохранения характеризуются высокой степенью латентности³¹, в литературе приводятся

²⁸ Интервью с д.м.н., проф., врачом-инфекционистом ЦКБ РАН Е.Р. Корвяковой (проведено автором 6 июня 2012 г.).

²⁹ *Исаев Ю.С., Воропаев А.В., Воропаева И.В., Протасевич А.А.* Некоторые примеры судебной практики по привлечению к уголовной ответственности медицинских работников за профессиональные правонарушения // Юридическое и деонтологическое обеспечение прав российских граждан на охрану здоровья: Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. Суздаль, 28-29 мая 2008 г. / Под ред. Ю.Д. Сергеева, С.В. Ерофеева. Иваново-Владимир: НАМП, 2008. С. 288.

Эта проблема существует не только в России. См.: *Medical liability: New ideas for making the system work better for patients: Hearing of the Committee on health, education, labor, and pensions. US Senate; June 22, 2006. Washington: Government printing office, 2007. - 122 p.*

³⁰ *Сергеев Ю.Д., Ерофеев С.В.* Ненадлежащее оказание медицинской помощи – актуальная медико-юридическая проблема // Научные труды I Всероссийского съезда (Национального конгресса) по медицинскому праву. Т. 1, Москва, 25-27 июня 2003 г. / Под ред. Ю.Д. Сергеева. М.: НАМП, 2003. С. 18.

³¹ См.: *Воропаева И.В., Исаев Ю.С., Воропаев А.В., Протасевич А.А.* Некоторые аспекты уголовной ответственности за преступления, связанные с оказанием медицинской помощи // Сибирский медицинский журнал. 2008. № 5. С. 110; *Татаркин В.В.* Преступления медицинских работников против жизни и здоровья: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. Ростов-на-Дону, 2007. С. 3; *Червонных Е.В.* Преступления, совершаемые в сфере здравоохранения, и их предупреждение: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. Саратов, 2009. С. 4-5; *Хлапов А.Л., Камаев И.А., Гриб М.Н., Перевезенцев Е.А.* Профессиональные преступления медицинских работников // Юридическое и деонтологическое обеспечение прав российских граждан на охрану здоровья: Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. Суздаль, 28-29 мая 2008 г. / Под ред. Ю.Д. Сергеева, С.В. Ерофеева. Иваново-Владимир: НАМП, 2008. С. 373.



сведения о росте случаев ненадлежащего оказания медицинских услуг, которые за последнее время приобрели характер «молчаливой эпидемии»³². В России они оцениваются приблизительно в 20% от общего числа случаев оказания медицинских услуг³³. Эти оценки не позволяют точно определить количество совершаемых преступлений, так как сам факт ненадлежащего оказания помощи еще не свидетельствует о наличии в деянии медицинского работника признаков состава преступления.

Число осужденных по рассматриваемым статьям согласно сводным статистическим сведениям о состоянии судимости в России за 2012 г. (форма 10А)³⁴ приведено в таблице 1.

Таблица 1

год / Статья УК РФ	2012	2011	2010	2009
ч. 2 ст. 109	124	152	144	112
ч. 3 ст. 109	35	40	23	-
ч. 2 ст. 118	51	34	48	36
ч. 1 ст. 123	1	2	4	5
ч. 3 ст. 123	2	2	4	0
ч. 1 ст. 124	0	1	0	0
ч. 2 ст. 124	6	7	10	12
ст. 125	141	123	172	152
ч. 1 ст. 235	0	3	1	5

³² См.: *Сергеев Ю.Д., Канунникова Л.В.* Ненадлежащее оказание медицинских услуг и факторы риска его возникновения // Научные труды III Всероссийского съезда (Национального конгресса) по медицинскому праву 30-31 мая 2007 г. / Под ред. Ю.Д. Сергеева. М.: НАМП, 2007. С. 109.

О медицинских ошибках см. также: *Medical errors: A look at the IOM report: Hearing of the Committee on health, education, labor, and pensions, US Senate; Jan. 26, 2000.* Washington: Government printing office, 2000. - 179 p.

³³ См.: *Сергеев Ю.Д., Канунникова Л.В.* Ненадлежащее оказание медицинских услуг и факторы риска его возникновения С. 111.

³⁴ Судебный департамент при Верховном Суде Российской Федерации. URL: <http://www.cdep.ru> (дата обращения: 05.06.2013).



ч. 2 ст. 235	1	1	2	2
--------------	---	---	---	---

Не все указанные составы преступления предполагают обязательную связь с оказанием медицинских услуг. На факт их оказания указывают лишь диспозиции ст. 123 и 235 УК РФ, а ст. 124 УК РФ – на неоказание помощи больному.

В целом данные судебной статистики свидетельствуют о том, что приговоры по делам, связанным с оказанием медицинских услуг, выносятся сравнительно редко, что, безусловно, не отражает реального количества совершенных преступлений.

Выводы. Рассмотрев состояние современного российского здравоохранения, специфику медицинской деятельности и социальную необходимость ее уголовно-правовой охраны, следует отметить следующее:

1. В настоящее время состояние здравоохранения, включая качество оказываемой медицинской помощи, уровень развития медицинской науки, кадровую и техническую составляющую, нельзя признать удовлетворительным.

Большинство потребителей медицинских услуг недовольны их качеством. Наблюдается низкий уровень правовой защищенности медицинских работников, существенное давление на них со стороны общества и средств массовой информации, что негативно влияет на принимаемые профессиональные решения.

2. Реализуемые государственные инициативы позволили улучшить ситуацию в области таких показателей здоровья населения, как смертность, рождаемость, продолжительность жизни, а также увеличить заработную плату медицинских работников. Дальнейшее улучшение указанных показателей ожидается по результатам реализации Государственной программы «Развитие здравоохранения».



3. Особенности медицинской деятельности позволяют говорить о необходимости охраны жизни и здоровья пациентов средствами уголовного закона, что должно сопровождаться усилением гарантий прав пациентов и субъектов, оказывающих медицинские услуги; учетом исключительной роли современной медицины в поддержании и восстановлении здоровья индивида, а также использованием комплексного подхода к правовому регулированию различных видов медицины.

4. В целом данные судебной статистики свидетельствуют о том, что приговоры по делам, связанным с оказанием медицинских услуг, выносятся сравнительно редко, что, безусловно, не отражает реального количества совершенных преступлений.

§ 2. Понятие услуг официальной медицины и официальной медицинской деятельности

Бланкетность уголовного закона предопределяет, что рассмотрение вопросов, связанных с уголовно-правовой охраной жизни и здоровья человека при оказании медицинских услуг, требует предварительного уяснения основополагающих понятий, относящихся к отрасли медицинского законодательства, а также к иным его отраслям.

Необходимо отметить, что А.В. Наумов выделяет два вида бланкетности: «открытую», когда нарушение другой отрасли права прямо названо законодателем условием наказуемости деяния, и неявную, когда «уголовно-правовой запрет граничит с запретом норм другой отрасли права и определить нижний порог уголовно-правового запрета невозможно без определения верхнего порога запрета другой отрасли права»³⁵. Последняя

³⁵ Уголовный кодекс Российской Федерации. Общая часть. Постатейный научно-практический комментарий / Под ред. А.В. Наумова, А.Г. Кибальника. М.: ЗАО «Библиотечка РГ», 2012. С. 29.



наиболее ярко проявляется при необходимости разграничения норм УК РФ с нормами КоАП РФ.

Применительно к официальной медицинской деятельности рассмотрению подлежат следующие вопросы:

1. Общее понятие медицины.
2. Понятие официальной медицины, научная обоснованность применяемых в ее рамках методик.
3. Понятие и правовое регулирование официальной медицинской деятельности в различных странах, включая правовую форму осуществления медицинской деятельности, разграничение понятий «медицинская услуга», «медицинская помощь», «медицинская работа».

Рассмотрению также подлежит уголовно-правовое значение рассматриваемых понятий.

1. Понятие медицины и официальной медицинской деятельности.

Вопрос о научной обоснованности методов лечения и оздоровления.

Медицинские и общелитературные словари определяют медицину как систему научных знаний (совокупность наук) и практической деятельности, целью которых является укрепление и сохранение здоровья, продление жизни людей, предупреждение и лечение болезней человека³⁶.

Имея основной целью поддержание здоровья людей, медицинская деятельность также может быть направлена на достижение иных, значимых для индивида целей, влияющих на его здоровье, но не улучшающих его состояние (например, прерывание беременности по социальным показаниям, эстетическая медицина).

Термин «официальная медицина» широко используется в литературе для обозначения деятельности научно обоснованной, методики которой апробированы в установленном законом порядке, в отличие от народной

³⁶ См., например: Большая медицинская энциклопедия: в 30 т. Т. 14. 3-е изд. / Гл. ред. Б.В. Петровский. М.: Издательство «Советская энциклопедия», 1980. С. 7; Ожегов С.И. Словарь русского языка. М.: Рус. яз., 1990. С. 346.



медицины как деятельности, опирающейся на практический опыт многих поколений людей. В качестве синонимов термина «официальная медицина» используют понятия «аллопатическая медицина», «классическая медицина», «ортодоксальная медицина», «традиционная медицина». В дальнейшем во избежание путаницы будет использоваться термин «официальная медицина». Традиционная медицина будет пониматься в качестве синонима народной медицины.

Вопрос о научной обоснованности официальной медицины применительно к отдельным ее методикам часто вызывает острые дискуссии. По сути, он является социальным и даже философским, восходя к спорам о понятии научной рациональности³⁷. Так как глубокое философское осмысление последней не является целью настоящего исследования, под научной обоснованностью будет пониматься признание методик в профессиональном сообществе врачей на данном этапе развития общества. Именно из такого понимания исходит законодатель, регламентируя осуществление различных видов медицинской деятельности.

Итак, представляется, что официальная медицина может быть определена как система знаний и практических методик и приемов, признанных в качестве научно обоснованных в профессиональном медицинском сообществе, направленных на улучшение, поддержание, восстановление или сохранение здоровья человека, включая лечение различных болезней и травм, а также на достижение иных значимых для индивида целей, влияющих на его здоровье, но не связанных с его улучшением (в частности, эстетическая медицина).

Официальная медицина не является набором бесспорных методик и способов лечения заболеваний, о чем свидетельствует наличие множества медицинских школ, а также постоянное развитие существующих методик, открытие новых и опровержение старых теорий. Однако наличие строгих

³⁷ См. подробнее: Порус В.Н. Рациональность. Наука. Культура. М.: Гриф и К, 2002. – 351 с.



правил к разработке и внедрению новых методов лечения³⁸ предопределяет подход законодателя к ее правовому регулированию как к деятельности, максимально широко охватывающей лечение различных заболеваний, включая самые тяжелые, и предполагающей возможность проведения наиболее опасных медицинских вмешательств. Это отличает официальную медицину от иных видов медицинской деятельности, которые подвергаются существенным ограничениям и во многом воспринимаются как вспомогательные³⁹.

Уголовно-правовая оценка деяний, причинивших вред здоровью или смерть человека при оказании услуг специалистами в различных областях медицины, основывается на данных судебно-медицинской экспертизы⁴⁰, а также на показаниях специалистов в области официальной медицины. Таким образом, официальная медицина играет роль своеобразного эталона для других видов медицины.

2. Правовое регулирования официальной медицины в Российской Федерации. Ключевым актом в сфере здравоохранения является Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». В статье 2 указанного Закона дается общее понятие

³⁸ См., в частности: Федеральный закон от 12 апреля 2010 г. № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств»; «Инструкцию о порядке экспертизы, клинических испытаний и регистрации зарубежных лекарственных средств и субстанций», утвержденную Минздравмедпромом РФ 15 мая 1996 г. // Бюллетень «Фарм-Индекс» от 31 мая 1996 г. № 5; Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 31 августа 2011 г. № 1009 «Об аккредитации медицинских организаций на право проведения клинических исследований лекарственных препаратов для медицинского применения» // СПС «КонсультантПлюс».

³⁹ См.: *Данильченко И.В.* К вопросу об альтернативной медицине // Научные труды III Всероссийского съезда (Национального конгресса) по медицинскому праву 30-31 мая 2007 г. / Под ред. Ю.Д. Сергеева. М.: НАМП, 2007. С. 41-43.

⁴⁰ О значении судебно-медицинских экспертиз см., например: *Галукова М.И.* Перспективы формирования современного уголовного законодательства о преступлениях против здоровья человека // Уголовное право: стратегия развития в XXI веке: Материалы Пятой Международной научно-практической конференции 24-25 января 2008 г. М.: Проспект, 2008. С. 258; *Ерофеев С.В., Тимофеев Д.Н.* Особенности комиссионных судебно-медицинских экспертиз в связи с ненадлежащим оказанием офтальмологической помощи // Научные труды III Всероссийского съезда (Национального конгресса) по медицинскому праву 30-31 мая 2007 г. / Под ред. Ю.Д. Сергеева. М.: НАМП, 2007. С. 464-466; *Пашиян Г.А., Ившин И.В.* Профессиональные преступления медицинских работников против жизни и здоровья. М.: Медицинская книга, 2006. С. 34-55; *Поздеев А.Р.* Роль специалиста-медика при уголовно-правовой квалификации профессиональных преступлений медицинских работников // Уголовное право: стратегия развития в XXI веке: Материалы Восьмой Международной научно-практической конференции 27-28 января 2011 г. М.: Проспект, 2011. С. 354-355.



медицинской деятельности. Это следует признать весьма ценной новеллой, так как ранее в законе содержалось лишь понятие частной медицинской практики⁴¹ (ст. 56 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан № 5487-1, утвержденных Верховным Советом РФ 22 июля 1993 г.⁴² – утратили силу с 1 января 2012 г.). Дефиниция же медицинской деятельности давалась на подзаконном уровне: в пункте 4 Положения о лицензировании медицинской деятельности, утвержденного Постановлением Правительства РФ от 22 января 2007 г. № 30⁴³, которое также утратило силу (далее – Положение о лицензировании медицинской деятельности 2007 г.), – через понятие работ и услуг, виды которых были определены в перечне согласно приложению к данному Постановлению. В перечне были названы такие отрасли медицины, как гистология, дерматология, кардиология и т.п.

Согласно п. 10 ст. 2 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» медицинская деятельность является «профессиональной деятельностью по оказанию медицинской помощи, проведению медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований, санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий и профессиональная деятельность, связанная с трансплантацией (пересадкой) органов и (или) тканей, обращением донорской крови и (или) ее компонентов в медицинских целях».

Данное определение включает массу специальных терминов, содержание которых в основном раскрывается в том же Законе.

Так, пункт 3 ст. 2 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» определяет медицинскую помощь как комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг. Под медицинской услугой в Законе понимается «медицинское

⁴¹ Термин «практика» следует понимать в качестве синонима понятия «деятельность».

⁴² Российские вести. 1993. № 174.

⁴³ СЗ РФ. 2007. № 5. Ст. 656.



вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение» (п. 4 ст. 2).

Медицинское вмешательство в свою очередь определяется как «выполняемые медицинским работником по отношению к пациенту, затрагивающие физическое или психическое состояние человека и имеющие профилактическую, исследовательскую, диагностическую, лечебную, реабилитационную направленность виды медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций, а также искусственное прерывание беременности» (п. 5 ст. 2). Далее следуют дефиниции профилактики, диагностики, лечения (п. 6-8 ст. 2).

Таким образом, законодатель создал «многоэтажную» систему определений, описывающих медицинскую деятельность, что способно весьма осложнить работу правоприменителя, в частности, при квалификации деяния по ст. 235 УК РФ «Незаконное занятие частной медицинской практикой или частной фармацевтической деятельностью» и ст. 6.2 КоАП РФ.

Согласно тексту Закона при оценке соответствующей деятельности следует учитывать, что:

- такая деятельность является профессиональной. В связи с этим могут возникнуть вопросы о том, представляет ли собой медицинскую деятельность практика лица, не имеющего необходимого образования, направленная на излечение пациента;

- деятельность заключается в оказании медицинской помощи, проведении медицинских осмотров и иных действий, описанных в Законе. При этом медицинская помощь заключается в оказании медицинских услуг. Возникает вопрос, исчерпывается ли оказание медицинской помощи предоставлением медицинских услуг, а также употребляется ли понятие



услуги в гражданско-правовом смысле или же в него вкладывается иное значение;

- медицинские услуги понимаются как медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, то есть акцент делается на их содержании, а не правовой форме их предоставления;

- определение медицинской деятельности не включает в себя услуги, прямо не связанные с улучшением или поддержанием здоровья, за исключением некоторых случаев прерывания беременности, что следует признать серьезным пробелом Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

2.1. Правовая форма осуществления медицинской деятельности. Разграничение понятий «медицинская услуга», «медицинская помощь», «медицинская работа». Действующее Положение о лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»), утвержденное Постановлением Правительства РФ от 16 апреля 2012 г. № 291⁴⁴ (далее – Положение о лицензировании медицинской деятельности 2012 г.) исчерпывает содержание медицинской деятельности оказанием услуг и работ. Речь об оказании помощи вне рамок услуги или работы не идет.

Следует, тем не менее, отметить, что в литературе ведется длительный спор о соотношении понятий «медицинская помощь» и «медицинская услуга». Данная дискуссия затрагивает в основном вопрос о возможности применения Закона РФ «О защите прав потребителей» от 7 февраля 1992 г. № 2300-1⁴⁵ к отношениям, возникающим между врачом (лечебным

⁴⁴ СЗ РФ. 2012. № 17. Ст. 1965.

⁴⁵ СЗ РФ. 1996. № 3. Ст. 140.



учреждением) и пациентом, исходя из их частноправовой или же публично-правовой природы.

В настоящее время в литературе преобладает понимание медицинской помощи как более широкого понятия, включающего в себя медицинские услуги⁴⁶. В то же время признается, что значительная часть медицинской деятельности является сферой услуг, то есть произошло расширение гражданско-правовых начал. В литературе утверждается, что в настоящее время «практически прекратились разговоры, что медицина не является сферой услуг»⁴⁷, хотя почти все авторы признают необходимость императивного регулирования в данной сфере⁴⁸. Некоторые из них высказываются о возможной целесообразности использования конструкции административного договора применительно к договору оказания медицинских услуг⁴⁹. Другие отвергают эту возможность, однако указывают на то, что данный договор является договором особого рода⁵⁰. В любом случае признается, что медицинские услуги обладают общими признаками услуг. Однако специфика их столь существенна, что правовая конструкция их оказания до сих пор вызывает споры среди специалистов.

Об оказании медицинской помощи вне рамок услуги идет речь в том случае, когда помощь оказывается без волеизъявления пациента или помимо его воли⁵¹. Ранее некоторыми авторами предлагался признак безвозмездности медицинской помощи как разграничительный от медицинской услуги, однако в настоящее время данный критерий единодушно признан несостоятельным, так как совершаемые медицинскими

⁴⁶ См.: *Сырейщикова И.А.* Основания возникновения правоотношений, связанных с оказанием медицинской помощи // Юрист. 2008. № 11. С. 52.

⁴⁷ *Баринов Е.Х., Тихомиров А.В.* Медицинская юриспруденция и судебная медицина // Медицинская экспертиза и право. 2011 № 3. С.7.

⁴⁸ См.: *Сергеев Ю.Д., Мохов А.А.* Основы медицинского права России: Учеб. пособие / Под ред. Ю.Д. Сергеева. М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2011. С. 47-48.

⁴⁹ См.: *См.: Рёрихт А.А.* Теоретические основы медицинского права: Проблемы формирования и развития / Отв. ред. Е.В. Алферова, Н.Ю. Хаманева. М.: ИНИОН РАН, 2011. С. 154.

⁵⁰ См.: *Малеина М.Н.* Человек и медицина в современном праве. М.: Издательство БЕК, 1995. С. 26-27, 32.

⁵¹ См.: *Тихомиров А.В.* Медицинская услуга: правовые аспекты // Здравоохранение. 1999. № 8. С. 175-176.



работниками действия являются возмездными всегда (оплачиваются либо пациентом, либо за счет средств соответствующего внебюджетного фонда)⁵².

В Определении от 6 июня 2002 г. № 115-О «Об отказе в принятии к рассмотрению жалобы гражданки Мартыновой Евгении Захаровны на нарушение ее конституционных прав пунктом 2 статьи 779 и пунктом 2 статьи 782 Гражданского кодекса Российской Федерации»⁵³ Конституционный Суд Российской Федерации подтвердил, что к медицинским услугам, оплачиваемым пациентом, применимо гражданское законодательство, наряду с положениями других федеральных законов. При этом не допускается односторонний отказ медицинского учреждения от исполнения обязательств, при наличии у него возможности оказать соответствующие услуги⁵⁴.

В пункте 9 Постановления от 28 июня 2012 г. № 17 «О рассмотрении судами гражданских дел по спорам о защите прав потребителей»⁵⁵ Пленум Верховного Суда РФ указал на то, что «к отношениям по предоставлению гражданам медицинских услуг, оказываемых медицинскими организациями в рамках добровольного и обязательного медицинского страхования, применяется законодательство о защите прав потребителей». Данное положение является особенно важным для формирования единства судебной практики⁵⁶, так как ранее суды общей юрисдикции придерживались по этому вопросу разных позиций⁵⁷.

⁵² См., например: *Тихомиров А.В.* Медицинское право. Практическое пособие. М.: Статут, 1998. С. 114.; *Сырейщикова И.А.* Основания возникновения правоотношений, связанных с оказанием медицинской помощи. С. 52.

Исключение составляет оказание медицинским работником безвозмездной услуги пациенту, не имеющему полиса медицинского страхования, по собственной инициативе или по просьбе последнего.

⁵³ Вестник Конституционного Суда РФ. 2003. № 1.

⁵⁴ См.: *Андреев Ю.Н.* Платные медицинские услуги. Правовое регулирование и судебная практика. С. 86-89.

⁵⁵ Бюллетень Верховного Суда РФ. 2012. № 9.

⁵⁶ См.: Письмо Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека от 23 июля 2012 г. № 01/8179-12-32 «О постановлении Пленума Верховного Суда Российской Федерации от 28 июня 2012 года № 17 “О рассмотрении судами гражданских дел по спорам о защите прав потребителей”» // СПС «КонсультантПлюс».

⁵⁷ См.: Аналитический обзор от 24 июля 2012 года. Документ недели: Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 28 июня 2012 г. № 17 «О рассмотрении судами гражданских дел по спорам о защите прав потребителей» // СПС «КонсультантПлюс».



Таким образом, медицинская деятельность признается в основном сферой гражданско-правовых услуг, к которой применим Закон РФ «О защите прав потребителей», что не исключает особых публично-правовых требований к ним.

Противоположное мнение состоит в том, что по причине особого характера медицинской деятельности, а также особенностей социальной ситуации и недостаточности финансирования государственных и муниципальных учреждений здравоохранения такая деятельность является сферой оказания медицинской помощи и понятие услуги к ней неприменимо⁵⁸.

Следует иметь в виду, что решение вопроса о правовой форме оказания медицинской помощи влечет не только гражданско-правовые, но и существенные уголовно-правовые последствия.

Так, в УК РФ содержится ст. 238 «Производство, хранение, перевозка либо сбыт товаров и продукции, выполнение работ и услуг, не отвечающих требованиям безопасности», которая имеет необычайно широкую сферу применения, включая оказание медицинских услуг. Квалификация деяния по данной статье требует установления того, что медицинская помощь оказывалась по договору услуги.

В Положении о лицензировании медицинской деятельности 2012 г. используется понятие «работа» наряду с понятием «услуга». И хотя слово «работа» стоит на первом месте, реально медицинская деятельность состоит в оказании услуг, а работы имеют место в ограниченном числе случаев, например, при возникновении обязанности предоставить результаты лабораторных анализов, изготовить протез.

Обратившись к Гражданскому кодексу РФ (часть 2) от 26 января 1996 г. № 14-ФЗ⁵⁹ (далее – ГК РФ), а также к трудам цивилистов, можно отметить

⁵⁸ См.: *Баринов Н.А.* Медицинские услуги // *Власть закона.* 2010. № 3.С. 24

⁵⁹ СЗ РФ. 1996. № 5. Ст. 410.



следующее. Услуга, в том числе медицинская, оказывается в рамках договора о возмездном оказании услуг (гл. 39 ГК), работы осуществляются по договору подряда (гл. 37 ГК). В ГК РФ отсутствует определение услуги. Нет также и общепринятого понятия услуги в цивилистической доктрине. В литературе указывается на то, что услуги имеют место тогда, когда результат действия если и есть, то находится за пределами договора. В отличие от договора оказания услуг, по договору подряда результат должен быть выражен в материализованной форме, определенно обозначен, отделен от действия⁶⁰.

Кроме того, выделяются такие свойства услуги, как неуловимость, неосвязаемость, нематериальный характер, неразрывность производства и потребления, неоднородность или изменчивость. Услуги нельзя хранить, транспортировать и т.п., нельзя произвести их впрок. Существенно затруднено определение качества услуги, оно не остается неизменным и зависит от свойств как производителя, так и потребителя услуги и обстоятельств ее предоставления⁶¹.

Полезный результат оказывается как бы «за пределами» оказанной услуги. Причем исполнитель не может гарантировать достижения положительного результата, к которому стремится заказчик, по причине того, что данный результат не в полной мере зависит от его действий⁶². Это

⁶⁰ См.: Брагинский М.И., Витрянский В.В. Договорное право: Договоры о выполнении работ и оказании услуг. Кн. 3. М.: Статут, 2007. С. 221; Гражданское право: учебник в 3 т. Т. 2 / Отв. ред. А.П. Сергеев, Ю.К. Толстой. М.: Проспект, 2006. С. 633-634.

⁶¹ См.: Тихомиров А.В. Медицинская услуга: правовые аспекты. С. 164-165.

⁶² С позиции гражданского закона, медицинская услуга не предполагает обязательного излечения больного. Правда, М.И. Брагинский не исключает возможности заключения договора об оказании медицинских услуг с условием о дополнительной оплате в случае излечения, хотя и отмечает негативное отношение Высшего Арбитражного Суда РФ к подобной практике (применительно к услугам правового характера) (Информационное письмо Президиума Высшего Арбитражного Суда РФ от 29 сентября 1999 г. № 48 «О некоторых вопросах судебной практики, возникающих при рассмотрении споров, связанных с договорами на оказание правовых услуг» // Вестник Высшего Арбитражного Суда РФ. 1999. № 11). См.: Брагинский М.И., Витрянский В.В. Договорное право: Договоры о выполнении работ и оказании услуг. Кн. 3. С. 221.



указание справедливо в отношении всех видов услуг, однако при оказании услуг медицинских неопределенность результата проявляется еще острее⁶³.

Так, Ю.В. Данилочкина пишет, что «указание на цель должно присутствовать в определении услуги как закрепление дополнительных гарантий ее получателя, тем не менее правовым содержанием услуги в любом случае выступают действия, а признак достигнутости цели в каждом конкретном случае лишь подразумевается, но не является обязательным»⁶⁴.

Указанные обстоятельства вызывают трудности уголовно-правовой квалификации деяний, совершенных при оказании медицинских услуг. При оценке качества медицинской услуги основное внимание уделяется соблюдению правил, закрепленных в нормативных правовых актах, и общепризнанных в медицинском сообществе методов лечения и диагностики, а не результату лечения. При этом следует отметить, что даже в сфере официальной медицины оценка исполнения профессиональных обязанностей как надлежащего вызывает большие споры, а оценка качества услуг иных видов медицины еще более затруднена.

Помимо легального определения медицинской услуги, которое появилось в новом Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», исследователями были сформулированы различные понятия медицинской услуги.

Например, Н.К. Елина понимает под медицинской услугой такую медицинскую деятельность, «которая реализуется в рамках гражданско-правового договора и представляет собой действия (деятельность) юридического лица всех форм собственности (индивидуального предпринимателя), имеющего соответствующее разрешение (лицензию), направленные на исследование, укрепление, сохранение, восстановление

⁶³ См.: Рёрихт А.А. Теоретические основы медицинского права: Проблемы формирования и развития. С. 156.

⁶⁴ Данилочкина Ю.В. Понятие и правовая природа медицинских услуг // Медицинское право. 2008. № 4. С. 12.



организма человека и его органов и тканей. Эта услуга является предметом гражданско-правового договора на оказание медицинских услуг»⁶⁵.

Л.Б. Ситдикова определяет медицинскую услугу в качестве совокупности профессиональных лечебно-профилактических действий лечебного учреждения и врача, направленных на сохранение, поддержание и восстановление здоровья пациента, удовлетворяющих его потребность, имеющих самостоятельную имущественную ценность и потребляемых в процессе оказания услуги⁶⁶.

Данные определения отражают фактическую составляющую официальных медицинских услуг, их гражданско-правовую природу и публичные требования к их осуществлению. Однако для целей уголовного правоприменения следует указать на тот факт, что услуга, а также деятельность, состоящая в оказании этих услуг, не теряют своего медицинского содержания, если осуществляются неуправомоченным субъектом. В ином случае ст. 235 УК РФ (как и ст. 6.2 КоАП РФ) потеряли бы свое значение.

В связи с этим представляется необходимым разработка такого понятия медицинской деятельности и ее составляющих, которые бы могли применяться не только для целей ее позитивного регулирования, но и для целей ее уголовно-правовой охраны. Примеры такого регулирования содержатся, в частности, в законодательства США и Франции.

В связи с имеющимися спорами далее понятие медицинской услуги будет использоваться наряду с понятием медицинской помощи с целью отразить составную часть медицинской деятельности и ее фактическое содержание, а при необходимости разграничения гражданско-правовой (или

⁶⁵ Елина Н.К. Правовые проблемы оказания медицинских услуг: автореферат дис. ... канд. юрид. наук. Волгоград, 2006. С. 6.

⁶⁶ См.: Ситдикова Л.Б. Правовая природа медицинских услуг: гражданско-правовой аспект // Российская юстиция. 2010. № 2. С. 15.



административно-правовой) природы указанных понятий такое разграничение будет оговариваться специально.

3. Правовое регулирование официальной медицины в США. Актами, регулируемыми занятием медицинской практикой в США, являются законы штатов, в которых дается определение медицинской деятельности и предусматривается ее лицензирование. Все штаты имеют подобные законы⁶⁷.

Рассмотрим в качестве примера законодательство штата Колорадо.

Параграф 12-36-107 статьи 36 раздела 12 «Профессии и занятия» Свода законов штата Колорадо⁶⁸ устанавливает лицензионные требования к занятию медицинской деятельностью, включая требование к образованию и возрасту⁶⁹ заявителя.

В § 12-36-106(1) дается развернутое определение медицинской практики, в которую включаются следующие действия:

- представление себя населению штата в качестве лица, имеющего способность ставить диагноз, осуществлять уход, прописывать лекарства, облегчать боль или предотвращать какую-либо человеческую болезнь, недомогание, боль, увечье, дефект либо физическое или психическое состояние путем использования таблеток, хирургии, любых физических, механических либо иных средств, осуществления манипуляций, использования электричества, телемедицины, интерпретации анализов, включая предварительную диагностику патологий по взятым пробам, снимкам;

- предложение, рекомендация, прописывание или осуществление иных форм ухода, осуществление операций или лечения для достижения облегчения, улучшения, излечения физической или психической болезни,

⁶⁷ См.: *Lewis Marcia A., Tamparo Carol D.*. Medical law, ethics and bioethics. 6 edition. Philadelphia: F.A. Davis Company, 2007. P. 66.

⁶⁸ Colorado Legal Resources. URL: <http://www.lexisnexis.com/hottopics/Colorado/> (дата обращения: 20.03.2013). Перевод с английского языка здесь и далее выполнен диссертантом.

⁶⁹ Лицо должно достигнуть 21 года.



недомогания, увечья, состояния или дефекта, имеющегося у какого-либо лица;

- содержание офиса или иного места для целей осмотра или ухода за людьми, страдающими заболеванием, увечьем, телесным или психическим дефектом;

- использование звания доктора медицины (M.D.), доктора-офтальмолога (D.O.), терапевта, хирурга или иных слов или аббревиатур, указывающих или склоняющих других к уверенности, что лицо имеет лицензию на занятие медициной в этом штате и занимается диагностикой или уходом за лицами, страдающими заболеваниями, увечьями, дефектами тела или психики, за исключением тех случаев, когда это прямо разрешено законами штата, принятыми по каким-либо отдельным вопросам врачебной деятельности;

- проведение любой хирургической операции на человеке;

- занятие акушерством;

- оказание услуг телемедицины.

Указанное определение описывает медицинскую деятельность на основании ее фактического (предметного) содержания.

При этом медицинская деятельность включает в себя не только манипуляции лечебного или диагностического содержания, но и действия, направленные на убеждение пациента в том, что субъект является медицинским работником или способен лечить болезни.

Параграф 12-36-106(3) устанавливает случаи, в которых лицензия на занятие медициной не требуется, в частности, при:

- бесплатном оказании услуг в экстренных ситуациях;

- разовом оказании услуг врачом, если: а) он имеет лицензию в другом штате; б) не имеет медицинского персонала в штате Колорадо; в) не имеет договора на регулярное оказание услуг в штате Колорадо; г) не имеет медицинского офиса в штате Колорадо; д) имеет полис страхования



медицинской ответственности в отношении услуг, оказываемых в штате Колорадо; е) осуществляет только услуги по консультированию или разовые услуги;

- практики религиозных культов;
- практики христианской науки (возмездной или безвозмездной);
- оказании услуг студентами, обучающимися в медицинском колледже.

Ответственность за занятие, предложение или попытку заниматься медициной или профессией ассистента врача без действующей лицензии установлена § 12-36-129 статьи 36 раздела 12 Свода законов штата Колорадо, а также § 18-1.3-501 Уголовного кодекса штата Колорадо.

Следует отметить, что подобные определения медицинской деятельности, имеются и в законодательстве многих иных штатов.

В качестве примеров можно привести § NRS 630.020 главы 630 раздела 54 «Профессии, занятия и бизнес» Свода законов штата Невада⁷⁰; § 73-25-33 главы 25 раздела 73 «Профессии и виды деятельности» Свода законов штата Миссисипи⁷¹, п. 22 § 32-1401 статьи 1 главы 13 раздела 32 «Профессии и занятия» Свода законов штата Аризона⁷², § RCW 18.71.011 главы 18.71 раздела 18 «Бизнес и профессии» Свода законов Вашингтона⁷³, § 6521 статьи 131 раздела 8 «Профессии» консолидированного акта об образовании штата Нью-Йорк⁷⁴, § 380 главы 64 раздела 8 «Бизнес и профессии» Законов Аляски⁷⁵, § 2052 Кодекса о бизнесе и профессиях штата Калифорния⁷⁶, статью 147.081 главы 147 Статутов штата Миннесота⁷⁷.

⁷⁰ Nevada Revised Statutes. URL: <http://www.leg.state.nv.us> (дата обращения: 20.03.2013).

⁷¹ Mississippi Code. URL: <http://www.lexisnexis.com/hottopics/mscode/> (дата обращения: 20.03.2013).

⁷² Arizona State Legislature. URL: <http://www.azleg.gov/> (дата обращения: 20.03.2013).

⁷³ Washington State Legislature. URL: <http://apps.leg.wa.gov/> (дата обращения: 20.03.2013).

⁷⁴ New York State Legislature. URL: <http://public.leginfo.state.ny.us> (дата обращения: 20.03.2013).

⁷⁵ Alaska legal resource center. URL: <http://www.touchngo.com/lglcntr/akstats/Statutes> (дата обращения: 20.03.2013).

⁷⁶ California legislative information. URL: <http://leginfo.legislature.ca.gov/faces/codes.xhtml> (дата обращения: 20.03.2013).

⁷⁷ Minnesota Office of the Revisor of Statutes. URL: <https://www.revisor.mn.gov> (дата обращения: 20.03.2013).



В законодательстве также содержатся отсылки к конкретным статьям уголовного закона, предусматривающим ответственность за занятие медициной без лицензии, и исключения из правила о лицензировании.

Следует отметить, что, несмотря на использование при описании медицинской деятельности терминов, которые являются общеупотребительными, в правоприменительной практике американских судов порой возникает следующая специфическая для медицины проблема: некоторые термины имеют как обыденное понимание, так и специальное значение, что может вести к правовой неопределенности.

Подобный спор возник в связи с пониманием термина родовспоможение (midwifery), который в общелитературном языке означает оказание помощи при рождении ребенка. Однако родовспоможение понимается также как занятие акушерством. Акушерство же является отраслью медицины, которая имеет дело с уходом и обращением с женщиной во время беременности, родов и в послеродовом периоде, то есть это профессиональная деятельность, подчиняющаяся особым правилам и требующая специального образования, а также выполнения иных формальных требований. Проблема состояла в том, чтобы определить виды деятельности, которые являются акушерством и потому требуют лицензии. Фактически речь шла о необходимости запрета или разрешения «непрофессионального акушерства» в контексте права женщины на частную жизнь.

По делу *People v. Rosburg*⁷⁸ Верховный Суд штата Колорадо отметил, что термин «акушерство», вопреки доводам заявителей, не является неопределенным, так как среднестатистический разумный человек не склонен сомневаться в его значении. Юридические и общелитературные словари, а также правоприменительная практика фактически единодушны в

⁷⁸ *People v. Rosburg*, 805 P.2d 432 (Colo. 1991) // Find A Case. URL: http://co.findacase.com/research/wfrmDocViewer.aspx/xq/fac.19910204_0040532.CO.htm/qx (дата обращения: 20.03.2013).



понимании акушерства как практики ухода за женщиной во время родов. Кроме того, суд отметил, что запрет безлицензионного занятия родовспоможением (непрофессионального акушерства) не нарушает права женщин на личную тайну, так как к таковой относится только персональное решение о браке, контрацепции, отношениях в семье и т.п. В любом случае, как указал суд, защита жизни имеет приоритет над защитой права на личную тайну.

В решении Апелляционного суда Вашингтона по делу *Griffith v. Department of Motor Vehicles*⁷⁹ был поднят вопрос о том, вправе ли врач-натуропат осуществлять практику «естественных родов», не имея лицензии на акушерство. Суд решил, что деятельность врача-натуропата подпадает под понятие акушерства. В связи с отсутствием лицензии на занятие родовспоможением суд первой инстанции правомерно наложил запрет на практику «естественных родов». Лицензия врача-натуропата не была признана достаточным основанием для занятия родовспоможением.

Официальное мнение Главного прокурора штата Небраска заключалось в том, что, если ситуация не является экстренной, непрофессиональное родовспоможение является незаконным занятием медицинской практикой⁸⁰.

Таким образом, правоприменители разных штатов указали на единообразное понимание термина «акушерство» и необходимость получения специальной лицензии на занятие родовспоможением.

В целом, правовое регулирование медицинской деятельности в штатах США характеризуется следующим образом:

- наличием предметной характеристики медицинской деятельности, использованием терминов, которые в основном являются

⁷⁹Griffith v. Department of Motor Vehicles, 23 Wash. App. 722, 598 P.2d 1377 (1979) // Leagle. URL: http://www.leagle.com/xmlResult.aspx?xmlDoc=197974523WnApp722_1626.xml&docbase=CSLWAR1-1950-1985 (дата обращения: 20.03.2013).

⁸⁰ AGO Opinion 93039. URL: http://www.ago.ne.gov/ag_opinion_view?oid=3596 (дата обращения: 20.03.2013).



общеупотребительными, что позволяет избежать большинства споров о ее содержании⁸¹;

- занятие медициной требует получения лицензии, которая предполагает выполнение ряда формальных требований, однако закон содержит ряд исключений из общего правила о лицензировании медицинской деятельности;

- занятие медициной без лицензии является преступлением.

4. Официальная медицина во Франции. Переходя к рассмотрению французского опыта, необходимо отметить, что, как и в других странах, во Франции занятие медицинской деятельностью требует наличия определенной квалификации, подтвержденной соответствующими документами. Согласно ст. L. 4111-1 Кодекса здравоохранения Франции⁸² для занятия профессией врача, хирурга-стоматолога или акушерки требуются следующие условия (в совокупности):

1. Наличие диплома, сертификата или иного документа, согласно ст. L. 4131-1, L. 4141-3 или L. 4151-5 Кодекса здравоохранения Франции.

2. Наличие французского гражданства, гражданства Андорры или страны Европейского Союза или страны, являющейся частью Европейского Экономического Сообщества, Марокко или Туниса, при условии применения в соответствующем случае правил, предусмотренных в главе 1 раздела 1 книги 1 части 4 Кодекса здравоохранения Франции, и тех правил, которые вытекают из международных обязательств и являются иными, нежели предусмотрено указанной главой.

3. Членство в коллегии врачей, хирургов-стоматологов или акушерок согласно ст. L. 4112-6 и L. 4112-7 Кодекса здравоохранения Франции.

⁸¹ В частности, спор о том, является ли консультирование медицинской деятельностью, учитывая, что непосредственного воздействия на организм человека в этом случае не происходит. См.: *Байда А.А.* Уголовная ответственность за незаконную лечебную деятельность. Харьков: Одиссей, 2009. С. 130.

⁸² Code de la santé publique // Legifrance. URL: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20120917> (дата обращения: 20.03.2013). Перевод с французского языка здесь и далее выполнен диссертантом.



Определение медицинской деятельности содержится в статье L. 4161-1 Кодекса здравоохранения Франции, которая налагает запрет на незаконное занятие медициной. Занятие медициной предполагает «участие в установлении диагноза или в лечении болезней, врожденных или приобретенных, реальных или предполагаемых, своими персональными действиями, словесными или письменными консультациями или любыми иными процедурами, или осуществление одного из профессиональных актов, предусмотренных в номенклатуре, утвержденной решением министра здравоохранения, принятым с согласия Национальной медицинской академии».

При нарушении любого из условий, предусмотренного статьей L. 4111-1 Кодекса здравоохранения Франции занятие медициной считается незаконным и наказывается согласно ст. L. 4161-5.

Таким образом, правовое регулирование медицинской деятельности во Франции характеризуется:

1. Предметным определением медицины через термины «лечение», «диагностика», «консультирование», а также путем отсылки к подзаконному акту.
2. Наличием формальных требований к диплому, гражданству и членству в соответствующей коллегии, при нарушении которых лицо наказывается за незаконное занятие медициной.

Выводы. Рассмотрев российский и зарубежный опыт правового регулирования официальной медицинской деятельности, можно отметить следующее:

1. Под официальной медициной следует понимать систему знаний и практических методик и приемов, признанных в качестве научно обоснованных в профессиональном медицинском сообществе, направленных на улучшение, поддержание, восстановление или сохранение здоровья человека, включая лечение различных болезней и травм, а также на



достижение иных значимых для индивида целей, влияющих на его здоровье, но не связанных с его улучшением (в частности, эстетическая медицина).

2. Признание методик официальной медицины научно обоснованными предполагает возможность лечения самых тяжелых и опасных заболеваний и травм, а также проведение наиболее опасных медицинских вмешательств. Это отличает официальную медицину от иных видов медицинской деятельности, которые подвергаются существенным ограничениям и во многом воспринимаются как вспомогательные.

3. Российское законодательство дает громоздкое определение медицинской деятельности с использованием отсылочных норм и понятий, вызывающих споры, одним из которых является понятие медицинской услуги. Это способно существенно затруднить правовую оценку деяний при применении ст. 6.2 КоАП РФ, ст. 235 и 238 УК РФ.

4. Определение медицинской деятельности в штатах США и во Франции основано на ее фактическом (предметном) содержании, описанном с использованием общеупотребительных терминов. Предметная характеристика медицинской деятельности является удобной конструкцией для уголовно-правовой оценки деяний в качестве незаконного занятия медициной.

§ 3. Понятие и виды услуг народной (традиционной) и нетрадиционной медицины

Понятия народной (традиционной) медицины и медицины нетрадиционной используются для обозначения различных услуг, не относящихся к официальной медицине и являющихся альтернативными или дополнительными по отношению к ней.

Также как и относительно понятия «официальная медицина», здесь необходимо отметить, что перечисленные термины широко употребляются в литературе и публицистике в совершенно различных значениях. Так, под



традиционной медициной иногда понимается официальная медицина, под нетрадиционной – народная. Часто методики, не относящиеся к официальной медицине, называют альтернативной или комплементарной медициной. Не претендуя на то, что данный выбор терминов является единственно правильным, полагаем, что необходимо обозначить словоупотребление в целях данного исследования.

Под народной (традиционной) медициной будет пониматься медицинская деятельность, основой которой является эмпирический опыт и практические умения⁸³. В нетрадиционную медицину включаются практики, основанные на вере людей в помощь сверхъестественных сил или непознанных способностей самой личности.

В литературе отмечено, что с позиций официальной медицины традиционная и нетрадиционная медицина рассматриваются в ряде случаев как медицина «второго сорта»⁸⁴. Происходит это по причине широкого распространения наряду с методиками, имеющими вековые традиции, сомнительных и обманных методов лечения. В то же время сегодня все больше признается, что такие виды медицины должны изучаться и применяться наряду с официальной⁸⁵. При этом некоторые авторы полагают необходимым изучение всех методик, составляющих данные виды медицины, включая деятельность магов и колдунов. Всем таким лицам необходимо обладать элементарными знаниями анатомии, медицинской этики и деонтологии⁸⁶. Другие же считают целесообразным отделить

⁸³ См.: *Жернов В.А.* Правовые проблемы традиционной медицины в практическом здравоохранении // Научные труды I Всероссийского съезда (Национального конгресса) по медицинскому праву. Т. 1, Москва, 25-27 июня 2003 г. / Под ред. Ю.Д. Сергеева. М.: НАМП, 2003. С. 92.

⁸⁴ См.: *Акопов В.И., Маслов Е.Н.* Страдания Гиппократов (правовые и этические проблемы современной медицины и ответственность медицинских работников). Ростов-на-Дону: Издательство «Приазовский край», 2006. С. 89.

⁸⁵ См.: *Киркалди-Уиллис У.Х., Шварц О.А.* Традиционная и нетрадиционная медицина: союз в меняющемся мире / Пер с англ. Е.В. Кардаш. СПб: ИГ «Весь», 2010. С. 13-14. Термином «традиционная» в названии данной монографии переведена ортодоксальная (официальная) медицина (orthodox medicine). Соответственно под нетрадиционной имеется в виду альтернативная и комплементарная медицина. Авторами книги являются американские врачи-ортопеды.

⁸⁶ См.: *Акопов В.И., Маслов Е.Н.* Страдания Гиппократов (правовые и этические проблемы современной медицины и ответственность медицинских работников). С. 93.



«настоящих» целителей от магов и колдунов и «иных лиц, практикующих сомнительные методы воздействия не с целью исцеления»⁸⁷.

Выход из-под государственного контроля деятельности многих лиц, практикующих методики, отличные от официальной медицины, позволяет утверждать, что «действующее законодательство в сфере народной медицины на сегодня недостаточно эффективно выполняет возложенную на него задачу»⁸⁸.

1. Традиционная (народная) медицина. Изучение возможностей уголовно-правовой охраны традиционной (народной) медицины предполагает необходимость анализа следующих вопросов:

1. Требования к осуществлению различных видов традиционной медицины.
2. Социальная обусловленность рассматриваемых требований.
3. Применение уголовного закона при нарушении требований к занятию традиционной медициной.

1.1. Правовое регулирование народной (традиционной) медицины в Российской Федерации. В России термины традиционная и народная медицина обычно используются как синонимы. Однако если ранее определение народной медицины давалось с использованием понятия «народные традиции», а термин «целительство» приравнивался к народной медицине (ст. 57 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан), то в ст. 50 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» слово «традиции» отсутствует, равно как и термин «целительство».

Что касается последнего, то им по-прежнему оперирует ст. 6.2 КоАП РФ. Возможно, это не вызовет каких-либо практических проблем, однако представляется, что язык нормативных правовых актов требует точного и

⁸⁷ См.: Исаев Н.Д. Вебер В.Р. Медицинское право: учебник. Великий Новгород: ИПЦ НовГУ, 2011. С. 89.

⁸⁸ Ковригина Г.Д. Правовое регулирование целительской деятельности в России: история вопроса и современные общеюридические начала // Медицинское право. 2008. № 4. С. 40.



единообразного использования терминов и их раскрытия. Особенно это важно, если учесть тот факт, что в литературе и СМИ подчас перепутаны лица, занимающиеся народной медициной, маги, гадалки и прочие лица⁸⁹, что недопустимо, так как в действующем законодательстве содержится ясное указание на то, что «к народной медицине не относится оказание услуг оккультно-магического характера, а также совершение религиозных обрядов» (часть 1 ст. 50 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»).

Часть 1 ст. 50 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» закрепляет нормативное определение народной медицины, которой являются «методы оздоровления, утвердившиеся в народном опыте, в основе которых лежит использование знаний, умений и практических навыков по оценке и восстановлению здоровья».

1.1.1. Требования к осуществлению народной медицины. Для занятия народной медициной необходимо получить разрешение, выдаваемое органом исполнительной власти субъекта РФ в сфере охраны здоровья. Такое разрешение выдается на основании заявления гражданина и представления медицинской профессиональной некоммерческой организации либо заявления гражданина и совместного представления медицинской профессиональной некоммерческой организации и медицинской организации⁹⁰.

⁸⁹ Целителей отправят под наблюдение врачей // Газета «Коммерсантъ-СПБ» URL: <http://www.kommersant.ru/doc/562143> (дата обращения: 20.03.2013).

⁹⁰ Возникает вопрос, какую организацию можно отнести к медицинской профессиональной некоммерческой организации. Применительно к существующему ранее правовому регулированию (ч. 3 ст. 57 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» такие разъяснения были даны в Постановлении Федерального арбитражного суда Волго-Вятского округа от 14 сентября 2010 г. по делу № А28-18865/2009 (СПС «КонсультантПлюс»), в котором указывалось, что профессиональная медицинская ассоциация является профессиональным членским объединением, участниками которого могут быть только профессионалы - физические лица, осуществляющие медицинскую деятельность в установленном порядке, т.е. 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. Данная позиция была впоследствии



Право на занятие народной медициной на основании разрешения распространяется только на территорию того субъекта РФ, где оно было выдано.

Если ранее в законодательстве содержалась оговорка о том, что порядок занятия народной медициной совпадает с порядком занятия частной медицинской практикой (ст. 56 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан), то в настоящее время в ст. 50 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» такая оговорка отсутствует. Положение о лицензировании медицинской деятельности 2012 г. не использует понятия народной медицины или традиционной медицины.

Таким образом, методики, относимые по своей сущности к традиционной медицине, оказались разделены на два вида:

1. Названные в тексте указанного Положения и требующие лицензирования (рефлексотерапия, медицинский массаж, мануальная терапия). Правовое регулирование данных видов традиционной медицины в настоящее время приравнено к официальной медицине.

2. Иные методики, не требующие получения лицензии.

Что касается правового регулирования отдельных видов народной медицины, рассмотрим его на примере гомеопатии. Также рассмотрим правовое регулирование рефлексотерапии, которая в настоящее время «выделена» законодателем из народной медицины и требует получения лицензии.

Применения метода гомеопатии разрешено Приказом Министерства здравоохранения и медицинской промышленности РФ от 29 ноября 1995 г. № 335 «Об использовании метода гомеопатии в практическом здравоохранении»⁹¹.

подтверждена Определением Высшего Арбитражного Суда РФ от 18 ноября 2010 г. № ВАС-15382/10 (СПС «КонсультантПлюс»).

⁹¹ Здравоохранение. 1996. № 3.



Приложением 1 к Приказу установлено, что гомеопатический метод может использовать врач – специалист с высшим медицинским образованием по специальности «лечебное дело», «педиатрия» или «стоматология», владеющий теоретическими и практическими знаниями по основной специальности и в области гомеопатии, предусмотренными программой подготовки в соответствии с требованиями квалификационной характеристики и имеющий соответствующее удостоверение государственного образца.

Согласно п. 2.1 указанного Приказа врач-гомеопат «наряду с основной деятельностью обосновывает назначение гомеопатических лекарственных средств, назначает и контролирует необходимое лечение».

Рефлексотерапия была введена в номенклатуру врачебных и провизорских специальностей Приказом Министерства здравоохранения РФ от 10 декабря 1997 г. № 364 «О введении специальности «рефлексотерапия» в номенклатуру врачебных и провизорских специальностей»⁹².

Согласно п. 1.1 «Положения о враче-рефлексотерапевте» (Приложение 2 к Приказу № 364) врачом-рефлексотерапевтом является специалист с высшим медицинским образованием по специальности «лечебное дело» или «педиатрия», прошедший послевузовскую подготовку (интернатуру, ординатуру, аспирантуру) или специализацию по рефлексотерапии в государственных образовательных учреждениях, имеющих лицензию на право ведения образовательной деятельности. Врач-рефлексотерапевт обязан владеть теоретическими знаниями и практическими навыками в области рефлекторной диагностики и терапии у взрослых и детей в соответствии с требованиями квалификационной характеристики и имеющий сертификат по специальности «рефлексотерапия».

⁹² Здравоохранение. 1998. № 2. Этим же Приказом утверждены «Положение о враче-рефлексотерапевте» и «Инструктивно-методические указания по аттестации врачей на присвоение квалификационной категории по специальности “рефлексотерапия”».



Пункт 1.3 Положения о враче-рефлексотерапевте устанавливает, что такой врач самостоятельно ведет амбулаторный прием в поликлиниках, медико-санитарных частях и других лечебно-диагностических учреждениях для взрослых и детей, а также осуществляет лечебную и профилактическую работу в стационарах, поликлиниках, санаториях-профилакториях и других лечебно-профилактических учреждениях для взрослых и детей.

Таким образом, в России использование данных видов медицины не просто поставлено под врачебный контроль, но установлено жесткое правило, согласно которому рефлексотерапией и гомеопатией может заниматься только врач.

Требования о медицинском образовании содержатся и в иных актах, в том числе в Методических рекомендациях Минздрава РФ. Среди них можно назвать «Применение терминов натуротерапии и натурофармации в практическом здравоохранении. Методические рекомендации № 2000/154», утвержденные Минздравом РФ 1 ноября 2000 г.⁹³, «Использование метода гирудотерапии в практическом здравоохранении. Методические рекомендации № 2002/78»⁹⁴ утвержденные Минздравом РФ 15 июля 2002 г., «Возможности компьютеризированной электропунктурной диагностики по методу Р. Фолля в терапии методами рефлексотерапии и гомеопатии. Методические рекомендации № 98/232», утвержденные Минздравом РФ 11 марта 1999 г.⁹⁵, «Электропунктурный вегетативный резонансный тест. Методические рекомендации № 99/96», утвержденные Минздравом РФ 7 апреля 2000 г.⁹⁶. На необходимость высшего медицинского образования для всех специальностей, кроме медицинского массажа, было указано и в Письме

⁹³ СПС «КонсультантПлюс».

⁹⁴ СПС «КонсультантПлюс».

⁹⁵ Научно-исследовательский институт традиционных методов лечения Министерства здравоохранения Российской Федерации. М., 1999.

⁹⁶ Научно-практический центр традиционной медицины и гомеопатии Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2000.



Министерства здравоохранения РФ от 7 апреля 2000 г. № 2510/3791-32 «О лицензировании народных целителей»⁹⁷.

1.1.2. Социальная обусловленность законодательных требований к традиционной медицине. Подход российского законодателя к регулированию народной медицины отражает противоречивость социальных условий оказания подобных услуг.

С одной стороны, возможно снижение требований к профессиональной подготовке специалистов по традиционной медицине. В таком случае их услуги рассматриваются как дополнительный способ улучшить состояние своего здоровья или же как альтернатива официальной медицине (в некоторых ситуациях). С другой стороны – практики традиционной медицины могут быть полностью отданы на откуп врачам, что, безусловно, повысит возможности контроля, но также и издержки обращения к такого рода специалистам.

Необходимо иметь в виду, что Всемирная организация здравоохранения рекомендовала «признать роль некоторых практиков народной медицины в качестве важного ресурса первичной медико-санитарной помощи, особенно в странах с низкими доходами, и в соответствии с условиями, сложившимися в данной стране»⁹⁸. Невозможно отрицать данную функцию традиционной медицины, учитывая, что даже в странах с высоким уровнем жизни имеются слои населения с низкими доходами.

Вероятно, именно по этой причине несколько лет назад была предпринята некая попытка легализации деятельности народных целителей, не являющихся работниками сферы официальной медицины. В Письме Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального

⁹⁷ СПС «КонсультантПлюс».

⁹⁸ Пункт 14.10 повестки дня. Пятьдесят шестая сессия А56/18 Всемирной Ассамблеи здравоохранения. «Народная медицина». 28 мая 2003 г. URL: http://whqlibdoc.who.int/wha/2003/WHA56_31_rus.pdf (дата обращения: 17.09.2012). С. 2.



развития от 27 апреля 2006 г. № 01И-363/06 «О деятельности народных целителей»⁹⁹ было отмечено следующее:

1. Народная медицина отнесена законодателем к сфере здравоохранения.
2. На федеральном уровне не регламентирован порядок получения диплома целителя.
3. Потребители услуг в области народной медицины лишены возможности получать достоверную информацию о лицах, предоставляющих услуги народной медицины.

В Письме было констатировано наличие определенного сектора услуг, связанного с традиционной медициной, а также неадекватность правовых средств для обеспечения безопасности такой деятельности и защиты прав потребителей.

В Письме указывалось, что «с целью обеспечения прав потребителей» Приказом Росздравнадзора от 25 января 2006 г. № 154-Пр/06 «О введении в работу Системы добровольной сертификации услуг в области народной медицины “Реестр целителей”»¹⁰⁰ в действие был введен, по сути, альтернативный механизм контроля. Однако статус лиц, получивших сертификат, представляется не вполне ясным, с учетом отсутствия упоминания о нем, как в действовавших в то время Основах законодательства РФ об охране здоровья граждан, так и в действующем ныне Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

При сертификации применялось несколько схем, перечисленных в Приказе. Схема 1 предусматривала оценку мастерства исполнителя услуг, оказание услуги в условиях эксперимента, контроль мастерства исполнителя услуг и применялась для услуг, качество и безопасность которых

⁹⁹ Бюллетень нормативно-справочной информации по надзору в сфере здравоохранения и социального развития. Вып. 6. М., 2006.

¹⁰⁰ СПС «КонсультантПлюс».



обусловлены соблюдением технологии метода. Схема 2 предусматривала оценку организации процесса оказания услуг, проверку порядка организации данного процесса и его контроль. По схеме 2 оценивался порядок организации процесса оказания услуг. Всего в Приказе было закреплено 7 таких схем для разных случаев.

Приказом был утвержден центральный орган по сертификации – ФГУ «Федеральный научный клинико-экспериментальный центр традиционных методов диагностики и лечения Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию».

В Письме Росздравнадзора № 01И-363/06 содержалось указание на то, что территориальные управления ФГУ осуществляют проверки деятельности юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, занимающихся деятельностью в области народной медицины, и принимают во внимание наличие сертификатов соответствия услуг и выписок о включении в «Реестр целителей». Данная формулировка не позволяет установить, какие конкретно правовые последствия влекло наличие сертификата, так как он только принимался во внимание.

Однако в конце 2009 г. ФГУ было ликвидировано Правительством РФ¹⁰¹. Эту ситуацию прокомментировал в своем интервью профессор, заслуженный врач России А. Карпеев: «в 2009 г. ...был в одночасье ликвидирован Федеральный научный клинико-экспериментальный центр традиционных методов диагностики и лечения Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию, функционировавший в течение 33 лет и в последние три года активно разрабатывающий систему регулирования деятельности народных целителей... Попутно было

¹⁰¹ Распоряжение Правительства РФ от 2 ноября 2009 г. № 1609-р «О ликвидации федерального государственного учреждения «Федеральный научный клинико-экспериментальный центр традиционных методов диагностики и лечения Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию» (г. Москва) и федерального государственного учреждения «Клиническая больница Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию» (г. Москва)» // СЗ РФ. 2009. № 45. Ст. 5382.



ликвидировано одно из самых перспективных направлений современной медицины – традиционная медицина»¹⁰².

1.1.3. Применение уголовного закона при нарушении требований к занятию традиционной медициной. До принятия Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» проблема заключалась в том, что ст. 57 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан не содержала прямого указания на необходимость получения лицензии на занятие народной медициной, а лишь делала отсылку к ст. 56, содержащей порядок занятия частной медицинской практикой, в том числе пункт о необходимости лицензирования. В связи с этим, в некоторых исследованиях отрицалась необходимость получения лицензии на занятие традиционной медицинской деятельностью¹⁰³.

Положение о лицензировании медицинской деятельности 2007 г. содержало указание на необходимость получения лицензии на осуществлении методов традиционной медицины, однако в тексте не раскрывалось, что под ними понимается, что создавало ситуацию правовой неопределенности. До этого подзаконные акты содержали перечень соответствующих методик¹⁰⁴.

В то же время Верховный Суд РФ, руководствуясь действующим в то время законодательством, прямо указал на необходимость получения лицензии на занятие традиционной медициной, отклонив довод заявителей о том, что народная (традиционная) медицина не относится к медицинской

¹⁰² Московский комсомолец. Специальный еженедельный выпуск от 5 апреля 2011 г. № 8 (186). С 4.

¹⁰³ См., например: Малахова М.М. Незаконное занятие частной медицинской практикой или частной фармацевтической деятельностью: автореферат дис. ... канд. юрид. наук. Ростов-на-Дону, 2008. С.9.

¹⁰⁴ Так, Постановлением Правительства РФ от 21 мая 2001 г. № 402 «Об утверждении Положения о лицензировании медицинской деятельности» (СЗ РФ. 2001. № 22. Ст. 2247) к традиционной медицине были отнесены: биорезонансная терапия, гомеопатия, мануальная терапия, медицинский массаж, натуротерапия, (фитотерапия, гирудотерапия и другие методы, разрешенные к применению Минздравом России), рефлексотерапия, традиционная диагностика методами, разрешенными к применению Минздравом России, традиционные системы оздоровления, разрешенные к применению Минздравом России.

Согласно Постановлению Правительства РФ от 4 июля 2002 г. № 499 «Об утверждении Положения о лицензировании медицинской деятельности» (СЗ РФ. 2002. № 27. Ст. 2710) и изданному на его основе Приказу Минздрава РФ № 238 от 26 июля 2002 г. «Об организации лицензирования медицинской деятельности» (Российская газета. 2002. № 201) услуги традиционной медицины были текстуально разделены с медицинским массажем, рефлексотерапией, мануальной терапией.



деятельности и в связи с этим не подлежит лицензированию¹⁰⁵. Однако некоторые нижестоящие суды не учитывали данную практику, разъясняя, что целительство не требует получения лицензии¹⁰⁶. В Письме «О лицензировании народных целителей» Минздрав РФ подчеркивал, что народная медицина относится к лицензируемым видам деятельности.

Следует также отметить, что некоторыми авторами отмечалось, что в контексте применения ст. 235 УК РФ отсутствие диплома целителя само по себе аналогично отсутствию лицензии¹⁰⁷, что, как представляется, противоречит тексту уголовного закона.

На сегодняшний день спор о необходимости лицензирования народной медицины можно считать решенным. Часть методик, ранее относившихся к традиционной медицине, лицензируется, остальные методики требуют получения разрешения.

В настоящее время лиц, занимающихся народной медициной без разрешения, нельзя привлечь к уголовной ответственности по ст. 235 УК РФ за незаконное занятие частной медицинской практикой. Возможно лишь их привлечение к административной ответственности. Если же у лица отсутствует лицензия на осуществление практики, названной в Положении о лицензировании 2012 г., оно может быть привлечено к уголовной ответственности за незаконное занятие частной медицинской практикой. Вопросы, касающиеся незаконного занятия частной медицинской практикой подробно рассматриваются в § 1 главы 3.

1.2. Правовое регулирование народной (традиционной) медицины в США. Осуществление традиционной медицины в США, как и медицины официальной, регулируется законами штатов.

¹⁰⁵ Решение Верховного Суда РФ от 24 сентября 1998 г. № ГКПИ 98-435 // СПС «КонсультантПлюс».

¹⁰⁶ Решение Куйбышевского суда г. Санкт-Петербурга от 15 ноября 2002 г. // СПС «КонсультантПлюс».

¹⁰⁷ См. по этому вопросу: *Галахова А.В.* Уголовный закон в практике районного суда. Научно-практическое пособие. М.: Норма, 2007. С. 616.



Обширный перечень видов традиционной медицины закреплен в разделе 32 «Профессии и занятия» Свода законов штата Аризона.

Пункт 32-925 статьи 2 главы 8 данного раздела закрепляет определение такой популярной в США методики, как хиропрактика, под которой понимается практика здравоохранения, включающая в себя:

- диагностику и коррекцию подвывихов, функциональных позвоночных или суставных дизартрозов (пороков) или нарушений нейромышечного двигательного аппарата для восстановления и поддержания здоровья;

- физические и клинические исследования, диагностику рентгеновскими лучами и клинические лабораторные процедуры, ограниченные сбором мочи, крови из пальца или вены для определения правильности режима лечения хиропрактикой или установления оснований для направления пациентов к другим лицензированным профессионалам в области здравоохранения, либо для обеих целей;

- лечение физиотерапевтическими средствами, терапевтическими процедурами, вправлением позвоночника и суставов, процедурами, связанными с коррекцией подвывихов и нейромышечных двигательных нарушений, прописыванием ортопедических опор, иглотерапией.

Доктор хиропрактики не имеет права назначать медикаменты или лекарства, оперировать и оказывать родовспоможение.

1.2.1. Требования к лицу, желающему получить лицензию на занятие традиционной медициной. Пункт 32-921 статьи 2 главы 8 раздела 32 «Профессии и занятия» Свода законов штата Аризона устанавливает, что субъект должен обладать высокими моральными качествами и репутацией, быть выпускником аккредитованного колледжа хиропрактики, быть физически и умственно способным к занятию хиропрактикой квалифицированным и безопасным образом, иметь сертификат о



прохождении экзамена, проводимого Национальным экзаменационным советом хиропрактиков.

Пункт 32-926 статьи 2 запрещает занятие хиропрактикой без лицензии, однако не запрещает консультировать в штате Аризона хиропрактику, имеющему лицензию в другом штате, если он не имеет офиса для постоянного приема пациентов. Разрешено также выполнение технических функций помощником лицензированного хиропрактика, а также деятельность студентов под наблюдением хиропрактика во время прохождения практики.

Глава 14 раздела 32 Свода законов штата Аризона посвящена натуропрактике, под которой согласно § 28 п. 32-1501 ст. 1 данной главы понимается медицинская система диагностики и лечения заболеваний, травм и других состояний человеческого ума и тела, включающая натуральные средства, безлекарственные методы, лекарства, нехирургические методы, приборы, физические, электрические, гигиенические и санитарные меры и все формы физических веществ и условий.

Пункт 32-1522 статьи 2 устанавливает требования для получения лицензии на занятие натуропрактикой: наличие диплома аккредитованной школы натуропрактики; успешное прохождение практики; наличие хорошей репутации; физическая и психическая возможность заниматься натуропрактикой; успешное прохождение экзаменационных испытаний. Не может быть хиропрактиком лицо, виновное в ранее совершенном непрофессиональном деянии, которое является основанием для приостановки или отзыва лицензии.

Главой 17 раздела 32 регулируется занятие остеопатией, главой 29 – гомеопатией, главой 39 – акупунктурой (иглоукалыванием или рефлексотерапией), главой 42 – массажем. Все эти главы содержат требования к подготовке соответствующих специалистов и порядок получения разрешения на соответствующий вид деятельности. Также в них



перечисляются правонарушения, совершаемые в той или иной сфере деятельности.

Обзор законодательства американских штатов показывает, что наиболее распространенными методиками традиционной медицины в США являются:

- хиропрактика (например, глава 18.25 RCW раздела 18 «Бизнес и профессии» Свода законов Вашингтона; статья 33 раздела 12 «Профессии и занятия» Свода законов штата Колорадо; глава 6 раздела 73 «Профессии и занятия» Свода законов штата Миссисипи; статья 132 раздела 8 «Профессии» консолидированного акта об образовании штата Нью-Йорк; глава 634 раздела 54 «Профессии, занятия и бизнес» Свода законов штата Невада; глава 20 раздела 8 «Бизнес и профессии» Законов штата Аляска);

- натуропатия (например, глава 18.36A RCW раздела 18 «Бизнес и профессии» Свода законов Вашингтона; глава 45 раздела 8 «Бизнес и профессии» Законов штата Аляска);

- остеопатия (например, глава 18.57 RCW раздела 18 «Бизнес и профессии» Свода законов Вашингтона; глава 633 раздела 54 «Профессии, занятия и бизнес» Свода законов штата Невада);

- акупунктура (например, статья 29.5 раздела 12 «Профессии и занятия» Свода законов штата Колорадо; статья 160 раздела 8 «Профессии» консолидированного акта об образовании штата Нью-Йорк; глава 6 раздела 8 «Бизнес и профессии» Законов штата Аляска);

- массаж (например, статья 35.5 раздела 12 «Профессии и занятия» Свода законов штата Колорадо; глава 67 раздела 73 «Профессии и занятия» Свода законов штата Миссисипи; статья 155 раздела 8 «Профессии» консолидированного акта об образовании штата Нью-Йорк; глава 640C раздела 54 «Профессии, занятия и бизнес» Свода законов штата Невада);

- гомеопатия (например, глава 630A раздела 54 «Профессии, занятия и бизнес» Свода законов штата Невада);



- музыкальная терапия (например, глава 640D раздела 54 «Профессии, занятия и бизнес» Свода законов штата Невада).

Таким образом, в рассмотренных штатах наиболее популярной методикой традиционной медицины является хиропрактика, а также массаж и акупунктура.

1.2.2. Социальная обусловленность законодательных требований к традиционной медицине. В США существуют специальные школы, обучающие соответствующим методикам традиционной медицины. Сообщество медиков, практикующих традиционные методы лечения в США, является достаточно влиятельным, чтобы самостоятельно оценивать качество оказываемых услуг и проводить соответствующие экзамены.

Так, пункт 32-901 статьи 2 главы 8 раздела 32 Свода законов штата Аризона устанавливает, что экзаменационный совет штата по хиропрактике состоит из трех лицензированных хиропрактиков, а также из двух представителей потребителей, назначенных губернатором. Советы по отдельным видам традиционной медицины, состоящие из представителей соответствующих профессий имеются и в других штатах (например, совет по натуропрактике – параграф RCW 18.36A.150 главы 18.36A раздела 18 Свода законов Вашингтона; совет по музыкальной терапии – параграф NRS 640D.100 главы 640D раздела 54 Свода законов штата Невада).

Это позволяет утверждать, что традиционная медицина глубоко укоренилась в медицинской практике США, что позволило законодателю четко регламентировать ее осуществление.

1.2.3. Применение уголовного закона при нарушении требований к занятию традиционной медициной. Ответственность за осуществление традиционной медицины без лицензии предусмотрена в соответствующих разделах, регулирующих занятие конкретным видом такой медицины.

Параграф 12-29.5-108 статьи 29.5 раздела 12 Свода законов штата Колорадо запрещает занятие или попытку осуществления акупунктуры без



действующей лицензии (мисдиминор 2-го класса), что наказывается согласно параграфу 18-1.3-501 Уголовного кодекса, а в случае повторного нарушения - параграфу 18-1.3-401 (фелония 6-го класса).

Согласно п. 32-934 статьи 2 главы 8 раздела 32 Свода законов штата Аризона предоставление услуг хиропрактики без лицензии является фелонией 6-го класса.

Законами штатов предусматриваются и иные нарушения, например, п. 32-1555 ст. 3 гл. 14 называет несколько противозаконных актов, касающихся натуропрактики, включая обманное получение соответствующего диплома, а также неправомерное использование звания «доктор натуропрактики» или соответствующей аббревиатуры «N.D.» с целью введения пациентов в заблуждение.

В то же время, если лицо осуществляет методику традиционной медицины, не признанную и не разрешенную в данном штате, оно может быть привлечено к ответственности за незаконное занятие медицинской деятельностью, что возможно благодаря существованию предметного определения такой деятельности, предусмотренного в различных штатах США.

1.3. Правовое регулирование народной (традиционной) медицины во Франции. Во Франции также признаются и осуществляются практики, которые относятся к традиционной медицине.

1.3.1. Требования к лицу, желающему получить лицензию на занятие традиционной медициной. Кодекс здравоохранения Франции регулирует вопросы допуска на рынок гомеопатических препаратов (ст. L. 5121-13 и др.), также в Кодексе содержится ряд нормативных положений, касающихся массажа (ст. L. 4321-1 и др.).

Что касается такого вида традиционной медицинской практики, как акупунктура (иглоукалывание), то согласно п. «i» ч. 2 ст. R. 4127-318 Кодекса здравоохранения Франции разрешается заниматься акупунктурой акушеркам,



при условии, что они обладают дипломом по акупунктуре, выданным медицинским университетом, занесенным в перечень, согласно решениям Министра здравоохранения и высшего образования, или имеют эквивалентную квалификацию, позволяющую заниматься иглоукалыванием в государстве-члене Европейского Сообщества или государстве-участнике соглашения по Европейскому Экономическому Сообществу.

Согласно Постановлению от 2 ноября 2009 г., закрепляющему перечень дипломов, разрешающих заниматься акупунктурой акушеркам¹⁰⁸, таким дипломом является межвузовский диплом акушерской акупунктуры (ст. 1).

Существуют также и иные нормативные правовые акты, регулирующие вопросы традиционной медицины. Например, занятие остеопатией и мануальной терапией регламентируется, прежде всего, Законом № 2002-303 от 4 марта 2002 г. о правах больных и качестве системы здравоохранения¹⁰⁹. Согласно ст. 75 указанного Закона, только лица, получившие диплом, выданный учебным заведением, утвержденным министром здравоохранения, могут именоваться остеопатами или мануальными терапевтами.

Согласно статье 1 Постановления № 2007-435 от 25 марта 2007 об условиях занятия остеопатией¹¹⁰, лицу, получившему право на занятие остеопатией, разрешается осуществлять манипуляции, единственной целью которых является предотвращение или устранение функциональных нарушений человеческого тела, за исключением органических патологий, которые требуют терапевтического, медицинского, хирургического, медикаментозного или иного вмешательства. Данные манипуляции

¹⁰⁸ Arrêté du 2 novembre 2009 fixant la liste des diplômes permettant l'exercice des actes d'acupuncture par les sages-femmes // Legifrance URL: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000021245638&fastPos=2&fastReqId=1809654943&categorieLien=cid&oldAction=rechTexte> (дата обращения: 20.03.2013).

¹⁰⁹ Loi № 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé // Legifrance URL: http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=4962C74A31944F184416CED18661DBE8.tpdjo05v_2&dateTexte=?cidTexte=JORFTEXT000000227015&categorieLien=cid (дата обращения: 20.03.2013).

¹¹⁰ Décret № 2007-435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie // Legifrance. URL: http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=940DBB2AC84E3A2C6ABD0C1EB05D47AF.tpdjo02v_3&dateTexte=?cidTexte=JORFTEXT000000462001&categorieLien=cid (дата обращения: 20.03.2013).



включают костно-мышечные и миофасциальные воздействия, исключительно ручные и внешние.

Объем необходимой подготовки регламентируется Постановлением № 2007-437 от 25 марта 2007 года об обучении остеопатии и аккредитации учебных заведений¹¹¹.

Согласно статьям 1 и 2 указанного Постановления занятие остеопатией требует специальной подготовки (но не медицинского образования). Соответствующий диплом может быть выдан лицу, которое прошло обучение в объеме 2660 часов или трехлетнее обучение, включающее 1435 часов теоретического обучения в области фундаментальных наук и биологии и 225 часов теоретического и практического обучения остеопатии.

1.3.2. Социальная обусловленность законодательных требований к традиционной медицине. Проблемы правового регулирования традиционной медицины в целом и остеопатии в частности вызывают во Франции серьезные дискуссии. Так, после принятия соответствующих Постановлений в 2007 г., отменивших необходимость медицинского образования, конфедерация профсоюзов медицинских работников серьезно обеспокоилась тем, что «потенциально опасные манипуляции могут выполняться иными лицами, кроме... врачей и физиотерапевтов»¹¹². Кроме того, подчеркивалось, что профессия остеопата обесценивается, так как в связи со снижением срока обучения таких специалистов (с шести до трех лет) одновременно остеопатам было запрещено проводить целый ряд действий. Проведение некоторых других манипуляций стало обусловлено вмешательством врача. Мишель Сала, представляющая Французскую ассоциацию остеопатии,

¹¹¹ Décret № 2007-437 du 25 mars 2007 relatif à la formation des ostéopathes et à l'agrément des établissements de formation // Legifrance. URL: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000644998> (дата обращения: 20.03.2013).

¹¹² Quotidien du médecin № 7967 du 29 avril 2007, cit. de *Olivier Aurélie*. Qui peut faire quoi? La réglementation controversée de la profession. URL: <http://www.droit-medical.net/spip.php?article108> (дата обращения: 20.03.2013). См. также: *Brissonnet J.* L'ostéopathie, médecine holistique ou outil thérapeutique // *Science & pseudo-sciences*. 2000. N 241. URL: <http://www.pseudo-sciences.org/spip.php?article160> (дата обращения: 20.03.2013).



объявила о несправедливости такого правового регулирования. Соответствующие документы были обжалованы Французской ассоциацией остеопатов и Национальным профсоюзом французских остеопатов в Государственный совет, что, однако, результата не дало¹¹³.

1.3.3. Применение уголовного закона при нарушении требований к занятию традиционной медициной. В случае, если традиционные медицинские практики осуществляются без соблюдения необходимых нормативных требований, такая деятельность является незаконной и может наказываться по ст. L. 4161-1 и ст. L. 4161-5 Кодекса здравоохранения Франции.

2. Нетрадиционная медицина. Как уже было указано, данное понятие является условным. На наш взгляд, им целесообразно обозначить медицинскую деятельность, отличную как от традиционной, так и от официальной медицины. Критерием, позволяющим выделить данный вид деятельности, является применение методик, эффективность которых не может быть проверена опытным путем, так как, в сущности, является предметом веры. Данные методики апеллируют либо к сверхъестественным силам, либо к внутренним, непознанным способностям самого человека и направлены на улучшение физического и психического состояния, включая общее духовное оздоровление, а также на достижение иных значимых для индивида целей с использованием воздействия на его организм. Именно цели такой деятельности, а также факт вмешательства в организм человека (психического или физического) позволяют рассматривать ее в качестве медицинской.

В рамках нетрадиционной медицины следует проанализировать методики различных объединений, возглавляемых лидерами-учителями, которые на практике сочетают в себе приемы, поддающиеся эмпирической

¹¹³ См.: *Aurélie Olivier*. Qui peut faire quoi? La réglementation controversée de la profession.



проверке, с системой постулатов и воздействий, имеющей мировоззренческое, духовное, психологическое значение. Как правило, деятельность подобных объединений вызывает споры различного характера, общество и государство проявляют к ним повышенное внимание в связи с потенциальной возможностью массового нарушения прав человека, трудностью оценки такой деятельности «извне», то есть лицами, не являющимися членами указанных объединений.

Необходимость отдельного рассмотрения таких практик, как снятие порчи и сглаза, излечение путем обращения к сверхъестественным силам, выполнение различных обрядов и следование духовным учениям, предопределяется тем, что данные явления широко распространены в современном мире. Такие практики вне всяких сомнений могут существенно затронуть психическое здоровье человека, а также его физическую составляющую, причем как положительно – вселяя в человека надежду и помогая справиться с тяжелой жизненной ситуацией, так и отрицательно – вызывая неприятие мира, страх перед потусторонними силами и т.п.

Из-за специфики указанной деятельности власти практически всех стран мира испытывают определенные затруднения при выработке правового регулирования деятельности гадалок, экстрасенсов, различных «учителей», «наставников» и т.п.

Применительно к нетрадиционной медицине будут рассмотрены следующие вопросы:

1. Общая характеристика правового регулирования указанной деятельности и ее разновидностей.
2. Правовое регулирование деятельности общественных объединений, проповедующих духовные учения.

Данные вопросы рассматриваются с учетом возможности уголовно-правовой охраны прав пациентов, конституционных прав и свобод человека



и необходимости защиты жизни и здоровья от оказания неквалифицированных услуг.

2.1. Нетрадиционная медицина в Российской Федерации. В России длительное время ведутся дискуссии о необходимости введения в правовое поле деятельности лиц, использующих, по их словам, сверхъестественные способности. При этом неясным является отношение законодателя к возможности существования таких способностей¹¹⁴. Попытки регламентировать законом деятельность указанных лиц, как правило, ограничиваются целительством и не затрагивают гадание, привороты, снятие порчи и т.п. Между тем, как свидетельствует правоприменительная практика, все эти услуги так или иначе могут попасть в сферу действия уголовного закона.

2.1.1. Общая характеристика правового регулирования нетрадиционной медицины и ее разновидностей. В 1999 г. в Государственную Думу Федерального Собрания РФ был внесен Законопроект № 99059204-2 «О традиционной и народной медицине (целительстве)»¹¹⁵, определяющий традиционную медицину как «основанную на систематизированных философских и медицинских знаниях, установившихся и практически используемых с древнейших времен», включающую в себя методы, «зарегистрированные в соответствии с законодательством Российской Федерации в качестве медицинских» (абз. 2 и 8 ст. 3).

В отличие от традиционной, народная медицина (целительство) была определена как «отрасль практической деятельности в сфере охраны здоровья граждан, направленная на оздоровление, диагностику, лечение, профилактику заболеваний и их осложнений, реабилитацию после

¹¹⁴См.: Московский комсомолец. Специальный еженедельный выпуск от 5 апреля 2011 г. № 8 (186). С 4.

¹¹⁵ Автоматизированная система обеспечения законодательной деятельности. URL: http://asozd.duma.gov.ru/arhiv/a_dz_3.nsf/ByID/73CDBE0C580B4AC943256EF30044F05D?OpenDocument (дата обращения: 20.03.2013).



перенесенных заболеваний, коррекцию психического и физического состояния оригинальными способами, основанными на опыте, мировоззрении и культуре предыдущих поколений, осуществляемая юридическими и физическими лицами с использованием уникальных возможностей целителей, продукции естественной окружающей среды и природных ресурсов человеческого организма, методов, средств и оборудования утвердившихся в местных культурных народных традициях» (абз. 3 ст. 3).

Под методами народной медицины (целительства) предлагалось понимать «авторские, неинвазивные методы (включающие психологическое, психотерапевтическое, информационное, биоэнергетическое, контактное и бесконтактное воздействие на пациента) с применением (или без такового) природных средств и пищевых продуктов, приборов и предметов, безопасность и медицинская эффективность которых подтверждена компетентными учреждениями и направленные на оздоровление, профилактику, диагностику, лечение, реабилитацию и раскрытие естественных резервов человеческого организма, восстановление его адаптационных способностей и духовное совершенствование и не зарегистрированные в порядке, установленном законодательством Российской Федерации в качестве медицинских» (абз. 7 ст. 3).

Необходимо указать на противоречие между определением народной медицины и определением ее методов. Так, в первом определении говорится об опыте, культуре и мировоззрении предыдущих поколений и местных культурных народных традициях. Второе определение указывает на авторские методы и не содержит указания на опыт и традиции. Неясным также остается, что следует понимать под «уникальными возможностями целителей» и «оригинальными способами» лечения.

Статья 11 Законопроекта предусматривала создание Федерального центра по координации практической и научной деятельности в области



традиционной и народной медицины и Федерального экспертно-научного совета по традиционной и народной медицине и Профессиональных ассоциаций, статус которых, однако, определен не был. Предусмотренные Законопроектом процедуры допуска к занятию народной медициной, в частности, проведение комплексной экспертизы, включающей экспертизу авторского (запатентованного) метода целителя и его профессиональной подготовки (абз. ст. 8.2), противоречили действующему законодательству.

По законопроекту имелись и иные замечания правового и технического характера¹¹⁶, и в 2001 г. он был отклонен.

Статья 43 проекта Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» первоначально содержала очень размытое определение целительства, под которое, в принципе, могли подпадать и методики, основанные на сверхчувственных способностях. В части 1 ст. 43 говорилось, что целительство – это «методы диагностики, предупреждения и лечения болезней человека, которые вследствие отсутствия четких правил, большой доли субъективности в их выборе и применении, плохой воспроизводимости результатов и сложности в проведении объективных испытаний их эффективности не могут быть внедрены в клиническую практику»¹¹⁷. Однако в дальнейшем эта формулировка была переработана и в настоящее время статья 50 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» указывает, что «к народной медицине не относится оказание услуг оккультно-магического характера, а также совершение религиозных обрядов». Отдельного регулирования оккультно-магических услуг, как уже упоминалось, на данный момент нет.

¹¹⁶ Заключение Правового управления Государственной Думы по проектам федерального закона «О традиционной и народной медицине (целительстве)» и постановления Государственной Думы (1 чтение) // Автоматизированная система обеспечения законодательной деятельности. URL: http://asozd.duma.gov.ru/arhiv/a_dz_3.nsf/ByID/955A80552E46E42D43256EF30044F056?OpenDocument (дата обращения: 20.03.2013).

¹¹⁷ Материалы сайта «Российской газеты». URL: <http://www.rg.ru/2010/08/30/oxrana-zdorovya-proekt-dok.html> (дата обращения: 20.03.2013).



Вопрос о допустимости занятия нетрадиционной медициной нуждается в анализе на основании системного рассмотрения конституционных норм и действующего законодательства.

Статья 28 Конституции РФ¹¹⁸ гарантирует каждому свободу совести, свободу выбирать, иметь и распространять религиозные и иные убеждения и действовать в соответствии с ними; части 1 и 3 статьи 29 Конституции РФ гарантируют свободу мысли и слова, а также содержат запрет принуждения к выражению своих мнений и убеждений или отказу от них; часть 1 статьи 37 Конституции РФ закрепляет свободу труда и право свободно распоряжаться своими способностями к труду, выбирать род деятельности и профессию.

Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и иные законы не содержат описания деятельности лиц, занимающихся нетрадиционной медициной. Запрета на занятие нетрадиционной медициной в законодательстве также не имеется.

Тем не менее судебная практика свидетельствует скорее о негативном отношении государства к услугам по гаданию, снятию порчи и сглаза, а также к целителям, которые обращаются к духовным силам. При прочих равных условиях, если гражданину причиняется вред (в данном случае, как правило, имущественный), суды констатируют, что сведения о порче и сглазе являются ложными без дальнейшей аргументации¹¹⁹, указывается на невозможность установить факт исцеления с помощью духовных сил¹²⁰ (см. п. 54-57 Приложения 4). Такие решения обусловлены фактами получения магами и целителями материального вознаграждения, а также наличием серьезного психологического воздействия на пациентов (см. главу 3).

¹¹⁸ Принята всенародным голосованием 12 декабря 1993 г. Официальный текст Конституции РФ с внесенными в нее поправками от 30 декабря 2008 г. опубликован в СЗ РФ.2009. № 4. Ст. 445.

¹¹⁹ Приговор Железнодорожного районного суда г. Новосибирска от 5 мая 2009 г. // ГАС «Правосудие». URL: http://zheleznodorozhny.nsk.sudrf.ru/modules.php?name=docum_sud&id=140 (дата обращения: 20.03.2013); Приговор Чернышковского районного суда Волгоградской области от 11 июня 2010 г. // ГАС «Правосудие». URL: http://chern.vol.sudrf.ru/modules.php?name=docum_sud&id=258 (дата обращения: 20.03.2013).

¹²⁰ Приговор Таганского районного суда г. Москвы от 7 июля 2008 г. // Сайт «Дело Григория Грабового». URL: <http://delo-grabovogo.org/documents/Sentence.pdf> (дата обращения: 20.03.2013).



В то же время необходимо понимать, что услуги гадалок и нетрадиционных целителей направлены на удовлетворение специфических потребностей граждан; по сути, данные потребности не могут быть удовлетворены никаким другим образом: люди хотят знать свое будущее, причины своих неудач и т.д. Находясь в процессе духовного поиска, лица обращались и будут обращаться к индивидам, которые утверждают, что они могут чудесным образом улучшить состояние здоровья (особенно если официальная медицина этого сделать не смогла), указать цель жизни, помочь преодолеть трудные ситуации.

Исходя из принципа «разрешено все, что не запрещено законом», следует признать, что гадание, нетрадиционное целительство, снятие сглаза и порчи являются разрешенными видами деятельности, что, однако, не исключает возможности привлечения целителя к ответственности в случае нарушения закона (причинение вреда здоровью и т.п.).

В целом, представляется, что правовое регулирование деятельности нетрадиционных целителей может быть лишь фрагментарным, сомнения вызывает возможность ее лицензирования¹²¹. Особенно остро стоит вопрос о возможности привлечения к уголовной ответственности за мошенничество, что будет подробно рассмотрено в § 3 главы 3.

В качестве исходных принципов правового регулирования нетрадиционного целительства могут быть использованы положения Федерального закона от 26 сентября 1997 г. № 125-ФЗ «О свободе совести и религиозных объединениях»¹²², в том числе пункт 2 ст. 14, который указывает на недопустимость деятельности, посягающей на личность, права и свободы граждан и иных подобных действий. Несмотря на то, что эти предписания применяются лишь к религиозным объединениям, они могут

¹²¹ Иного мнения придерживаются власти Украины, где существует специальный комитет по вопросам народной и нетрадиционной медицины МОЗ Украины, который выдает лицензии на данные виды деятельности. См.: Целительская атака // Власть денег. 2006. № 11. URL: http://www.depo.ua/ru/vlast-deneg/2006_vd/2006_3_vd/52_vtoc/vdart1089.htm (дата обращения: 20.03.2013).

¹²² СЗ РФ. 1997. № 39. Ст. 4465.



быть использованы при формулировании правовой позиции, касающейся деятельности целителей и групп, имеющих целью духовное и физическое совершенствование человека. Принципиальное сходство нетрадиционного целительства и религиозной деятельности видится в опоре на духовные силы человека или высшего разума.

Доводы о том, что гадалки и целители должны гарантировать результат своей деятельности, несостоятельны и противоречат понятию услуги¹²³. Кроме того, даже официальная медицина не может гарантировать пациенту излечение от болезни.

Следует также отметить, что в связи со спецификой нетрадиционной медицины некоторые действия, посягающие на жизнь и здоровье пациента, совершаются лицами, которые убеждены, что они обладают сверхъестественными способностями, но при этом фактически психически нездоровы и не могут осознавать значение своих действий и контролировать свое поведение¹²⁴. Так, было прекращено уголовное дело в отношении С., которая причинила смерть четырехлетнему мальчику во время проведения обряда¹²⁵. С. убедила родственников ребенка, что им необходимо покинуть помещение и что она проведет лечение. Находясь наедине с ребенком, С. взяла его за руку, уложила на пол, после чего, схватила правой рукой за шею, с силой надавив на нее, и прижала потерпевшего лицом в пол, лишив его возможности вырваться. Она удерживала мальчика около 6 минут, после чего наступила его смерть от асфиксии. С. была признана судом невменяемой, принудительные меры медицинского характера судом назначены не были¹²⁶.

¹²³ Предложение ввести в правовое поле деятельность гадалок в Румынии, включая уплату подоходного налога и ответственность за предсказания будущего, вызвало оживленные протесты. См.: Колдунам закон не писан // Огонек от 21 марта 2011 г. № 11. С. 48-49.

¹²⁴ По вопросу об опасности подобных лиц см., например: *Полубинская С.В.* Оценка риска опасного поведения лиц с психическими расстройствами в зарубежном законодательстве и эмпирических исследованиях // Российский криминологический взгляд. 2008. № 3 С. 245-248.

¹²⁵ См.: В Приморье прекращено уголовное дело в отношении «целительницы», по вине которой умер ребенок URL: <http://vestiregion.ru/2011/06/17/v-primore-prekrashheno-ugolovnoe-delo-v-otnoshenii-celitelnicy-po-vine-kotoroj-umer-rebenok/> (дата обращения: 20.03.2013).

¹²⁶ О проблемах применения принудительных мер медицинского характера см., например: *Полубинская С.В.* Основания применения принудительных мер медицинского характера // Уголовное право и современность.



Подобные случаи свидетельствуют о необходимости запрета осуществления любых действий над детьми в отсутствие родителей или лиц, их заменяющих, а также запрета физического воздействия, которое является опасным для жизни и здоровья пациента.

2.1.2. Правовое регулирование деятельности общественных объединений, проповедующих духовные учения. Действующее законодательство не содержит препятствий для создания общественных объединений, предлагающих духовные учения, программы духовного совершенствования личности и т.п.

Если деятельность подобных объединений включает в себя практики, направленные на оздоровление личности, требуется уяснить, к какому виду медицины они относятся.

Деятельность, содержательно представляющая собой осуществление методик, относящихся к официальной медицине или приравненных к ней методикам (например, родовспоможение, проведение хирургических операций, рефлексотерапия) требует получения лицензии. В случае нарушения данного требования может наступить уголовная или административная ответственность. Осуществление народной медицины (например, методов традиционной диагностики) без разрешения может повлечь лишь административную ответственность. Проведение сеансов молитвы, наложения рук и т.п. действующим законодательством не урегулировано, специального разрешения или лицензии не требует.

Согласно ч. 2 п. 2 ст. 61 Гражданского кодекса РФ (часть первая) от 30 ноября 1994 г. № 51-ФЗ¹²⁷ юридическое лицо может быть ликвидировано по решению суда, в частности, в случае осуществления деятельности без

Сборник статей. Вып. 3. М.: НИУ ВШЭ, 2011. С. 113-125; *Полубинская С.В.* Принудительные меры медицинского характера: уголовный закон и экспертная практика // Труды института государства и права российской академии наук. Актуальные проблемы уголовного права и уголовного процесса. М.: Ин-т гос. и права РАН 2009. № 6. С. 42-58; *Спасенников Б.А.* Принудительные меры медицинского характера: история, теория, практика. СПб.: Юридический центр Пресс, 2003. - 412 с.

¹²⁷ СЗ РФ. 1994. № 32. Ст. 3301.



надлежащего разрешения (лицензии), либо запрещенной законом, либо с нарушением Конституции РФ, либо с иными неоднократными или грубыми нарушениями закона или иных правовых актов. Статья 44 Федерального закона от 19 мая 1995 г. № 82-ФЗ «Об общественных объединениях»¹²⁸ устанавливает, что основаниями ликвидации общественного объединения или запрета его деятельности являются: 1) нарушение общественным объединением прав и свобод человека и гражданина; 2) неоднократные или грубые нарушения общественным объединением Конституции РФ, федеральных конституционных законов, федеральных законов или иных нормативных правовых актов, либо систематическое осуществление общественным объединением деятельности, противоречащей его уставным целям; 3) неустранение в срок, установленный федеральным органом государственной регистрации или его территориальным органом, нарушений, послуживших основанием для приостановления деятельности общественного объединения.

В Определении Верховного Суда РФ от 26 ноября 2002 г. № 58-г02-38¹²⁹ было указано на то, что в соответствии с п. 2.2 устава общественной организации «Хабаровский региональный гуманитарный центр “Дианетика”» данная организация поддерживает и реализует учение Р. Хаббарда - сайентологию в различных областях жизни. Комплексная медико-психолого-психиатрическая комиссия пришла к выводу, что процедура «одитинга», которая практиковалась в ХРГЦ «Дианетика», представляет собой «использование внушения, самовнушения, методики визуализации, осуществляемых на фоне трансовых состояний сознания» и подразумевает требование обязательного участия врача-психотерапевта или психиатра, что нигде в представленных материалах ХРГЦ «Дианетика» не оговаривается. «Одитинг» можно считать вариантом гипнотического воздействия.

¹²⁸ СЗ РФ. 1995. № 21. Ст. 1930.

¹²⁹ СПС «КонсультантПлюс».



«Одитинг» является методом воздействия на личность человека, не прошедшим специальную апробацию, и поэтому не может быть разрешен к применению. Применяемая Центром «Программа очищения» включает в себя серьезные физические нагрузки в процессе бега, продолжительное, по несколько часов, пребывание в сауне с высокой температурой, прием массивных доз витаминов или других неизвестных доз медикаментозных средств, т.е. оказывает прямое физическое и психологическое воздействие на организм человека, что обязательно должно осуществляться под медицинским контролем за состоянием человека, участвующего в программе.

Изложенное свидетельствует о том, что Центр, не имея соответствующей лицензии, занимался медицинской деятельностью, следовательно, заявление о ликвидации общественной организации удовлетворено правомерно.

Определением Верховного Суда РФ от 1 августа 2006 г. № 1-Г06-22¹³⁰ было установлено, что заявление о ликвидации Архангельской региональной общественной организации «Духовное возрождение северян» было удовлетворено правомерно. Суд указал, что, применяя при проведении лекций и медитаций методы психологического и психотерапевтического воздействия, организация осуществляла медицинскую деятельность, не имея соответствующей лицензии.

Учитывая общественный резонанс таких дел, а также быстрое распространение некоторых методик, признанных опасными, государственный орган, ответственный за выработку политики в сфере здравоохранения, предпринимает попытки урегулировать определенные разновидности нетрадиционной медицинской деятельности путем издания соответствующих приказов. Так, Приказ Министерства здравоохранения и медицинской промышленности РФ от 13 июня 1996 г. № 245 «Об

¹³⁰ СПС «КонсультантПлюс».



упорядочении применения методов психологического и психотерапевтического воздействия»¹³¹ предписывал руководителям органов здравоохранения субъектов РФ, учреждений здравоохранения федерального подчинения, включая научно-исследовательские, лечебно-профилактические и образовательные, не допускать пропаганды и использования в целях оздоровления, профилактики, лечения и реабилитации:

- методов и методик психологического и психотерапевтического воздействия, не разрешенных Минздравмедпромом;
- методов и средств оккультно-мистического и религиозного происхождения.

Однако данный Приказ был отменен Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 4 июня 2007 г. № 395 «Об отмене Приказа Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации от 13 июня 1996 г. № 245 «Об упорядочении применения методов психологического и психотерапевтического воздействия»¹³².

Также были изданы подзаконные акты, запрещающие отдельные школы и методики. Например, Приказом Министерства здравоохранения и медицинской промышленности РФ от 20 августа 1996 г. № 321 «Об упорядочении применения методов воздействия на психическое здоровье детей и подростков»¹³³ было дано распоряжение руководителям органов здравоохранения субъектов РФ, учреждений здравоохранения федерального подчинения, включая научно-исследовательские, лечебно-профилактические и образовательные, по недопущению пропаганды и использования в целях оздоровления, профилактики, лечения и реабилитации детей и подростков методов и средств, используемых В.Д. Столбуном для воздействия на психическое и физическое здоровье детей.

¹³¹ Здравоохранение. 1996. № 8.

¹³² СПС «КонсультантПлюс».

¹³³ СПС «КонсультантПлюс».



Об эффективности запрещенных методик до сих пор идут споры, о чем свидетельствует ряд публикаций, мнений специалистов, общественности, известных личностей, обращавшихся к указанным средствам¹³⁴.

Весьма противоречивым является отношение и к учению Р. Хаббарда. Первоначально его метод был поддержан на официальном уровне. 5 августа 1994 г. Минздравмедпром утвердил «Методические рекомендации «Программа детоксикации». Однако менее чем через год данный акт был отменен Приказом Министерства здравоохранения и медицинской промышленности РФ от 19 июня 1996 г. № 254 «Об отмене «Методических рекомендаций «Программа детоксикации»¹³⁵. Вплоть до настоящего времени сайентология вызывает серьезные разногласия¹³⁶.

Оценки эффективности данных методик выходят за пределы указанной работы. Данные проблемы всегда останутся остро дискуссионными.

В России созданы основные механизмы для борьбы с методиками, учениями и деятельностью, посягающими на права граждан, в том числе, на их психическое и физическое здоровье, включая возможность ликвидации юридического лица в судебном порядке, запрет определенных методик подзаконными актами, возможность привлечения к уголовной или административной ответственности за незаконное занятие официальной (по

¹³⁴ См.: Виктор Столбун: ученый или псевдо? // Вечерняя Москва от 18 декабря 2007 г. URL: <http://www.vmdaily.ru/article/46622.html> (дата обращения: 20.03.2013); Кучкина О. Нобелевская премия его найдет! Новая газета от 18 ноября 2001 г. URL: <http://2001.novayagazeta.ru/nomer/2001/76n/n76n-s17.shtml> (дата обращения: 20.03.2013) (в публикации приводится интервью с писателем Э. Успенским); Аналитическая справка Комитета по спасению молодежи об истории секты-коммуны Столбуна-Стрельцовой, 2001 г. // Материалы сайта Религиозная безопасность. URL: http://www.stolica.narod.ru/sect_m/stolbun/ob/047.html (дата обращения: 20.03.2013).; Дневник Елены М.: «В секте нас лечили голодом и ремнем» // Комсомольская правда от 7 мая 2010 г. URL: <http://www.kp.ru/daily/24497.3/650116/> (дата обращения: 20.03.2013).

¹³⁵ Здравоохранение. 1996. № 8.

¹³⁶ См.: Дворкин А.Л. Воинствующая посредственность (сайентология в России) // Сайт Православная беседа. URL: <http://www.pravbeseda.ru/library/index.php?page=book&id=616> (дата обращения: 20.03.2013).; Архив сообщений о сайентологии // Информационно-консультационный центр Св. Ирины Лионского. URL: <http://www.iriney.ru/sects/sientol/news.htm> (дата обращения: 20.03.2013).; Заявление Фрэнка Флинна в отношении некоторых заблуждений относительно церкви Саентологии // URL: <http://www.scientologyfacts.ru/1/230.html> (дата обращения: 20.03.2013); Экспертное заключение о Саентологии в качестве религии Иваненко С. И. URL: <http://www.scientologyfacts.ru/1/223.html> (дата обращения: 20.03.2013).



существо) медицинской деятельностью, и к административной ответственности – за незаконное занятие народной медициной.

В то же время представляется необходимым создание правовых механизмов, позволяющих обеспечить свободное занятие практиками, представляющими собой исключительно информационное и духовное воздействие на личность, что поможет также защитить право пациента на свободный выбор метода лечения. Обратимся с этой целью к зарубежному опыту.

2.2. Нетрадиционная медицина в США. Основой для защиты убеждений граждан США является Первая поправка к Конституции США: «Конгресс не должен издавать законов, устанавливающих какую-либо религию или запрещающих ее свободное исповедание либо ограничивающих свободу слова или печати либо право народа мирно собираться и обращаться к Правительству с петициями об удовлетворении жалоб»¹³⁷.

В то же время Верховный Суд США подчеркнул, что Первая поправка никогда не подразумевала защиту от наказаний, предусмотренных законом за акты против мира, правопорядка и общественной морали. Верховный Суд США указал, что ссылка на религиозные убеждения не может служить защитой против уголовной ответственности за преступления¹³⁸.

Отношение к гадалкам и прорицательницам в США также основывается на Первой поправке к Конституции, закрепляющей право на свободу слова. Несмотря на то, что имеются попытки запрета гадания и других сверхъестественных практик путем издания постановлений глав соответствующих городов, существуют судебные решения в пользу гадалок, которые основываются на принципе свободы слова¹³⁹. Примечательно то, что

¹³⁷ Конституции зарубежных государств: Учебное пособие / Сост. В.В. Маклаков. 4-е изд. М.: Волтерс Клувер, 2003. С. 391.

¹³⁸ См.: Davis v. Beason 133 U.S. 333 (1890) // FindLaw. URL: <http://caselaw.lp.findlaw.com/cgi-bin/getcase.pl?court=us&vol=133&invol=333> (дата обращения: 20.03.2013).

¹³⁹ См.: A Decision In Maryland: Fortune Telling Speech Protected On First Amendment Grounds. URL: http://lpcprof.typepad.com/law_and_magic_blog/2010/06/a-decision-in-maryland-fortune-telling-speech-protected-on-first-amended-groundsforwarded-from-ken-trombly-a-decision-in-the-.html (дата обращения: 20.03.2013).



право на вознаграждение рассматривается как неотъемлемый элемент права на свободу слова, что базируется на соответствующем решении Верховного Суда США¹⁴⁰. Это, однако, не отменяет ответственности за завладение имуществом путем обмана.

При рассмотрении вопроса о защите религиозного поведения исторически применялся тест баланса интересов, в котором рассматривался интерес верующего и интерес государства. Данный тест включает в себя пять элементов:

- мотивировано ли поведение подзащитного чистосердечной верой;
- является ли такая вера религиозной по своей природе;
- налагает ли законодательство штата какие-либо требования на осуществление этой веры или поведения;
- оправданы ли эти требования насущным государственным интересом;
- возможны ли менее ограничительные формы регулирования¹⁴¹.

Данные элементы вызывают многочисленные споры, что подтверждается обширной судебной практикой¹⁴².

В целом отношение законодателей и правоприменителей в США к религиозным убеждениям отличается повышенной терпимостью по сравнению с Россией и Францией, что относится и к различного рода общественным объединениям, проповедующим духовные учения. В связи с этим при рассмотрении указанных вопросов акцент следует сделать на позитивном регулировании нетрадиционного целительства.

Многие штаты предусматривают исключения из лицензирования медицинской практики для духовного целительства (spiritual healing).

¹⁴⁰ См.: United States v. National Treasury Employees Union (93-1170), 513 U.S. 454 (1995). URL: <http://caselaw.lp.findlaw.com/scripts/getcase.pl?navby=search&court=US&case=/us/514/527.html> (дата обращения: 20.03.2013).

¹⁴¹ См.: People v. DeJonge, 501 N.W.2d 127 (Mich. 1993) // Find A Case. URL: http://mi.findacase.com/research/wfrmDocViewer.aspx/xq/fac.19890808_0017.MI.htm/qx (дата обращения: 20.03.2013).

¹⁴² См.: Miller Diane. Reiki and Religious Freedom Legal Practice Issues for Reiki. URL: www.reiki.org/Download/ReikiFreedom.pdf (дата обращения: 20.03.2013).



Вдобавок, в некоторых штатах охраняются права других нелицензируемых целителей, практикующих различные методики¹⁴³.

Статья 147.09 главы 147 Статутов штата Миннесота содержит указание на то, что не требуется лицензии на занятие медицинской деятельностью христианинскому ученому или иному лицу, которое стремится предотвратить или вылечить болезнь или страдание исключительно психическими или духовными средствами или молитвой. Не требуется лицензии на занятие медицинской практикой лицам, практикующим христианскую науку и в штате Колорадо (§ 12-36-106 статьи 36 раздела 12 «Профессии и занятия» Свода законов штата Колорадо).

В американском праве существует понятие энергетической медицины (energy medicine), под которой понимается набор методик в рамках комплементарной и альтернативной медицины, которые основаны на проекции информации, сознания (или интенциональности) на пациентов. Энергетические методики включают в себя специфические техники, такие как наложение рук, интуитивная диагностика, целительство на расстоянии, отдельные аспекты традиционной восточной медицины, тибетской медицины, медицины трав. Такая медицина основана на вере в то, что врачевание включает в себя и одновременно выходит за пределы физического мира, как его понимают в настоящее время, включая биологию, химию, фармакологию и другие механизмы человеческой анатомии и психологии¹⁴⁴.

Наиболее удачным примером правового регулирования энергетической медицины, на наш взгляд, является Кодекс о бизнесе и профессиях штата Калифорния. Указанные в нем требования о свободе деятельности в случае

¹⁴³ См.: *Miller Diane*. Reiki and Religious Freedom Legal Practice Issues for Reiki.

¹⁴⁴ См.: *Cohen Michael*. Legal Boundaries and Ethics in Energy Work // URL: <http://www.camlawblog.com/promo/speaking/legal-boundaries-and-ethics-in-energy-work/> (дата обращения: 20.03.2013).



раскрытия информации, а также безусловный запрет ряда действий может быть успешно использован российским законодателем.

Параграф 2053.6 Кодекса о бизнесе и профессиях штата Калифорния допускает занятие медициной (в том числе энергетической) без лицензии, если целитель раскрывает в письменной форме понятным для пациента языком следующую информацию:

- о том, что целитель не является лицензированным врачом;
- о том, что лечение является альтернативным или дополнительным к официальной медицине, лицензируемой штатом;
- о том, что оказываемые услуги не лицензируются штатом;
- о природе оказываемых услуг;
- о теории, на которой основано лечение;
- об образовании, подготовке, профессиональном опыте и квалификации, относящихся к оказываемым услугам.

В то же время ст. 2053.5 запрещает целителю совершать следующие действия:

- проводить хирургические операции и другие процедуры, которые повреждают кожу или вторгаются в тело;
- осуществлять или прописывать рентгеновские исследования;
- прописывать или употреблять лекарства, отпускаемые по рецепту, или вещества, не подлежащие свободному обращению;
- рекомендовать прекращение употребления лекарств, отпускаемых по рецепту, или веществ, не подлежащих свободному обращению, прописанных лицензированным работником;
- намеренно диагностировать и лечить физическое или психическое состояние любого лица при условиях или обстоятельствах, которые могут вызвать или создать риск причинения тяжелого телесного вреда, серьезной физической или психической болезни или смерти;
- репозиционировать (вправлять) переломы;



- лечить повреждения или раны электротерапией;
- заверять, утверждать, указывать, рекламировать или подразумевать клиенту или будущему клиенту, что целитель является врачом, хирургом или врачом и хирургом одновременно.

Реклама услуг целителя требует указания на то, что он не является лицензируемым работником здравоохранения.

Нарушение данных запретов рассматривается как незаконное занятие медицинской деятельностью и наказывается в соответствии с параграфом 2052 Кодекса о бизнесе и профессиях и п. «h» параграфа 1170 Уголовного кодекса штата Калифорния.

2.3. Нетрадиционная медицина во Франции.

2.3.1. Общая характеристика правового регулирования указанной деятельности и ее разновидностей. Во Франции занятие медицинской деятельностью считается монополией врачей (за некоторыми небольшими исключениями), начиная с принятия Закона от 30 ноября 1892 г., в котором было установлено, что никто не может заниматься медициной, если он не получил диплом доктора медицины, выдаваемый французским правительством¹⁴⁵. Данный закон отменил право так называемых «служащих здоровья» (*officiers de santé*) на занятие медициной (в отличие от докторов, они лечили менее состоятельные слои населения), предусмотренное Законом от 10 марта 1803 г.¹⁴⁶.

Предметное определение медицинской практики, закрепленное в ст. L. 4161-1 Кодекса здравоохранения Франции, позволяет распространить его на всех субъектов, которые осуществляют действия, подпадающие под термины «лечение», «диагностика» и т.п. в том числе на тех, кто, по их словам, использует сверхъестественные способности.

¹⁴⁵ См.: *Durrieu-Diebolt Carine*. Exercice illégal de la médecine et médecines parallèles. URL: <http://www.caducee.net/Droit-Sante/DroitSante/exercice-illegale2.asp> (дата обращения: 20.03.2013).

¹⁴⁶ См.: *Hoerni Bernard*. La Loi du 30 novembre 1892 // Histoire des sciences médicales Tome XXXII. 1998. N 1 URL: <http://www.biusante.parisdescartes.fr/sfhm/hsm/HSMx1998x032x001/HSMx1998x032x001x0063.pdf> (дата обращения: 17.09. 20.03.2013).



Французские юристы приводят следующие примеры осуждения за незаконную нетрадиционную медицинскую деятельность¹⁴⁷:

- гипнотерапия без разрешения и медицинского контроля (Париж, 7 июня 1937 г.);

- вызывание духов, занятие чародейством (Кассационный суд Франции, Палата по уголовным делам, 16 декабря 1992 г.);

- использование маятника для определения болезни, затем прикосновений для их лечения (Кассационный суд Франции, Палата по уголовным делам, 22 февраля 1955 г., 24 марта 1958 г.);

- выписывание «чудодейственных» лекарств (Кассационный суд Франции, Палата по уголовным делам, 23 июля 1987 г.);

- инстинктотерапия (*instinctothérapie*) – идея питания исключительно сырыми продуктами, выбираемыми по вкусу и запаху, для улучшения здоровья (Кассационный суд Франции, Палата по уголовным делам, 29 апреля 1988 г.).

Практика Кассационного суда Франции подтверждает, что целительство с помощью экстрасенсорных способностей является преступлением, предусмотренным ст. L. 4161-1 Кодекса здравоохранения Франции: «Факты вовлечения лицом, неуправомоченным принимать больных, в практику возложения рук, чародейства или внушения, включая использование жидкостей, под воздействием таинственных духов, имеющие место на регулярной основе и направленные на лечение больных, является незаконным занятием медицинской деятельностью»¹⁴⁸.

Французские авторы подчеркивают, что, несмотря на то, что многие позиции Кассационного суда по этому вопросу сформулированы много десятилетий назад, они все еще остаются в силе.

¹⁴⁷ См.: *Durrieu-Diebolt Carine*. Op cit.

¹⁴⁸ Cit de *Boudot Jean*. Le droit face au paranormal. Le délit d'exercice illegal de la médecine // Science & pseudo-sciences. 2002. N 253 URL: <http://www.pseudo-sciences.org/spip.php?article545> (дата обращения: 20.03.2013).



Существует спор относительно того, следует ли привлекать к ответственности лиц, которые используют в своей деятельности «чисто психологические» методы (молитвы, просьбы, заговоры). Ряд авторов считает, что в данном случае имеет место «акт веры», и нет никаких признаков диагностики и лечения, другие не видят разницы между наложением рук, молитвой и т.п. и данными методиками и считают, что данные действия должны получать одинаковую юридическую оценку в качестве незаконного занятия медициной¹⁴⁹.

Французские юристы указывают на то, что правоприменителю гораздо удобнее оценить деятельность лиц, использующих, по их словам, сверхъестественные способности для лечения пациентов, как незаконное занятие медициной, а не как мошенничество. В этом случае нет никакой необходимости доказывать наличие обмана, невозможность излечения данными средствами и т.п., а только факт отсутствия диплома, так как речь идет не о незаконной медицине (*médecine illégale*), а о незаконном занятии медициной (*l'exercice illégal de la médecine*)¹⁵⁰.

Однако возможность привлечения лица к уголовной ответственности за мошенничество также существует, причем в данном случае неважно, связана ли его деятельность с лечением, диагностикой и т.п. или нет.

Существует мнение, что наказывается скорее не само занятие подобными практиками, а злоупотребление ими, т.е. случаи их осуществления в отношении особенно уязвимых лиц или причинения существенного вреда¹⁵¹. Например, «Мэтр Мамаду» был приговорен к одному году лишения свободы условно за то, что продал магические предметы г-ну М.Г. на сумму 72 тыс. франков, чтобы тот мог удержать свою супругу (Уголовный суд Ренн, 20 сентября 1989 г.). Знахарь и

¹⁴⁹ См.: *Boudot Jean*. Le droit face au paranormal. Le délit d'exercice illegal de la medicine.

¹⁵⁰ Ibid.

¹⁵¹ См.: *Boudot Jean*. Le droit face au paranormal. Le délit d'escroquerie // Science & pseudo-sciences. 2002. N 255. URL: <http://www.pseudo-sciences.org/spip.php?article546> (дата обращения: 20.03.2013).



международный медиум г-н Турэ был приговорен к 10 месяцам лишения свободы за то, что убедил женщину в том, что ее кролики стали жертвами проклятия и получил за это 70 тыс. франков (Уголовный суд Ренн, 28 августа 1986 г.)¹⁵².

2.3.2. *Правовое регулирование деятельности общественных объединений, проповедующих духовные учения.* Отношение к такого рода объединениям во Франции является значительно более жестким, чем в США. Помимо возможности привлечения к ответственности за незаконное занятие медициной, включая применение статьи L. 4161-6 Кодекса здравоохранения Франции, предусматривающей наложение уголовных санкций на юридических лиц, во Франции принят специальный Закон от 12 июня 2001 г. № 2001-504, направленный на усиление мер по предупреждению и наказанию сектантских движений, наносящих ущерб правам человека и основным свободам (далее – Закон о сектах)¹⁵³. Статья 1 данного Закона определяет секту с содержательной точки зрения как юридическое лицо, преследующее цель создания, поддержания или использования психологической или физической зависимости лиц, участвующих в его деятельности. С формальной точки зрения такое юридическое лицо или его руководители должны быть осуждены хотя бы за одно из преступлений, из числа перечисленных в статье 1 данного Закона (посягательство на жизнь, физическую или психическую целостность, имущество и т.п.). Данный закон предусматривает возможность роспуска такого юридического лица и запрет рекламы его деятельности среди молодежи.

Оживленные дискуссии вызвала попытка ввести новый состав преступления «психическое манипулирование», которое понималось как осуществление серьезного и неоднократного давления на лиц, участвующих

¹⁵² См.: *Boudot Jean*. Le droit face au paranormal. Le délit d'escroquerie.

¹⁵³ Loi N 2001-504 du 12 juin 2001 tendant à renforcer la prévention et la répression des mouvements sectaires portant atteinte aux droits de l'homme et aux libertés fondamentales // Legifrance.gouv.fr. URL: http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=3D36398A68AE298F630793FDC077ED50.tpdjo04v_1?cidTexte=LEGITEXT000005631055&dateTexte=20120506 (дата обращения: 20.03.2013).



в сектантском движении или в использовании методов для изменения их решений о поведении, против воли или нет, для совершения действия или воздержания от него, которые нанесли данным лицам большой ущерб¹⁵⁴. Наказание за данное преступление предусматривалось до двух лет лишения свободы. Представители большинства религий выразили опасения, что создание подобного состава преступления может породить неконтролируемые злоупотребления, а председатель Федерации протестантов Жан-Арнольд де Клермон подчеркнул, что этот закон «опасен». В процессе рассмотрения законопроекта данный состав был исключен из текста, однако суть Закона о сектах осталась прежней¹⁵⁵.

Предложение о введении нового состава преступления вызвало международный скандал: Франция проигнорировала призыв Президента США Билла Клинтона быть более терпимой в отношении сект и назвала его заявление неприемлемым вмешательством во внутренние дела государства¹⁵⁶.

Выводы. Рассмотрев вопросы правового регулирования и уголовно-правовой охраны народной (традиционной) и нетрадиционной медицины в России, США и Франции, следует отметить следующее:

1. Данные термины являются условными. При этом под народной (традиционной) медициной понимается медицинская деятельность, основой которой является эмпирический опыт и практические умения. Нетрадиционная медицина предполагает применение методик, эффективность которых не может быть проверена опытным путем, так как, в сущности, является предметом веры. Данные методики апеллируют либо к сверхъестественным силам, либо к внутренним, непознанным способностям

¹⁵⁴ См.: *Laurens Stéphane*. Les dangers de la manipulation mentale. URL: http://a.dorna.free.fr/Archives/Revue04/Rubrique_2/R2SR4.htm (дата обращения: 20.03.2013).

¹⁵⁵ См.: *Ternisien Xavier*. France: A Separate Crime of «Mental Manipulation» Disappears from the Draft Anti-Cult Law, but the Substance of the Law Remains Unaltered // *Le Monde*. January 12, 2001 (English translation) URL: <http://www.cesnur.org/2001/jan12.htm> (дата обращения: 20.03.2013).

¹⁵⁶ См.: *Webster Paul*. France to crack down on sects // *The Guardian*, Wednesday 14 June 2000 URL: <http://www.guardian.co.uk/world/2000/jun/14/paulwebster> (дата обращения: 20.03.2013).



самого человека и направлены на улучшение физического и психического состояния человека, включая общее духовное оздоровление, а также на достижение иных значимых для индивида целей с использованием воздействия на его организм. Именно цели такой деятельности, а также факт вмешательства в организм человека (психического или физического) позволяют рассматривать ее в качестве медицинской.

2. В Российской Федерации существует легальное определение термина «народная медицина», под которой понимаются «методы оздоровления, утвердившиеся в народном опыте, в основе которых лежит использование знаний, умений и практических навыков по оценке и восстановлению здоровья» (ч. 1 статьи 50 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»).

Понятие традиционной медицины долгое время использовалось в российских подзаконных актах как синоним народной медицины и поэтому может пониматься в том же значении. При этом перечень видов традиционной медицины ранее содержался в подзаконных актах и подвергался частым изменениям.

Согласно действующему законодательству РФ методики, относимые по своей сущности к традиционной медицине, оказались разделены на два вида:

а) названные в тексте Положения о лицензировании медицинской деятельности 2012 г. (рефлексотерапия, медицинский массаж, мануальная терапия); правовое регулирование данных видов традиционной медицины в настоящее время приравнено к официальной медицине;

б) иные методики, не требующие получения лицензии, но предполагающие наличия разрешения органа исполнительной власти субъекта РФ в области здравоохранения согласно Федеральному закону «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Осуществление всех методик народной медицины в Российской Федерации требует обязательного наличия медицинского образования.



3. Занятие народной медициной в России без необходимого разрешения не может рассматриваться как подпадающее под ст. 235 УК РФ, так как не требует получения лицензии.

4. Законодательство американских штатов предусматривает обязательность специальной подготовки лиц, занимающихся традиционной медициной. Данные лица образуют профессиональные сообщества, сами организуют обучение своих последователей.

На каждый вид традиционной медицины выдается лицензия, строго ограничивающая действия, которые может совершать врач традиционной медицины.

5. Ответственность за осуществление традиционной медицины без лицензии в штатах США предусмотрена в соответствующих разделах Сводов законов, регулирующих занятие конкретным видом такой медицины.

В то же время, если лицо осуществляет методику традиционной медицины, не признанную и не разрешенную в данном штате, оно может быть привлечено к ответственности за незаконное занятие медицинской деятельностью, благодаря существованию предметного определения такой деятельности, предусмотренного в законодательстве различных штатах США.

6. Во Франции осуществление традиционной медицины, как и в России, является прерогативой лиц с медицинским образованием. Недавним исключением стала новая регламентация занятия остеопатией, отменившая требование о наличии медицинского образования, что вызвало серьезные споры. С 2007 г. для занятия остеопатией требуется специальная сокращенная подготовка, а ряд манипуляций с пациентом оказались под запретом.

7. Во Франции в случае если традиционные медицинские практики осуществляются без соблюдения необходимых нормативных требований,



такая деятельность является незаконной и может наказываться по ст. L. 4161-1 и ст. L. 4161-5 Кодекса здравоохранения Франции.

8. В российском законодательстве отсутствует определение нетрадиционной медицинской деятельности.

Судебная практика свидетельствует скорее о негативном отношении государства к такого рода услугам.

9. В России созданы основные механизмы для борьбы с методиками, учениями и деятельностью, посягающими на права граждан, в том числе, на их психическое и физическое здоровье, включая возможность ликвидации юридического лица в судебном порядке, запрет определенных методик подзаконными актами, возможность привлечения к уголовной и административной ответственности за незаконное занятие медицинской деятельностью, и к административной ответственности – за незаконное занятие народной медициной.

В то же время представляется необходимым создание правовых механизмов, позволяющих обеспечить свободное занятие практиками, представляющими собой исключительно информационное и духовное воздействие на личность, что поможет также защитить право пациента на свободный выбор метода лечения.

10. Представляется, что российскому законодателю можно учесть американский опыт (параграф 2053.6 Кодекса о бизнесе и профессиях штата Калифорния как пример наиболее удачного правового регулирования нетрадиционной медицины), обязав лиц, практикующих духовные практики, к письменному раскрытию информации о том, что данная методика не относится к официальной медицине, не лицензируется, о теории, лежащей в основе ее применения, а также о профессиональной квалификации и образовании целителя.

При этом подлежат безусловному запрету опасные для пациента манипуляции (например, хирургическое вмешательство), лечение опасных



для жизни и здоровья состояний, а также сложные манипуляции, требующие специальной медицинской подготовки (например, вправление переломов). Также целителю нетрадиционной медицины должно быть запрещено отменять назначенное врачом лечение. Информация о запрещенных действиях должна быть письменно изложена пациенту под расписку.

Представляется также, что требуется запретить проведение медицинского вмешательства в отношении детей без присутствия родителей или лиц, их заменяющих.

В случае нарушения указанных требований целитель нетрадиционной медицины должен привлекаться к ответственности за незаконное занятие медицинской деятельностью, что станет возможным в случае закрепления в российском законодательстве предметного определения медицинской деятельности.

Именно опыт США в указанной сфере поможет обеспечить соблюдение конституционных прав на свободу убеждений, выбор профессии, свободу мысли и слова, а также защитить жизнь и здоровье пациента.

11. Во Франции занятие медицинской деятельностью считается монополией врачей (за некоторыми небольшими исключениями). Практика Кассационного суда Франции подтверждает, что целительство с помощью экстрасенсорных способностей является преступлением, предусмотренным ст. L. 4161-1 Кодекса здравоохранения Франции, то есть незаконным занятием медицинской деятельностью. В ряде случаев субъект может быть привлечен к уголовной ответственности за мошенничество.

12. Также во Франции принят специальный Закон от 12 июня 2001 г. № 2001-504, направленный на усиление мер по предупреждению и наказанию сектантских движений, наносящих ущерб правам человека и основным свободам. Секта определяется как юридическое лицо, преследующее цель создания, поддержания или использования психологической или физической зависимости лиц, участвующих в его деятельности. С формальной точки



зрения, такое юридическое лицо или его руководители должны быть осуждены хотя бы за одно из преступлений, из числа перечисленных в статье 1 данного Закона (посягательство на жизнь, физическую или психическую целостность, имущество и т.п.). Данный закон предусматривает возможность роспуска такого юридического лица и запрет рекламы его деятельности среди молодежи.

13. Представляется, что законодательство Франции в сфере нетрадиционной медицины и регулирование деятельности так называемых сект не способно обеспечить свободу убеждений и свободу совести. По этой причине французский опыт регулирования нетрадиционной медицины не является удачным.



Глава 2. Посягательства на жизнь и здоровье человека при оказании медицинских услуг

§ 1. Жизнь и здоровье как объекты уголовно-правовой охраны

В данной главе рассматриваются преступления, посягающие на жизнь и здоровье человека при оказании медицинских услуг, как на основной объект преступления. При этом «биоэтические» преступления как качественно отличающиеся от иных преступлений в медицинской сфере, не получившие надлежащего закрепления в действующем уголовном законе и потому требующие отдельного глубокого анализа остаются за рамками настоящего исследования¹⁵⁷. Соответственно, анализу в основном подвергаются преступления, по которым сложилась правоприменительная практика (ч. 2 ст. 109, ч. 2 ст. 118, ст. 123, ст. 124, ст. 125 УК РФ).

Данные уголовно-правовые запреты, помещенные законодателем в главу 16 УК РФ, сходны по признакам объекта, объективной стороны, а также субъекта и субъективной стороны состава преступления, что позволяет выделить их в отдельную группу с целью анализа общих проблемных вопросов квалификации указанных деяний с учетом специфики оказания медицинских услуг.

При этом разграничение по видам медицины проводится в данной главе не будет, так как названные посягательства имеют сходную предметную характеристику независимо от вида медицинской деятельности, а уголовная ответственность наступает по общим статьям, охраняющим жизнь и здоровье граждан. Разделение официальной, традиционной и нетрадиционной медицины целесообразно проводить при анализе иных посягательств (см. главу 3).

¹⁵⁷ См.: Крылова Н.Е. Уголовное право и биоэтика: проблемы, дискуссии, поиск решений. М.: ИНФРА-М, 2006. С. 32-33; Блинов А.Г. Правовой механизм противодействия преступности в сфере здравоохранения // Противодействие преступности: уголовно-правовые, криминологические и уголовно-исполнительные аспекты. Материалы III Российского Конгресса уголовного права, состоявшегося 29-30 мая 2008 г. М.: Проспект, 2008. С. 188-189.



1. Уголовно-правовая охрана жизни. Существование права на жизнь вызывает массу дискуссионных вопросов, связанных, в частности, с возможностью эвтаназии, трансплантацией, правом женщины на прерывание беременности¹⁵⁸.

В уголовно-правовой доктрине общепринято мнение о том, что жизнь следует понимать как биологическое состояние человека. В этой связи неправомерным является лишение жизни любого человека, независимо от возраста, морального и физического состояния и т.п.¹⁵⁹

В российской доктрине существуют споры о моменте начала и окончания жизни¹⁶⁰. В настоящее время ч. 1 ст. 53 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», устанавливает, что моментом рождения ребенка является момент отделения плода от организма матери посредством родов, а согласно ч. 1 ст. 66 указанного Закона моментом смерти человека является момент смерти его мозга или его биологической смерти (необратимой гибели человека)¹⁶¹.

Следует подчеркнуть, что в Законе говорится именно о моменте рождения, а не о моменте начала жизни. Кроме того, для целей уголовного права представляется возможным сформулировать собственное понятие последнего.

¹⁵⁸ См.: Рубанова Н.А. Право на жизнь // Научные труды II Всероссийского съезда (Национального конгресса) по медицинскому праву. Москва, 13-15 апреля 2005 г. / Под ред. Ю.Д. Сергеева. М.: НАМП, 2005. С. 56-62.

¹⁵⁹ См., например: Уголовное право России. Часть Особенная: Учебник для вузов / Отв. ред. Л.Л. Кругликов. 2-е изд. М.: Волтерс Клувер, 2004. С. 19.

¹⁶⁰ См., например: Полный курс уголовного права: В 5 т. / Под ред. А.И. Коробеева. Т. II: Преступления против личности. СПб.: Издательство Р. Асланова «Юридический центр Пресс», 2008. С. 141-145; Наумов А.В. Российское уголовное право: курс лекций: в 3 т. Т. 2: Особенная часть. 5-е изд. М.: Волтерс Клувер, 2011. С. 54-59; Уголовное право. Особенная часть: учебник / Отв. ред. А.И. Козаченко, Г.П. Новоселов. 4-е изд. М.: Норма, 2008. С. 51-54, Уголовное право России. Части Общая и Особенная: курс лекций / А.И. Рарог, Г.А. Есаков, А.И. Чучаев, В.П. Степалин; под ред. А.И. Рарога. 2-е изд. М.: ТК Велби, Изд-во Проспект, 2007. С. 206.

¹⁶¹ При этом подлежат учету, но признаются недостаточными для решения данных вопросов существующие подзаконные акты: Приказ Минздравсоцразвития РФ от 27 декабря 2011 г. № 1687н «О медицинских критериях рождения, форме документа о рождении и порядке его выдачи» // Российская газета от 23 марта 2012 г. № 64; Постановление Правительства РФ от 20 сентября 2012 г. № 950 «Об утверждении Правил определения момента смерти человека, в том числе критериев и процедуры установления смерти человека, Правил прекращения реанимационных мероприятий и формы протокола установления смерти человека» // СЗ РФ. 2012. № 39. Ст. 5289.



Так, состав преступления, предусмотренный ст. 106 УК РФ – убийство матерью новорожденного ребенка во время родов – предполагает возможность лишения жизни в начале родового процесса¹⁶².

Если живой ребенок появился на свет в результате производства аборта, его право на жизнь должно признаваться наравне с другими детьми. Так, фельдшер Б., задушившая появившегося на свет в результате незаконного производства аборта живого ребенка, была осуждена по ч. 1 ст. 123 и по п. «в» ч. 2 ст. 105 УК РФ (см. п. 48 Приложения 4)

В американском законодательстве устанавливается правовой статус живого ребенка, появившегося на свет в результате аборта. Так, параграф 123435 Кодекса о здоровье и безопасности штата Калифорния закрепляет положение о том, что право на медицинскую помощь ребенка, преждевременно родившегося в результате аборта, является таким же, как право родившегося спонтанно недоношенного ребенка в таком же медицинском состоянии.

Прерывание беременности во многих штатах США рассматривается как преступление против жизни. Таких штатов сейчас около 38, причем 23 штата охраняют жизнь, начиная с ранних стадий беременности¹⁶³. Так, согласно параграфу 13А-6-1 Уголовного кодекса штата Алабама¹⁶⁴ убийством считается причинение смерти человеческому существу, включая нерожденного ребенка в утробе на любой стадии развития и независимо от жизнеспособности. Данные положения не применяются к действиям лицензированного врача в процессе лечения женщины. Статья 6 § 16-5-80 раздела 16 Свода законов штата Джорджия устанавливает ответственность

¹⁶² См. подробнее: *Бавсун М., Попов П.* Проблемы квалификации убийства во время родов // Уголовное право. 2009. № 3. С. 12-16.

¹⁶³ Fetal Homicide // URL: Laws National Conference of State Legislatures <http://www.ncsl.org/issues-research/health/fetal-homicide-state-laws.aspx> (дата обращения: 20.03.2013).

См. также: *Dubow Sara.* Ourselves Unborn: A History of the fetus in modern America. Oxford: Oxford University Press, 2010. – 320 p.

¹⁶⁴ Alabama Legislative Information. URL: <http://alisondb.legislature.state.al.us/acas/ACASLoginMac.asp> (дата обращения: 20.03.2013).



за убийство плода (feticide), под которым понимается умышленное и без законных оснований причинение смерти нерожденному ребенку путем нанесения любых травм матери ребенка. Под нерожденным ребенком понимается человеческое существо на любой стадии развития, находящееся в утробе матери. Наказание предусмотрено в виде пожизненного лишения свободы¹⁶⁵. Параграф 2-103 раздела 2 Уголовного кодекса штата Мэриленд¹⁶⁶ предусматривает ответственность за убийство жизнеспособного плода. Данное положение не затрагивает право женщины на прерывание беременности согласно закону, а также не применяется к медицинскому работнику, совершившему данное деяние в процессе лечения, а также к женщине, причинившей смерть собственному плоду. Согласно § 20-209 раздела 20 Кодекса здравоохранения штата Мэриленд жизнеспособность плода означает стадию его развития, на которой, по мнению лечащего врача, в зависимости от конкретных обстоятельств, существует разумная вероятность выживания плода вне утробы матери.

Во Франции вопрос об уголовной ответственности за причинение смерти жизнеспособному плоду рассматривался Кассационным судом¹⁶⁷. Автомобиль З. врезался в автомобиль Х. Последняя была ранена и потеряла плод на шестом месяце беременности. Суд первой инстанции осудил З. за неосторожное причинение телесных повреждений, но не признал наличия причинения смерти плоду. Суд апелляционной инстанции признал причинение смерти плоду по неосторожности, однако его решение было отменено Кассационным судом Франции. Кассационный суд указал на то, что хотя статья 221-6 Уголовного кодекса Франции¹⁶⁸ не исключает ее

¹⁶⁵ Official Code of Georgia. URL: <http://www.lexisnexis.com/hottopics/gacode/default.asp> (дата обращения: 20.03.2013).

¹⁶⁶ Code of Maryland and Rules. URL: <http://www.lexisnexis.com/hottopics/mdcode/> (дата обращения: 20.03.2013).

¹⁶⁷ Bulletin d'information N 540 du 01.08.2001. URL: http://www.courdecassation.fr/publications_cour_26/bulletin_information_cour_cassation_27/bulletins_information_2001_1367/n_540_1444/ (дата обращения: 20.03.2013).

¹⁶⁸ Code penal // Legifrance. URL: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719> (дата обращения: 20.03.2013).



применения к неродившемуся жизнеспособному ребенку, но только в том случае, если после рождения ребенок дышал и его сердце билось. Суд апелляционной инстанции сослался на обстоятельство, не предусмотренное законом, так как ребенок хотя и был жив, но не мог самостоятельно дышать, отделившись от тела матери. Такое решение было подвергнуто критике, на основании того, что преждевременно появившийся на свет ребенок был жизнеспособен в утробе, однако после рождения не мог выжить по причине полученных в результате аварии травм.

Умышленное прерывание беременности без согласия женщины наказывается по ст. 223-10 Уголовного кодекса Франции. Если беременность прерывается с согласия женщины, но с нарушением закона, ответственность наступает по иным статьям.

В России нанесение потерпевшей повреждений, повлекших прерывание беременности, считается причинением тяжкого вреда ее здоровью (ст. 111 УК РФ). В то же время прерывание беременности в результате незаконного производства аборта с согласия женщины (ч. 1 ст. 123 УК РФ) не рассматривается само по себе как причинение тяжкого вреда здоровью женщины. Иная позиция является ошибочной, исходя из системного толкования ч. 1 и 3 ст. 123 УК РФ.

Таким образом, анализ российского и зарубежного законодательства указывает на то, что жизнь плода в утробе женщины является объектом уголовно-правовой охраны. При этом необходимо понимать, что приравнение причинения смерти плода к убийству в ряде штатов США или прерывания беременности к причинению тяжкого вреда здоровью женщины в Российской Федерации является не более чем законодательной конструкцией, позволяющей отграничить уголовную ответственность за действия, направленные на прерывание беременности с согласия женщины при нарушении требований медицинского законодательства от иных



посягательств на телесную неприкосновенность, влекущих за собой прерывание беременности.

2. Уголовно-правовая охрана здоровья. Согласно определению Всемирной организации здравоохранения здоровьем является состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов. Обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья является одним из основных прав всякого человека без различия расы, религии, политических убеждений, экономического или социального положения¹⁶⁹.

Указанные положения используются странами-участницами ВОЗ, в том числе Россией, США и Францией. Однако по причине того, что подобное определение здоровья является чрезвычайно широким, указанное право может быть реализовано только путем установления развернутой системы норм различной отраслевой принадлежности и соответствующих гарантий их исполнения¹⁷⁰.

Здоровье как объект уголовно-правовой охраны представляет собой определенное правовое благо. По мнению А.Э. Жалинского, понятие правового блага «имеет определенные преимущества по сравнению с понятием “общественные отношения”... легче поддается конкретизации... легче включается в целостную модель преступления», а также позволяет «юридическими характеристиками предметно охарактеризовать состояние индивида (жизнь, здоровье)»¹⁷¹.

¹⁶⁹ Данные положения закреплены в Преамбуле Устава ВОЗ. См.: Официальный сайт Всемирной организации здравоохранения. URL: <http://www.who.int/governance/eb/constitution/ru/index.html> (дата обращения: 20.03.2013).

¹⁷⁰ О понятии права на здоровья и права на охрану здоровья см.: Дубовик О.Л. Здоровье человека – важнейший объект правотворчества и правореализации // Современное медицинское право в России и за рубежом: Сб. науч. тр. / Отв. ред. О.Л. Дубовик, Ю.С. Пивоваров. М.: ИНИОН, 2003. С. 6-15; Тобес Б. Право на здоровье: Теория и практика. М.: Устойчивый мир, 2001. С. 20-27; Каменская Н.А. Проблемы правового понимания «права на охрану здоровья» и «здоровья» как объекта юридического анализа // Юридическое и деонтологическое обеспечение прав российских граждан на охрану здоровья: Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. Суздаль, 28-29 мая 2008 г. / Под ред. Ю.Д. Сергеева, С.В. Ерофеева. Иваново-Владимир: НАМП, 2008. С. 39-43.

¹⁷¹ Уголовное право: Учебник: В 3 т. Т. 1. Общая часть / Под общ. ред. А.Э. Жалинского. М.: Издательский Дом «Городец», 2011. С. 378.



Уточнение понятия здоровья требуется для целей его уголовно-правовой охраны. Так, в российской доктрине используется понятие здоровья в узком смысле, то есть как наличного состояния организма человека (физического и психического), которому может быть причинен ущерб.

Несомненно, что для уголовно-правовой квалификации деяния необходимо установить, что фактическое состояние здоровья индивида ухудшилось¹⁷². Требуется установление тяжести причиненного вреда здоровью, что по-разному отражается в уголовном законодательстве различных стран.

В российском уголовном праве существуют понятия легкого, средней тяжести и тяжкого вреда здоровью, которые раскрываются в ст. 111, 112 и 115 УК РФ по различным критериям, включая опасность для жизни, стойкую утрату трудоспособности (включая профессиональную трудоспособность) и т.д.

В американском праве используется понятие телесного повреждения, которое может быть причинено с целью, со знанием или по неосторожности. Наступление уголовной ответственности за небрежное причинение тяжкого вреда здоровью предполагает использование смертоносного оружия (§ 211.1(1) Примерного уголовного кодекса)¹⁷³. Искалечение (maulhem) рассматривается как форма квалифицированного физического насилия (§ 211.1(2) Примерного уголовного кодекса)¹⁷⁴, однако в настоящее время лишь немногие уголовные кодексы штатов содержат данное преступление в качестве самостоятельного. Примером может служить параграф 203 Уголовного кодекса Калифорнии: «Каждый человек, который незаконно и злонамеренно лишает человека части его тела, калечит, уродует

¹⁷² См.: *Расторопов С.В.* Уголовно-правовая охрана здоровья человека от преступных посягательств. СПб.: Юридический центр Пресс, 2006. С. 27.

¹⁷³ Юридическая Россия. Федеральный правовой портал. URL: <http://law.edu.ru/norm/norm.asp?normID=1250258&subID=100114498,100114499#text> (дата обращения: 20.03.2013).

¹⁷⁴ См.: *Loewy Arnold.* Criminal Law. 5th edition. Thomson Reuters, 2009. P. 71-72.



или делает ее бесполезной либо отрезает или калечит язык, либо выбивает глаз или отрезает нос, ухо или губу, виновен в нанесении тяжкого телесного повреждения».

Кроме того, § 210.0(3) Примерного уголовного кодекса дает понятие тяжкого телесного повреждения, которое понимается «телесное повреждение, создающее значительный риск наступления смерти или причиняющее тяжкое, постоянное уродство или длительную утрату или ухудшение функции какой-либо части или какого-либо органа тела». Данное определение дословно воспринято законодательством штата Пенсильвания (§ 2301 главы 23 раздела 18 Свода законов штата Пенсильвания)¹⁷⁵.

В то же время в судебной практике возник вопрос о возможности признания телесным повреждением красной метки или синяка на коже (*State v. Gordon*¹⁷⁶). Верховный Суд штата Айова указал на то, что термин «ухудшение» (*impairment*) означает любое отклонение от нормального состояния здоровья, ослабление, иное вредное влияние на него. По мнению Суда, необходимо доказать не только факт нанесения удара, но и физическую боль, болезнь, отклонение от нормального состояния здоровья потерпевшего.

Современные уголовные кодексы многих штатов в основном отграничивают телесные повреждения от нежелательных сексуальных действий или иных оскорбительных прикосновений¹⁷⁷. Так, в деле *United States v. Madigar*¹⁷⁸ рассматривался вопрос о причинении вреда здоровью путем облучения пациентки рентгеновскими лучами без необходимости и одновременно о злоупотреблении доверием пациенток с целью совершения непристойных прикосновений.

¹⁷⁵ URL: <http://www.legis.state.pa.us/WU01/LI/LI/CT/HTM/18/18.HTM> (дата обращения: 20.03.2013).

¹⁷⁶ *State v. Gordon*. 560 N.W. 2d 4 (Iowa 1997) // FindLaw. URL: <http://caselaw.findlaw.com/ia-supreme-court/1128645.html> (дата обращения: 20.03.2013).

¹⁷⁷ См.: *LaFave Wayne*. Op.cit. P. 860

¹⁷⁸ *United States v. Madigar* 46 M.J. 802 (1997). URL: http://www.uscg.mil/legal/cca/court_of_criminal_appeals_opinions/CalendarYears1997through1999/19970605%20United%20States%20v.%20Madigar,%2046%20M.J.%20802.pdf (дата обращения: 20.03.2013).



Уголовный кодекс Франции различает, в частности, неумышленное причинение полной нетрудоспособности на срок свыше трех месяцев (ст. 222-19) и неумышленное причинение нетрудоспособности на срок меньше или равный трем месяцам (ст. 222-20).

М.И. Галюкова полагает, что «уголовное право не дифференцирует уголовную ответственность в зависимости от индивидуального уровня здоровья потерпевшего, суждения об уровне здоровья и его количественных показателях не имеют прямого прикладного значения в рамках науки уголовного права»¹⁷⁹.

На наш взгляд, невозможно игнорировать индивидуальное состояние здоровья потерпевшего. Этот вопрос, несомненно, имеет прикладное значение в рамках уголовного права.

Так, Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 24 апреля 2008 г. №194н «Об утверждении медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека»¹⁸⁰ утверждены критерии, которые используются в том числе в уголовном судопроизводстве (п. 2 приложения к Приказу). К данным критериям имеется приложение в виде таблицы процентов стойкой утраты общей трудоспособности в результате различных травм, отравлений и других последствий воздействия внешних причин. Согласно п. 21 таблицы процент стойкой утраты трудоспособности при полной потере зрения единственного глаза, обладавшего зрением, составляет 65%, а обоих глаз, обладавших зрением – 100%. Пункт 24 таблицы содержит соотношение между остротой

¹⁷⁹ См.: Галюкова М.И. Уголовно-правовые признаки причинения вреда здоровью: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. Омск, 2006. С. 10.

¹⁸⁰ Российская газета от 5 сентября 2008 г. № 188.

Данный Приказ принят в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 17 августа 2007 г. № 522 «Об утверждении Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека» // СЗ РФ. 2007. № 35 ст. 4308



зрения до травмы, остротой зрения после травмы и степенью утраты трудоспособности¹⁸¹.

Американская судебная практика придерживается принципа «обвиняемый должен относиться к потерпевшему в том виде, в каком он есть на самом деле»¹⁸². Если результат последствия волимого поведения третьих лиц являются разумно предвидимыми (инфаркт при разбойном нападении на пожилых граждан и т.п.), суд может признать наличие причинной связи между поведением подсудимого и наступившим результатом¹⁸³.

Учитывать состояние здоровья потерпевшего совершенно необходимо при квалификации деяния медицинского работника, не оказавшего помощь пациенту, находящемуся в опасности. Кассационный Суд Франции указал, что ответственность за нарушение, предусмотренное ч. 2 ст. 223-6 Уголовного кодекса Франции (неоказание помощи лицу, находящемуся в опасности), наступает, если врач, к которому обращена просьба о помощи, не мог ошибиться о серьезности опасности¹⁸⁴.

Если состав преступления сконструирован как материальный, уголовная ответственность может не наступить, даже если действия медицинских работников являлись неквалифицированными или надлежащая помощь пациенту не была оказана. Это происходит в тех случаях, когда течение болезни или травма (состояние здоровья лица на данный момент) неизбежно привели бы к смерти, независимо от факта медицинского вмешательства. У. ЛаФейв в связи с этим указывает: «Несовершение действия по вызову врача для больного ребенка родителем может повлечь

¹⁸¹ Подобные положения содержались и в Приказе Минздрава РФ от 10 декабря 1996 г. № 407 «О введении в практику Правил производства судебно-медицинских экспертиз» // Медицинская газета от 21 марта 1997 г. № 23.

Однако впоследствии Минюстом РФ было отказано в регистрации данного документа. См. Письмо Минюста РФ от 15 августа 2001 г. № 07/8280-ЮД // Бюллетень Минюста РФ. 2001. № 10.

¹⁸² См.: *Есаков Г.А.* Англо-американское уголовное право: эволюция и современное состояние общей части. М.: ТК Велби, Изд-во Проспект, 2007. С. 192.

¹⁸³ См.: Там же. С. 184.

¹⁸⁴ Cass. crim, 26 mars 1997, pourvoi N 95-81439 // Bulletin des arrêts de la chambre criminelle. 1997. N 123. URL: <http://www.juricaf.org/arret/FRANCE-COURDECASSATION-19970326-9581439> (дата обращения: 20.03.2013).



уголовную ответственность последнего за смерть ребенка, но только если врач мог бы спасти его жизнь»¹⁸⁵.

Подобные примеры существуют и в российской правоприменительной практике (см. п. 3 Приложения 4 в части действий врачей ДГБ № 1).

При этом в российской доктрине критикуется, что «сам факт неоказания помощи больному не влечет уголовной ответственности, хотя такие случаи не являются редкостью и обладают общественной опасностью»¹⁸⁶. Думается, что подобная проблема решается наличием составов поставления в опасность (например, ст. 125 УК РФ «Оставление в опасности», ст. 223-1 Уголовного кодекса Франции – прямое поставление в непосредственную опасность причинения смерти или телесных повреждений, которые могут привести к увечью или инвалидности). Представляется, что неоказание помощи без наличия угрозы причинения вреда здоровью не должно влечь уголовной ответственности, так как в подобных случаях пациенту достаточно прибегнуть к механизмам, предусмотренным гражданским законодательством.

Следует также учитывать, что состояние, требующее медицинского вмешательства, может возникнуть по разным причинам, как связанным с действиями пациента или третьих лиц (например, употребление в пищу некачественных продуктов, нанесение травмы), так и не связанным с ними (в частности, наследственное заболевание). Для оценки оказания медицинской помощи в качестве надлежащей это значения не имеет.

Выводы. 1. В уголовно-правовой доктрине общепринято мнение о том, что неправомерным является лишение жизни любого человека, независимо от возраста, морального и физического состояния и т.п.

2. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» закрепляет момент рождения ребенка (момент

¹⁸⁵ LaFave Wayne. Criminal Law. 5th edition. Thomson Reuters, 2010. P. 339.

¹⁸⁶ См., например: Павлова Н.В. Уголовно-правовое регулирование медицинской деятельности: автореф. ... дис. канд. юрид. наук. М., 2006. С. 8.



отделения плода от организма матери посредством родов), однако не разъясняет, признается ли этот момент началом жизни (ст. 53).

Представляется, что в уголовно-правовой доктрине следует сформулировать собственное определение начала жизни, исходя из того, что статья 106 УК РФ предусматривает уголовную ответственность за убийство новорожденного ребенка во время родов.

3. Право на жизнь живого ребенка, появившегося на свет при производстве аборта, признается наравне с правом на жизнь иных новорожденных.

4. Прерывание беременности без согласия женщины является преступлением. В Российской Федерации оно приравнивается к причинению тяжкого вреда здоровью женщины, во Франции является самостоятельным составом преступления, а в ряде штатов США рассматривает как убийство. В то же время прерывание беременности с согласия женщины, но в нарушение требований, предусмотренных медицинским законодательством, наказывается по иным статьям, что свидетельствует о различном отношении российского и зарубежного законодателя к охране плода от посягательств, связанных с медицинским вмешательством в организм матери и не связанных с таковым.

5. Под здоровьем человека как охраняемым уголовным законом благом следует понимать наличное состояние организма (физическое и психическое), которому может быть причинен ущерб.

6. При квалификации преступных посягательств, совершенных медицинскими работниками, требуется учитывать фактическое состояние здоровья потерпевшего на момент начала оказания медицинской помощи или на тот момент, когда такая помощь должна была и могла быть ему оказана. В частности, исключается возможность привлечения медицинского работника к уголовной ответственности за неоказание помощи больному, если такая помощь не могла предотвратить неблагоприятный исход болезни.



§ 2. Объективная сторона преступлений

Выделение в составе преступления объективных и субъективных признаков характерно как для российской, так и для американской и французской правовых систем¹⁸⁷.

Объективная сторона¹⁸⁸ как элемент состава преступления легче поддается исследованию, чем сторона субъективная и позволяет определить другие элементы и признаки состава¹⁸⁹. Вместе с тем, при рассмотрении преступлений, совершаемых при осуществлении медицинской деятельности, возникает ряд специфических трудностей, предопределяемых ее социальной значимостью, а также организационными и технологическими условиями ее осуществления. Анализу, в частности, подлежат:

1. Определение и уголовно-правовое значение понятий неблагоприятного исхода, врачебной ошибки, несчастного случая.
2. Разграничение преступных действий и бездействия при оказании медицинских услуг, правовое закрепление обязанностей медицинских работников.
3. Проблемы установления причинной связи между деянием и причинением вреда здоровью или смерти пациента, причинная связь при бездействии, причинность и вероятность неблагоприятного исхода лечения.

¹⁸⁷ Так, Н.Е. Крылова указывает, что французское уголовное право раскрывает учение о структуре преступления через материальный (*dimension materielle*) и моральный элемент (*dimension morale*) преступного деяния; важен также вопрос о его субъекте. См.: Есаков Г.А., Крылова Н.Е., Серебренникова А.В. Уголовное право зарубежных стран. М.: Проспект, 2008. С. 155; Г.А. Есаков подчеркивает, что в англо-американской доктрине преступление представляет собой единство двух элементов – виновного действия (*actus reus*) и виновного состояния ума (*mens rea*). И хотя, по его словам, подобный подход подвергается критике, на современном этапе это различие остается «отправной точкой в понимании структуры преступления в англо-американском уголовном праве». См.: Есаков Г.А. Англо-американское уголовное право: эволюция и современное состояние общей части. М.: ТК Велби, Изд-во Проспект, 2007. С. 148, 151.

¹⁸⁸ А.В. Наумов определяет объективную сторону состава преступления как «предусмотренные уголовным законом внешние признаки, характеризующие преступное деяние, преступный результат, причинную связь между действием или бездействием и последствиями, а также: место, время, обстановку, орудие и средства совершения преступления». См.: Уголовный кодекс Российской Федерации. Общая часть. Постатейный научно-практический комментарий. С. 26.

¹⁸⁹ См.: Малинин В.Б., Парфенов А.Ф. Объективная сторона преступления. СПб.: Издательство Юридического института (Санкт-Петербург), 2004. С. 14-16.



4. Понятие, социальное и правовое значение уголовно-правового запрета неоказания помощи больному в связи с вопросом о разграничении преступного действия и бездействия.

5. Экстренная медицинская помощь за пределами рабочего времени, вне медицинской организации и проблемы неоказания помощи больному.

6. Незаконное прерывание беременности.

7. Согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства.

8. Ненадлежащее исполнение лицом своих профессиональных обязанностей как признак квалифицированного состава преступления.

Следует подчеркнуть, что анализ признаков объективной стороны будет проводиться с учетом признаков субъективной стороны преступления, так как их разграничение в ряде случаев является затруднительным.

1. Определение и уголовно-правовое значение понятий неблагоприятного исхода, врачебной ошибки, несчастного случая. В литературе широко используются понятия «дефект» и «неблагоприятный исход» при рассмотрении деяний, совершенных при оказании медицинских услуг¹⁹⁰. Среди таких дефектов или неблагоприятных исходов выделяют: 1) врачебную ошибку; 2) несчастный случай; 3) наказуемое правонарушение¹⁹¹.

¹⁹⁰ См.: Кибкало А.П., Мохов А.А. К вопросу о дефинициях «неблагоприятный исход» и «врачебная ошибка» в медицинской практике и их социально-правовом назначении // Научные труды I Всероссийского съезда (Национального конгресса) по медицинскому праву. Т. 2, Москва, 25-27 июня 2003 г. / Под ред. Ю.Д. Сергеева. М.: НАМП, 2003. С. 147; Рыков В.А. Врачебная ошибка: медицинские и правовые аспекты // Научные труды II Всероссийского съезда (Национального конгресса) по медицинскому праву. Москва, 13-15 апреля 2005 г. / Под ред. Ю.Д. Сергеева. М.: НАМП, 2005. С. 472-480; Флоря В. Об уголовной ответственности при правонарушениях в медицине // Научные труды II Всероссийского съезда (Национального конгресса) по медицинскому праву. Москва, 13-15 апреля 2005 г. / Под ред. Ю.Д. Сергеева. М.: НАМП, 2005. С. 484-486.

¹⁹¹ См., например: Радченко М.В. Юридическая оценка неправильных действий медицинских работников // Научные труды I Всероссийского съезда (Национального конгресса) по медицинскому праву. Т. 1, Москва, 25-27 июня 2003 г. / Под ред. Ю.Д. Сергеева. М.: НАМП, 2003. С. 232.



Под несчастным случаем обычно понимается неблагоприятный исход, связанный со случайными обстоятельствами, которые врач не мог предвидеть и предотвратить¹⁹².

В понятие врачебной ошибки вкладывается различное – порой противоположное – содержание. По мнению А.А. Мохова и И.Н. Моховой, «врачебная ошибка – это невиновное причинение вреда здоровью или жизни лица в связи с проведением диагностических, лечебных, профилактических мероприятий лицом (лицами), призванными оказывать такого рода помощь в соответствии с законом, договором, специальным правилом или сложившейся практикой»¹⁹³. А.В. Кудаков считает, что «врачебная ошибка – это избрание медицинским работником опасных для жизни или здоровья пациента методов и средств диагностики и лечения, вызванное незнанием или самонадеянным игнорированием специальных юридически значимых требований, предъявляемых к профессиональному поведению в сложившейся ситуации»¹⁹⁴.

Также широко используется понятие «ятрогения», понимаемое как вред, причиненный в результате действий врача. Субъективная сторона причинения такого вреда описывается в литературе по-разному, как и в случае определения понятия врачебной ошибки¹⁹⁵.

Специальные исследования проблемы ятрогений и врачебных ошибок помогают классифицировать дефекты оказания медицинской помощи, выделив среди них виновно совершенные деяния и деяния, в которых отсутствует вина лица, оказывающего медицинские услуги, а также определить последствия совершения таких деяний. В то же время в связи с

¹⁹² См.: Там же. С. 232.

¹⁹³ Мохов А.А., Мохова И.Н. Врачебная ошибка (социально-правовой аспект). Волгоград: Изд. Волгоградского гос. университета, 2004. С. 57.

¹⁹⁴ См.: Кудаков А.В. Врачебная ошибка и ее уголовно-правовая оценка: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. Саратов, 2011. С. 7

¹⁹⁵ См.: Рыков В.А. К вопросу о медицинских и правовых оценках ятрогенных заболеваний // Научные труды I Всероссийского съезда (Национального конгресса) по медицинскому праву. Т. 2, Москва, 25-27 июня 2003 г. / Под ред. Ю.Д. Сергеева. М.: НАМП, 2003. С. 161-168.



отсутствием законодательного определения указанных понятий, представляется, что их использование не является обязательным для анализа объективной, а также субъективной стороны соответствующих деяний. В дальнейшем будут использованы устоявшиеся понятия, содержащиеся в уголовном законе и уголовно-правовой доктрине, применимые ко всем преступлениям¹⁹⁶.

2. Разграничение преступных действий и бездействий при оказании медицинских услуг, правовое закрепление обязанностей медицинских работников. Деяние в составе преступления может выражаться в форме волевого и осознанного действия или бездействия. Л.Р. Клебанов справедливо отмечает, что бездействие «по своим социальным и юридическим свойствам тождественно действию»¹⁹⁷.

Деяние должно получить как предметную, так и юридическую характеристику. Так, деяние в форме действия предметно связывается с активным поведением лица, с совершением определенных телодвижений, произнесением различных слов, иногда в него включается использование сил природы, устройств, механизмов¹⁹⁸. С юридической точки зрения, совершенные телодвижения могут рассматриваться как одно или несколько деяний, в зависимости от формулировки уголовно-правового запрета.

Бездействие определяется как волевое и пассивное поведение, которое заключается в нарушении лежащей на лице обязанности совершить определенное действие, которое оно должно было и могло совершить¹⁹⁹.

¹⁹⁶ См.: Колоколов Г.Р., Косолапова Н.В., Никульникова О.В. Основы медицинского права. Курс лекций. М.: Издательство «Экзамен», 2005. С. 146.

¹⁹⁷ Клебанов Л.Р. Некоторые особенности уголовно-правового бездействия (на примере посягательств на культурные ценности) // Уголовное право. 2010. № 2. С. 35.

¹⁹⁸ См.: Уголовное право: Учебник: В 3 т. Т. 1 Общая часть / Под общ. ред. А.Э. Жалинского. С. 391; Векленко В.В., Бавсун М.В. Объективная сторона преступления. Омск: Омская академия МВД России, 2008. С. 10.

¹⁹⁹ См.: Уголовный кодекс Российской Федерации. Общая часть. Постатейный научно-практический комментарий / Под ред. А.В. Наумова, А.Г. Кибальника. С. 26-27



Т.И. Нагаевой пишет о том, что «Особенная часть содержит и нормы, согласно которым наличие обязанности является условием противоправности не только бездействия, но и действия»²⁰⁰.

Если же рассмотреть вынесенные приговоры по преступлениям, совершенным при оказании медицинских услуг, станет очевидно, что суд обращается к анализу обязанностей медицинского работника или же к обязанностям иных субъектов, содержащимся в законодательстве, регулирующем медицинскую деятельность, во всех случаях (см. Приложение 4).

Деяние, посягающее на жизнь или здоровье человека при оказании медицинских услуг, практически во всех случаях является сложной комбинацией действий и бездействий медицинского работника. При этом совершение неверного с медицинской точки зрения действия предполагает факт несовершения необходимого действия (см., например, п. 5, 18, 19, 23 Приложения 4).

Требуется установить, что обязанность совершить определенное действие не просто существовала, но и являлась достаточно точной и конкретной. Важную роль в этом играют различные инструкции, содержащиеся в подзаконных актах²⁰¹, хотя следует признать, что степень конкретизации содержащихся в них обязанностей существенно различается в зависимости от тех лечебных и диагностических вопросов, которые следует решать медицинскому работнику²⁰². Правильность действия медицинского

²⁰⁰ Нагаева Т.И. *Формы преступного деяния*. Южно-Сахалинск: СазГУ, 2009. С. 27.

²⁰¹ См.: Пашина Г.А., Ившин И.В. *Профессиональные преступления медицинских работников против жизни и здоровья*. М.: Медицинская книга, 2006. С. 69.

²⁰² См.: Сергеев Ю.Д., Бисюк Ю.В. *Значение стандартов оказания медицинской помощи в судебной практике* // Научные труды III Всероссийского съезда (Национального конгресса) по медицинскому праву 30-31 мая 2007 г. / Под ред. Ю.Д. Сергеева. М.: НАМП, 2007. С. 545; Ившин И.В., Чертов А.М. *Ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей медицинскими работниками как признак объективной стороны преступления* // Научные труды II Всероссийского съезда (Национального конгресса) по медицинскому праву. Москва, 13-15 апреля 2005 г. / Под ред. Ю.Д. Сергеева. М.: НАМП, 2005. С. 435.



работника в отсутствие нормативного правового акта определяется на основании общепризнанных в медицинской науке и практике правил²⁰³.

Так, Приказ Министерства здравоохранения РФ от 25 ноября 2002 г. № 363 «Об утверждении Инструкции по применению компонентов крови»²⁰⁴ содержит указания на необходимость пошагового проведения определенных действий и фактически не оставляет места для усмотрения медицинского работника (см. п. 11 Приложения 4).

В то же время, например, в Приказе Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 30 декабря 2009 г. № 1044н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, требующими диагностики или лечения с применением хирургических и/или рентгенэндоваскулярных методов»²⁰⁵ можно обнаружить всего лишь несколько общих правил, относящихся к работе медицинских учреждений и порядку принятия решения по поводу лечения больного. Тактика лечения согласно Приказу определяется консилиумом врачей. То есть, формально закрепив процедуру, данный акт содержание лечения отдает на усмотрение группы специалистов, что является вполне естественным с учетом многообразия сердечно-сосудистых заболеваний и методик их лечения.

Переходя к анализу американского опыта следует прежде всего отметить, что согласно американской уголовно-правовой доктрине виновно совершенное деяние (*actus reus*) является обязательным условием уголовной ответственности²⁰⁶.

²⁰³ См.: *Сергеев Ю.Д., Канунникова Л.В.* Ненадлежащее оказание медицинских услуг и факторы риска его возникновения. С. 112.

²⁰⁴ Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти. 2003. № 6.

²⁰⁵ Российская газета от 19 февраля 2010 г. № 36.

²⁰⁶ См.: *Loewy Arnold*. Op.cit. P. 152. Согласно одному подходу действие (act) включает в себя три элемента: 1) его источник (такой как физическая активность); 2) определенные обстоятельства, сопутствующие деянию; 3) последствия. Иные авторы полагают, что действие состоит только из телесных движений. Причем последняя точка зрения получила отражение в § 1.13(2) Примерного уголовного кодекса и является господствующей. См.: *Есаков Г.А.* Англо-американское уголовное право: эволюция и современное состояние общей части. С. 156. Волимость деяния является его единственным юридически значимым признаком, обязательным для наступления уголовной ответственности. См.: Там же. С. 157.



В американской уголовно-правовой литературе специально рассматривается вопрос о бездействии. Несовершение действия рассматривается в качестве бездействия в тех случаях, когда лицо имеет возможность и способно его совершить, и существуют разумные ожидания совершения такого действия²⁰⁷.

В американской доктрине, как и в российской, подчеркивается, что для наступления уголовной ответственности за бездействие требуется наличие юридической обязанности совершить определенное действие, при этом большое внимание уделяется источникам данной обязанности²⁰⁸. В медицинских преступлениях обязанность действовать связана с особой деятельностью, в которую вовлечены медицинские работники и которая, таким образом, формирует общественные ожидания относительно их поведения²⁰⁹.

Во французской литературе указывается, что поведение, которое составляет нарушение, может являться действием либо бездействием²¹⁰. Отдельному анализу подвергается неисполнению обязанности медицинским работником, что иногда текстуально выводится за пределы действия и бездействия²¹¹. Следует отметить, что большое внимание уделяется не только обязанностям по оказанию медицинской помощи, но и по организации лечения. Нарушение последних может быть признано деянием, причинившим смерть.

²⁰⁷ См.: Есаков Г.А. Англо-американское уголовное право: эволюция и современное состояние общей части. С. 171.

²⁰⁸ А. Ливенс называет несколько конвенциональных источников юридической обязанности, признаваемых судами. а) обязанность, основанная на отношениях; б) обязанность, вытекающая из договора; в) обязанность землевладельца и обязанность контролировать иных лиц; г) обязанность, вытекающая из создания опасности; д) обязанность из добровольного принятия вреда. При этом он указывает, что «юридическая обязанность не может означать обязанность, наложенную уголовным законом, так как это было бы тавтологично». См.: *Leavens Arthur. A Causation Approach to Criminal Omissions // California Law Review. Western New England University School of Law, May, 1988. URL: <http://digitalcommons.law.wne.edu/facschol/78/> (дата обращения: 20.03.2013).*

²⁰⁹ Ibid. P. 574-575.

²¹⁰ См.: *Mayaud Yves. Droit pénal general. 3-e edition. Paris: Presse universitaire de France, 2010. P.173-174.*

²¹¹ См.: *Elshoud Stephane. L'essential du droit de la santé et du droit médicale. Paris: Ellipses Edition Marketing S.A., 2010. P. 94.*



Так, к уголовной ответственности за причинение смерти по неосторожности был привлечен Больнично-университетский центр Ниццы. Суд установил наличие организационной ошибки, выразившейся в отсутствии старшего врача в отделении, что повлекло непринятие своевременных и надлежащих медицинских мер и наступление смерти больной. Решение было подтверждено Кассационным судом Франции²¹².

3. Проблемы установления причинной связи между деянием и причинением вреда здоровью или смерти пациента. Причинная связь при бездействии; причинность и вероятность неблагоприятного исхода лечения. Различные теории причинной связи подробно освещены в отечественной и зарубежной литературе²¹³. Тем не менее применительно к преступлениям против жизни и здоровья человека, совершаемым при оказании медицинских услуг, установление причинной связи может вызывать существенные трудности.

Так, оказание медицинских услуг предполагает вероятность (большую или меньшую) неблагоприятного исхода лечения²¹⁴. Возникает вопрос, какова должна быть вероятность благоприятного исхода, чтобы медицинский работник мог быть привлечен к уголовной ответственности за ненадлежащее исполнение своих обязанностей.

В российской литературе приводятся примеры прекращения уголовных дел при выявленных дефектах оказания медицинской помощи по причине того, что адекватная медицинская помощь не исключала наступления смерти.

²¹² Cass. crim, 9 mars 2010, pourvoi N 09-80.54 URL: http://www.courdecassation.fr/publications_cour_26/bulletin_arrets_chambre_criminelle_2712/ (дата обращения 20.03.2013).

²¹³ См., например: *Малинин В.Б.* Причинная связь в уголовном праве. СПб.: Юрид. Центр. Пресс, 2000. – 316 с.; *Кошелева А.Ю.* Особенности причинной связи в составах преступления, совершаемых путем бездействия. М.: Вече, 2009. 208 с.; *Бойко А.И.* Преступное бездействие. СПб.: Издательство «Юридический центрПресс», 2003. – 320 с.; *Есаков Г.А.* Англо-американское уголовное право: эволюция и современное состояние общей части; *LaFave Wayne*. Op.cit.

²¹⁴ По мнению А.И. Бойко, бездействие является «главным заказчиком» теории вероятностей и прочих форм детерминации. См.: *Бойко А.И.* Преступное бездействие. С. 169-170.



На основании этого исключалось наличие прямой причинной связи между деянием медицинского работника и наступившими последствиями²¹⁵.

Следует согласиться, что в данном случае причинно-следственную связь следует рассматривать не с точки зрения причинности в медицине, а с точки зрения социальных аспектов причинности²¹⁶. То есть причинность при бездействии имеет место в случае, если преступление совершается специальным субъектом, обязанным действовать определенным образом и своими действиями не допустить наступления преступных последствий. При этом причинная связь между бездействием и результатом отсутствует, если субъект не мог предотвратить его наступления.

В американской литературе также указывается на то, что проблема причинности не является только лишь вопросом механической связи, но скорее проблемой политики, касающейся наложения или отказа от ответственности²¹⁷.

Так, врач-терапевт Б. была осуждена по ч. 2 ст. 109 УК РФ, так как не проводила пациентке Т. лечения от язвенной болезни. Суд признал Б. виновной в причинении смерти по неосторожности, несмотря на то, что в приговоре содержалась расплывчатая формулировка экспертного заключения о том, что «при своевременном и правильном установлении диагноза и соответствующем корректном лечении язвенной болезни желудка, не исключено, что неблагоприятный исход заболевания у Т. можно было бы предотвратить. Однако, учитывая сопутствующие заболевания и возраст больной, категорично утверждать это не представляется возможным»²¹⁸ (см. п. 4 Приложения 4).

²¹⁵ См.: Моргунов П.А. Особенности расследования неосторожных преступлений, совершаемых медицинским работником // Научные труды III Всероссийского съезда (Национального конгресса) по медицинскому праву 30-31 мая 2007 г. / Под ред. Ю.Д. Сергеева. М.: НАМП, 2007. С. 496-497.

²¹⁶ См. Ившин И.В., Чертов А.М. Уголовно-правовые аспекты неоказания помощи больному // Научные труды II Всероссийского съезда (Национального конгресса) по медицинскому праву. Москва, 13-15 апреля 2005 г. / Под ред. Ю.Д. Сергеева. М.: НАМП, 2005. С. 442.

²¹⁷ См.: LaFave Wayne. Op.cit. P. 338-339

²¹⁸ Приговор Думиничского районного суда Калужской области от 4 февраля 2009 г. // ГАС «Правосудие» URL: http://duminichsky.klg.sudrf.ru/modules.php?name=docum_sud&id=162 (дата обращения: 20.03.2013).



Анестезиологи-реаниматологи Ч. и П. не поставили правильный диагноз пациентке К. и не проводили адекватного лечения. Вина подсудимых была признана, несмотря на то, что «при “менингококкцемии” высок процент смертности, а потому гарантировать благополучный исход при своевременном лечении нельзя»²¹⁹. В то же время назначение неверной диагностической процедуры, которая могла вызвать ухудшение состояния больной, в больнице, в которую потерпевшая была экстренно переведена, не рассматривалось судом как деяние, способствовавшее наступлению смерти. По мнению суда, действия врачей в больнице, в которую потерпевшая поступила в крайне тяжелом состоянии, не могли повлиять существенным образом на ее здоровье (см. п. 3 Приложения 4).

Согласно американской доктрине и судебной практике причинность устанавливается на основании теории «если бы не» («but for»; «sine qua non»). При этом причина не может рассматриваться как таковая в уголовно-правовом смысле, если она внесла лишь минимальный вклад в наступление преступного результата; в то же время необязательно, чтобы она являлась «существенной причиной» преступных последствий²²⁰.

Так, по делу *Eversley v. State*²²¹ рассматривался вопрос о наличии причинной связи между бездействием матери, отказавшейся от медицинской помощи для своего двухмесячного ребенка, и его смертью от пневмонии. Мать покинула госпиталь, несмотря на заверения врача и медсестры о том, что ее младенцу требуется медицинская помощь. Позже она уверяла, что причиной смерти стало заболевание, а не ее поведение.

²¹⁹ Приговор Петроградского районного суда Санкт-Петербурга от 14 июня 2006 г. // URL: www.anoufrieu.ru/index.php?id=366 (дата обращения: 20.03.2013).

²²⁰ См.: *Есаков Г.А.* Англо-американское уголовное право: эволюция и современное состояние общей части. С. 180.

²²¹ *Eversley v. State*. 748 So. 2d 963, 968 (Fla. 1999) // FindLaw. URL: <http://caselaw.findlaw.com/fl-supreme-court/1402940.html> (дата обращения: 20.03.2013).



Как подчеркнул Верховный Суд Флориды, штат обязан был доказать, что если бы мать обратилась за медицинской помощью, смерть ребенка не наступила бы.

Эксперт со стороны матери показал, что уровень смертности детей с подобным типом пневмонии составляет 25%. Эксперт со стороны государства показал, что смертность достигает 1% при лечении антибиотиками²²².

Суд подчеркнул, что возможно установление причинности на основании медицинских показаний, если такие показания дополнены другими доказательствами. Показания эксперта являются приемлемыми, если он может доказать, что, по его мнению, событие может привести к смерти или что оно, вероятно, стало причиной смерти.

По мнению Суда, данное утверждение не противоречит тому, что штат должен доказать причину смерти за пределами обоснованных сомнений (*beyond a reasonable doubt*), так как данный стандарт доказывания не означает, что каждое звено в цепи доказательств должно быть так доказано именно таким образом. Весомость показаний эксперта определяется присяжными.

В результате, Суд пришел к выводу о том, что между бездействием матери и смертью ребенка имеется причинная связь.

Что касается причинения смерти, то необходимо отметить, что в англо-американской доктрине было выработано правило одного года и одного дня (*Year-and-a-Day Rule*), согласно которому смерть не может вменяться субъекту, если со дня нанесения повреждения прошел один год и один день. В настоящее время данное правило отменено практически во всех штатах²²³.

²²² В решении Суда поясняется, что эксперт со стороны штата предоставил данные по стрептококковой пневмонии, без определения ее типа, а защита основывалась на данных о стрептококковой пневмонии группы В, которая является особо опасным типом пневмонии, и от которой согласно показаниям патологоанатома умер ребенок. Вопрос о том, какому доказательству придать больший вес, решается присяжными.

²²³ См.: *LaFave Wayne*. Op.cit. P. 773.



Во французской литературе указывается на ряд приговоров, по которым суды отказывали в привлечении к уголовной ответственности из-за неопределенности причинной связи²²⁴.

Молодая девушка была осмотрена в отделении гинекологии, где ей установили наличие нароста, который со временем, по словам врача должен был рассосаться. Врач не выразил никаких опасений по поводу диагноза, даже позволил себе несколько непристойных шуток. Девушка умерла через несколько месяцев от рака матки. Суд указал на то, что «эксперты не смогли установить, что постановка правильного диагноза и назначение лечения были способны спасти жизнь пациентки»²²⁵. Было признано отсутствие причинной связи между деянием врача и наступившей смертью.

Иной пример. Женщина умерла после операции в связи с послеоперационными осложнениями. Судом были установлены многочисленные дефекты оказания медицинской помощи. Однако суд указал на то, что «нет никаких доказательств того, что ранняя диагностика спасла бы больную, так как смертность при подобных медицинских вмешательствах очень высока... в связи с этим отсутствует причинная связь между смертью и дефектами оказания медицинской помощи»²²⁶.

При наличии определенной прямой или косвенной причинной связи согласно французскому законодательству возможно привлечение врача к уголовной ответственности в зависимости от вида неосторожной вины (см. параграф 4 данной главы).

²²⁴ См.: *Wester-Ouisse V. Dépenalisation du droit médical // Revue générale de droit médical*, juillet. 2008. URL: http://droit.wester.ouisse.free.fr/textes/depénalisation_droit_medical_penalisation_penal_wester_ouisse.pdf (дата обращения: 20.03.2013).

²²⁵ Cass. crim., 22 mai 2007, pourvoi N 06-84034. URL: <http://www.juricaf.org/arret/FRANCE-COURDECASSATION-20070522-0684034> (дата обращения: 20.03.2013).

²²⁶ Cass. crim., 22 mars 2005, pourvoi N 04-84459. URL: <http://www.juricaf.org/arret/FRANCE-COURDECASSATION-20050322-0484459> (дата обращения: 20.03.2013).



Если пациент находится в опасном для жизни состоянии, а врач не предпринимает необходимых мер, налицо определенная, но косвенная причинная связь.

Девочке удаляли миндалины под общим наркозом. Возникли послеоперационные осложнения, о которых медсестры неоднократно сообщали как хирургу, так и анестезиологу, но они не приняли меры к оказанию надлежащей помощи. Причинная связь была признана косвенной²²⁷.

Прямая причинная связь налицо, когда жизни пациентов ничего не угрожало и только действия медицинских работников могли привести к их смерти.

Два пациента, отравленные угарным газом, были размещены в барокамере. Врач и медсестра оставили их без присмотра, затем приступили к декомпрессии слишком быстро, в нарушение установленных норм ее использования. Оба больных умерли от эмболии²²⁸.

Подводя итог, следует отметить, что решение вопроса о наличии либо отсутствии причинной связи между деянием субъекта, оказывающего медицинские услуги, и наступившим результатом в виде вреда здоровью или смерти человека требует прежде всего установления фактического состояния больного на момент начала оказания медицинской помощи или на тот момент, когда таковая должна была и могла быть оказана.

Если имелась разумная вероятность того, что в случае надлежащего оказания медицинской помощи вред здоровью не будет причинен или смерть не наступит, причинная связь между деянием и наступившими последствиями налицо.

²²⁷ Cass. crim., 13 février 2007, pourvoi N 06-82-202. URL: <http://www.easydroit.fr/jurisprudence/Cour-de-cassation-criminelle-Chambre-criminelle-13-fevrier-2007-06-82-202-Publie-au-bulletin-C0/C118634/> (дата обращения: 20.03.2013).

²²⁸ Cass. crim., 16 janvier 2007, pourvoi N 06-83179 // URL: <http://www.juricaf.org/arret/FRANCE-COURDECASSATION-20070116-0680185> (дата обращения: 20.03.2013).



При этом критерии разумной вероятности должны быть выработаны судебной практикой.

Представляется, что суд вправе не признать наличие причинной связи не только в случае, если оказание медицинской помощи не могло предотвратить наступление вреда здоровью или смерти, но и в тех ситуациях, когда больной поступил в лечебное учреждение в крайне тяжелом состоянии, непосредственно угрожающем смертью или наступлением определенного вреда здоровью, а дефекты лечения или диагностики не представляли собой существенного нарушения признанных правил диагностики и лечения (см. п. 3 Приложения 4 – в отношении медицинского персонала ДГБ № 1).

4. Понятие, социальное и правовое значение уголовно-правового запрета неоказания помощи больному в связи с вопросом о разграничении преступного действия и бездействия. А.В. Наумов отмечает, что возникающие в судебной практике трудности квалификации деяния по ст. 124 УК РФ связаны обычно с определением бездействия (то есть факта оказания или неоказания помощи больному), а также со спецификой субъекта указанного преступления²²⁹.

Судебная практика свидетельствует о том, что ряд преступных бездействий медицинских работников квалифицируется по ч. 2 ст. 109 или ч. 2 ст. 118 УК РФ, другие же посягательства, хотя и имеют сходную предметную характеристику, рассматриваются как неоказание помощи больному.

Так, по ч. 2 ст. 109 УК РФ квалифицировано бездействие врача, который не произвел полного обследования пациента, не поставил правильный диагноз хронической язвы желудка, перфорации с развитием серозно-фибринозного перитонита и желудочного кровотечения, не назначил

²²⁹ См.: Наумов А.В. Практика применения Уголовного кодекса Российской Федерации: комментарий судебной практики и доктринальное толкование / Под ред. Г.М. Резника. М.: Волтерс Клувер, 2005. С. 264.



адекватное лечение, что повлекло наступление смерти пациента (см. п. 4 Приложения 4).

По ч. 2 ст. 118 УК РФ квалифицированы бездействие врача и медсестры, которые, приняв решение о фиксации больного с диагнозом «алкогольный делирий», не проконтролировали степень фиксации больного к кровати для недопущения нарушения кровообращения и соответствующих последствий и проигнорировали его просьбы об ослаблении вязок, в результате чего произошло нарушение функций конечностей. Впоследствии больному была установлена 2 группа инвалидности (см. п. 27 Приложения 4).

По ч. 2 ст. 124 УК РФ квалифицировано бездействие врача, который, не проведя в полном объеме обследования, проигнорировав выставленный бригадой скорой медицинской помощи диагноз «перитонит? прободная язва? кишечная непроходимость?», исключил наличие у больного медицинских показаний к экстренному хирургическому вмешательству. Не получив соответствующей медицинской помощи, больной покинул лечебное заведение, после чего наступила его смерть (см. п. 34 Приложения 4).

Статьи 109 и 118 УК РФ описывают объективную сторону преступления как «причинение», которое, по господствующему в доктрине уголовного права мнению, может быть совершено как путем действия, так и путем бездействия²³⁰. В ст. 124 УК РФ используется понятие «неоказание помощи». В литературе существуют споры о том, может ли данное деяние совершаться только путем бездействия или же и путем действия, и путем бездействия²³¹.

В настоящий момент из-за отсутствия четких критериев разграничения ст.109, 118 и 124 УК РФ правовая оценка подобных деяний медицинского

²³⁰ См., например: Комментарий к Уголовному кодексу Российской Федерации / Отв. ред. А.Э. Жалинский. 3-е изд. М.: Изд. Дом «Городец», 2010. С. 314, 334; Уголовное право России. Части Общая и Особенная / Под ред. А.И. Рарога. 5-е изд. М.: ТК Велби, Изд-во Проспект, 2005. С. 300.

²³¹ См.: Комментарий к Уголовному кодексу Российской Федерации / Отв. ред. А.Э. Жалинский. С. 364-365; Комментарий к Уголовному кодексу Российской Федерации / Отв. ред. В.И. Радченко; Науч. ред. А.С. Михлин. 2-е изд. – М.: Спарк, 2004. С. 267; Комментарий к Уголовному кодексу Российской Федерации / Отв. ред. А.В. Наумов. 3-е изд. М.: Юристъ, 2004. С. 311.



работника становится произвольной. Возникает ситуация неопределенности, которая может существенно затронуть права медицинского работника. При этом под определенностью уголовного закона следует понимать «такое соответствие его текста воле законодателя, которое позволяет различным субъектам правоприменения, действуя в различных ситуациях, неоднократно получать на основе толкования текста закона однородные описания законодательной воли»²³².

Следует также учитывать, что ч. 1 ст. 124 УК РФ предусматривает наступление уголовной ответственности при наличии последствия в виде средней тяжести вреда здоровью (причиненного по неосторожности). Отдельная статья, предусматривающая ответственность за причинение средней тяжести вреда здоровью, в настоящее время в УК РФ отсутствует.

Часть 2 ст. 124 предусматривает возможность назначения наказания сроком до четырех лет лишения свободы. В то же время санкция ч. 2 ст. 109 УК РФ предусматривает максимальное наказание в виде лишения свободы на срок трех лет. По ч. 2 ст. 118 УК РФ наказание в виде лишения свободы достигает одного года.

В связи с этим представляется, что введение в уголовный закон ст. 124 УК РФ предполагает констатацию более высокой степени общественной опасности данного деяния, чем деяний, предусмотренных ст. 118 и 109 УК РФ.

На наш взгляд, случаи неоказания помощи больному следует ограничить отказом госпитализировать лицо при наличии серьезной угрозы для его жизни или здоровья, отказом врача от оказания экстренной помощи и проч.

В ст. 124 УК РФ не указывается, что больной должен находиться в состоянии, опасном для жизни, или что его здоровью должна угрожать

²³² Жалинский А.Э. Уголовно-экономическое право: проблематика определенности закона (российские и немецкие взгляды) // Преступления в сфере экономики: российский и европейский опыт: материалы третьего совместного российско-германского круглого стола. Москва: ООО «Изд-во “Элит”», 2012. С. 65.



серьезная опасность, в связи с чем данная статья может применяться как при наличии, так и при отсутствии такой опасности.

Статья 125 УК РФ позволяет привлечь к уголовной ответственности субъекта, пренебрегшего долгом заботы (в том числе медицинского работника), в том случае, если вред здоровью причинен не был. Однако она ограничивается только теми случаями, когда лицо находится в опасности.

Если при этом произошло причинение вреда здоровью или смерть, суду требуется установить наличие или отсутствие причинной связи между указанными последствиями и бездействием медицинского работника, включая возможность благоприятного исхода при своевременном лечении²³³.

Так, фельдшер скорой помощи П., получив вызов, выехала в хутор Б., где в результате ДТП пострадал С., который получил повреждения в виде кровоподтеков и ссадин, ушиба головного мозга с кровоизлияниями под мягкие мозговые оболочки, перелома ребер, ушиба сердца, кровоизлияний в прикорневых отделах легких. Прибыв на место ДТП, П. недооценив состояние пострадавшего, привезла его в терапевтическое отделение больницы, где поместила его в палату и оставила без присмотра. Находясь в палате, С. скончался. Должных лечебно-диагностических мероприятий, соответствующих стандартам оказания медицинской помощи при сочетанной травме, ни на месте ДТП, ни в больнице произведено не было.

Действия подсудимой П. были квалифицированы по ст. 125 УК РФ (см. п. 59 Приложения 4). Суд не принял во внимание факт наступления смерти потерпевшего, не установил возможность благоприятного исхода в случае проведения лечения.

Согласно принципу 6 Кодекса медицинской этики Американской медицинской ассоциации врач имеет право выбирать, кому оказывать

²³³ См.: Пискун А.И. Некоторые проблемы расследования обстоятельств неоказания помощи больному // Юридическое и деонтологическое обеспечение прав российских граждан на охрану здоровья: Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. Суздаль, 28-29 мая 2008 г. / Под ред. Ю.Д. Сергеева, С.В. Ерофеева. Иваново-Владимир: НАМП, 2008. С. 342.



медицинскую помощь, за исключением экстренных случаев, особенно если больной потерял сознание²³⁴.

В США принят закон об экстренной медицинской помощи, который предусматривает оказание помощи экстренной пациенту в случае, если он не может за нее заплатить²³⁵.

Параграф 519 главы 23 раздела 12 Свода законов Вермонта предусматривает обязанность лица оказать помощь другому лицу, находящемуся в опасности. Субъект, который предоставляет необходимую помощь, не несет ответственности за причиненный ущерб, если в его действиях не содержится грубой небрежности и если он не получит или не будет рассчитывать получить вознаграждение²³⁶.

Часть 1 § 73-25-37 главы 25 Раздела 73 Свода законов штата Миссисипи «Профессии и виды деятельности» предусматривает, что медицинский работник, который добросовестно и с разумной осторожностью оказывает неотложную помощь любому пострадавшему на месте чрезвычайной ситуации или при транспортировке пострадавшего до точки, где медицинская помощь может быть оказана, не несет ответственность за ущерб пострадавшему, причиненный в результате любого действия, совершенного добросовестно и при осуществлении разумного ухода. Подобные законы (так называемые законы о добром самарянине) существуют и в других штатах²³⁷.

Намеренное неоказание помощи человеку, находящемуся в опасности, без риска для себя или третьего лица, если лицо могло ее оказать или своими

²³⁴ AMA's Code of Medical Ethics. URL:

<http://www.ama-assn.org/ama/pub/physician-resources/medical-ethics/code-medical-ethics.page?> (дата обращения: 20.03.2013).

²³⁵ Emergency Medical Treatment and Active Labor Act (EMTALA) Раздел 42 Свода законов США § 1395dd и след. URL: <http://www.law.cornell.edu/uscode/text/42/1395dd> (дата обращения: 20.03.2013).

²³⁶ The Vermont Statutes URL:

<http://www.leg.state.vt.us/statutesMain.cfm> (дата обращения: 20.03.2013).

²³⁷ Robert J. Dachs, MD, FAAFP, and Jay M. Elias, JD What You Need to Know When Called Upon to Be a Good Samaritan *Fam Pract Manag.* 2008 Apr. URL: <http://www.aafp.org/fpm/2008/0400/p37.html#fpm20080400p37-b1> (дата обращения: 20.03.2013).



действиями, или обратившись за помощью, наказывается по ч. 2 ст. 223-6 УК Франции. Опасность должна быть неизбежной и требовать незамедлительных действий. Согласно сложившейся правоприменительной практике лицу должны угрожать серьезные последствия, такие как смерть или тяжкие телесные повреждения²³⁸.

Неоказание помощи является умышленным деянием, требуется осознание опасности, которой подвергается человек. Незнание может проистекать, например, из диагностической ошибки. Если врача попросили о помощи по телефону, и он единственный, кто может оценить существование опасности для больного, врач не вправе отказаться от оказания помощи, если только предварительно не убедится, что его немедленного вмешательства не требуется. Так, врач, который был вызван к четырехмесячному ребенку по телефону и выяснил, что описанные родителями симптомы не были достаточно серьезными и не требовали от него более быстрого прибытия, был оправдан²³⁹.

Согласно статье R. 4127-9 Кодекса здравоохранения Франции и статье 9 Кодекса медицинской этики²⁴⁰ любой медицинский работник должен оказать помощь больному или лицу, получившему травму, которое находится в опасности, или убедиться, что такое лицо получит необходимую помощь. Это положение применяется к лицу, внесенному в список медицинских работников, а также к медицинским работникам, осуществляющим медицинскую деятельность согласно закону или международному договору, а также к студентам-медикам, замещающим или помогающим врачам в порядке, предусмотренном законом (ст. R. 4127-9 Кодекса здравоохранения Франции и ст. 9 Кодекса медицинской этики).

²³⁸ *Guigue J.* La non assistance a personne en danger. URL: http://www.developpement-durable.gouv.fr/IMG/spipdgmt/pdf/guigue_cle18b5cf-1.pdf (дата обращения: 20.03.2013).

²³⁹ *Ferrari I.* Le medicin devant le juge penal. URL: http://www.lexinter.net/JF/responsabilite_penale_des_medecins.htm (дата обращения: 20.03.2013).

²⁴⁰ Code de deontologie medicale. URL: <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/le-code-de-deontologie-medicale-915> (дата обращения: 20.03.2013).



5. Экстренная медицинская помощь за пределами рабочего времени, вне медицинской организации и проблемы неоказания помощи больному.

Часть 2 ст. 11 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» устанавливает обязанность медицинских работников оказывать помощь в экстренных случаях. При этом согласно п. 13 статьи 2 Закона медицинским работником является «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».

Таким образом, обязанность оказания экстренной медицинской помощи в любом месте в любое время возлагается только на лиц, имеющих соответствующее образование и работающих по специальности (осуществляющих медицинскую деятельность). Данная обязанность не распространяется на врачей-пенсионеров, врачей, работающих в научных журналах и временно неработающих, на студентов медицинских вузов²⁴¹.

В то же время медицинские работники высказывают опасения относительно возможности оказания помощи больному, если их специализация не соответствует характеру заболевания или травмы²⁴². Часть медицинских работников боится, что в таком случае их могут привлечь к ответственности за незаконное занятие медицинской практикой (так как у

²⁴¹ До принятия Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» некоторые авторы указывали, что данные лица могут быть субъектами преступления, предусмотренного ст. 124 УК РФ. См.: *Король И.Г.* Уголовный закон и ответственность медицинских и фармацевтических работников // Современное медицинское право в России и за рубежом / Отв. ред. О.Л.Дубовик, Ю.С. Пивоваров. М.: ИНИОН РАН: ИГП РАН, 2003. С. 43; *Татаркин В.В.* Преступления медицинских работников против жизни и здоровья: дис. ... канд. юрид. наук. Ростов-на-Дону, 2007. С. 93.

²⁴² Интервью с д.м.н., проф., врачом-инфекционистом ЦКБ РАН Е.Р. Корвяковой (проведено автором 6 июня 2012 г.).



них нет лицензии на данный вид помощи) или за причиненный в экстренной ситуации вред (сломанные ребра при массаже сердца и т.п.).

По результатам анкетирования 63 медицинских работников (см. Приложение 2) на вопрос о том, должно ли любое лицо с медицинским образованием нести уголовную ответственность за неоказание помощи больному без уважительных причин (ст. 124 УК РФ) при наличии возможности ее оказания и необходимой квалификации, независимо от того, находится ли лицо на пенсии или не работает по специальности, временно не работает, находится в отпуске, 11 (17%) респондентов ответили, что ответственность должно нести любое лицо с медицинским образованием без каких-либо ограничений и исключений; 19 (30%) – что только лица, работающие по специальности, независимо от нахождения в отпуске или окончания рабочего дня; 22 (35%) – что только лица, работающие по специальности, и только в рабочее время; 6 (10%) респондентов затруднились ответить. Еще 5 (8%) медицинских работников предложили иные мнения на этот счет, включая идею о разграничении различных случаев неоказания помощи больному.

По данным анкетирования 32 сотрудников органов внутренних дел, органов Следственного комитета РФ, Прокуратуры РФ (см. Приложение 3) на тот же вопрос 5 (16%) респондентов высказались о необходимости привлекать к уголовной ответственности любое лицо с медицинским образованием без каких-либо ограничений и исключений; 19 (59%) высказали мнение о том, что ответственность должны нести только лица, работающие по специальности, независимо от нахождения в отпуске или окончания рабочего дня; 6 (19%) считают необходимым возложить обязанность по оказанию помощи на лиц, работающих по специальности только в рабочее время; 1 (3%) респондент указал на необходимость конкретизации различных ситуаций неоказания помощи и 1 (3%) респондент затруднился ответить.



Представляется, что в Российской Федерации по примеру США должны быть предусмотрены положения, освобождающие медицинского работника от гражданско-правовой ответственности в случае оказания бесплатной экстренной помощи на месте происшествия, за исключением случаев грубой неосторожности.

Кроме того, требуется предусмотреть специальный случай, исключаящий привлечение медицинского работника к уголовной ответственности за неосторожное причинение вреда здоровью или смерти пациенту, при одновременном наличии следующих обстоятельств:

- вне медицинской организации;
- оказание помощи за пределами рабочего времени;
- безвозмездно;
- для устранения непосредственной угрозы жизни человека, возникшей в связи с внезапным острым заболеванием, состоянием, обострением хронических заболеваний.

Представляется, что подобные дополнения могут быть внесены в текст УК РФ. До их внесения соответствующие разъяснения вправе дать Пленум Верховного Суда РФ.

При этом должен рассматриваться вопрос о выполнении врачом долга заботы с точки зрения среднего врача указанной специальности с таким же опытом при сходных обстоятельствах²⁴³.

Статья 235 УК РФ предусматривает уголовную ответственность не за единичное деяние, а за деятельность, осуществляемую без лицензии. Тем не менее существуют приговоры, вынесенные по факту проведения одного лечебного сеанса (см. п. 53 Приложения 4). В связи с этим Пленуму Верховного Суда РФ следует разъяснить, что не является незаконным занятием медицинской практикой безвозмездное оказание экстренной

²⁴³ См.: Федотов А.В. Фикция «среднего человека» в российском уголовном праве. Часть 1 / Под ред. А.Э. Жалинского. М.: Юрлитинформ, 2012. – 576 с.



помощи лицу вне медицинской организации за пределами рабочего времени медицинским работником без лицензии.

6. Незаконное прерывание беременности. Согласно ч. 1 ст. 56 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» «каждая женщина самостоятельно решает вопрос о материнстве. Искусственное прерывание беременности проводится по желанию женщины при наличии информированного добровольного согласия». Правила, которые должны соблюдаться при искусственном прерывании беременности предусмотрены указанным Законом (ч. 2-8 ст. 56), а также подзаконными актами²⁴⁴.

В литературе указывается на имеющую место конкуренцию ст. 123 и ст. 111 УК РФ, так как прерывание беременности рассматривается как причинение тяжкого вреда здоровью²⁴⁵. В действительности, логика уголовного закона такова, что прерывание беременности как причинение такого вреда может рассматриваться только в случае отсутствия согласия женщины на данное действие, хотя некоторые авторы предлагают дополнительные критерии разграничения данных преступлений²⁴⁶.

В российской доктрине существуют споры относительно момента окончания незаконного производства аборта. А.В. Наумов указывает, что данное преступление «признается оконченным с момента производства операции по изгнанию плода, независимо от того, причинен ли вред

²⁴⁴ Приказ Минздрава РФ от 14 октября 2003 г. № 484 «Об утверждении инструкции о порядке разрешения искусственного прерывания беременности в поздние сроки по социальным показаниям и проведения операции искусственного прерывания беременности» // Российская газета от 9 декабря 2003 г., № 249; Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 17 мая 2007 г. № 335 «О рекомендуемом образце информированного добровольного согласия на проведение искусственного прерывания беременности при сроке до 12 недель» // Российская газета от 24 октября 2007 г. № 237; Постановление Правительства РФ от 6 февраля 2012 г. № 98 «О социальном показании для искусственного прерывания беременности» // СЗ РФ. 2012. № 7. Ст. 878; Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 3 декабря 2007 г. № 736 «Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности» // Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти. 2008. № 9.

²⁴⁵ См.: Дanelян Р.С., Манина Т.А. Уголовно наказуемое прерывание беременности // Научные труды III Всероссийского съезда (Национального конгресса) по медицинскому праву 30-31 мая 2007 г. / Под ред. Ю.Д. Сергеева. М.: НАМП, 2007. С. 444-445.

²⁴⁶ См.: Киселева М. Уголовная ответственность за незаконное прерывание беременности // Уголовное право. 2008. № 4. С. 31-35.



здоровью женщины»²⁴⁷, другие авторы считают, что преступление следует считать оконченным с момента прерывания беременности, третьи – с момента изгнания плода из утробы матери или же с момента гибели плода²⁴⁸.

Следует согласиться с мнением о том, что «четкое указание на момент окончания незаконного производства аборта в диспозиции ст. 123 УК РФ или примечании к ней позволило бы избежать ошибок в квалификации»²⁴⁹.

В США правовое регулирование производства аборта за последние десятилетия подверглось существенному реформированию, расширилось право на производство аборта по желанию женщины²⁵⁰.

Возможность производства аборта по желанию женщины связывается со сроком беременности или жизнеспособностью плода.

Параграф 16-12-140 главы 12 раздела 16 Свода законов штата Джорджия содержит понятие уголовно наказуемого аборта: совершение аборта в нарушении предписания § 16-12-141 путем выдачи любого медикамента или иной субстанции или использования инструмента или другим способом для провокации выкидыша или аборта. Часть 1 п. «b» § 16-12-141 устанавливает, что запрещено производство аборта после первого триместра беременности вне лицензированной больницы или лицензированном амбулаторном хирургическом центре, или в медицинском учреждении, получившем лицензию Департамента здравоохранения. Часть 1 п. «c» § 16-12-141 запрещает искусственное прерывание беременности при сроке беременности 20 недель и более, кроме случаев, когда плод имеет

²⁴⁷ *Наумов А.В.* Российское уголовное право: курс лекций: в 3 т. Т. 2: Особенная часть. 5-е изд. М.: Волтерс Клувер, 2011. С. 137.

²⁴⁸ См. *Киселева М.В.* Объективная сторона незаконного производства. С. 295-298; *Горбатова М.А.* К вопросу о моменте окончания незаконного производства аборта// Уголовное право: стратегия развития в XXI веке: материалы Восьмой международной научно-практической конференции 27-28 января 2011 г. М.: Проспект, 2011. С. 356-360.

²⁴⁹ *Горбатова М.А.* К вопросу о моменте окончания незаконного производства аборта. С. 360.

²⁵⁰ См.: *J. Lewis and Jon O. Shimabukuro.* Abortion Law Development: A Brief Overview Updated January 28, 2001 // Almanac of Policy Issues. URL: http://www.policyalmanac.org/culture/archive/crs_abortion_overview.shtml (дата обращения: 20.03.2013); *Menikoff J.* Law and Bioethics: An Introduction. Georgetown: Georgetown University Press, 2001. P. 53-82.



несовместимые с жизнью аномалии либо необходимо предотвратить смерть беременной женщины или причинение серьезного вреда ее здоровью, а также предотвратить смерть плода.

Согласно § 26-22-3 раздела 26 Свода законов Алабамы запрещается намеренное или неосторожное производство аборта и склонение к аборту, когда нерожденный ребенок жизнеспособен. Исключения содержатся в той же статье, в частности, если аборт производится врачом, который разумно полагает, что это необходимо для предотвращения смерти беременной женщины или существенного и необратимого нарушения основных функций ее организма.

В США запрещены определенные тактики проведения аборта. Так, аборт, при котором лицо, его осуществляющее, частично достает живой человеческий зародыш прежде, чем закончить жизнь плода (partial-birth abortions), совершенный лицензированным врачом, наказывается лишением свободы на срок до двух лет или штрафом (§ 1531 раздела 18 Свода законов США)²⁵¹.

Согласно статье L. 2212-1 Кодекса здравоохранения Франции женщина имеет право на аборт до конца двенадцатой недели беременности. Иные требования, включая возможность прерывания беременности по медицинским показаниям, содержатся в книге 2 части 4 Кодекса здравоохранения Франции.

7. *Согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства.* Необходимость получения добровольного информированного согласия на медицинское вмешательство является важнейшим условием его правомерности, что вытекает из права индивида на

²⁵¹ U.S. Code. URL: <http://www.law.cornell.edu/uscode/text> (дата обращения: 20.03.2013).



телесную неприкосновенность. Данная проблема широко освещена в научных публикациях²⁵².

Согласно ч. 1 ст. 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи является необходимым предварительным условием медицинского вмешательства.

Согласно ч. 3 ст. 20 гражданин или его законный представитель имеют право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных Законом. При отказе от медицинского вмешательства должны быть разъяснены возможные последствия такого отказа.

В США по делу *Schloendorff v. Society of New York Hospital*²⁵³ было установлено, что каждый взрослый человек в здравом уме имеет право

²⁵² См., например: *Афанасьева Е.Г.* Право на информированное согласие как основа юридического статуса пациента // Современное медицинское право в России и за рубежом: Сб. науч. тр. / Отв. ред. О.Л. Дубовик, Ю.С. Пивоваров. М.: ИНИОН, 2003. С. 142-161; *Блинов А.Г.* Уголовно-правовое значение согласия пациента на участие во врачебных операциях в странах англосаксонской системы права // Уголовное право: стратегия развития в XXI веке: материалы Седьмой международной научно-практической конференции 28-29 января 2010 г. М.: Проспект, 2010. С. 508-513; *Силуянова И.В.* «Патернализм» и «информированное согласие»: этическое и правовое регулирование отношений «врач-пациент» // Научные труды II Всероссийского съезда (Национального конгресса) по медицинскому праву. Москва, 13-15 апреля 2005 г. / Под ред. Ю.Д. Сергеева. М.: НАМП, 2005. С. 70-77; *Кузин С.Г., Ившин И.В.* К вопросу о реализации права пациента на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство // Научные труды II Всероссийского съезда (Национального конгресса) по медицинскому праву. Москва, 13-15 апреля 2005 г. / Под ред. Ю.Д. Сергеева. М.: НАМП, 2005. С. 345-348; *Сергеев Ю.Д., Меднис Д.Ю., Драган В.В.* О согласии пациента на медицинское вмешательство (Сообщение 1) // Научные труды III Всероссийского съезда (Национального конгресса) по медицинскому праву 30-31 мая 2007 г. 30-31 мая 2007 г. С. 380-382; *Сергеев Ю.Д., Меднис Д.Ю., Драган В.В.* О согласии пациента на медицинское вмешательство (Сообщение 2) // Научные труды III Всероссийского съезда (Национального конгресса) по медицинскому праву 30-31 мая 2007 г. 30-31 мая 2007 г. С. 382-387; *Трубецкой А.Д., Федонников А.С.* Вопросы информированного согласия в российском и французском медицинском законодательстве // Научные труды III Всероссийского съезда (Национального конгресса) по медицинскому праву 30-31 мая 2007 г. 30-31 мая 2007 г. С. 387-390; *Журилов Н.В.; Пищита А.Н.* Проблемы добровольного информированного согласия пациента на медицинское вмешательство // Научные труды I Всероссийского съезда (Национального конгресса) по медицинскому праву. Т. 1, Москва, 25-27 июня 2003 г. / Под ред. Ю.Д. Сергеева. М.: НАМП, 2003. С. 93-96.



определять, что должно быть сделано с его телом; хирург, который выполняет операцию без согласия пациента совершает нападение, за которое он несет ответственность. Это правило не применяется в экстренных случаях, когда пациент находится в бессознательном состоянии и медицинское вмешательство необходимо до того, как его согласие может быть получено.

Необходимость информированного согласия на медицинское вмешательство закреплена в части 46 раздела 45 свода федеральных правил²⁵⁴, а также в законодательстве штатов (например, § 12-37-105 статьи 37 раздела 12 свода законов штата Колорадо).

Часть 1 ст. L. 1111-4 Кодекса здравоохранения Франции устанавливает, что лицо вправе принимать решения о своем здоровье вместе со своим врачом, учитывая предоставленную ему информацию. Часть 4 ст. L. 1111-4 устанавливает, что если лицо не может выразить свою волю, запрещено проводить медицинское вмешательство, за исключением экстренных случаев, без консультации с членами семьи или доверенным лицом.

Согласно ч. 6 ст. L. 1111-4 Кодекса здравоохранения Франции врач обязан принять меры для установления согласия лица на медицинское вмешательство несовершеннолетнего или лица, находящегося под опекой.

7.1. Правовое значение информированного согласия при оказании медицинских услуг, направленных на достижение целей, не связанных с улучшением здоровья. Анализируя различные виды медицинских услуг, можно прийти к выводу, что некоторые из них направлены не только на улучшение физического или психического здоровья человека, но и на

²⁵³ Schloendorff v. Society of New York Hospital 211 N.Y. 125, 105 N.E. 92 (1914) URL: https://mywebspace.wisc.edu/rstreiffer/web/CourseFolders/BioandLawF99Folder/Readings/SchloendorffvSociety_of_NY.pdf (дата обращения 20.03.2013).

²⁵⁴ Code of Federal Regulations // U.S. Department of Health & Human Services. URL: <http://www.hhs.gov/ohrp/humansubjects/guidance/45cfr46.html> (дата обращения 20.03.2013). См. также: Sandler Ronald B. Legal right to refuse medical treatment in the USA. 29 July 2012. // URL: <http://www.rbs2.com/rrmt.pdf> (дата обращения: 20.03.2013).



достижение иных целей, неразрывно связанных с вмешательством в организм человека.

К таким услугам можно отнести прерывание беременности по социальным показаниям или с согласия женщины на сроке беременности до 12 недель, эстетические операции, экскорпоральное оплодотворение, операции по перемене пола и т.п. Допустимость причинения вреда здоровью при оказании подобных услуг требует дополнительного обоснования²⁵⁵.

Если пациент дал согласие на медицинское вмешательство с целью реализации своих законных прав и соблюдены все требования, предъявляемые к данному виду вмешательства, причинение вреда здоровью пациента не может считаться противоправным.

В этой связи чрезвычайно важным представляется включение в заявление от имени пациента, составляющего добровольное согласие, следующей фразы: «Возможный вред от медицинских вмешательств для меня менее значим, чем обстоятельства, которые его побудили меня согласиться на эти медицинские вмешательства»²⁵⁶.

М.В. Киселева на основании медицинских данных приходит к выводу, что «производство аборта без причинения вреда для здоровья женщины невозможно»²⁵⁷. Однако ст. 123 УК РФ запрещает только незаконное производство аборта, то есть действия, совершенные лицом, не имеющим высшего образования соответствующего профиля. Прерывание беременности надлежащим субъектом и в надлежащие сроки остается разрешенным, хотя и

²⁵⁵ См.: Кученкова М.А., Васильев С.А. Правовые аспекты пластической хирургии // Научные труды III Всероссийского съезда (Национального конгресса) по медицинскому праву 30-31 мая 2007 г. / Под ред. Ю.Д. Сергеева. М.: НАМП, 2007. С. 187.

²⁵⁶ Сергеев Ю.Д., Меднис Д.Ю., Драган В.В. О согласии пациента на медицинское вмешательство (Сообщение 2) // Научные труды III Всероссийского съезда (Национального конгресса) по медицинскому праву 30-31 мая 2007 г. 30-31 мая 2007 г. С. 386.

²⁵⁷ Киселева М.В. Объективная сторона незаконного производства аборта // Уголовное право: стратегия развития в XXI веке: материалы Седьмой международной научно-практической конференции 28-29 января 2010 г. М.: Проспект, 2010. С. 297. См. также: Иванников И.А. Право на жизнь и проблемы его реализации в России начала XXI века // Научные труды II Всероссийского съезда (Национального конгресса) по медицинскому праву. Москва, 13-15 апреля 2005 г. / Под ред. Ю.Д. Сергеева. М.: НАМП, 2005. С. 31.



способно серьезно навредить здоровью женщины, так как в данном случае медицинское вмешательство направлено на защиту иных прав личности.

Существенные трудности, однако, могут возникнуть в случае, если медицинское вмешательство, не имеющее целью улучшения здоровья, производится в отношении несовершеннолетнего. Так, во французской литературе было высказано мнение о том, что Уголовный кодекс Франции не исключает привлечения к ответственности врача, сделавшего ребенку обрезание с согласия родителей по религиозным мотивам и без медицинской необходимости. Подобное деяние представляет нарушение физической неприкосновенности ребенка и по сути является насилием, ответственность за которое может наступать по ст. 222-9 или 222-13 УК Франции²⁵⁸. Постановка подобного вопроса была вызвана принятием резонансного решения немецким судом и последующим принятием закона, разрешающего обрезание детей по религиозным мотивам²⁵⁹. Так как во Франции подобный закон отсутствует, это рождает для врача ситуацию правовой неопределенности²⁶⁰.

7.2. Отказ от медицинского вмешательства родителями в отношении несовершеннолетних детей по религиозным мотивам. Вопрос о праве законного представителя на отказ от медицинского вмешательства для своего представляемого в ряде случаев способно вызвать споры²⁶¹.

Подобное поведение родителей может быть квалифицировано как преступление, предусмотренное ст. 125 УК РФ. Однако данные деяния не всегда получают адекватную правовую оценку.

Так, сильный общественный резонанс вызвало вынесение обвинительного приговора по ст. 125 УК РФ в отношении матери,

²⁵⁸ Berg O., Kuchler C. Circoncision et responsabilité du médecin // Médecine & Droit. 2013. N 118. P. 13-14.

²⁵⁹ Власти Германии разрешили обрезание // Новостной портал «Комментарии». URL: <http://comments.ua/world/377262-vlasti-germanii-razreshili.html> (дата обращения: 20.03.2013).

²⁶⁰ Berg O., Kuchler C. Op. cit. P. 15.

²⁶¹ См.: Арсланян К.С. К вопросу об отказе пациента от медицинского вмешательства // Научные труды I Всероссийского съезда (Национального конгресса) по медицинскому праву. Т. 1, Москва, 25-27 июня 2003 г. / Под ред. Ю.Д. Сергеева. М.: НАМП, 2003. С. 162.



отказавшейся от переливания крови своему ребенку в пользу более безопасного лечения²⁶². Мать являлась членом религиозной организации Свидетели Иеговы. Позже ребенок скончался из-за многочисленных врожденных патологий. Суд Ханты-Мансийского автономного округа отменил обвинительный приговор и постановление апелляционной инстанции и прекратил уголовное дело по реабилитирующим основаниям в связи с отсутствием состава преступления. Было доказано, что переливание крови усугубило бы состояние больного ребенка, а его смерть имела причиной закономерное развитие множества заболеваний.

Повышенная защита свободы религиозных убеждений в США стала причиной ожесточенных дебатов после смерти нескольких несовершеннолетних из-за отказа родителей от медицинского вмешательства по мотивам веры.

Ярким примером является законодательство штата Орегон, которое за 16 лет прошло путь от «религиозной защиты» против уголовного преследования за причинения смерти (homicide) для родителей, которые пытались вылечить своего ребенка с помощью молитвы, в случае, если они могли доказать суду, что ими двигала исключительно вера (1995 г.) и ее последующего расширения на другие составы преступления, до полной отмены «религиозной защиты» в 2011 г. и возбуждения ряда уголовных дел²⁶³. Подобные проблемы существуют и в других штатах²⁶⁴.

Согласно ч. 6 ст. L. 1111-4 Кодекса здравоохранения Франции в случае отказа от медицинского вмешательства родителей, если может иметь

²⁶² См.: Информационный портал Credo.ru. URL: <http://www.portal-credo.ru/site/?act=news&id=85770&cf=> (дата обращения: 20.03.2013).

²⁶³ Информационный портал OregonLife.com URL: http://www.oregonlive.com/oregon-city/index.ssf/2011/02/oregon_lawmakers_appear_ready_to_end_faith-healing_protections_for_parents_of_dying_children.html (дата обращения: 20.03.2013).

²⁶⁴ См.: *Swan Rita*. Letting Children Die for the Faith // Council for secular humanism. URL: http://www.secularhumanism.org/index.php?section=library&page=swan_19_1 (дата обращения: 20.03.2013); *Abbott Kevin*. Law and Medicine: Pediatric Faith Healing // American Medical Association Journal of Ethics. 2009. Vol. 11. N 10. URL: <http://virtualmentor.ama-assn.org/2009/10/hlaw1-0910.html> (дата обращения: 20.03.2013).



серьезные последствия для здоровья несовершеннолетнего, врач осуществляет необходимое лечение.

Родители могут быть привлечены к ответственности по ст. 223-6 УК Франции за неоказание помощи лицу, находящемуся в опасности, в случае отказа от медицинской помощи, если жизни и здоровью ребенка угрожает опасность²⁶⁵.

8. Ненадлежащее исполнение лицом своих профессиональных обязанностей как квалифицирующий признак состава преступления. В литературе указывается, что «под ненадлежащим исполнением профессиональных обязанностей медицинскими работниками следует понимать деяния, совершаемые медицинскими работниками в форме действия или бездействия в процессе оказания медицинской помощи больным в нарушение нормативно-регламентированных либо (не получивших жесткого нормативного закрепления, но выработанных медицинской наукой и практикой) общепринятых, общепризнанных и являющихся в силу этого общеобязательными в медицине, правил оказания медицинской помощи, которые влекут за собой негативные последствия»²⁶⁶.

Также высказано мнение о том, что «преступления медицинских работников характеризуются повышенной общественной опасностью, так как их совершение представляет собой грубое нарушение медицинского долга с возможными неблагоприятными последствиями для жизни и здоровья людей»²⁶⁷.

Анализ судебной практики показывает, что любое преступное посягательство, совершенное в рамках медицинской деятельности врача,

²⁶⁵ Refus de soins et non assistance à personne en danger. URL: http://anabible.webethan.com/spip.php?page=print-article&id_article=5378&lang=fr (дата обращения: 20.03.2013).

²⁶⁶ *Сергеев Ю.Д., Бисюк Ю.В.* Структура и причины ненадлежащего оказания медицинской помощи (по материалам судебно-медицинских экспертиз) // Научные труды III Всероссийского съезда (Национального конгресса) по медицинскому праву 30-31 мая 2007 г. / Под ред. Ю.Д. Сергеева. М.: НАМП, 2007. С. 536.

²⁶⁷ *Тищенко Е.В., Чуряева И.В.* Проблемы и перспективы развития законодательства РФ об уголовной ответственности медицинских работников // Уголовное право: стратегия развития в XXI веке: материалы Пятой Международной научно-практической конференции 24-25 января 2008 г. М.: Проспект, 2008. С. 277.



рассматривается в качестве ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей.

Таким образом, наказание повышается исключительно из-за особенной повседневной трудовой деятельности медицинского работника. Представляется, что подобный подход не является справедливым, так как медицинская деятельность по своей сущности неизбежно связана с риском причинения серьезного вреда здоровью или смерти пациента.

Следует также учитывать, что медицинский работник может быть привлечен к уголовной ответственности как за причинение вреда в процессе оказания медицинской помощи, так и за отказ оказать такую помощь. Следовательно, медицинский работник не может избрать иной вариант поведения, не связанный с возможностью привлечения к уголовной ответственности.

По результатам анкетирования, проведенного среди 63 медицинских работников (см. Приложение 2), на вопрос: считаете ли Вы, что причинение вреда здоровью или смерти пациента вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей должно являться обстоятельством, отягчающим наказание, 11 (17%) респондентов ответили утвердительно; 37 (59%) указали, что такое обстоятельство должно отягчать наказание не во всех случаях; 7 (11%) ответили отрицательно; 8 (13%) респондентов затруднились ответить. На тот же вопрос, заданный 32 сотрудникам правоохранительных органов (см. Приложение 3), 6 (19%) респондентов ответили утвердительно; 11 (34%) указали, что такое обстоятельство должно отягчать наказание не во всех случаях; 14 (44%) ответили отрицательно; 1 (3%) респондент затруднился ответить.

Представляется, что ненадлежащее исполнение лицом своих профессиональных обязанностей должно рассматриваться как с объективной стороны, так и с субъективной. Необходимо выявить не только тот факт, что медицинский работник исполнял свои профессиональные обязанности и



допустил какие-либо нарушения, но и что эти нарушения были вызваны недобросовестным отношением к выполняемым обязанностям, о чем могут свидетельствовать особые мотивы и цели совершенного деяния (см. § 4 данной главы).

Кроме того, может возникнуть вопрос о возможности вменения данного квалифицирующего признака состава преступления лицу, которое практикует методики, официально не признанные или запрещенные в Российской Федерации.

Представляется, что ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей как обстоятельство, ужесточающее наказание, связано с официальным признанием профессионального статуса лица государством и закреплением за ним определенных прав и обязанностей. Однако в случае, если в Российской Федерации будет принято предметное определение медицинской деятельности, это повлечет за собой признание субъектов, практикующих неразрешенные методики, лицами, занимающимися медициной, что предполагает возможность вменения им признака ненадлежащего исполнения своих профессиональных обязанностей.

Выводы. Несмотря на условный характер разделения признаков преступления на объективные и субъективные, данный подход является практически полезным и используется как в России, так и в США и во Франции. Применительно к анализу объективной стороны посягательств на жизнь и здоровье индивида при оказании медицинских услуг можно отметить следующее:

1. В литературе широко используются понятия неблагоприятного исхода лечения, врачебной ошибки, ятрогении. Специальные исследования, посвященные анализу указанных понятий, помогают классифицировать дефекты оказания медицинской помощи, выделив среди них виновно совершенные деяния и деяния, в которых отсутствует вина лица, оказывающего медицинские услуги, а также последствия их совершения.



В то же время в связи с отсутствием законодательного определения указанных понятий и устоявшегося доктринального определения, представляется, что их использование не является обязательным для анализа объективной, а также субъективной стороны соответствующих деяний.

2. Деяния, посягающие на жизнь или здоровье человека при оказании медицинских услуг, практически во всех случаях являются сложной комбинацией действий и бездействия медицинского работника. При этом совершение неверного с медицинской точки зрения действия предполагает факт несовершения необходимого действия.

По этой причине основное внимание при уголовно-правовой оценке деяний, совершенных при оказании медицинских услуг, должно быть уделено обязанностям медицинских работников, закрепленным в нормативных правовых актах, а при их отсутствии – анализу общепризнанных в медицинской науке и практике правил.

3. Решение вопроса о наличии либо отсутствии причинной связи между деянием субъекта, оказывающего медицинские услуги, и наступившим результатом в виде вреда здоровью или смерти человека требует прежде всего установления фактического состояния больного на момент начала оказания медицинской помощи или на тот момент, когда таковая должна была и могла быть оказана.

Если имелась разумная вероятность того, что в случае надлежащего оказания медицинской помощи вред здоровью не будет причинен или смерть не наступит, причинная связь между деянием и наступившими последствиями налицо.

При этом критерии разумной вероятности должны быть выработаны судебной практикой.

Представляется, что суд вправе не признать наличие причинной связи не только в случае, если оказание медицинской помощи не могло предотвратить наступление вреда здоровью или смерти, но и в тех ситуациях,



когда больной поступил в лечебное учреждение в крайне тяжелом состоянии, непосредственно угрожающем смертью или наступлением определенного вреда здоровью, а дефекты лечения или диагностики не представляли собой существенного нарушения признанных правил диагностики и лечения.

4. Судебная практика свидетельствует об отсутствии четких критериев разграничения ч. 2 ст. 109, ч. 2 ст. 118 и ст. 124 УК РФ, в связи с чем квалификация деяний медицинских работников становится произвольной, что противоречит принципу определенности уголовного закона и способно существенно нарушить права медицинских работников.

Анализ санкций указанных статей указывает, что деяние, предусмотренное ст. 124 УК РФ, обладает большей степенью опасности. В связи с этим представляется, что случаи неоказания помощи больному следует ограничить отказом госпитализировать лицо при наличии серьезной угрозы для его жизни или здоровья, отказом врача от оказания экстренной помощи больному и т.п. Подобные разъяснения могут быть закреплены в Постановлении Пленума Верховного Суда РФ.

5. Статья 125 УК РФ позволяет привлечь к уголовной ответственности субъекта, пренебрегшего долгом заботы (в том числе медицинского работника) в том случае, если вред здоровью причинен не был. Однако она ограничивается только теми случаями, когда лицо находится в опасности.

Необоснованными следует считать приговоры, вынесенные по ст. 125 УК РФ в случае, когда больной был оставлен в опасности, после чего наступила его смерть или был причинен вред его здоровью (средней тяжести или тяжкий), если при надлежащем лечении этого можно было избежать.

В подобных случаях возможна квалификация деяния по ст. 124 УК РФ при условии наличия иных необходимых признаков состава преступления.

6. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» возлагает обязанность оказания экстренной медицинской помощи в любом месте в любое время на лиц, имеющих



соответствующее образование, и работающих по специальности (осуществляющих медицинскую деятельность), то есть на медицинских работников. Однако проведенные эмпирические исследования свидетельствуют о том, что медицинские работники опасаются оказывать помощь больному, если их специализация не соответствует характеру заболевания или травмы, а также непосредственно на месте происшествия, предпочитая дождаться прибытия скорой помощи.

С целью стимулирования медицинских работников к оказанию экстренной медицинской помощи больному Пленуму Верховного Суда РФ следует разъяснить, что не является незаконным занятием медицинской практикой безвозмездное оказание экстренной помощи лицу вне медицинской организации за пределами рабочего времени медицинским работником без лицензии.

Также следует предусмотреть специальный случай, исключающий привлечение медицинского работника к уголовной ответственности за неосторожное причинение вреда здоровью или смерти пациенту, при одновременном наличии следующих обстоятельств:

- оказание помощи вне медицинской организации;
- оказание помощи за пределами рабочего времени;
- безвозмездно;
- для устранения непосредственной угрозы жизни человека, возникшей

в связи с внезапным острым заболеванием, состоянием, обострением хронических заболеваний.

При этом должен рассматриваться вопрос о выполнении врачом долга заботы с точки зрения среднего врача указанной специальности с таким же опытом при сходных обстоятельствах.

7. Прерывание беременности как причинение тяжкого вреда здоровью может рассматриваться только в случае отсутствия согласия женщины на такое действие.



8. Вопрос о согласии на медицинское вмешательство или на отказ от медицинского вмешательства родителями в отношении малолетнего ребенка должен решаться исходя из интересов последнего. В случае отказа родителей от медицинской помощи ребенку, жизни и здоровью которого угрожает опасность, по религиозным или иным мотивам, может наступить уголовная ответственность за оставление в опасности (ст. 125 УК РФ; ст. 223-6 УК Франции) или за причинение смерти по уголовным кодексам штатов США.

9. Анализ судебной практики показывает, что любое преступное посягательство, совершенное в рамках медицинской деятельности врача, рассматривается в качестве ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей. Последнее является признаком квалифицированного состава преступлений, предусмотренных ч. 2 ст. 109 и ч. 2 ст. 118 УК РФ.

Подобный подход не является справедливым. Ненадлежащее исполнение лицом своих профессиональных обязанностей должно рассматриваться как с объективной стороны, так и с субъективной. Необходимо выявить не только тот факт, что медицинский работник исполнял свои профессиональные обязанности и допустил какие-либо нарушения, но и что эти нарушения были вызваны недобросовестным отношением к выполняемым обязанностям, о чем могут свидетельствовать особые мотивы и цели совершенного деяния.

§ 3. Субъект преступлений

Российское законодательство признает в качестве субъекта преступления только физическое лицо. Для французской и американской правовых систем характерно признание субъектом уголовной ответственности также юридических лиц, что не будет подвергаться отдельному анализу в рамках данного исследования.

Рассматриваться будут следующие вопросы:



1. Общая характеристика субъекта преступления, совершаемого при оказании медицинских услуг, в России, США и Франции.
2. Проблема неосторожного сопричинения.
3. Субъект незаконного производства аборта.
4. Должностное лицо медицинского учреждения как субъект преступления против жизни и здоровья человека при оказании медицинских услуг.

1. Общая характеристика субъекта преступления, совершаемого при оказании медицинских услуг, в России, США и Франции. Согласно ст. 19 УК РФ субъектом преступления может являться вменяемое физическое лицо, достигшее установленного уголовным законом возраста²⁶⁸.

Статьи Особенной части УК РФ не содержат указания на медицинского работника в качестве специального субъекта преступления. В литературе высказывается мнение о нецелесообразности выделения самостоятельной главы УК РФ, в которой будут сформулированы составы преступления, совершаемые медицинскими работниками, так как критерием разделения на главы Особенной части УК РФ является объект преступления, а не его субъект²⁶⁹. Кроме того, преступления в сфере медицинской деятельности осуществляются не только медицинскими работниками, но и иными лицами.

В то же время представляется, что введение новых составов преступлений, связанных с биоэтикой, может потребовать выделения преступлений против прав и свобод пациента в отдельную главу УК РФ²⁷⁰.

²⁶⁸ О признаках субъекта преступления см., например: Павлов В.Г. Субъект преступления. СПб.: Издательство «Юридический центр Пресс», 2001. С. 68-70.

²⁶⁹ См.: Павлова Н.В. Уголовно-правовое регулирование медицинской деятельности: автореф. ... дис. канд. юрид. наук. С. 7; Тищенко Е.В., Чурляева И.В. Проблемы и перспективы развития законодательства РФ об уголовной ответственности медицинских работников // Уголовное право: стратегия развития в XXI веке: материалы Пятой Международной научно-практической конференции 24-25 января 2008 г. М.: Проспект, 2008. С. 276.

²⁷⁰ См.: Блинов А.Г. Уголовно-правовая охрана пациента и ее системное обеспечение на законодательном уровне // Системность в уголовном праве. Материалы II Российского Конгресса уголовного права, состоявшегося 31 мая–1 июня 2007 г. М.: ТК Велби, Изд-во Проспект, 2007. С. 67; Хлапов А.Л., Камаев И.А., Гриб М.Н., Перевезенцев Е.А. Профессиональные преступления медицинских работников. С. 375-376.



Статьи 109 и 118 УК РФ предусматривают общего субъекта, однако в случае совершения соответствующего преступления медицинским работником ему вменяется ч. 2 одной из этих статей, в которых указано на ненадлежащее исполнение лицом своих профессиональных обязанностей.

Примечательно, что ч. 3 ст. 109 УК РФ предусматривает уголовную ответственность за причинение смерти по неосторожности двум или более лицам, однако в статье не содержится указания на причинение смерти по неосторожности двумя или более лицам вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей. Однако судебная практика идет по пути квалификация деяний медицинских работников, в результате которых наступила смерть двух или более лиц, именно по ч. 3 ст. 109 УК РФ.

Так, анестезиолог-реаниматолог Б. приступил к интубации трахеи О., которой была назначена операция кесарево сечение, надлежащим образом не убедившись в отсутствии в желудке потерпевшей остатков пищи, не приняв мер к снижению кислотности желудочного сока, не выполнив комплекс обязательных мер, исключающих попадание содержимого желудка в дыхательные пути.

Б. не обеспечил соблюдение алгоритма при возникшей трудности интубации трахеи, а именно: не прекратил проведение наркоза, не вывел больную на самостоятельное дыхание, не вызвал другого компетентного анестезиолога и не стал проводить, как альтернативу, проводниковую анестезию (перидуральную анестезию).

Б. произвел еще четыре несостоятельные попытки интубации трахеи О. На последней попытке интубации произошла регургитация (вытекание) желудочного содержимого с попаданием в дыхательные пути. В результате произошла смерть роженицы. Гипоксия на фоне преждевременной отслойки плаценты, асфиксия и отек головного мозга привели к смерти новорожденного.



Деяния Б. были квалифицированы по ч. 3 ст. 109 УК РФ (см. п. 1 Приложения 4).

Статьи 125 и 124 УК РФ содержат указание на специального субъекта, однако применяются не только к медицинским работникам.

В США ответственность за причинение смерти или вреда здоровью по неосторожности медицинскими работниками наступает на общих основаниях, как и для других субъектов (например, § 210.4 Примерного уголовного кодекса, § 13-1102 главы 11 Уголовного кодекса штата Аризона – причинение смерти по неосторожности; § 211.1 Примерного уголовного кодекса, § 13-1203 главы 12 Уголовного кодекса штата Аризона – нападение).

В штатах США в случае, если в действиях субъекта, помимо причинения вреда здоровью или смерти, имеется незаконное занятие медициной, ему вменяются обе статьи, так как последний состав преступления является самостоятельным (в отличие от аналогичного преступления по ст. 235 УК РФ).

Занятие медицинской деятельностью во Франции является фактически монополией врачей. Предметная характеристика медицинской деятельности позволяет привлечь к ответственности любое лицо, которое практикует признанные государством или непризнанные методики лечения (ст. L. 4161-1 Кодекса здравоохранения Франции).

Как и в США, состав незаконного занятия медицинской деятельностью во Франции является самостоятельным, при причинении вреда здоровью или смерти пациента деяние квалифицируется по двум статьям (ст. 221-6 или ст. 222-19 либо 222-20 Уголовного кодекса Франции и ст. L. 4161-1 Кодекса здравоохранения Франции).

2. Проблема неосторожного сопричинения. Она возникает в связи с тем, что в ряде случаев в лечении больного участвует несколько медицинских работников. При причинении вреда здоровью или смерти человека деяния каждого из них должны анализироваться по отдельности с



учетом того, мог ли конкретный субъект предотвратить наступление преступных последствий, какие обязанности им были нарушены, насколько эти нарушения повлияли на состояние больного (см., например, п. 3, 7, 21, 27, 28, 37 Приложения 4).

Из зарубежной практики наиболее ярким примером является решение Суда высшей инстанции Парижа от 3 сентября 2003 г. по делу о смерти ребенка 19 месяцев в больнице Труссо (Trousseau), по которому имелось 11 подсудимых²⁷¹.

Ребенок А.О. был экстренно госпитализирован на машине скорой помощи в связи с полной непереносимостью пищи и обезвоживанием. Далее, вместо неотложной передачи в отделение гастроэнтерологии, ребенок был направлен в отделение пульмонологии, где он был вверен дежурной медсестре, после этого – медсестре отделения и аспирантке. Впоследствии ребенка брали под наблюдение и иные лица, назначались различные предписания, свидетельствующие о несогласованности действий персонала. Состояние ребенка ухудшилось, и, несмотря на требования матери, не было принято надлежащих мер, вследствие чего наступила его смерть. Суд постановил следующее:

1. Медсестра И.П. осуждена за причинение смерти по неосторожности (ст. 221-6 Уголовного кодекса Франции). В ее действиях был установлен недостаток наблюдения за ребенком, так как она не взвесила его при поступлении, не внесла ряд медицинских данных в его карту и не приняла во внимание другие факты, указывающие на обезвоживание, от которого наступила смерть ребенка.

²⁷¹ Tribunal de Grande Instance de Paris, N 9926423046 // URL:<http://www.google.ru/url?sa=t&rct=j&q=Tribunal+correctionnel+de+Paris+du+3+septembre+2003+Assistance+Publique+des+H%C3%B4pitaux+Publics&source=web&cd=3&ved=0CFUQFjAC&url=http%3A%2F%2Fwww.laryngo.com%2Fdocuments%2Factualit%25E9%2FTGI%2520Paris%252003.09.03.doc&ei=0-QsUO6KOOXd4QStgIHdYd&usg=AFQjCNEQmCvnUCIR-Vb6z8AYeAkKTNBFGw> (дата обращения: 20.03.2013).



2-4. Медсестры Г.П. и М.Ж., помощница медсестры Н.Л. осуждены за причинение смерти по неосторожности и за прямое поставление в непосредственную опасность причинения смерти или телесных повреждений, которые могут привести к увечью или инвалидности (ст. 221-6 и 223-1 Уголовного кодекса Франции), а также за соучастие в незаконном занятии профессией медсестры. Они нарушили статьи Кодекса здравоохранения Франции, касающиеся правил занятия профессией медсестры (ст. L.4311-1, L.4311-2, L.4311-4), что повлекло оказание помощи некомпетентным персоналам, которое внесло вклад в смерть ребенка.

5. Врач Д.Г. осуждена за причинение смерти по неосторожности. Было установлено, что ее медицинские осмотры и медицинские наблюдения являлись неполными, был допущен ряд искажений и неточностей в данных наблюдений. Были прекращены необходимые вливания ребенку, о чем врач Д.Г. не сообщила доктору К.Т., покинув работу на один час ранее положенного времени. Совокупность этих ошибок создала опасную для жизни ребенка ситуацию.

6. Доктор медицины К.Т. оправдана по статье причинение смерти по неосторожности. Являясь специалистом по педиатрии и исполняя обязанности начальника клиники, она не присутствовала, когда ребенок был перемещен в отделение пульмонологии из отделения неотложной помощи. Она не была проинформирована о проблемах в отношении ребенка, поскольку об этом не упоминалось в докладе врача Д.Г. Также она не была проинформирована о прекращении вливаний и ухудшении состояния ребенка. По своей должности она не обязана была сама запрашивать информацию о пациенте.

7. Начальница службы медсестер М.М. осуждена за прямое поставление в непосредственную опасность причинения смерти или телесных повреждений, которые могут привести к увечью или инвалидности. Она по должности должна была избегать искажения задач медсестер и их



помощников. Она должна была не ждать получения, а сама запрашивать необходимую информацию и предотвратить совершение нарушений. М.М. совершила нарушение обязанностей, предусмотренных Постановлением N 93-345 от 15 марта 1993 г. о профессиональных обязанностях и осуществлении профессии медсестры²⁷².

8. Начальник клиники М.Р. осуждена за прямое поставление в непосредственную опасность причинения смерти или телесных повреждений. Она не несла ответственности за организацию отделения пульмонологии, не имела медицинских функций и потому должна быть оправдана за причинение смерти по неосторожности. Тем не менее она как начальник клиники, должна была знать о деформации задач медсестер на протяжении многих лет. Непринятие мер создало опасность для ребенка.

9. Юридическое лицо «Государственная помощь – больницы Парижа» осуждено за причинение смерти по неосторожности и за прямое поставление в непосредственную опасность причинения смерти или телесных повреждений. Ответственность признается, так как нарушение совершено начальником клиники М.Р., то есть органом или представителем юридического лица, а также профессором факультета медицины Г.Т. (ст. 121-2 Уголовного кодекса Франции).

10. Профессор Г.Т. осужден за причинение смерти по неосторожности. Начальник отделения не может ссылаться ни на незнание о поступлении пациента в отделение, ни на недостаток информации, так как должен был организовать функционирование отделения относительно ответственности каждого работника согласно положениям Кодекса здравоохранения Франции.

²⁷² Décret N 93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier // Legifrance. URL: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000178583&dateTexte=&categorieLien=id> (дата обращения: 20.03.2013).



11. Медсестра А.В. оправдана по статье причинение смерти по неосторожности. Являясь старшей медсестрой в отделении пульмонологии, она не имела лечебных функций. Она не могла вмешаться в процесс лечения и наблюдения за ребенком. Поэтому в ее действиях нет ни вины, ни причинной связи со смертью ребенка.

3. Субъект незаконного производства аборта. Субъект преступления, предусмотренного ст. 123 УК РФ, является специальным – лицо, не имеющее высшего медицинского образования соответствующего профиля (необходимого для производства прерывания беременности).

В литературе высказывается точка зрения о несправедливости данного ограничения и предлагается наказывать врачей с соответствующим образованием при нарушении правил проведения аборт²⁷³.

В США законодательные требования штатов о производстве аборта только врачом были признаны не противоречащими Конституции США, хотя и необязательными (см. *Connecticut v. Menillo*²⁷⁴). Производство аборта лицом, не являющимся врачом, в случае если закон штата содержит соответствующее предписание, наказывается как незаконная медицинская практика²⁷⁵.

Согласно параграфу 20-208 раздела 20 Кодекса здравоохранения штата Мэриленд аборт должен производиться лицензированным врачом, такое же положение содержится § 16-12-141 статьи 5 главы 12 раздела 16 Свода законов штата Джорджия.

Однако наступление ответственности за незаконное производство аборта связывается не только со статусом лица, но и с нарушением лицом

²⁷³ См., например: *Попов А.Н.* Умышленные преступления против жизни: Проблемы законодательной регламентации и квалификации: автореф. ... дис. докт. юрид. наук. М., 2003. С. 10-11.

²⁷⁴ *Connecticut v. Menillo* 423 U.S. 9 (1975) // FindLaw URL: <http://caselaw.lp.findlaw.com/scripts/getcase.pl?court=us&vol=423&invol=9> (дата обращения: 20.03.2013).

²⁷⁵ Так, в 2009 г. была осуждена за незаконное занятие медицинской деятельностью Берта Бугарин (*Bertha Bugarin*), не имевшая медицинской подготовки, производившая незаконные аборты и являвшаяся главой клиники по производству аборт²⁷⁵. См.: *LifeSiteNews.com*. URL: <http://www.freerepublic.com/focus/f-news/2238880/posts> (дата обращения: 20.03.2013).



законодательных требований к его проведению (§16-12-140 и 16-12-141 главы 12 раздела 16 Свода законов штата Джорджия; § 26-22-3 раздела 26 Свода законов Алабамы).

Согласно статье L. 2212-2 Кодекса здравоохранения Франции прерывание беременности осуществляется только врачом. Во Франции лицо, не являющееся врачом и прервавшее беременность при наличии согласия женщины, наказывается по ст. L. 2222-2 Кодекса здравоохранения Франции. Если лицо является врачом, имеющим соответствующее образование, и прерывает беременность с согласия потерпевшей, но с несоблюдением условий о сроке и месте проведения аборта, то оно наказывается по той же статье. Статьями L. 2222-3 и L. 2222-3 предусматриваются наказания за иные нарушения положений закона, касающихся прерывания беременности, совершенные специальным субъектом – врачом.

4. Должностное лицо медицинского учреждения как субъект преступления против жизни и здоровья человека при оказании медицинских услуг. Должностные преступления медицинских работников являются трудными для изучения. Причина этого в том, что наряду с организационно-распорядительными или административно-хозяйственными полномочиями, врач, который занимает какую-либо должность (главврач, заведующий отделением и т.п.), исполняет и чисто лечебные функции.

Следует признать абсолютно справедливым указание на то, что существует необходимость разграничения профессиональных и должностных обязанностей врача. В связи с этим представляется неверным привлекать врачей к ответственности за должностные преступления, в частности за халатность (ст. 293 УК РФ), в случае выполнения ими исключительно лечебных обязанностей²⁷⁶. П.С. Яни приводит следующий пример: «Если в ходе операции, проводимой главврачом клиники, наступила

²⁷⁶ См.: Волженкин Б.В. Служебные преступления: Комментарий законодательства и судебной практики. СПб.: Издательство «Юридический центр Пресс», 2005.. С. 97-99.



по причине профессиональных упущений хирурга смерть пациента, то это должно быть квалифицировано по ч. 2 ст. 109 УК РФ, а не по ст. 293 УК РФ, хотя в ином качестве – не как оперирующий хирург – главврач является должностным лицом»²⁷⁷.

В то же время согласно примечанию 1 к ст. 285 УК РФ должностными лицами могут быть признаны только медицинские работники государственных и муниципальных учреждений.

Часть 2 ст. 293 УК РФ предусматривает ответственность за халатность, то есть неисполнение или ненадлежащее исполнение должностным лицом своих обязанностей вследствие недобросовестного или небрежного отношения к службе, повлекшее по неосторожности причинение тяжкого вреда здоровью или смерть человека. Максимальное наказание достигает пяти лет лишения свободы. Часть 3 ст. 293 УК РФ предусматривает ответственность за халатность, повлекшую по неосторожности смерть двух или более лиц. Максимальный срок лишения свободы достигает семи лет.

В то же время, анализ приговоров, вынесенных по ст. 293 УК РФ, свидетельствует о том, что по сути многие деяния, подвергающиеся уголовно-правовой оценке, ничем не отличаются от преступлений против жизни и здоровья. Как правило, в таких преступлениях сочетается ненадлежащее исполнение и профессиональных, и должностных обязанностей. Таким образом, уголовная ответственность ужесточается в отношении лиц, занимающих административные должности в государственных и муниципальных учреждениях, а не в частных клиниках, что нельзя признать соответствующим Конституции РФ²⁷⁸.

Так, Е., исполняющий обязанности заведующего отделения, не осмотрел больного сам и не поручил его осмотр никому из врачей-хирургов,

²⁷⁷ Яни П.С. Разграничение служебных функций и профессиональных обязанностей должностного лица при квалификации взяточничества // Российское правосудие. 2009. № 1 (33). С. 97-98.

²⁷⁸ О конституционности уголовного закона см.: Жалинский А.Э. Уголовное право в ожидании перемен: теоретико-инструментальный анализ. 2-е изд. М.: Проспект, 2009. С. 300-306.



диагноз больному не поставил, необходимые исследования ему не назначил, тактику лечения не определил. В результате больной скончался. Е. был осужден по ч. 2 ст. 293 УК РФ (см. п. 31 Приложения 4). Подобное бездействие могло быть квалифицировано как неоказание помощи больному или как причинение смерти по неосторожности.

Заведующая отделением З., выявив у несовершеннолетней Ф. туберкулез легких, не сообщила ей о заболевании, не поставила в известность ее родственников. Данные сведения также не были переданы на педиатрический участок и туберкулезный кабинет, З. не проконтролировала подчиненный ей средний и младший медицинский персонал, и не организовала дополнительное обследование Ф.

В результате у Ф. через полгода резко ухудшилось самочувствие, при проведении повторного флюорографического обследования ей был поставлен диагноз: «Двусторонний диссеминированный туберкулез в стадии инфильтрации и распада легких». При своевременно назначенном лечении исход заболевания был бы благоприятным и Ф. была бы полностью излечима. З. осуждена по ч. 1 ст. 293 УК РФ (см. п. 32 Приложения 4).

Указанное бездействие могло рассматриваться как неоказание помощи больному. Вызывает сомнения возможность оценки указанного последствия в качестве «существенного нарушения конституционного права Ф. на охрану здоровья и медицинскую помощь».

Нейрохирург Г., выполняя обязанности дежурного врача, осмотрел малолетнего О., направил его на рентгенологическое исследование, однако установил неправильный диагноз «закрытая черепно-мозговая травма, ушиб головного мозга тяжелой степени, ушиб ствола головного мозга, линейный перелом свода черепа с переходом на основание, отек головного мозга». Г., не принял мер по направлению пациента для производства компьютерной или магнитно-резонансной томографии, нейросонографии, что исключило возможность установления правильного диагноза и проведения адекватного в



данном случае – оперативного – лечения. Г. направил О. в стационар, избрав при этом неправильную тактику ведения больного – консервативное лечение, не проконтролировал правильность и своевременность выполнения средним и младшим медицинским персоналом данных им назначений и указаний, допустил нарушение в обязательном динамическом наблюдении пациента, то есть не наблюдал ребенка каждый час, как это положено в отношении младенцев. О. скончался от закрытого линейного перелома свода и основания черепа, сопровождавшегося эпидуральной гематомой со сдавлением головного мозга.

Сторона обвинения квалифицировала действия Г. по ч. 2 ст. 293 УК РФ и ч. 2 ст. 124 УК РФ, однако суд переквалифицировал указанные действия по ч. 2 ст. 109 УК РФ, что представляется правильным (см. п. 18 Приложения 4).

Выводы. 1. Субъектом преступного посягательства на здоровье граждан при оказании медицинских услуг может быть физическое (Россия) или физическое и юридическое лицо (Франция, США).

2. В рассмотренных странах к медицинским работникам применяются статьи о причинении смерти или вреда здоровью по неосторожности, которые предусматривают общего субъекта преступления. В Российской Федерации ответственность медицинских работников за указанные деяния наступает по квалифицированному составу преступления, предусмотренному ч. 2 ст. 109 или ч. 2 ст. 118 УК РФ.

Представляется, что ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей как обстоятельство, ужесточающее наказание, связано с официальным признанием профессионального статуса лица государством и закреплением за ним определенных прав и обязанностей. Однако в случае, если в Российской Федерации будет принято предметное определение медицинской деятельности, это повлечет признание субъектов, практикующих неразрешенные методики, лицами, занимающимися медициной, что потребует к ним равного подхода и возможности вменения



признака ненадлежащего исполнения своих профессиональных обязанностей.

3. Неоказание помощи больному и оставление в опасности предполагает наличие специального субъекта (ст. 124 и 125 УК РФ, ст. 223-6 УК Франции), обязанного оказывать помощь, однако таким субъектом может быть не только медицинский работник.

4. Статья 123 УК РФ предусматривает ответственность за незаконное производство аборта специальным субъектом - лицом, не имеющим высшего медицинского образования соответствующего профиля. В США и во Франции предусмотрена уголовная ответственность за нарушение правил производства аборта как врачами, так и иными лицами.

5. При совершении медицинским работником халатности (ст. 293 УК РФ) следует учитывать, что данное деяние предполагает выполнение врачом именно должностных обязанностей, а не обязанностей по лечению пациента.

В то же время, анализ приговоров, вынесенных по ст. 293 УК РФ, свидетельствует о том, что по сути многие деяния, подвергающиеся уголовно-правовой оценке, ничем не отличаются от преступлений против жизни и здоровья. Как правило, в таких преступлениях сочетается ненадлежащее исполнение и профессиональных, и должностных обязанностей. Таким образом, уголовная ответственность ужесточается в отношении лиц, занимающих административные должности в государственных и муниципальных учреждениях, а не в частных клиниках, что нельзя признать конституционным.

§ 4. Субъективная сторона преступлений

Изучение субъективной стороны преступлений против жизни и здоровья человека, совершаемых при оказании медицинских услуг, требует уяснения нескольких проблемных вопросов:



1. Отношение к причиняемому вреду как к нежелательному последствию.
2. Разграничение косвенного умысла и неосторожности при посягательствах на жизнь и здоровье при оказании медицинских услуг.
3. Необходимость анализа субъективных факторов при установлении причинной связи между деянием и наступившим результатом.
4. Субъективная характеристика ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей.

1. Отношение к причиняемому вреду как к нежелательному последствию. Для основной массы рассматриваемых преступлений характерна неосторожная вина или же неосторожное отношение к последствиям, что вытекает из сущности медицинской деятельности как направленной на излечение пациента. Вред здоровью оказывается нежелательным результатом (ст. 109, ст. 118, ч. 3 ст. 123, ст. 124 УК РФ и др.)²⁷⁹.

Если субъект имел умысел на причинение вреда здоровью или смерти пациента, такие преступления следует рассматривать отдельно, так как они выходят за рамки оказания медицинских услуг и являются грубым нарушением медицинского долга, а следовательно, подчиняются иным закономерностям.

Неосторожность субъекта может проявляться в форме легкомыслия или небрежности. Следует согласиться с мнением И.М. Тяжковой, которая указывает, что «при легкомыслии виновный сознает потенциальную общественную опасность своего действия или бездействия, полагая, что если

²⁷⁹ См.: *Ившин И.В., Чертов А.М.* К вопросу об уголовной ответственности медицинских работников за профессиональные преступления против жизни и здоровья // Научные труды I Всероссийского съезда (Национального конгресса) по медицинскому праву. Т. 1, Москва, 25-27 июня 2003 г. / Под ред. Ю.Д. Сергеева. М.: НАМП, 2003. С. 214.



подобное поведение и чревато опасными последствиями, то уж в данном конкретном случае их не будет»²⁸⁰.

Так, в действиях врача, который не провел достаточных исследований для постановки диагноза и назначил лечение на основании неполных данных и своих предположений, имеется преступное легкомыслие²⁸¹.

При небрежности субъект должен осознавать характер своих действий, то есть тот факт, что им нарушаются определенные правила поведения²⁸².

Так, судом было установлено, что Г. и А., «исполняя свои профессиональные обязанности, в нарушение установленных правил осуществления лечебных мероприятий по купированию алкогольного делирия, не предвидя возможности наступления общественно опасных последствий своих бездействий, хотя при необходимой внимательности и предусмотрительности должны были и могли предвидеть эти последствия, проявив преступную небрежность, не уделили должного внимания контролю степени фиксации И.»²⁸³. В результате был причинен тяжкий вред его здоровью (см. п. 27 Приложения 4).

Наличие медицинского образования у субъекта, а также тот факт, что болезненное состояние пациента не развивается необычным для медицинской практики образом, позволяют говорить о том, что, нарушая определенные правила, субъект предвидел или должен был и мог предвидеть наступление общественно опасных последствий, если бы проявил необходимую для медицинского работника внимательность и предусмотрительность.

²⁸⁰ См.: *Тяжкова И.М.* Неосторожные преступления с использованием источников повышенной опасности / Под ред. В.С. Комиссарова. СПб.: Издательство «Юридический центр Пресс», 2002. С. 22.

²⁸¹ Постановление Электростальского городского суда Московской области от 23 августа 2010 г. об оставлении приговора мирового судьи без изменения // ГАС «Правосудие» URL: http://elektrostal.mo.sudrf.ru/modules.php?name=bsr&op=show_text&srv_num=1&id=50600531008231522322651000020886 (дата обращения 20.03.2013).

²⁸² См.: *Скляр С.В.* Вина и мотивы преступного поведения. СПб.: Издательство Р. Асланова «Юридический центр Пресс», 2004. С. 48-49.

²⁸³ Приговор Усть-Ишимского районного суда Омской области от 2 февраля 2011 г. (апелляция) // ГАС «Правосудие» URL: http://ustishimcourt.oms.sudrf.ru/modules.php?name=bsr&op=show_text&srv_num=1&id=55600371104291243472501000019376 (дата обращения 20.03.2013).



Выделение в УК РФ ст. 27 вызывает многочисленные споры в литературе²⁸⁴. Неоспоримо, что квалификация преступления, совершенного с двумя формами вины, «требует разграничения деяния, что здесь приобретает относительную самостоятельность, и неосторожной вины по отношению к последствиям деяния»²⁸⁵. Таким образом, составы преступлений, предусматривающие две формы вины, призваны в определенном смысле конкретизировать совершаемое деяние.

Так, ч. 3 ст. 123 УК РФ указывает на то, что смерть причиняется определенным действием. Это, наряду со специальным статусом субъекта, помогает разграничить данный состав преступления со ст. 109 УК РФ. Представляется, что и при незаконном производстве аборта, повлекшем причинение смерти по неосторожности, и при причинении смерти по неосторожности, лицо должно осознавать, что его деяния создают опасность наступления определенных последствий и (или) нарушают определенные правила поведения.

Примерный уголовный кодекс США основывается на строго психологическом подходе; разнообразные психические процессы, выражающие отношение к деянию, сведены в нем к четырем элементам виновности: цели (purpose), знанию (knowledge), неосторожности (recklessness) и небрежности (negligence). Согласно § 2.02(2) Примерного уголовного кодекса:

1. Лицо действует с целью по отношению к объективному элементу нарушения: а) если такой элемент включает в себя характер поведения или его результат, то лицо сознательно стремится к такому поведению или причинению результата; и б) если такой элемент включает в себя сопутствующие обстоятельства, то лицо знает об их существовании либо верит или надеется, что они существуют.

²⁸⁴ См., например: *Ширяев В.А.* «Раздвоенная» форма вины как уголовно-правовая категория: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. М., 1998. – 25 с.

²⁸⁵ Уголовное право: Учебник: В 3 т. Т. 1. Общая часть / Под общ. ред. А.Э. Жалинского. С. 489.



2. Лицо действует со знанием по отношению к объективному элементу нарушения: а) если такой элемент включает в себя характер поведения или сопутствующие обстоятельства, то лицо знает, что его поведение имеет таковой характер или что такие обстоятельства существуют; и б) если такой элемент включает в себя результат поведения лица, то лицо знает, что практически наверняка его поведение приведет к такому результату.

3. Лицо действует неосторожно по отношению к объективному элементу нарушения, когда оно сознательно игнорирует существенный и неоправданный риск того, что объективный элемент существует или станет результатом его поведения. Риск должен иметь такой характер и степень, что, учитывая характер и цель поведения лица и обстоятельства, которые ему известны, он все равно включает в себя серьезное отклонение от стандартов поведения, которых бы придерживалось законопослушное лицо в ситуации данного субъекта.

4. Лицо действует небрежно по отношению к объективному элементу нарушения, когда оно должно знать о существенном и неоправданном риске того, что объективный элемент существует или станет результатом его поведения. Риск должен носить такой характер и степень, что отказ субъекта его учесть, учитывая характер и цель поведения лица и обстоятельства, которые ему известны, является серьезным отклонением от обязанности проявлять предосторожность, которую разумное лицо соблюдало бы в такой ситуации.

Американская доктрина признает, что последние 2 формы вины имеют отношение именно к правонарушениям медицинского персонала²⁸⁶.

Примерный уголовный кодекс США описывает следующие нарушения – причинение смерти по небрежности § 210.4 «Negligent Homicide»;

²⁸⁶ См.: *Ерофеев С.В.* Медико-правовые аспекты оценки качества медицинской помощи: сравнение отечественной и зарубежной практики // *Медицинское право.* 2006. № 1. (СПС «КонсультантПлюс»).



нападение (может совершаться при наличии любого из четырех элементов вины) - § 211.1 «Assault»; неосторожное поставление в опасность - § 211.2 «Recklessly Endangering Another Person». Указанные положения об элементах виновности были восприняты законодательством и судебной практикой многих штатов.

Уголовный кодекс Франции содержит сложную иерархию видов неосторожной вины. В нем предусмотрены такие преступления, как причинение смерти по неосторожности (ст. 221-6) и неосторожные телесные повреждения (ст. 222-19 и 222-20). Особенностью французского уголовного законодательства является необходимость решения вопроса о причинной связи преступного деяния и результата в связи с вопросом о вине.

2. Разграничение косвенного умысла и неосторожности при посягательствах на жизнь и здоровье при оказании медицинских услуг.

Оно может вызывать существенные затруднения²⁸⁷.

В литературе верно указывается на то, что «раскрытие волевого элемента косвенного умысла через форму “...не желало... эти последствия»” – неудачно²⁸⁸. По мнению А.И. Рарога, не следует понимать данную формулировку как активное нежелание последствий, то есть отношение к ним является скорее положительным²⁸⁹. И.М. Тяжкова верно указывает на то, что, совершая умышленное преступление, виновный точно предвидит те последствия, к которым он стремится (как правило, может их достаточно точно описать), а при неосторожном преступлении – рассчитывает, что

²⁸⁷ См., например: *Караулов В.Ф.* Убийство путем бездействия, отличие от неоказания помощи, повлекшей смерть // Уголовное право: стратегия развития в XXI веке: Материалы Пятой Международной научно-практической конференции 24-25 января 2008 г. М.: Проспект, 2008. С. 264-268; *Власов Ю.* Отграничение убийства и умышленного вреда здоровью, совершенных путем бездействия, от оставления в опасности // Уголовное право. 2008. № 2. С. 19-23.

²⁸⁸ *Якушин В.А., Каиштанов К.Ф.* Вина как основа субъективного вменения. Ульяновск: Средневожский научный центр, 1997. С. 30.

²⁸⁹ См.: Там же. С. 30.



наступят обстоятельства, которые их предотвратят, или же вообще не считает, что последствия будут причинены²⁹⁰.

Представляется, что судами не всегда учитываются данные обстоятельства.

Ярким примером является приговор, вынесенный в отношении Х., который имея среднее медицинское образование и подготовку по различным видам массажа, после истечения срока действия лицензии продолжил осуществлять занятие медицинской практикой. Несмотря на осведомленность Х. о наличии у П. аллергической реакции на лекарственный препарат новокаин из группы местных анестетиков (куда входит и лидокаин), он самостоятельно исполнил три сеанса внутримышечных паравертебральных инъекций в дозе шести миллилитров 10% раствора лидокаина и одного миллилитра лекарственного средства кеналог-40. После третьего сеанса инъекций у П. произошла аллергическая реакция в виде анафилактического шока, что повлекло ее смерть (см. п. 49 Приложения 4).

Указанное деяние было квалифицировано по ч. 2 ст. 235 УК РФ, что представляется недостаточно обоснованным по следующим причинам.

Х. обладал медицинским образованием, следовательно, он знал или должен был знать о том, какие последствия может повлечь аллергическая реакция. Х. был осведомлен об имеющейся у пациентки аллергии на лекарственный препарат. Таким образом, можно констатировать, что Х. предвидел наступление вреда, однако тяжесть его, очевидно, не мог оценить однозначно.

Неопределенность последствий аллергической реакции вполне укладывается в содержание косвенного умысла, который, по мнению П.А.

²⁹⁰ См.: Тяжкова И.М. Неосторожные преступления с использованием источников повышенной опасности. С. 18.



Дубовца, «всегда является неопределенным, так как воля субъекта направлена не на причинение конкретного вреда, а на иные цели»²⁹¹.

Судя по обстоятельствам дела, Х. хотел получить материальное вознаграждение, и смерть пациентки вряд ли была тем результатом, к которому он стремился.

Х. не мог рассчитывать (хотя бы и самонадеянно) на то, что последствия его деяния будут предотвращены, но относился к ним безразлично.

На первый взгляд, расчет на предотвращение смерти мог проявиться в таких возможностях, как обращение в медицинское учреждение, вызов скорой помощи и т. п. Однако представляется, что сама по себе возможность обращения за медицинской помощью для потерпевшего не может исключать наличия косвенного умысла, так как она существует практически во всех случаях.

Таким образом, речь может идти о наличии в действиях Х. косвенного умысла на причинение смерти.

3. Необходимость анализа субъективных факторов при установлении причинной связи между деянием и наступившим результатом. При оценке деяний, причинивших вред здоровью или смерть пациента, возникает вопрос об оценке первоначальной тяжести заболевания, возможности его диагностики и правильного лечения, а также иные вопросы, требующие комплексного рассмотрения как объективных, так и субъективных признаков состава преступления²⁹².

Так, за причинение смерти по неосторожности был осужден анестезиолог-реаниматолог М. При проведении интубации М. нанес повреждение пациентке (перфорацию гортани). Установить его причинение

²⁹¹ Цит. по *Расторопов С.В.* Указ соч. С. 328.

²⁹² См.: *Есаков Г.А.* Причинная связь в нетипичных ситуациях: разграничение объективного и субъективного // Уголовное право: стратегия развития в XXI веке: Материалы Пятой Международной научно-практической конференции 24-25 января 2008 г. М.: Проспект, 2008. С. 166-169.



при удалении интубационной трубки М. не удалось, поскольку на трубке никаких посторонних примесей, свидетельствующих о перфорации, не осталось. После этого М. отсутствовал в больнице, так как у него были выходные.

У пациентки развилось тяжелое болезненное состояние в виде гнойно-воспалительного заболевания. Ни лечащий врач, ни лор-врач, осмотревшие пациентку после операции, не смогли установить правильный диагноз, в результате не было назначено адекватное лечение, и пациентка скончалась (см. п. 15 Приложения 4).

Несмотря на то, что именно повреждение, нанесенное М., повлекло за собой развитие тяжелого состояния пациентки и ее смерть, следует также учесть ряд иных объективных и субъективных факторов. К числу первых относятся следующие: а) нанесенное анестезиологом-реаниматологом М. повреждение изначально не было смертельным; б) опасность для жизни возникла позднее в результате ненадлежащего исполнения своих обязанностей лечащим врачом и лор-врачом, которые неполно обследовали пациентку и не установили верный диагноз; в) М. не описал в истории болезни хода анестезии и состояния больной, не сдал официально ее под наблюдение дежурным врачам, хотя с учетом индивидуальных особенностей больной состояние слизистой глотки является весьма травматичным; г) отсутствие наблюдения со стороны дежурных врачей само по себе не явилось причиной наступления смерти, так как больную осматривали в последующем лечащий врач и лор-врач, которые были обязаны и имели возможность оказать надлежащую помощь больной; д) сам М. не был обязан и не мог осматривать пациентку, так как у него были выходные.

Субъективные факторы: а) М. осознавал, что состояние слизистой глотки больной является травматичным; б) М. не должен был и не мог установить наличие повреждения глотки из-за отсутствия на интубационной трубке посторонних примесей, то есть полагал, что, несмотря на



повышенный риск его причинения, интубация прошла успешно; в) М. не должен был и не мог предвидеть, что лечащий врач и лор-врач в случае возникновения последующих осложнений не установят верный диагноз и не окажут пациентке необходимую помощь.

Таким образом, с объективной стороны деяние М. явилось одной из причин ухудшения состояния больной и последующего летального исхода, который, однако, не наступил бы, если бы не виновное бездействие лечащего врача и лор-врача; с субъективной стороны М. не мог предвидеть возможность наступления смерти.

Представляется, что при рассмотрении данного дела суд сконцентрировался на факте причинения повреждения анестезиологом и нарушения им обязанностей по оформлению документации и не учел значения бездействия иных врачей, а также недостаточно учел субъективные признаки деяния, совершенного М.

Необходимость комплексного учета объективных и субъективных признаков преступления наиболее наглядно проявляется во французском уголовном законодательстве.

В ч. 1 ст. 121-3 Уголовного кодекса Франции указывается, что нет преступления или деликта²⁹³ без умысла на его совершение.

Умысел требует, чтобы лицо осознавало ситуацию, в которой оно действует. Кроме того, требуется наличие воли, которая включает в себя желание совершить определенный поступок, а также желание наступления опасного результата, в случае, если таковой требуется по закону²⁹⁴.

Важно отметить, что осознание как элемент умысла включает в себя не только осознание фактических обстоятельств поступка, но и знание права. После реформы Уголовного кодекса Франции, в него были внесены дополнения, согласно которым «лицо не несет уголовной ответственности,

²⁹³ Согласно ст. 111-1 УК Франции уголовные правонарушения (*infractions pénales*) делятся на преступления (*crimes*), проступки (*délits*) и нарушения (*contraventions*).

²⁹⁴ См.: *Mayaud Yves*. *Op. cit.* P. 240-243.



если оно доказало, что вследствие ошибки в праве, которую было невозможно избежать, оно полагало, что может законно совершить данный поступок» (ст. 122-3).

Так, по мнению Апелляционного суда Парижа, компания «Политран» (société Polytrans) не являлась виновной в незаконном занятии фармацевтической деятельностью (ст. L. 4223-1 Кодекса здравоохранения Франции) по причине ошибки в праве, так как при выпуске лекарственных средств на рынок она ошибочно полагала, что они являются пищевыми добавками, опираясь на указания, данные в словаре препаратов. Однако, Кассационный Суд Франции, отменяя данное решение, указал на тот факт, что ст. 122-3 Уголовного кодекса исключает наступление уголовной ответственности не просто при отсутствии преступной воли, но в случае, если обвиняемый докажет, что ошибка в праве была неизбежна, и вследствие этого он полагал, что его действия законны²⁹⁵.

Законом может быть предусмотрена неумышленность (non-intention) или безразличное отношение к социальным ценностям, которые предполагают, что субъект не желает умышленно достигнуть преступного результата²⁹⁶.

Существует иерархия неумышленных форм вины:

а) простая вина (faute simple) – наименее тяжкая вина, описанная в ч. 3 ст. 121-3 Уголовного кодекса Франции: вина в форме неосторожности (imprudence), небрежности (négligence), нарушения (manquement) обязанности соблюдать осторожность и безопасность, предусмотренной законом или регламентарным актом. Ответственность наступает, если установлено, что лицо не соблюдало нормальную предосторожность, которую должно было соблюсти согласно своим обязанностям и средствам, которыми оно располагало;

²⁹⁵ Cass. crim, 26 mars 1997, pourvoi N 95-81439 // URL: <http://www.juricaf.org/arret/FRANCE-COURDECASSATION-19970326-9581439> (дата обращения: 20.03.2013).

²⁹⁶ См.: *Mayaud Yves*. Op. cit. P. 255.



б) квалифицированная вина (*fautes qualifiées*):

- намеренная вина (*faute délibérée*): после реформы Уголовный кодекс Франции был дополнен положением, согласно которому, если это специально предусмотрено законом, то имеет место деликт намеренного поставления в опасность (ч. 2 ст. 121-3 УК Франции). Считается, что преступник должен в полной мере осознавать риск, которому подвергаются третьи лица и сознательно и преднамеренно нарушать обязанность заботы и безопасности²⁹⁷. К намеренной вине также относится очевидно намеренное нарушение определенной обязанности соблюдать осторожность или безопасность, предусмотренной законом или регламентарным актом (ч. 4 ст. 121-3 УК Франции)²⁹⁸;

- явная вина (*faute caractérisée*): Законом от 10 июля 2000 г. в Уголовный Кодекс Франции была введена новая категория вины, промежуточная между простой и намеренной. Речь идет о поставлении другого в конкретную опасность такой степени, что с ней нельзя не считаться (ч. 4 ст. 121-3).

Также Законом от 10 июля 2000 г. в Уголовный кодекс Франции было внесено важное дополнение, требующее наличие причинной связи между виной и наступившим ущербом²⁹⁹.

В случае простой вины ответственность наступает, если физическое лицо своим поступком прямо причинило вред. Если физическое лицо лишь создало или внесло вклад в создание ситуации, которая привела к причинению вреда или не приняло меры, позволяющие избежать причинения

²⁹⁷ См.: *Lemeillat Nadine*. Responsabilité des personnes morales : la faute non intentionnelle, de la difficulté d'une juste sanction // *LégiPme.com* URL: <http://www.legipme.com/actualite/fiscalite/responsabilite-des-personnes-morales-faute-non-intentionnelle-de-la-difficulte-juste-sanction.html> (дата обращения 20.03.2013).

²⁹⁸ См.: *Mayaud Yves*. Op. cit. P. 261-262.

²⁹⁹ См.: *M. Beroud* Présentation de la loi du 10 juillet 2000 sur les délits non intentionnels // C.E.R.N.A. URL: <http://cerna.pagesperso-orange.fr/GPJ/journeejuridique/jj2001/beroud.htm> (дата обращения 20.03.2013); *Cotte B., Guihal D.* La mise en oeuvre jurisprudentielle de la loi du 10 juillet 2000 relative à la définition des délits non intentionnels. Février, 2006. // *Senat. Un site au service des citoyens* URL: http://www.senat.fr/colloques/colloque_2006_delit/colloque_2006_delit6.html#fn4 (дата обращения: 20.03.2013).



вреда (непрямой вред), уголовная ответственность наступает, только если лицо нарушило очевидно намеренно определенную обязанность соблюдать осторожность или безопасность, предусмотренную законом или регламентарным актом либо в его действиях имеет место явная вина.

Юридические лица в случае наличия простой вины несут ответственность и за прямой и за непрямой вред³⁰⁰; таким образом, их ответственность является более широкой.

Вопрос об установлении прямой или косвенной причинной связи рассматривался в связи с анализом объективной стороны преступления. Наступление уголовной ответственности в перечисленных случаях зависит от вида неосторожной вины.

4. Субъективная характеристика ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей. Ненадлежащее исполнение лицом своих профессиональных обязанностей, как признак квалифицированных составов преступления, предусмотренных ч. 2 ст. 109 и ч. 2 ст. 118 УК РФ, имеет объективную характеристику и предполагает наличие определенных правил осуществления медицинской деятельности и их неисполнение.

В то же время представляется, что при рассмотрении преступлений, совершаемых при оказании медицинских услуг, следует учитывать не только статус медицинского работника и сам факт нарушения профессиональных правил, но и мотивы и цели, которыми руководствовался субъект преступления.

В связи с этим более точной представляется возможным использовать формулировку ч. 1 ст. 293 УК РФ, в которой говорится про ненадлежащее исполнение своих обязанностей «вследствие недобросовестного или небрежного отношения к службе».

³⁰⁰ См.: *Lemeillat Nadine*. Op. cit.



Мотивы и цели преступлений, посягающих на жизнь и здоровье при оказании медицинских услуг, можно разделить на две группы:

1. Выражающие недобросовестное отношение субъекта к своим обязанностям (желание уйти с работы раньше положенного времени; неприязнь по отношению к пациенту и т.п.).

Так, врач Ш. отказался госпитализировать пациента с тяжелой травмой головы, ссылаясь на то, что тот не является гражданином Российской Федерации (см. п. 7 Приложения 4). Врач В., достоверно зная от врача-хирурга С., что в отделение поступает экстренный больной, нуждающийся в оказании незамедлительной медицинской помощи, по личным мотивам покинул хирургическое отделение, не поставив в известность медицинский персонал о своем уходе, и отсутствовал без уважительных причин некоторое время, занимаясь решением личных вопросов (см. п. 35 Приложения 4).

2. Выражающие нейтральное или положительное отношение субъекта к своим обязанностям при игнорировании существующих медицинских правил (ошибочная убежденность в том, что пациент может вылечиться дома без госпитализации, а также в том, что не стоит применять сильные лекарства или назначать операцию и т.д.).

Так, врачи Ч. и Ш. ошибочно посчитали, что для срочного оперативного вмешательства в отношении пациентки имелись все основания: диагноз «острый живот» и в хирургии, и в гинекологии подразумевает под собой экстренное оперативное вмешательство (см. п. 28 Приложения 4).

Представляется, что вменение медицинскому работнику квалифицированного состава преступления обоснованно только при наличии мотивов и целей, относящихся к первой группе.

Выводы. Рассмотрев субъективную сторону преступления при оказании медицинских услуг по российскому, американскому и французскому уголовному праву, необходимо отметить, что:



1. Для основной массы рассматриваемых преступлений характерна неосторожная вина или же неосторожное отношение к последствиям, что вытекает из сущности медицинской деятельности как направленной на излечение пациента.

Если субъект имел умысел на причинение вреда здоровью или смерти пациента, такие преступления следует рассматривать как грубое нарушение медицинского долга, выходящее за рамки нормального процесса оказания медицинских услуг.

2. Медицинские работники являются субъектами, обладающими специальными знаниями, поэтому у них существует бó льшая возможность предвидения наступления общественно опасных последствий их поведения.

3. Разграничение косвенного умысла и легкомыслия по российскому уголовному праву предполагает обращение ко всем обстоятельствам дела, а также к мотивам медицинского работника. При установлении легкомыслия должно быть определено, какие факты свидетельствовали о расчете на избежание преступных последствий.

4. При оценке причинной связи между деянием, причинившим вред здоровью или смерть пациента, и наступившим результатом требуется комплексное рассмотрение как объективных, так и субъективных признаков состава преступления.

5. Соблюдение принципа справедливости требует описания квалифицирующего признака составов преступления, предусмотренных ч. 2 ст. 109 и ч. 2 ст. 118 УК РФ, с учетом его субъективной характеристики как «ненадлежащее исполнение своих обязанностей вследствие недобросовестного к ним отношения».

Данный факт должен устанавливаться на основании мотивов и целей преступления, выражающих недобросовестное отношение субъекта к своим обязанностям (желание уйти с работы раньше положенного времени; неприязнь по отношению к пациенту и т.п.).



Глава 3. Иные преступления, связанные с причинением вреда здоровью при оказании медицинских услуг и проблемы их квалификации

§ 1. Незаконное занятие медицинской практикой

Статья 235 УК РФ предусматривает ответственность за занятие частной медицинской практикой лицом, не имеющим лицензии на избранный вид деятельности, если это повлекло по неосторожности причинение вреда здоровью человека (ч. 1) или смерть человека (ч. 2).

Наибольшие проблемы при квалификации деяния по указанной статье вызывает установление того, что:

1. Практика является медицинской.
2. Практика осуществляется без лицензии.
3. Имеется причинная связь между незаконной медицинской практикой и причинением вреда здоровью или смерти.

1. Медицинское содержание практики. Для установления того, что деятельность является медицинской, требуется обратиться к ее определению. Как уже отмечалось, Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» содержит сложное определение медицинской деятельности (которую следует рассматривать как синоним практики), отсылая правоприменителя к толкованию спорных терминов, что значительно затрудняет его работу.

При этом в ряде случаев возникает вопрос о разграничении медицинской деятельности, осуществляемой с дефектами, и деятельности, не имеющей отношения к медицине. Также следует определить, к какому виду медицины относится рассматриваемая деятельность: официальной, народной или нетрадиционной.

Так, в 2009 г. Приморский районный суд г. Санкт-Петербурга вынес приговор в отношении руководителей ООО «Дашенька» (ранее ООО «Колыбелька») Е. и А., которые были признаны виновными в незаконном



занятии частной медицинской практикой, вследствие которой умерли 6 новорожденных детей, а двум был причинен вред здоровью (части 1 и 2 ст. 235 УК РФ) (см. п. 51 Приложения 4).

Было установлено, что Е. и А. организовывали роды на дому, которые проходили в бассейне. При родах они использовали надувной бассейн, проводили обследования рожениц, стимулировали родовую деятельность. В случаях, когда новорожденные не подавали признаков жизни, подсудимые осуществляли реанимационные мероприятия.

В соответствии с заключением комиссионных судебно-медицинских экспертиз данная практика была расценена как специальная медицинская деятельность в области акушерства и гинекологии, в ходе которой было допущено большое количество дефектов оказания медицинской помощи.

Принятие родов в воде является широко известным методом, о полезности которого давно идут споры. Научно обоснованным этот метод считать вряд ли можно, и прежде всего из-за недостаточной его изученности, малочисленности эмпирических данных. Об этом заявил в своем интервью академик РАМН Э.К. Айламазян³⁰¹.

То есть официальной медициной такую практику назвать нельзя. К методикам народной медицины, разрешенным к применению в России, такая деятельность также не относится.

Единственным критерием, позволяющим отнести подобную деятельность к медицинской, является ее цель – осуществление родовспоможения, поддержание и сохранение здоровья женщины и новорожденного ребенка. То, что такая деятельность нарушает существующие законодательные правила, не меняет ее цели.

Такой вывод основывается на предметном определении медицинской деятельности, предполагающем, что под медицинской деятельностью

³⁰¹ Спорный вопрос: стоит ли рожать в воде // Межрегиональный медицинский интернет-портал. URL: <http://www.tvermed.ru/pubs/akusherstvo-beremennost-i-rody/spornyy-vopros-stoit-li-rozhat-v-vode.html> (дата обращения: 20.03.2013).



следует понимать любую деятельность, направленную на улучшение, восстановление и поддержание здоровья, а также деятельность, связанную с проведением хирургических операций, прерыванием беременности, родовспоможением и некоторые иные действия, связанные с вмешательством в организм человека.

Именно такое определение содержится в законодательстве штатов США и в Кодексе здравоохранения Франции (см. § 2 главы 1), тогда как в российском законодательстве оно отсутствует.

Однако российские суды фактически признают медицинской деятельность, направленную на излечение, родовспоможение, поддержание здоровья и т.п., то есть используют именно предметный подход.

Представляется, что предметное определение медицинской деятельности должно быть закреплено в Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», после чего следует указать на наличие разновидностей медицинской деятельности (официальная, народная и нетрадиционная медицина) и формальные требования к их осуществлению.

В российской доктрине разработаны определения медицинской помощи и медицинской деятельности с использованием их предметной характеристики. Так, достаточно удачной представляется позиция А.А. Мохова, который определяет медицинскую помощь как «комплекс взаимосвязанных и взаимообусловленных мероприятий, направленных на диагностику, профилактику и лечение заболеваний человека, предотвращение нежелательной беременности, осуществляемых специально подготовленными для этого лицами (врач, фельдшер, медсестра)»³⁰². Думается, что данное определение может быть применимо и к медицинской деятельности в целом.

³⁰² Мохов А.А. Медицинское право (правовое регулирование медицинской деятельности): Курс лекций. Волгоград: Изд-во ВолГУ, 2003. С. 25-26.



Элементы предметной характеристики представлены в определении медицинской деятельности, предлагаемом Н.К. Елиной: «Медицинская деятельность – это медицинская помощь, т.е. совокупность действий по оказанию услуг и (или) выполнению работ по укреплению (поддержанию, профилактике) и сохранению (лечению, восстановлению, диагностике) организма человека в целом, а также его отдельных органов и тканей»³⁰³.

В то же время другие дефиниции, предлагаемые в литературе, представляются слишком широкими, например, понимание медицинской деятельности в качестве комплексной системы общественной деятельности, включающей в себя организацию и управление системой обеспечения граждан медицинской помощью, непосредственное осуществление такой помощи, а также контроль ее качества³⁰⁴.

Представляется, что в законе следует закрепить следующее определение:

«Медицинской является деятельность, включающая в себя:

а) мероприятия по диагностике, лечению или профилактике болезней, травм или иных дефектов физического или психического здоровья человека, которые являются действительными или мнимыми, облегчению боли, поддержанию и восстановлению физического или психического здоровья, в том числе с использованием лекарственных средств, различных приборов и инструментов, а также психологического или физического воздействия на пациента;

б) мероприятия по расшифровке данных лабораторных анализов, а также по консультированию относительно лечения, профилактики, восстановления, поддержания, сохранения или укрепления здоровья;

³⁰³ Елина Н.К. Медицинская деятельность: виды, правовое регулирование. Самара: АНО «Издательство СНЦ РАН, 2010. С. 25-26.

³⁰⁴ См.: Стеценко С.Г., Гончаров Н.Г., Стеценко В.Ю., Пищита А.Н. Медицинское право. Учебник для юр. и мед. вузов / Под общ ред. Н.Г. Гончарова. 2-е изд. М.: РМАПО, ЦКБ РАН, 2011. С.13.



в) родовспоможение, искусственное прерывание беременности, предупреждение нежелательной беременности;

г) осуществление любых хирургических операций на человеке, в том числе эстетических;

д) иное медицинское вмешательство в организм человека с иной значимой для индивида целью, не направленное на улучшение или поддержание его здоровья, но способное существенно на него повлиять;

е) консультации относительно указанных действий».

Данное определение является удобным для правоприменителя и будет способствовать формированию единства правоприменительной практики, ее предсказуемости³⁰⁵. При необходимости до внесения изменений в законодательство его можно сформулировать в Постановлении Пленума Верховного Суда РФ.

2. Осуществление медицинской практики без лицензии. Незаконной согласно ст. 235 УК РФ признается медицинская практика, осуществляемая без лицензии.

Следует учитывать, что в Российской Федерации не требуется получения лицензии на занятие народной медициной. При фактическом использовании судами предметного определения медицинской деятельности указанное обстоятельство вызывает неразрешимую проблему: все виды деятельности, относящиеся к официальной медицине, а также к иным видам медицины, которые по своему содержанию относятся к традиционной медицине, но не разрешены к применению Минздравом России (например, практика принятия родов в воде), осуществляемые без лицензии, могут наказываться по ст. 235 УК РФ. При этом исключается привлечение к уголовной ответственности за занятие народной медициной без разрешения,

³⁰⁵ Данное предложение способствует развитию инструментального подхода к уголовному праву. См.: Жалинский А.Э. Инструментальная характеристика состава преступления // Уголовное право и современность. Сборник статей. Вып. 4. В 2 т. Т. 1. М.: НИУ ВШЭ, Изд-во «Юристъ», 2012. С. 53-61; Жалинский А.Э. О построении общей инструментально-целевой теории уголовного права // Право. Журнал высшей школы экономики. 2011. № 4. С. 23-32.



выдаваемого органом исполнительной власти субъекта РФ в сфере охраны здоровья.

Трудности применения ст. 235 УК РФ связаны также с тем, что субъект, непосредственно оказывающий медицинские услуги, в большинстве случаев не совпадает с субъектом, обязанным получить лицензию. Согласно п. 1 Положения о лицензировании медицинской деятельности 2012 г., оно «определяет порядок лицензирования медицинской деятельности, осуществляемой на территории Российской Федерации медицинскими и иными организациями, а также индивидуальными предпринимателями». На медицинских работников, исполняющих свои трудовые обязанности в организациях и учреждениях, требование о получении лицензии не распространяется. Фактически это означает, что по ст. 235 УК РФ к ответственности могут быть привлечены руководитель организации, индивидуальный предприниматель или частное лицо, осуществляющее деятельность в нарушении требования о государственной регистрации в качестве индивидуального предпринимателя, которые непосредственно занимаются медицинской деятельностью.

В штатах США лицензия на занятие медицинской деятельностью выдается непосредственно медицинскому работнику. Согласно § 12-36-129 статьи 36 раздела 12 Свода законов Колорадо, лицо, которое занимается, предлагает или делает попытку заниматься медициной или профессией ассистента врача без действующей лицензии совершает мисдиминор 2-го класса и наказывается по § 18-1.3-501 Уголовного кодекса штата Колорадо, то есть может быть приговорен к тюремному заключению на срок от 3 до 12 месяцев, к штрафу от 500 до 1000 долларов или к обоим видам наказания. В случае совершения второго и последующего нарушения лицо наказывается как за фелонию 6 класса согласно § 18-1.3-401 Уголовного кодекса штата Колорадо, то есть к лишению свободы от 1 года до 18 месяцев.



Согласно ст. L. 4161-1 Кодекса здравоохранения Франции незаконно занимается медициной лицо:

- не имеющее диплома, сертификата или иного необходимого согласно закону документа;

- нарушающее условие, предусмотренное п. 2 ст. L. 4111-1 (гражданство), принимая во внимание исключения, предусмотренные законом (ст. L. 4111-7 и L. 4131-4-1 Кодекса здравоохранения Франции);

- наделенное на постоянной основе законными полномочиями по осуществлению медицинской деятельности и оказывающее содействие лицам, незаконно занимающимся медицинской практикой, чтобы помочь им обойти требования раздела 1 книги 1 части 4 Кодекса здравоохранения Франции;

- имеющее диплом, сертификат или иной медицинский документ и осуществляющее медицинскую деятельность, не будучи членом медицинской коллегии, созданной в соответствии с главой 2 раздела 1 книги 1 части 4 Кодекса здравоохранения Франции или во время действия временного запрета, предусмотренного ст. L. 4124-6 (дисциплинарные меры);

- являющееся врачом, упомянутым в ст. L. 4112-7 Кодекса здравоохранения Франции (т.е. имеющим гражданство одного из государств Европейского Союза) и осуществляющее профессиональные обязанности, не выполнив условий, предусмотренных данной статьей.

Судебная практика свидетельствует о том, что незаконное занятие медициной имеет место как в случае занятия профилактической, так и восстановительной медициной³⁰⁶.

Запрет на незаконное занятие стоматологией и акушерством содержится отдельно в статьях L. 4161-2 и L. 4161-2 Кодекса здравоохранения Франции, однако ответственность за эти деяния не

³⁰⁶См.: *Truchet Didier*. Code de la santé publique. 25edition. Paris: Dallos, 2011. P. 468.



отличается от ответственности, предусмотренной за незаконное занятие медицинской деятельностью.

Согласно ст. L. 4161-5 Кодекса здравоохранения Франции незаконное занятие указанными видами деятельности наказывается лишением свободы на срок до двух лет или штрафом в размере 30 тысяч евро.

3. Наличие причинной связи между незаконной медицинской практикой и причинением вреда здоровью или смерти. Законодательство штатов США и Кодекс здравоохранения Франции предусматривают формальный состав незаконного занятия медицинской деятельностью.

Статья 235 УК РФ требует наступления последствий в виде вреда здоровью или смерти человека. Возникает вопрос о том, является ли именно безлицензионное осуществление медицинской практики причиной вреда?

Так, Б. работала в детской городской поликлинике медицинской сестрой в должности массажиста и при отсутствии лицензии на оказание медицинских услуг вне учреждения системы здравоохранения согласилась за вознаграждение проводить массаж Л. на дому. Во время проведения очередного массажа Б. применила чрезмерные усилия при разгибании и сгибании в тазобедренном коленном суставе и отведении бедра Л. и причинила потерпевшей закрытый перелом левого бедра со смещением отломков (вред здоровью средней тяжести). Б. была осуждена по ч. 1 ст. 235 УК РФ (см. п. 52 Приложения 4).

Представляется, что отсутствие лицензии у медицинской сестры, работающей в должности массажиста, на оказание частных медицинских услуг не имеет никакого отношения к причиненному вреду.

Французские ученые отмечают тот факт, что ст. L. 4161-1 Кодекса здравоохранения Франции охраняет не напрямую общественное здоровье, а



монополию медицинских работников в данной сфере³⁰⁷. Следует согласиться с тем, что данное преступление не относится к качеству оказываемых услуг, но к «качеству» (отсутствию разрешения) их субъекта³⁰⁸. Нарушение имеет место даже в том случае, если результат лечения положителен и пациент выздоровел³⁰⁹.

Незаконное занятие медицинской практикой направлено против порядка получения разрешения на медицинскую деятельность, и только опосредованно – против здоровья граждан. В связи с этим представляется достаточным существование в КоАП РФ запретов на занятие медицинской практикой без лицензии и народной медициной – без разрешения (ст. 6.2).

Если в результате осуществления частной медицинской практики без лицензии был причинен крупный ущерб гражданам, организациям или государству либо извлечен доход в крупном размере или в особо крупном размере, действия лица следует квалифицировать по соответствующей части ст. 171 УК РФ (п. 5 Постановления Пленума Верховного Суда РФ от 18 ноября 2004 г. № 23 «О судебной практике по делам о незаконном предпринимательстве и легализации (отмывании) денежных средств или иного имущества, приобретенных преступным путем»³¹⁰).

Выводы. 1. В целях равной правовой охраны различных видов медицинской деятельности представляется необходимым закрепить в законе следующее определение:

«Медицинской является деятельность, включающая в себя:

а) мероприятия по диагностике, лечению или профилактике болезней, травм или иных дефектов физического или психического здоровья человека,

³⁰⁷ См.: Boudot Jean. Le droit face au paranormal. Le délit d'exercice illegal de la medicine. *Lavaud-Legendre Bénédicte*. Charlatanisme et droit penal // Les Tribunes de la santé. 2008. N 20. URL: <http://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2008-3-page-67.htm#s2n4> (дата обращения: 20.03.2013).

³⁰⁸ См.: *Lavaud-Legendre Bénédicte*. Charlatanisme et droit penal.

³⁰⁹ См.: *Durrieu-Diebolt Carine*. Exercice illégal de la médecine et médecines parallèles.

³¹⁰ Бюллетень Верховного Суда РФ. 2005. № 1.



которые являются действительными или мнимыми, облегчению боли, поддержанию и восстановлению физического или психического здоровья, в том числе с использованием лекарственных средств, различных приборов и инструментов, а также психологического или физического воздействия на пациента;

б) мероприятия по расшифровке данных лабораторных анализов;

в) родовспоможение, искусственное прерывание беременности, предупреждение нежелательной беременности;

г) осуществление любых хирургических операций на человеке, в том числе эстетических;

д) иное медицинское вмешательство в организм человека с иной значимой для индивида целью, не направленное на улучшение или поддержание его здоровья, но способное существенно на него повлиять;

е) консультации относительно указанных действий».

2. Незаконное занятие частной медицинской практикой посягает на порядок осуществления экономической деятельности и прямо не влияет на качество оказываемых медицинских услуг.

В связи с этим, представляется достаточным существование в КоАП РФ запретов на занятие медицинской практикой без лицензии и народной медициной – без разрешения (ст. 6.2). Статью 235 УК РФ следует декриминализовать.

Если в результате осуществления частной медицинской практики без лицензии был причинен крупный ущерб гражданам, организациям или государству либо извлечен доход в крупном размере или в особо крупном размере, действия лица следует квалифицировать по соответствующей части ст. 171 УК РФ.



§ 2. Оказание медицинских услуг, не отвечающих требованиям безопасности

Статья 238 УК РФ предусматривает ответственность за производство, хранение или перевозку в целях сбыта либо сбыт товаров и продукции, выполнение работ или оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности жизни или здоровья потребителей, а равно за неправомерную выдачу или использование официального документа, удостоверяющего соответствие указанных товаров, работ или услуг требованиям безопасности. Как и ст. 235 УК РФ, данный запрет находится в главе 25 УК РФ «Преступления против здоровья населения и общественной нравственности».

Анализ деяния, представляющего собой оказание медицинских услуг, не отвечающих требованиям безопасности жизни или здоровья потребителей, требует рассмотрения следующих основных сложных вопросов:

1. Сфера действия ст. 238 УК РФ применительно к рассматриваемой области.
2. Соотношение санкций ст. 238 УК РФ и санкций статей, предусматривающих ответственность за преступления против жизни и здоровья.
3. Необходимость равной уголовно-правовой охраны жизни и здоровья человека при оказании медицинской помощи.

1. Сфера действия ст. 238 УК РФ в области охраны жизни и здоровья пациента. Она является чрезвычайно широкой, так как ч. 1 ст. 238 УК РФ содержит формальный по конструкции состав преступления, т.е. достаточно самого факта оказания услуги, не отвечающей требованиям безопасности³¹¹. Пункт «б» ч. 2 ст. 238 УК РФ предусматривает ответственность за то же деяние, повлекшее по неосторожности причинение тяжкого вреда здоровью или смерть человека, а ч. 3 ст. 238 УК РФ – за

³¹¹ См., например: Полный курс уголовного права: В 5 т. / Под ред. А.И. Коробеева. Т. IV: Преступления против общественной безопасности СПб.: Издательство Р. Асланова «Юридический центр Пресс», 2008. С. 324.



причинения по неосторожности смерти двум или более лицам в результате оказания услуги, не отвечающей требованиям безопасности.

В то же время невозможно установить, является ли ст. 238 УК РФ общей или специальной по отношению к преступлениям против жизни и здоровья, так как в ней не конкретизируется способ причинения вреда здоровью или смерти человека, а лишь указывается на то, что действие представляет собой услугу, что вполне охватывается объективной стороной составов преступлений, предусмотренных ст. 109 и 118 УК РФ.

Можно утверждать, что фактически в виде ст. 238 УК РФ в уголовном законе существует альтернативная статья, по которой могут быть квалифицированы деяния медицинских работников (в случае признания их услугами), и она охватывает максимально широкий круг таких деяний. При этом резкое повышение уровня уголовной репрессии фактически ставится в зависимость от того, предоставляется ли медицинская деятельность по договору оказания услуг или нет.

Правоприменительная практика в основном идет по пути квалификации деяний медицинских работников по ч. 2 ст. 109 и ч. 2 ст. 118 УК РФ, а также по ст. 124 УК РФ (см. Приложение 4).

В качестве исключения можно привести приговор в отношении акушера-гинеколога М., которая была осуждена по ч. 1 ст. 238 УК РФ к 1 году и 6 месяцам лишения свободы условно и освобождена от наказания в связи с истечением срока давности (см. п. 58 Приложения 4).

Судом было установлено, что медицинские услуги, оказанные М. беременной пациентке, имели ряд дефектов. Кроме того, М. запоздало провела операцию кесарево сечение. Довод стороны защиты о том, что М. оказывала не медицинскую услугу, а медицинскую помощь, был отвергнут судом.

2. Соотношение санкций по статье 238 УК РФ и санкций статей, предусматривающих ответственность за преступления против жизни



и здоровья. Часть 1 ст. 238 УК РФ предусматривает возможность назначения лишения свободы на срок до двух лет.

По ч. 2 ст. 238 УК РФ максимальное наказание достигает шести лет лишения свободы, а по ч. 3 – десяти лет лишения свободы.

Указанные максимальные размеры наказания существенно выше, чем предусмотренные ч. 2 ст. 109 УК РФ (до трех лет лишения свободы), ч. 2 ст. 118 УК РФ (до одного года лишения свободы), ч. 1 ст. 124 УК РФ (арест до четырех месяцев) и ч. 2 ст. 124 УК РФ (до четырех лет лишения свободы).

На практике это может привести к тому, что неоказание помощи больному повлечет меньшее наказание, чем оказание услуги, не отвечающей требованиям безопасности. Так, за отказ в госпитализации в случае причинения как минимум средней тяжести вреда здоровью больного не предусмотрено наказания в виде лишения свободы (ч. 1 ст. 124 УК РФ), а за госпитализацию и неполный осмотр либо назначение неверных процедур даже без наступления каких-либо последствий может быть назначено наказание в виде двух лет лишения свободы.

3. Необходимость равной уголовно-правовой охраны жизни и здоровья человека при оказании медицинской помощи. Представляется, что равная охрана жизни и здоровья пациента необходима независимо от правовой формы оказания медицинской помощи (по договору оказания услуги или вне рамок такого договора). Одинаковые с фактической (предметной) точки зрения деяния должны получить одинаковую уголовно-правовую оценку.

Споры о разграничении медицинской помощи и медицинской услуги находятся за рамками уголовно-правового исследования. Данный вопрос не должен входить в предмет доказывания по уголовным делам. Принцип определенности уголовного закона требует таких формулировок, которые бы не ставили степень уголовно-правовой охраны здоровья граждан в



зависимость от того или иного толкования гражданско-правовых и иных терминов, относящихся к отраслям позитивного права.

Ситуация неопределенности, возникающая в связи с возможностью применения нескольких статей УК РФ, объем и санкции которых существенно различаются, противоречит принципу законности (*nullum crimen sine lege certa*)³¹².

Так, возможно предположить, что причинение тяжкого вреда здоровью во время хирургической операции женщине, найденной на улице без сознания, доставленной в стационар и не способной дать согласие на медицинское вмешательство, будет квалифицироваться по ч. 2 ст. 118 УК РФ (до одного года лишения свободы), а причинение такого же вреда женщине, которая свое согласие предоставила и тем самым заключила договор на оказание услуги, может быть квалифицировано по ч. 2 ст. 238 УК РФ (лишение свободы на срок до шести лет).

Применение ст. 238 УК РФ способно «заблокировать» применение иных статей УК РФ и резко повысить уголовную репрессию в отношении медицинских работников. Представляется, что данная статья не должна применяться в сфере медицинских услуг.

Выводы. 1. Сфера действия ст. 238 УК РФ является необычайно широкой, а максимальные наказания, предусмотренные различными частями указанной статьи, существенно превышают наказания за преступления против жизни и здоровья человека. При этом не представляется возможным определить, является ли ст. 238 УК РФ общей или специальной по отношению к статьям 109 и 118 УК РФ.

2. Жизнь и здоровье пациента подлежит равной уголовно-правовой охране независимо от правовой формы оказания медицинской помощи (по договору услуги или вне рамок такого договора). Одинаковые с фактической

³¹² См.: Комментарий к Уголовному кодексу Российской Федерации / Отв. ред. А.Э. Жалинский. С. 18.



(предметной) точки зрения деяния должны получить одинаковую уголовно-правовую оценку.

3. Применение статьи 238 УК РФ способно «заблокировать» применение иных статей УК РФ и резко повысить уголовную репрессию в отношении медицинских работников. Представляется, что данная статья не должна применяться в сфере оказания медицинских услуг.

§ 3. Мошенничество в сфере оказания медицинских услуг

Статья 159 УК РФ предусматривает ответственность за мошенничество – «хищение чужого имущества или приобретение права на чужое имущество путем обмана или злоупотребления доверием». В сфере медицинских услуг также могут применяться некоторые статьи, предусматривающие ответственность за специальные виды мошенничества.

При рассмотрении мошенничества в указанной сфере следует условно разделить анализируемые деяния на две группы:

1. Мошенничество в сфере оказания услуг официальной и традиционной медицины.
2. Мошенничество в сфере нетрадиционной медицины.

Необходимость такого разделения вытекает из различной предметной характеристики данных деяний, которая предопределяет их разную уголовно-правовую оценку.

Разделение мошенничества на два вида (мошенничество-хищение и мошенничество, не являющееся хищением)³¹³ применимо и к сфере медицинских услуг.

Отдельно следует рассмотреть вопрос о разграничении мошенничества и незаконного занятия частной медицинской практикой³¹⁴.

³¹³ См.: *Кочои С.М.* Ответственность за корыстные преступления против собственности. 2-е изд. М.: Профобразование, 2000. С. 175.

³¹⁴ См.: *Лопашенко Н.А.* Преступления в сфере экономики: Авторский комментарий к уголовному закону (раздел VIII УК РФ). М. Волтерс Клувер, 2006. С. 134.



1. Мошенничество в сфере оказания услуг официальной и традиционной медицины. Речь идет об обмане или введении в заблуждение пациента относительно лекарств, иных средств или методов лечения или поддержания здоровья, облегчения боли и т.п., которые поддаются эмпирической проверке. Такая проверка предполагает возможность научного исследования лекарства, средства или метода лечения или же наличие накопленного опыта практической (лечебной) деятельности, который свидетельствует об их эффективности. Кроме того, обман может касаться статуса субъекта, оказывающего соответствующие услуги (его медицинского образования, опыта работы и т.д.)³¹⁵.

Так, подсудимая Б. заявила потерпевшей, что приехала из Германии, где проработала 10 лет нейрохирургом, ранее в Чечне оперировала раненых, хочет открыть совместную германо-российскую клинику в г. Ярославле. Б. предложила потерпевшей вылечить кисту затылочной части головного мозга, которая имелась у ее ребенка, заявив, что есть дорогостоящее лекарство, от действия которого «киста на 100% рассосется». Название лекарства Б. не раскрывала. После лечения, проведенного подсудимой, киста у ребенка осталась в том же состоянии, кровотечения у ребенка участились. Суд установил, что лекарств, имеющих свойство рассасывать опухоли, в том числе кисту, не существует. Судом не было установлено, имеет ли Б. медицинское образование, лицензии на оказание медицинских услуг у нее не имелось. Действия Б. были квалифицированы по ч. 2 ст. 159 УК РФ, то есть как мошенничество с причинением значительного ущерба потерпевшему (см. п. 57 Приложения 4).

Фрунзенским районным судом города Владивостока вынесен обвинительный приговор в отношении целителя Б., признанного виновным в

³¹⁵ Согласно п. 2 Постановления Пленума Верховного Суда РФ от 27 декабря 2007 г. № 51 «О судебной практике по делам о мошенничестве, присвоении и растрате» (Бюллетень Верховного Суда РФ. 2008. № 2) «сообщаемые при мошенничестве ложные сведения (либо сведения, о которых умалчивается) могут относиться к любым обстоятельствам, в частности к юридическим фактам и событиям, качеству, стоимости имущества, личности виновного, его полномочиям, намерениям».



совершении преступлений, предусмотренных ч. 2 ст.159 и ч. 1 ст. 238 УК РФ³¹⁶.

Б. изготавливал и продавал гражданам оздоровительный эликсир и «авторские капли от болезней глаз и катаракты», которые состояли из меда и воды. От применения капель у многих пациентов ухудшилось зрение и воспалились глаза.

Согласно экспертному заключению указанные эликсир и капли не относятся к лекарственным средствам, являются нестерильными, опасными для жизни и здоровья потребителей, не разрешены к реализации в сфере оптово-розничной торговли.

Квалификация по ч. 1 ст. 238 УК РФ представляется излишней³¹⁷.

Проблема разграничения мошенничества и деятельности в рамках гражданско-правовых договоров решается в данном случае с учетом цели субъекта. Если он имел умысел на хищение чужого имущества, то деяние должно рассматриваться как мошенничество³¹⁸.

По делу *People v. Phillips*³¹⁹ ребенку был поставлен диагноз рак глаза. Врачи информировали родителей, что единственным способом спасти жизнь ребенка была операция по удалению глаза. Однако доктор хиропрактики убедил родителей, что сможет без операции вылечить ребенка и взял за лечение 700 долл. Ребенок скончался в течение 6 месяцев. Доктору хиропрактики было предъявлено обвинение в краже и причинении смерти.

Позже подсудимый утверждал, что не обещал вылечить рак, а лечение было направлено на продление жизни ребенка.

³¹⁶ Во Владивостоке вынесен приговор лже-целителю // URL: <http://news.vl.ru/vlad/2007/05/18/begizov/> (дата обращения: 20.03.2013).

³¹⁷ См.: *Энгельгардт А.А.* Основания применения норм об идеальной совокупности преступлений // Право и политика. 2012. № 2. С. 282.

³¹⁸ См.: *Лопашенко Н.А.* Мошенничество и деятельность в рамках гражданско-правовых договоров: некоторые проблемы разграничения // Уголовное право: истоки, реалии, переход к устойчивому развитию: материалы VI Российского конгресса уголовного права (26-27 мая 2011 года). М.: Проспект, 2011. С. 310.

³¹⁹ *People v. Phillips* 64 Cal.2d 574 (1966) URL: <http://scocal.stanford.edu/opinion/people-v-phillips-24545> (дата обращения: 20.03.2013).



По делу *People v. Donsbach*³²⁰ «доктор альтернативной медицины» был признан виновным в незаконном занятии медицинской практикой (§ 2052(a) Кодекса о бизнесе и профессиях Калифорнии), продаже ложно маркированных лекарств и обманном представлении метода лечения рака (§ 111440 и 109365 Кодекса здравоохранения и безопасности Калифорнии) и в других нарушениях.

Подсудимый представлял себя как доктор хиропрактики, специалист в области питания. Было установлено, что лекарства, который он предлагал как естественные и натуральные, были смешаны с опасными фармацевтическими препаратами, такими как нимесулид и бетаметазон.

Бетаметазон является мощным стероидным препаратом и продается только по рецепту. Подсудимый продавал наркотики под видом безвредного препарата «Нейропептидная вакцины» (*Neuropeptide vaccine*), который на самом деле вызывает серьезные повреждения, включая остеопороз и подавление иммунитета.

Нимесулид является нестероидным противовоспалительным препаратом, который не был одобрен для использования в США, поскольку он представляет опасность для здоровья. Подсудимый смешивал его с другими средствами и продавал под различными названиями. Он утверждал, что вероятность излечения рака с использованием его препарата составляет 60%.

Кассационный суд Франции признал подсудимую виновной в мошенничестве (ст. 313-1 УК Франции), так как она выдавала себя за доктора медицины, психиатра, психоаналитика, специалиста по софрологии и иридологии, чтобы предписывать пациентам диагностику и лечение за высокую плату³²¹.

³²⁰ Superior court of California Case No. CD 219947 (2010, 2011) URL: <http://www.casewatch.org/crim/donsbach/declaration.shtml> (дата обращения: 20.03.2013).

³²¹ Cass.crim. 8 février 1995 94-80.960 URL: <http://www.easydroit.fr/jurisprudence/Cour-de-Cassation-Chambre-criminelle-du-8-fevrier-1995-94-80-960-Public-au-bulletin/C74931/> (дата обращения: 20.03.2013).



Должно учитываться, является ли применяемый метод лечения или лекарство нейтральными или же они вредят здоровью. Если субъект применяет лечение, которое может навредить здоровью потерпевшего, должен быть поставлен вопрос о наличии такого вреда и дополнительной квалификации деяния как причинения вреда здоровью определенной тяжести (умышленного или по неосторожности).

2. Мошенничество в сфере нетрадиционной медицины. Уголовно-правовая оценка деяний субъектов, использующих по их словам сверхъестественные способности, требует предварительного решения следующих вопросов:

- возможность обмана;
- средства обмана.

2.1. Возможность обмана. Уголовно-правовая оценка деяния в сфере оказания услуг нетрадиционной медицины требует установления того, какие сведения, сообщаемые пациенту, относятся к области фактов, а какие к области веры. Так, невозможно обмануть относительно наличия или отсутствия жизни после смерти, возможности чуда, наличия негативных или позитивных изменений в ауре человека и т.д.

Необоснованными представляются подобные формулировки: «Судом установлено, что подсудимая обманула потерпевшую, сообщив ей заведомо ложные, не соответствующие действительности сведения – о наличии порчи»³²². «Порча» не является фактом, существование которого можно подтвердить или опровергнуть, в это лишь можно поверить или не поверить³²³.

³²² Приговор Чернышковского районного суда Волгоградской области от 21 июня 2010 г. // ГАС «Правосудие». URL: http://chern.vol.sudrf.ru/modules.php?_name=docum_sud&id=258 (дата обращения 20.03.2013).

³²³ Существует и иное мнение, которое заключается в том, что в данном случае имеет место обман. См.: Лопашенко Н.А. Преступления в сфере экономики: Авторский комментарий к уголовному закону (раздел VIII УК РФ). С. 134.



В приговоре Г., который обвинялся в 11 эпизодах мошенничества, суд сослался на то, что лица, идущие к Г., платили крупные денежные суммы (порядка 39000 рублей) якобы за обучающий семинар, а на самом деле, по мнению суда, за оказание услуг по исцелению и воскрешению, которые, как было признано судом, невозможно осуществить (см. п. 54 Приложения 4).

Также суд заявил, что нет необходимости останавливаться на случаях излечения болезней, на которые ссылались свидетели, так как даже в случае подтверждения излечения лица медицинскими документами, эти документы не доказывают, что пациент исцелился именно при помощи методик целителя. Данное утверждение противоречит презумпции невиновности.

Представляется, что суд не вправе предрешать вопрос о достоверности или недостоверности того, что является исключительно предметом веры.

Обман может заключаться в том, что материальные ценности, предоставленные потерпевшим, используются иным способом, нежели было оговорено.

Так, в США три «экстрасенса» обещали произвести очистительные ритуалы над деньгами, передав их на благотворительность. Ритуалы должны были очистить жизнь клиентов негатива. На самом деле, «экстрасенсы» воспользовались переданными деньгами в личных целях³²⁴.

Также речь может идти о введении потерпевшего в заблуждение, если целитель обманным образом использует предметы материального мира с целью убедить потерпевшего в наличии у него сверхъестественных способностей.

2.2. Способы обмана. Во французской литературе утверждается, что простого устного или письменного обмана для наличия мошенничества недостаточно, необходимо использование обманных средств, то есть материальных предметов или действий, имеющих целью подкрепить обман и

³²⁴ Florida Fortune Tellers admit to Fraud Owe \$ 200,000 URL: <http://www.parksandbraxton.com/Criminal-Defense-Blog/2013/February/Florida-Fortune-Tellers-Admit-to-Fraud-Owe-200-0.aspx> (дата обращения 20.03.2013).



ввести потерпевшего в заблуждение³²⁵. Кассационный суд Франции, в частности, признает такими средствами рекламу в форме брошюр и буклетов. Также ими могут быть признаны использование карт, магических шаров и т.п.³²⁶

В российской правоприменительной практике также рассматривается вопрос о способах обмана. В вышеупомянутом приговоре по делу целителя Г. суд установил, что:

а) подсудимый создал «Учение Грабового», в котором содержался целый ряд рекомендаций и постулатов для помощи людям, потерявшим близкого человека или больных тяжелыми заболеваниями;

б) с целью распространения учения, а также сопутствующих материалов (диски, литература и т.п.) был создан ряд юридических лиц и зарегистрировано несколько индивидуальных предпринимателей.

По делу была проведена комплексная социально-психологическая экспертиза, результаты которой указывали на то, что в учении применяются методы воздействия на психику, которые ориентированы на группу людей, испытывающих социопсихическое неблагополучие в связи со смертью близких, заболеванием или стрессом. Суд отметил, что потерпевшие приняли на веру учение и тот факт, что он обладает исключительными способностями, ничего не проверяя. По мнению суда, последнее обстоятельство свидетельствует о том, что учение сочетало в себе комплекс методов воздействия на психику.

Кроме того суд сослался на показания экспертов, согласно которым подсудимый искажал языковые понятия (конверсия). Потерпевшим

³²⁵ См.: *Boudot Jean* Le délit d'escroquerie. Le Droit face au paranormal.

Согласно ст. 313-1 Уголовного кодекса Франции «мошенничество - совершенное посредством использования ложного имени или ложного статуса или злоупотребления истинным статусом, либо с использованием обманных действий, обман физического или юридического лица и его склонение в ущерб ему или третьим лицам распорядиться средствами, ценными бумагами или любым имуществом, предоставить услуги или совершить сделку, влекущую возникновение обязательства или освобождение от него.

³²⁶ См.: *Boudot Jean* Le délit d'escroquerie. Le Droit face au paranormal.



сообщалось о физическом воскрешении людей, а сам подсудимый заявил в судебном заседании, что речь идет о вечной жизни духа.

Представляется, что подобное искажение понятий и интенсивное воздействие на психику может рассматриваться как обман потерпевших. Однако неверным будет утверждать, что состояние заблуждения касается возможности воскрешения или вечной жизни как таковой. Заблуждение относится к сущности обещаний, данной целителем, что, безусловно, может составлять предмет обмана.

Вопрос о необходимости уголовно-правовой оценки деяний гадалок возникает в связи с тем, что сообщение о наличии сглаза и порчи представляют собой психологическое воздействие и сопровождаются просьбой о передаче денег или иных материальных ценностей. Целители же, как правило, имеют дело с людьми нездоровыми и потому уязвимыми, а также, как правило, осуществляют свою деятельность возмездно.

Так, подсудимая объявила потерпевшей, что на нее и на ее детей наложена порча и что необходимо ее снять за определенное вознаграждение. При этом потерпевшая пояснила, что в ходе общения с подсудимой у нее очень сильно заболела голова, возникло туманное состояние, после которого она не может вспомнить, сама ли передала подсудимой украшения или подсудимая сняла их с нее³²⁷.

В указанных случаях передача ценностей происходит не добровольно, а под влиянием страха, плохого самочувствия или иных состояний, вызванных действиями подсудимых и обусловленными психологическими особенностями потерпевших.

Однако в связи с невозможностью обмана относительно того, что является предметом веры, квалифицировать данное деяние как мошенничество не представляется возможным.

³²⁷ Приговор Железнодорожного районного суда г. Новосибирска от 15 декабря 2009 г. // ГАС «Правосудие». URL: http://zheleznodorozhny.nsk.sudrf.ru/modules.php?name=docum_sud&id=140 (дата обращения 20.03.2013).



Оно наиболее близко к составу вымогательства, однако ч. 1 ст. 163 УК РФ признает таковым лишь «требование передачи чужого имущества или права на имущество или совершения других действий имущественного характера под угрозой применения насилия либо уничтожения или повреждения чужого имущества, а равно под угрозой распространения сведений, позорящих потерпевшего или его близких, либо иных сведений, которые могут причинить существенный вред правам или законным интересам потерпевшего или его близких». В данном же случае подобная угроза отсутствует.

В литературе анализировался вопрос о том, возможно ли рассматривать предложения погадать на улице в качестве мелкого хулиганства по ст. 20.1 КоАП РФ. Следует согласиться с той точкой зрения, что такие действия не подпадают под указанную статью³²⁸, так как в данном случае отсутствует проявление неуважения к обществу, а само «приставание» не носит оскорбительного характера.

Представляется, что ущерб, нанесенный индивиду, может быть возмещен в порядке, предусмотренном гражданским законодательством.

Так, ст. 179 Гражданского кодекса РФ предусматривает, что оспорима сделка, совершенная под влиянием насилия (в данном случае – психического) или угрозы, причем характер угрозы в отличие от ст. 163 УК РФ не уточняется. Признание сделки недействительной влечет в данном случае двустороннюю реституцию.

3. Разграничение мошенничества и незаконного занятия частной медицинской практикой. Его следует проводить прежде всего по субъективной стороне преступления.

Осознание субъектом бесполезности или вредности проводимого лечения позволяет разграничить мошенничество в сфере оказания

³²⁸ См.: Жалинский А.Э., Козловская А.Э. О возможности правового регулирования деятельности по оказанию оккультных услуг // Журнал российского права. 2006. № 11. С. 60.



медицинских услуг и незаконное занятие частной медицинской практикой. Статья 235 УК РФ предполагает, чтобы субъект осуществлял именно медицинскую деятельность, а таковая связана с целью излечения пациента.

Кроме того, мошенничество предполагает обязательное наличие корыстной цели, в то время как занятие незаконной медицинской деятельностью наказуемо независимо от возмездности оказываемых услуг.

Если умысел субъекта на обман или злоупотребление доверием не установлен, например, при применении авторских методик или средств, которые не являются признанными методами официальной или традиционной медицины, деяние не может расцениваться как мошенничество. В ряде случаев субъект, оказывающий услуги, применяет свою методику на себе самом, что может свидетельствовать об отсутствии заведомости.

В случае отсутствия умысла на обман или злоупотребление доверием уголовно-правовой оценке подлежат фактически наступившие последствия в виде причиненного вреда здоровью, если установлена неосторожная форма вины. При этом следует учитывать, что действующее уголовное законодательство позволяет привлечь субъекта к уголовной ответственности, только если по неосторожности причинен тяжкий вред здоровью (ч. 1 ст. 118 УК РФ).

Таким образом, если субъект добросовестно полагает, что его метод лечения, хотя и не является разрешенным, но эффективен, он не может быть наказан ни за мошенничество (даже если услуга являлась платной), ни за причинение легкого или средней тяжести вреда здоровью.

В случае закрепления в законодательстве предметного определения медицинской деятельности и установления законодательных требований о раскрытии информации в практике целителей нетрадиционной медицины правоприменитель получит возможность квалифицировать действия целителя, нарушающие законодательство, как незаконное занятие



медицинской деятельностью (в случае декриминализации ст. 235 УК РФ - по ст. 6.2 КоАП РФ или же по ст. 171 УК РФ).

Выводы. 1. Анализируя мошенничество в области медицинской деятельности, следует отдельно рассматривать указанные деяния в сфере оказания услуг официальной и традиционной медицины и в сфере нетрадиционной медицины.

2. Если установлено наличие обмана относительно методов официальной и традиционной медицины, которые могут быть подвергнуты эмпирической проверке, следует учитывать, является ли применяемый метод лечения или лекарство нейтральными или же они вредят здоровью. Если субъект применяет лечение, которое может навредить здоровью потерпевшего, должен быть поставлен вопрос о наличии такого вреда и дополнительной квалификации деяния как причинения вреда здоровью определенной тяжести (умышленного или по неосторожности).

3. Уголовно-правовая оценка деяния в сфере оказания услуг нетрадиционной медицины требует установления того, какие сведения, сообщаемые пациенту, относятся к области фактов, а какие к области веры. Сведения о возможности жизни после смерти, наличии сглаза или порчи являются исключительно предметом веры и не могут быть предметом обмана.

4. Введение в заблуждение может быть установлено, если целитель обманным образом использует предметы материального мира с целью убедить потерпевшего в наличии у него сверхъестественных способностей.

Также потерпевший может быть введен в заблуждение относительно сущности обещаний, данных целителем, если целитель активно воздействуя на его психику, прибегает к подмене понятий и иным средствам обмана. Кроме того, целитель может потратить деньги, переданные пациентом на иные, нежели было оговорено цели.



Подобные деяния следует квалифицировать как мошенничество, которое будет считаться оконченным с момента получения субъектом преступления возможности распоряжаться чужим имуществом, а в последнем случае – с момента распоряжения им.

5. Занятие медицинской деятельностью предполагает наличие цели излечения пациента, даже если такая деятельность осуществляется незаконно. Осознание субъектом бесполезности или вредности проводимого лечения позволяет разграничить мошенничество в сфере оказания медицинских услуг и незаконное занятие частной медицинской практикой.

6. В случае закрепления в законодательстве предметного определения медицинской деятельности и установления законодательных требований о раскрытии информации в практике целителей нетрадиционной медицины правоприменитель получит возможность квалифицировать действия целителя, нарушающие законодательство, как незаконное занятие медицинской деятельностью (ст. 6.2 КоАП РФ или же по ст. 171 УК РФ).



Заключение

В настоящее время в специальной литературе, средствах массовой информации и на политическом уровне наблюдается постоянный интерес к проблемам здравоохранения, развития медицинского законодательства, уголовно-правой охраны жизни и здоровья человека при оказании медицинских услуг.

Будучи заинтересованным в получении качественной медицинской услуги при минимальных издержках, пациент склонен обращаться к различным видам медицины, что предопределяет необходимость их комплексного изучения и правового регулирования.

Качество медицинских услуг зависит от разных факторов и требует принятия организационных, политических и правовых решений, а также надлежащего финансирования. Уголовное право при этом имеет важное значение, однако следует учитывать его субсидиарную природу.

В целях создания эффективного механизма уголовно-правовой охраны жизни и здоровья пациента требуется установить систему применимых норм уголовного закона, поддающихся однозначному толкованию и обеспечивающих предсказуемость правоприменительной практики, что позволит представителям медицинского сообщества чувствовать себя более защищенными и принимать решения в интересах пациента без страха быть необоснованно привлеченными к уголовной ответственности. Это также поможет избежать так называемого «бегства от профессии» медицинских работников.

Уголовное законодательство должно применяться в целях защиты прав пациента лишь в случаях, когда это необходимо с учетом возможности использования механизмов иных отраслей права.

Совершенствование механизма уголовно-правовой охраны жизни и здоровья человека при оказании медицинских услуг требует:



- законодательного или судебного закрепления приспособленных для принятия правоприменительных решений понятий, относящихся как к отрасли медицинского, так и к отрасли уголовного законодательства;
- уточнения сферы действия конкурирующих норм уголовного законодательства, применимых в области медицинских услуг;
- закрепления уголовно-правовых механизмов, позволяющих защитить права медицинского работника, при оказании медицинских услуг;
- выработки новых законодательных подходов к уголовно-правовой охране жизни и здоровья человека при оказании услуг традиционной и нетрадиционной медицины с учетом необходимости соблюдения конституционных прав личности на свободу убеждений, свободу мысли и слова, свободу выбора профессии, а также с учетом права пациента на информацию об оказываемой услуге и необходимости охраны пациента при проведении опасных медицинских вмешательств и лечении опасных для жизни заболеваний.

Указанный перечень вопросов не является исчерпывающим. Их разрешение требует глубокого научного осмысления с учетом опыта зарубежных стран. Представляется, что повышенный интерес научного сообщества и практических работников к проблемам медицинского законодательства и уголовно-правовой охраны жизни и здоровья человека при оказании медицинских услуг свидетельствует о возможности достижения существенных успехов в данной области.



Список использованных нормативных правовых и иных актов и литературы

Нормативные правовые акты Российской Федерации

1. Конституция РФ // Принята всенародным голосованием 12 декабря 1993 г. Официальный текст Конституции РФ с внесенными в нее поправками от 30 декабря 2008 г. опубликован в СЗ РФ. 2009. № 4. Ст. 445.
2. Гражданский кодекс РФ (часть первая) от 30 ноября 1994 г. № 51-ФЗ // СЗ РФ. 1994. № 32. Ст. 3301.
3. Гражданский кодекс РФ (часть вторая) от 26 января 1996 г. № 14-ФЗ // СЗ РФ. 1996. № 5. Ст. 410.
4. Кодекс РФ об административных правонарушениях от 30 декабря 2001 г. № 195-ФЗ // СЗ РФ. 2002. № 1 (ч. 1). Ст. 1.
5. Уголовный кодекс РФ от 13 июня 1996 г. № 63-ФЗ // СЗ РФ. 1996. № 25. Ст. 2954.
6. Закон РФ «О защите прав потребителей» от 7 февраля 1992 г. № 2300-1 // СЗ РФ. 1996. № 3. Ст. 140.
7. Федеральный закон от 19 мая 1995 г. № 82-ФЗ «Об общественных объединениях» // СЗ РФ. 1995. № 21. Ст. 1930.
8. Федеральный закон от 26 сентября 1997 г. № 125-ФЗ «О свободе совести и религиозных объединениях» // СЗ РФ. 1997. № 39. Ст. 4465.
9. Федеральный закон от 24 апреля 2008 г. № 51-ФЗ «О присоединении Российской Федерации к Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака» // СЗ РФ. 2008. № 17. Ст. 1758.
10. Федеральный закон от 12 апреля 2010 г. № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» // СЗ РФ. 2010. № 16. Ст. 1815.
11. Федеральный закон от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» // СЗ РФ. 2010. № 49. Ст. 6422.



12. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // СЗ РФ. 2011. № 48. Ст. 6724.
13. Федеральный закон от 23 февраля 2013 г. № 15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака» // СЗ РФ. 2013. № 8. Ст. 721.
14. Указ Президента РФ от 09 октября 2007 г. № 1351 «Об утверждении Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года» // СЗ РФ. 2007. № 42. Ст. 5009.
15. Указ Президента РФ от 09 июня 2010 г. № 690 «Об утверждении Стратегии государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 года» // СЗ РФ. 2010. № 24. Ст. 3015.
16. Постановление Правительства РФ от 10 мая 2007 г. № 280 «О федеральной целевой Программе “Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007 - 2012 годы)”» // СЗ РФ. 2007. № 21. Ст. 2506.
17. Постановление Правительства РФ от 17 августа 2007 г. № 522 «Об утверждении Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека» // СЗ РФ. 2007. № 35 ст. 4308
18. Постановление Правительства РФ от 15 апреля 2009 г. № 324 «О мерах по реализации Указа Президента Российской Федерации от 6 марта 2009 г. № 243 «О формировании имущества государственной корпорации по содействию разработке, производству и экспорту высокотехнологичной промышленной продукции “Ростехнологии”» // СЗ РФ. 2009. № 16. Ст. 1942.
19. Постановление Правительства РФ от 6 февраля 2012 г. № 98 «О социальном показании для искусственного прерывания беременности» // СЗ РФ. 2012. № 7. Ст. 878.
20. Постановление Правительства РФ от 16 апреля 2012 г. № 291 «Об утверждении Положения о лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими



организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)» // СЗ РФ. 2012. № 17. Ст. 1965.

21. Постановление Правительства РФ от 20 сентября 2012 г. № 950 «Об утверждении Правил определения момента смерти человека, в том числе критериев и процедуры установления смерти человека, Правил прекращения реанимационных мероприятий и формы протокола установления смерти человека» // СЗ РФ. 2012. № 39. Ст. 5289.

22. Приказ Министерства здравоохранения и медицинской промышленности РФ от 29 ноября 1995 г. № 335 «Об использовании метода гомеопатии в практическом здравоохранении» // Здравоохранение. 1996. № 3.

23. Приказ Министерства здравоохранения и медицинской промышленности РФ от 19 июня 1996 г. № 254 «Об отмене «Методических рекомендаций «Программа детоксикации»» // Здравоохранение. 1996. № 8.

24. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 10 декабря 1997 г. № 364 «О введении специальности «рефлексотерапия» в номенклатуру врачебных и провизорских специальностей» // Здравоохранение. 1998. № 2.

25. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 25 ноября 2002 г. № 363 «Об утверждении Инструкции по применению компонентов крови» // Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти. 2003. № 6.

26. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 14 октября 2003 г. № 484 «Об утверждении инструкции о порядке разрешения искусственного прерывания беременности в поздние сроки по социальным показаниям и проведения операции искусственного прерывания беременности» // Российская газета от 9 декабря 2003 г. № 249.

27. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 28 ноября 2005 г. № 701 «О родовом сертификате» // Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти. 2006. № 4.



28. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 17 мая 2007 г. № 335 «О рекомендуемом образце информированного добровольного согласия на проведение искусственного прерывания беременности при сроке до 12 недель» // Российская газета от 24 октября 2007 г. № 237.
29. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 3 декабря 2007 г. № 736 «Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности» // Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти. 2008. № 9.
30. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 24 апреля 2008 г. №194н «Об утверждении медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека» // Российская газета от 5 сентября 2008 г. № 188.
31. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 30 декабря 2009 г. № 1044н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, требующими диагностики или лечения с применением хирургических и/или рентгенэндоваскулярных методов» // Российская газета от 19 февраля 2010 г. № 36.
32. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 31 августа 2011 г. № 1009 «Об аккредитации медицинских организаций на право проведения клинических исследований лекарственных препаратов для медицинского применения» // СПС «КонсультантПлюс».
33. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 27 декабря 2011 г. № 1687н «О медицинских критериях рождения, форме документа о рождении и порядке его выдачи» // Российская газета от 23 марта 2012 г. № 64.

Иные правовые акты Российской Федерации



34. «Возможности компьютеризированной электропунктурной диагностики по методу Р. Фолля в терапии методами рефлексотерапии и гомеопатии. Методические рекомендации № 98/232», утвержденные Минздравом РФ 11 марта 1999 г. // Научно-исследовательский институт традиционных методов лечения Министерства здравоохранения Российской Федерации. М., 1999.
35. Заключение Правового управления Государственной Думы по проектам федерального закона «О традиционной и народной медицине (целительстве)» и постановления Государственной Думы (1 чтение) // Автоматизированная система обеспечения законодательной деятельности.
36. Законопроект № 99059204-2 «О традиционной и народной медицине (целительстве)» // Автоматизированная система обеспечения законодательной деятельности.
37. Инструкция о порядке экспертизы, клинических испытаний и регистрации зарубежных лекарственных средств и субстанций, утвержденная Минздравмедпромом РФ 15 мая 1996 г. // Бюллетень «Фарм-Индекс» от 31 мая 1996 г. № 5.
38. «Использование метода гирудотерапии в практическом здравоохранении. Методические рекомендации № 2002/78», утвержденные Минздравом РФ 15 июля 2002 г. // СПС «КонсультантПлюс».
39. «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан» № 5487-1, утвержденных Верховным Советом РФ 22 июля 1993 г. // Российские вести. 1993. № 174.
40. Письмо Министерства здравоохранения РФ от 7 апреля 2000 г. № 2510/3791-32 «О лицензировании народных целителей» // СПС «КонсультантПлюс».
41. Письмо Минюста РФ от 15 августа 2001 г. № 07/8280-ЮД // Бюллетень Минюста РФ. 2001. № 10.



42. Письмо Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития от 27 апреля 2006 г. № 01И-363/06 «О деятельности народных целителей» // Бюллетень нормативно-справочной информации по надзору в сфере здравоохранения и социального развития. Вып. 6. М., 2006.
43. Письмо Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека от 23 июля 2012 г. № 01/8179-12-32 «О постановлении Пленума Верховного Суда Российской Федерации от 28 июня 2012 года № 17 “О рассмотрении судами гражданских дел по спорам о защите прав потребителей”» // СПС «КонсультантПлюс».
44. Постановление Правительства РФ от 21 мая 2001 г. № 402 «Об утверждении Положения о лицензировании медицинской деятельности» // СЗ РФ. 2001. № 22. Ст. 2247.
45. Постановление Правительства РФ от 4 июля 2002 г. № 499 «Об утверждении Положения о лицензировании медицинской деятельности» // СЗ РФ. 2002. № 27. Ст. 2710.
46. Постановление Правительства РФ от 22 января 2007 г. № 30 «Об утверждении Положения о лицензировании медицинской деятельности» // СЗ РФ. 2007. № 5. Ст. 656.
47. Приказ Министерства здравоохранения и медицинской промышленности РФ от 13 июня 1996 г. № 245 «Об упорядочении применения методов психологического и психотерапевтического воздействия» // Здравоохранение. 1996. № 8.
48. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 10 декабря 1996 г. № 407 «О введении в практику Правил производства судебно-медицинских экспертиз» // Медицинская газета от 21 марта 1997 г. № 23.
49. Приказ Министерства здравоохранения и медицинской промышленности РФ от 20 августа 1996 г. № 321 «Об упорядочении применения методов воздействия на психическое здоровье детей и подростков» // СПС «КонсультантПлюс».



50. Приказ Министерства здравоохранения РФ № 238 от 26 июля 2002 г. «Об организации лицензирования медицинской деятельности» // Российская газета. 2002. № 201.
51. Приказ Росздравнадзора от 25 января 2006 г. № 154-Пр/06 «О введении в работу Системы добровольной сертификации услуг в области народной медицины “Реестр целителей”» // СПС «КонсультантПлюс».
52. «Применение терминов натуротерапии и натурофармации в практическом здравоохранении. Методические рекомендации № 2000/154», утвержденные Минздравом РФ 1 ноября 2000 г. // СПС «КонсультантПлюс».
53. Распоряжение Правительства РФ от 2 ноября 2009 г. № 1609-р «О ликвидации федерального государственного учреждения «Федеральный научный клинико-экспериментальный центр традиционных методов диагностики и лечения Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию» (г. Москва) и федерального государственного учреждения «Клиническая больница Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию» (г. Москва)» // СЗ РФ. 2009. № 45. Ст. 5382.
54. Распоряжение Правительства РФ от 30 декабря 2009 г. № 2128-р «О Концепции реализации государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения Российской Федерации на период до 2020 года» // СЗ РФ. 2010. № 2. Ст. 264.
55. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 23 сентября 2010 г. № 1563-р «О Концепции осуществления государственной политики противодействия потреблению табака на 2010 - 2015 годы» // СЗ РФ. 2010. № 40. Ст. 5118.
56. Распоряжение Правительства РФ от 11 ноября 2010 г. № 1950-р «Об утверждении перечня государственных программ Российской Федерации» // СЗ РФ. 2010. № 47. Ст. 6166.



57. Распоряжение Правительства РФ от 25 ноября 2010 г. № 1873-р «Об основах государственной политики Российской Федерации в области здорового питания населения на период до 2020 года» // СЗ РФ. 2010. № 45. Ст. 5869.
58. Распоряжение Правительства РФ от 24 декабря 2012 г. № 2511-р «Об утверждении государственной программы Российской Федерации “Развитие здравоохранения”» // СЗ РФ. 2012. № 53 (ч. II). Ст. 8019.
59. Распоряжение Правительства РФ от 28 декабря 2012 г. № 2580-р «Об утверждении Стратегии развития медицинской науки в Российской Федерации на период до 2025 года» // СЗ РФ. 2013. № 2. Ст. 111.
60. «Электропунктурный вегетативный резонансный тест. Методические рекомендации № 99/96», утвержденные Минздравом РФ 7 апреля 2000 г. // Научно-практический центр традиционной медицины и гомеопатии Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2000.

Нормативные правовые и иные акты США и штатов США

61. AMA's Code of Medical Ethics // American Medical Association. URL: <http://www.ama-assn.org/ama/pub/physician-resources/medical-ethics/code-medical-ethics.page>? (дата обращения: 20.03.2013).
62. Attorney General Opinion 93039 // Nebraska Attorney General. URL: http://www.ago.ne.gov/ag_opinion_view?oid=3596 (дата обращения: 20.03.2013).
63. U.S. Code // Legal Information Institute. URL: <http://www.law.cornell.edu/uscode/text> (дата обращения: 20.03.2013).
64. Code of Federal Regulations // U.S. Department of Health & Human Services. URL: <http://www.hhs.gov/ohrp/humansubjects/guidance/45cfr46.html> (дата обращения 20.03.2013).



65. Selected Model Penal Code Provisions. URL: [http://law.fordham.edu/assets/Faculty/model_penal_code_selected_sections\(1\).pdf](http://law.fordham.edu/assets/Faculty/model_penal_code_selected_sections(1).pdf) (дата обращения: 20.03.2013).
66. Alabama Legislative Information. URL: <http://alisondb.legislature.state.al.us/acas/ACASLoginMac.asp> (дата обращения: 20.03.2013).
67. Alaska Legal Resource Center. URL: <http://www.touchngo.com/lglcntr/akstats/Statutes> (дата обращения: 20.03.2013).
68. Arisona State Legislature. URL: <http://www.azleg.gov/> (дата обращения: 20.03.2013).
69. California Legislative Information. URL: <http://leginfo.legislature.ca.gov/faces/codes.xhtml> (дата обращения: 20.03.2013).
70. Code of Maryland and Rules. URL: <http://www.lexisnexis.com/hottopics/mdcode/> (дата обращения: 20.03.2013).
71. Colorado Legal Resources. URL: <http://www.lexisnexis.com/hottopics/Colorado/> (дата обращения: 20.03.2013).
72. Nevada Revised Statutes. URL: <http://www.leg.state.nv.us> (дата обращения: 20.03.2013).
73. New York State Legislature. URL: <http://public.leginfo.state.ny.us> (дата обращения: 20.03.2013).
74. Official Code of Georgia URL: <http://www.lexisnexis.com/hottopics/gacode/default.asp> (дата обращения: 20.03.2013).
75. Minnesota Office of the Revisor of Statutes. URL: <https://www.revisor.mn.gov> (дата обращения: 20.03.2013).
76. Mississippi Code. URL: <http://www.lexisnexis.com/hottopics/mscode/> (дата обращения: 20.03.2013).
77. The Vermont Statutes. URL: <http://www.leg.state.vt.us/statutesMain.cfm> (дата обращения: 20.03.2013).



78. Washington State Legislature. URL: <http://apps.leg.wa.gov/> (дата обращения: 20.03.2013).

Нормативные правовые и иные акты Франции

79. Code de la santé publique // Legifrance.

80. Code pénal // Legifrance.

81. Code de deontologie medicale // Ordre National des Medecins. URL: <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/le-code-de-deontologie-medicale-915> (дата обращения: 20.03.2013).

82. Loi N 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé // Legifrance.

83. Loi N 2001-504 du 12 juin 2001 tendant à renforcer la prévention et la répression des mouvements sectaires portant atteinte aux droits de l'homme et aux libertés fondamentales // Legifrance.

84. Arrêté du 2 novembre 2009 fixant la liste des diplômes permettant l'exercice des actes d'acupuncture par les sages-femmes // Legifrance.

85. Décret N 93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier // Legifrance.

86. Décret N 2007-435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie // Legifrance.

87. Décret N 2007-437 du 25 mars 2007 relatif à la formation des ostéopathes et à l'agrément des établissements de formation // Legifrance.

Акты судов Российской Федерации

88. Информационное письмо Президиума Высшего Арбитражного Суда РФ от 29 сентября 1999 г. № 48 «О некоторых вопросах судебной практики, возникающих при рассмотрении споров, связанных с договорами на оказание правовых услуг» // Вестник Высшего Арбитражного Суда РФ. 1999. № 11.



89. Кассационное определение Магаданского областного суда от 28 апреля 2010 г. на приговор Магаданского городского суда от 1 марта 2010 г. // ГАС «Правосудие».
90. Кассационное определение Верховного суда Республики Татарстан от 29 октября 2010 г. // ГАС «Правосудие».
91. Кассационное определение Смоленского областного суда от 16 июня 2011 г. // ГАС «Правосудие».
92. Кассационное определение Астраханского областного суда от 27 сентября 2012 г. // РосПравосудие. URL: <http://rospravosudie.com/act-opredelenie-22-3582-2012-plexanova-svetlana-viktorovna-27-09-2012-124-ch-2-s> (дата обращения: 20.03.2013).
93. Определение Конституционного Суда РФ от 6 июня 2002 г. № 115-О «Об отказе в принятии к рассмотрению жалобы гражданки Мартыновой Евгении Захаровны на нарушение ее конституционных прав пунктом 2 статьи 779 и пунктом 2 статьи 782 Гражданского кодекса Российской Федерации» // Вестник Конституционного Суда РФ. 2003. № 1.
94. Определение Верховного Суда РФ от 26 ноября 2002 г. № 58-г02-38 // СПС «КонсультантПлюс».
95. Определение Верховного Суда РФ от 1 августа 2006 г. № 1-Г06-22 // СПС «КонсультантПлюс».
96. Определение Высшего Арбитражного Суда РФ от 18 ноября 2010 г. № ВАС-15382/10 // СПС «КонсультантПлюс».
97. Постановления Пленума Верховного Суда РФ от 18 ноября 2004 г. № 23 «О судебной практике по делам о незаконном предпринимательстве и легализации (отмывании) денежных средств или иного имущества, приобретенных преступным путем» // Бюллетень Верховного Суда РФ. 2005. № 1.



98. Постановления Пленума Верховного Суда РФ от 27 декабря 2007 г. № 51 «О судебной практике по делам о мошенничестве, присвоении и растрате» // Бюллетень Верховного Суда РФ. 2008. № 2.
99. Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 28 июня 2012 г. № 17 «О рассмотрении судами гражданских дел по спорам о защите прав потребителей» // Бюллетень Верховного Суда РФ. 2012. № 9.
100. Постановление Президиума Томского областного суда от 14 июля 2010 г. // ГАС «Правосудие».
101. Постановление Федерального арбитражного суда Волго-Вятского округа от 14 сентября 2010 г. по делу № А28-18865/2009 // СПС «КонсультантПлюс».
102. Постановление Электростальского городского суда Московской области от 23 августа 2010 г. об оставлении приговора мирового судьи без изменения // ГАС «Правосудие»
103. Приговор Камешковского районного суда Владимирской области от 1 марта 2006 г. // ГАС «Правосудие».
104. Приговор Петроградского районного суда Санкт-Петербурга от 14 июня 2006 г. // URL: www.anoufrieв.ru/index.php?id=366(дата обращения: 20.03.2013).
105. Приговор Островского городского суда Псковской области от 5 марта 2007 г. URL: <https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:n6G4I7o1GWoJ:files.sudrf.ru/1677/user/57.doc> (дата обращения: 20.03.2013).
106. Приговор Димитровского районного суда г. Костромы от 29 декабря 2007 г. // Архив суда.
107. Приговор Нижнесергинского районного суда Свердловской области от 21 февраля 2008 г. // ГАС «Правосудие».



108. Приговор Таганского районного суда г. Москвы от 7 июля 2008 г. // Сайт «Дело Григория Грабового». URL: <http://delo-grabovogo.org/documents/Sentence.pdf> (дата обращения: 20.03.2013).
109. Приговор Первомайского городского суда Красноярского края от 3 октября 2008 г. // URL: http://adv1.ru/portfolio_advokat/Ugol/parhresh.php?sphrase_id=99838 (дата обращения: 20.03.2013).
110. Приговор Верхотурского районного суда Свердловской области от 8 ноября 2008 г. // ГАС «Правосудие».
111. Приговор Думиничского районного суда Калужской области от 4 февраля 2009 г. // ГАС «Правосудие».
112. Приговор Отрадененского районного суда Краснодарского края от 20 февраля 2009 г. // ГАС «Правосудие».
113. Приговор Железнодорожного районного суда г. Новосибирска от 5 мая 2009 г. // ГАС «Правосудие».
114. Приговор районного суда г. Татарска Новосибирской области от 12 марта 2009 г. // ГАС «Правосудие».
115. Приговор Центрального районного суда г. Тольятти Самарской области от 17 апреля 2009 г. // Архив суда.
116. Приговор Тамбовского областного суда от 22 июня 2009 г. // Архив суда.
117. Приговор Советского районного суда г. Томска от 23 июня 2009 г. // ГАС «Правосудие».
118. Приговор Ленинского районного суда г. Омска Омской области от 4 августа 2009 г. // Архив суда.
119. Приговор Советского районного суда г. Новосибирска Новосибирской области от 13 сентября 2009 г. // ГАС «Правосудие».
120. Приговор Урюпинского городского суда Волгоградской области от 9 ноября 2009 г. // ГАС «Правосудие».



121. Приговор Октябрьского районного суда г. Орска Оренбургской области от 03 декабря 2009 г. // ГАС «Правосудие».
122. Приговор Железнодорожного районного суда г. Новосибирска от 15 декабря 2009 г. // ГАС «Правосудие».
123. Приговор Новозыбковского городского суда Брянской области от 17 декабря 2009 г. // ГАС «Правосудие».
124. Приговор Пресненского районного суда г. Москвы от 5 мая 2010 г. // ГАС «Правосудие».
125. Приговор Чернышковского районного суда Волгоградской области от 11 июня 2010 г. // ГАС «Правосудие».
126. Приговор Чернышковского районного суда Волгоградской области от 21 июня 2010 г. // ГАС «Правосудие».
127. Приговор Петрозаводского городского суда Республики Карелия от 1 июля 2010 г. // ГАС «Правосудие».
128. Приговор Суздальского районного суда Владимирской области от 15 июля 2010 г. // ГАС «Правосудие».
129. Приговор мирового судьи судебного участка № 2 Ростовского района Ярославской области от 17 августа 2010 г. // URL: http://2rst.jrs.mirsudrf.ru/modules.php?name=info_pages&id=75&cl=1(дата обращения: 20.03.2013).
130. Приговор Кировского районного суда г. Казани от 15 сентября 2010 г. // Архив суда.
131. Приговор Каслинского городского суда Челябинской области от 20 сентября 2010 г. // ГАС «Правосудие».
132. Приговор Ингодинского районного суда г. Читы от 15 октября 2010 г. // ИПС «Актоскоп».
133. Приговор мирового судьи судебного участка № 116 Абинского района Краснодарского края от 20 октября 2010 г. // URL:



http://msud116.krd.mirsudrf.ru/modules.php?name=info_pages&id=168 (дата обращения: 20.03.2013).

134. Приговор Кировского районного суда г. Казани от 18 ноября 2010 г. // Архив суда.

135. Приговор Златоустовского городского суда Челябинской области от 30 декабря 2010 г. // ГАС «Правосудие».

136. Приговор Гергебильского районного суда Республики Дагестан от 3 марта 2010 г. // ГАС «Правосудие».

137. Приговор Сосновоборского городского суда Ленинградской области от 29 декабря 2010 г. // ИПС «Актоскоп».

138. Приговор мирового судьи судебного участка Шебалинского района Республики Алтай от 21 мая 2010 г. // URL: http://shebms.ralt.mirsudrf.ru/modules.php?name=info_pages&id=85 (дата обращения: 20.03.2013).

139. Приговор Инзенского районного суда Ульяновской области от 25 июня 2010 г. // ИПС «Актоскоп».

140. Приговор Промышленного районного суда г. Смоленска от 24 декабря 2010 г. // ГАС «Правосудие»

141. Приговор Бикинского городского суда Хабаровского края от 27 декабря 2010 г. // ИПС «Актоскоп».

142. Приговор мирового судьи судебного участка № 70 г. Крымска Краснодарского края от 27 декабря 2010 г. // URL: http://msud70.krd.mirsudrf.ru/modules.php?name=info_pages&id=1025 (дата обращения: 20.03.2013).

143. Приговор Усольского районного суда Пермского края от 28 декабря 2010 г. // ИПС «Актоскоп».

144. Приговор Усть-Ишимского районного суда Омской области от 2 февраля 2011 г. // ГАС «Правосудие».



145. Приговор Ленинского районного суда г. Орска Оренбургской области от 28 февраля 2011 г. // Архив суда.
146. Приговор Минераловодского городского суда Ставропольского края от 4 марта 2011 г. // ГАС «Правосудие»
147. Приговор Лиманского районного суда Астраханской области от 9 марта 2011 г. // ГАС «Правосудие».
148. Приговор Омутнинского районного суда Кировской области от 6 мая 2011 г. // ИПС «Актоскоп».
149. Приговор Ремонтненского районного суда Ростовской области от 10 мая 2011 г. // ИПС «Актоскоп».
150. Приговор Лефортовского районного суда г. Москвы от 20 мая 2011 г. // URL: http://www.pg-doverie.ru/content_5408 (дата обращения: 20.03.2013).
151. Приговор Александровск-Сахалинского городского суда Сахалинской области от 27 июня 2011 г. // ГАС «Правосудие».
152. Приговор Свердловского районного суда г. Костромы от 11 июля 2011 г. // ИПС «Актоскоп».
153. Приговор Вяземского районного суда Смоленской области от 15 августа 2011 г. // ИПС «Актоскоп».
154. Приговор Орджоникидзевского районного суда Республики Хакасия от 2 мая 2012 г. // ИПС «Актоскоп»
155. Приговор Рославльского городского суда Смоленской области от 16 июля 2012 г. // URL: <http://rospravosudie.com/act-prigovor-st-109-ch-2-uk-rf-stepanov-sergej-aleksandrovich-17-09-2012-109-ch-2-s> (дата обращения: 20.03.2013).
156. Приговор Талдомского районного суда Московской области от 14 августа 2012 г. // URL: <http://rospravosudie.com/act-prigovor-po-ugolovnomu-delu-minakov-valerij-viktorovich-11-09-2012-109-ch-2-109-ch-2-s> (дата обращения: 20.03.2013).



157. Решение Верховного Суда РФ от 24 сентября 1998 г. № ГКПИ 98-435 // СПС «КонсультантПлюс».

158. Решение Куйбышевского суда г. Санкт-Петербурга от 15 ноября 2002 г. // СПС «КонсультантПлюс».

Акты судов США

159. Connecticut v. Menillo 423 U.S. 9 (1975) // FindLaw. URL: <http://caselaw.lp.findlaw.com/scripts/getcase.pl?court=us&vol=423&invol=9> (дата обращения: 20.03.2013).

160. A Decision In Maryland: Fortune Telling Speech Protected On First Amendment Grounds // URL: http://lpcprof.typepad.com/law_and_magic_blog/2010/06/a-decision-in-maryland-fortune-telling-speech-protected-on-first-amended-groundsforwarded-from-ken-trombly-a-decision-in-the-.html (дата обращения: 20.03.2013).

161. Einaugler v. Supreme Court of State of New York 109 F. 3d 836 (1996) // URL: <http://openjurist.org/109/f3d/836/einaugler-v-supreme-court-of-state-of-new-york> (дата обращения: 20.03.2013).

162. Eversley v. State. 748 So. 2d 963, 968 (Fla. 1999) // FindLaw. URL: <http://caselaw.findlaw.com/fl-supreme-court/1402940.html> (дата обращения: 20.03.2013).

163. Florida Fortune Tellers admit to Fraud // URL: <http://www.parksandbraxton.com/Criminal-Defense-Blog/2013/February/Florida-Fortune-Tellers-Admit-to-Fraud-Owe-200-0.aspx> (дата обращения 20.03.2013).

164. Griffith v. Department of Motor Vehicles, 23 Wash. App. 722, 598 P.2d 1377 (1979) // Leagle. URL: http://www.leagle.com/xmlResult.aspx?xmlDoc=197974523WnApp722_1626.xml&docbase=CSLWAR1-1950-1985 (дата обращения: 20.03.2013).



165. People v. Abarbanel, 239 Cal. App. 2d 31 (1965) // URL: <http://law.justia.com/cases/california/calapp2d/239/31.html> (дата обращения: 20.03.2013).
166. People v. Bernhardt, 222 Cal.App.2d 567 (1963) // URL: <http://67.21.3.118/research/CaseLevel3/41150>(дата обращения: 20.03.2013).
167. People v. Burroughs 35 Cal. 3d 824, 678 P.2d 894,201 Cal. Rptr. 319, 1984 Cal. 168. // URL: <http://scocal.stanford.edu/opinion/people-v-burroughs-23414> (дата обращения: 20.03.2013).
168. People v. DeJonge, 501 N.W.2d 127 (Mich. 1993) // Find A Case. URL: http://mi.findacase.com/research/wfrmDocViewer.aspx/xq/fac.19890808_0017.MI.htm/qx (дата обращения: 20.03.2013).
169. People v. Penny, 44 Cal.2d 861 (1955) // Stanford Law School. URL: <http://scocal.stanford.edu/opinion/people-v-penny-24090> (дата обращения: 20.03.2013).
170. People v. Phillips 64 Cal.2d 574 (1966) // URL: <http://scocal.stanford.edu/opinion/people-v-phillips-24545> (дата обращения: 20.03.2013).
171. People v. Rosburg, 805 P.2d 432 (Colo. 1991) // Find A Case. URL: http://co.findacase.com/research/wfrmDocViewer.aspx/xq/fac.19910204_0040532.CO.htm/qx (дата обращения: 20.03.2013).
172. Pesantes v. United States of America 621 F.2d 175 (1980) // URL: <https://bulk.resource.org/courts.gov/c/F2/621/621.F2d.175.78-2269.html> (дата обращения: 20.03.2013).
173. Schloendorff v. Society of New York Hospital 211 N.Y. 125, 105 N.E. 92 (1914) // URL: https://mywebspaces.wisc.edu/rstreiffer/web/CourseFolders/BioandLawF99Folder/Readings/SchloendorffvSociety_of_NY.pdf (дата обращения: 20.03.2013).



174. States v. Lourdes Hospital 100 N.Y.2d 208, 792 N.E.2d 151, 762 N.Y.S.2d 1 (2003) // FindLaw. URL: <http://caselaw.findlaw.com/ny-supreme-court/1192929.html> (дата обращения: 20.03.2013).
175. Superior court of California Case No. CD 219947 (2010) // URL: <http://www.casewatch.org/crim/donsbach/declaration.shtml> (дата обращения 20.03.2013).
176. State v. Gordon. 560 N.W. 2d 4 (Iowa 1997) // FindLaw. URL: <http://caselaw.findlaw.com/ia-supreme-court/1128645.html> (дата обращения: 20.03.2013).
177. United States v. Madigar 46 M.J. 802 (1997) // URL: http://www.uscg.mil/legal/cca/court_of_criminal_appeals_opinions/CalendarYears1997through1999/19970605%20United%20States%20v.%20Madigar,%2046%20M.J.%20802.pdf (дата обращения: 20.03.2013).
178. United States v. National Treasury Employees Union (93-1170), 513 U.S. 454 (1995) // FindLaw. URL: <http://caselaw.lp.findlaw.com/scripts/getcase.pl?navby=search&court=US&case=/us/514/527.html> (дата обращения: 20.03.2013).

Акты судов Франции

179. Tribunal de Grande Instance de Paris, 3 septembre 2003, N 9926423046 // URL: <http://www.google.ru/url?sa=t&rct=j&q=Tribunal+correctionnel+de+Paris+du+3+septembre+2003+Assistance+Publique+des+H%C3%B4pitaux+Publics&source=web&cd=3&ved=0CFUQFjAC&url=http%3A%2F%2Fwww.laryngo.com%2Fdocuments%2Factualit%25E9%2FTGI%2520Paris%252003.09.03.doc&ei=0-QsUO6KOOXd4QStgIHYDg&usg=AFQjCNEQmCvnUCIR-Vb6z8AYeAkKTNBFGw> (дата обращения: 20.03.2013).
180. Cass. crim., 3 février 1993, pourvoi N 92-83526 // URL: <http://www.easydroit.fr/jurisprudence/Cour-de-Cassation-Chambre-criminelle-du->



3-fevrier-1993-92-83-526-Publie-au-bulletin/C81851/ (дата обращения 20.03.2013).

181. Cass. crim., 23 novembre 1994, pourvoi N 94-80376 // URL: <http://www.juricaf.org/arret/FRANCE-COURDECASSATION-19941123-9480376> (дата обращения 20.03.2013).

182. Cass.crim., 8 février 1995, pourvoi N 94-80.960 // URL: <http://www.easydroit.fr/jurisprudence/Cour-de-Cassation-Chambre-criminelle-du-8-fevrier-1995-94-80-960-Publie-au-bulletin/C74931/> (дата обращения 20.03.2013).

183. Cass. crim., 25 septembre 1996, pourvoi N 95-86.076 // URL: <http://legimobile.fr/fr/jp/j/c/crim/1996/9/25/95-86076/> (дата обращения 20.03.2013).

184. Cass. crim, 19 fevrier 1997, pourvoi N 96-82.377 // URL: <http://legimobile.fr/fr/jp/j/c/crim/1997/2/19/96-82377/> (дата обращения: 20.03.2013).

185. Cass. crim, 26 mars 1997, pourvoi N 95-81439 // URL: <http://www.juricaf.org/arret/FRANCE-COURDECASSATION-19970326-9581439> (дата обращения: 20.03.2013).

186. Cass. crim, 10 janvier 2001, pourvoi N 00-83.354 // URL: <http://www.easydroit.fr/jurisprudence/Cour-de-Cassation-Chambre-criminelle-du-10-janvier-2001-00-83-354-Publie-au-bulletin/C71047/> (дата обращения: 20.03.2013).

187. Cass. crim., 6 février 2001, pourvoi N 00-82434 // URL: http://droit.wester.ouisse.free.fr/pages/pages_recherches/depen_doc1.htm (дата обращения: 20.03.2013).

188. Cass. crim., 26 juin 2001, pourvoi N 00-87816 // URL: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriJudi.do?idTexte=JURITEXT000007582768&dateTexte=> (дата обращения: 20.03.2013).



189. Cass. crim., 29 juin 2001, pourvoi N 99-85.973 // URL: http://www.courdecassation.fr/publications_cour_26/bulletin_information_cour_cassation_27/bulletins_information_2001_1367/n_540_1444/ (дата обращения: 20.03.2013).
190. Cass. crim., 23 octobre 2001, pourvoi N 01-81.030 // URL: <http://www.easydroit.fr/jurisprudence/Cour-de-Cassation-Chambre-criminelle-du-23-octobre-2001-01-81-030-Publie-au-bulletin/C85125/> (дата обращения: 20.03.2013).
191. Cass. crim., 22 mars 2005, pourvoi N 04-84459 // URL: <http://www.juricaf.org/arret/FRANCE-COURDECASSATION-20050322-0484459> (дата обращения: 20.03.2013).
192. Cass. crim., 16 janvier 2007, pourvoi N 06-83179 // URL: <http://www.juricaf.org/arret/FRANCE-COURDECASSATION-20070116-0680185> (дата обращения: 20.03.2013).
193. Cass. crim., 13 février 2007, pourvoi N 06-82-202 // URL: <http://www.easydroit.fr/jurisprudence/Cour-de-cassation-criminelle-Chambre-criminelle-13-fevrier-2007-06-82-202-Publie-au-bulletin-C0/C118634/> (дата обращения: 20.03.2013).
194. Cass. crim., 13 février 2007, pourvoi N 06-81089 // URL: http://droit.wester.ouisse.free.fr/pages/pages_recherches/depen_doc6.htm (дата обращения: 20.03.2013).
195. Cass. crim., 22 mai 2007, pourvoi N 06-84034 // URL: <http://www.juricaf.org/arret/FRANCE-COURDECASSATION-20070522-0684034> (дата обращения: 20.03.2013).
196. Cass. crim., 18 septembre 2007, pourvoi N 07-80037 // URL: <http://www.juricaf.org/arret/FRANCE-COURDECASSATION-20070918-0780037> (дата обращения: 20.03.2013).



197. Cass. crim, 9 mars 2010, pourvoi N 09-80.54 // URL: http://www.courdecassation.fr/publications_cour_26/bulletin_arrets_chambre_criminelle_2712/ (дата обращения: 20.03.2013).
198. Cour d'appel de Chambéry, 1 juillet 2004, N 04/515 // URL: <http://www.dossierhamer.it/sentenze/Chambéry0200261.pdf> (дата обращения: 20.03.2013).
199. Cour d'appel d'Amiens, 3 avril 2006, N 452 // URL: <http://droit-finances.commentcamarche.net/jurisprudence/cour-d-appel-2/1072060-cour-d-appel-d-amiens-ct0099-du-3-avril-2006> (дата обращения: 20.03.2013).

Монографии, учебники и комментарии на русском языке

200. *Акопов В.И.* Медицинское право: книга для врачей, юристов и пациентов. М.: ИКЦ «МарТ»; Ростов н/Д: Изд. центр «МарТ», 2004. – 368 с.
201. *Акопов В.И., Маслов Е.Н.* Страдания Гиппократов (правовые и этические проблемы современной медицины и ответственность медицинских работников). Ростов-на-Дону: Издательство «Приазовский край», 2006. – 520 с.
202. *Андреев Ю.Н.* Платные медицинские услуги. Правовое регулирование и судебная практика. М.: Ось-89, 2007. – 400 с.
203. *Байда А.А.* Уголовная ответственность за незаконную лечебную деятельность. Харьков: Одиссей, 2009. – 318 с.
204. *Блинов А.Г.* Уголовно-правовая охрана пациента в международном и зарубежном законодательстве. М.: Юрлитинформ, 2010. – 168 с.
205. *Бойко А.И.* Преступное бездействие. СПб.: Издательство «Юридический центр Пресс», 2003. – 320 с.
206. *Бойцов А.И.* Преступления против собственности. СПб.: Издательство «Юридический центр Пресс», 2002. – 775 с.
207. *Бородин С.В.* Преступления против жизни. СПб.: Издательство «Юридический центр Пресс», 2003. – 467 с.



208. *Волженкин Б.В.* Служебные преступления: Комментарий законодательства и судебной практики. СПб.: Издательство «Юридический центр Пресс», 2005. – 560 с.
209. Большая медицинская энциклопедия: в 30 т. Т. 14. 3-е изд. / Гл. ред. Б.В. Петровский. М.: Издательство «Советская энциклопедия», 1980.
210. *Брагинский М.И., Витрянский В.В.* Договорное право: Договоры о выполнении работ и оказании услуг. Кн. 3. М.: Статут, 2007. – 1055 с.
211. *Векленко В.В., Бавсун М.В.* Объективная сторона преступления. Омск: Омская академия МВД России, 2008. – 50 с.
212. *Галахова А.В.* Уголовный закон в практике районного суда. Научно-практическое пособие. М.: Норма, 2007. – 1024 с.
213. Гражданское право: учебник в 3 т. Т. 2 / Отв. ред. А.П. Сергеев, Ю.К. Толстой. М.: Проспект, 2006. – 776 с.
214. *Данилов Е.П.* Уголовный кодекс Российской Федерации. Комментарии. Судебная и адвокатская практика. Справочные материалы. М.: КНОРУС, 2006. – 752 с.
215. *Елина Н.К.* Медицинская деятельность: виды, правовое регулирование. Самара: Издательство СНЦ РАН, 2010. – 168 с.
216. *Есаков Г.А.* Англо-американское уголовное право: эволюция и современное состояние общей части. М.: ТК Велби, Изд-во Проспект, 2007. – 736 с.
217. *Есаков Г.А.* Mens rea в уголовном праве США: историко-правовое исследование. СПб.: Изд. «Юридический центр Пресс», 2003. – 553 с.
218. *Есаков Г.А., Крылова Н.Е., Серебренникова А.В.* Уголовное право зарубежных стран: учебное пособие. М.: Проспект, 2008. – 336 с.
219. *Жалинский А.Э.* Уголовное право в ожидании перемен: теоретико-инструментальный анализ. 2-е изд. М.: Проспект, 2009. – 400 с.
220. *Исаев Н.Д., Вебер В.Р.* Медицинское право: учебник. Великий Новгород: ИПЦ НовГУ, 2011. – 215 с.



221. *Киркалди-Уиллис У.Х., Шварц О.А.* Традиционная и нетрадиционная медицина: союз в меняющемся мире / Пер с англ. Е.В. Кардаш. СПб: ИГ «Весь», 2010. – 192 с.
222. *Козочкин И.Д.* Уголовное право США: успехи и проблемы реформирования. СПб.: Издательство Р. Асланова «Юридический центр Пресс», 2007. – 478 с.
223. *Колоколов Г.Р., Косолапова Н.В., Никульникова О.В.* Основы медицинского права. Курс лекций. М.: Издательство «Экзамен», 2005. – 320 с.
224. Комментарий к Уголовному кодексу Российской Федерации / Отв. ред. А.В. Наумов. 3-е изд. М.: Юристъ, 2004. – 829 с.
225. Комментарий к Уголовному кодексу Российской Федерации / Отв. ред. В.И. Радченко; Науч. ред. А.С. Михлин. 2-е изд. – М.: Спарк, 2004. – 943 с.
226. Комментарий к Уголовному кодексу Российской Федерации / Отв. ред. А.Э. Жалинский. 3-е изд. М.: Изд. Дом «Городец», 2010. – 1120 с.
227. Комментарий к Уголовному кодексу Российской Федерации с постатейным приложением материалов / Под ред. А.И. Рарога. М.: Проспект, 2010. – 880 с.
228. Комментарий к Уголовному кодексу Российской Федерации (постатейный) / Под ред. А.И. Чучаева. М.: КОНТРАКТ, 2012. – 624 с.
229. Конституции зарубежных государств: Учебное пособие / Сост. В.В. Маклаков. 4-е изд. М.: Волтерс Клувер, 2003. – 594 с.
230. *Коробеев А.И.* Преступления, посягающие на жизнь и здоровье человека. М.: Юрлитинформ, 2012. – 320 с.
231. *Кочои С.М.* Ответственность за корыстные преступления против собственности. 2-е изд. М.: Профобразование, 2000. – 288 с.
232. *Кошелева А.Ю.* Особенности причинной связи в составах преступления, совершаемых путем бездействия. М.: Вече, 2009. – 208 с.



233. *Крылова Н.Е.* Основные черты нового Уголовного кодекса Франции. М.: Спарк, 1996. – 124 с.
234. *Крылова Н.Е.* Уголовное право и биоэтика: проблемы, дискуссии, поиск решений. М.: ИНФРА-М, 2006. – 320 с.
235. *Лопашенко Н.А.* Преступления в сфере экономики: Авторский комментарий к уголовному закону (раздел VIII УК РФ). М. Волтерс Клувер, 2006. – 720 с.
236. *Малеина М.Н.* Человек и медицина в современном праве. М.: Издательство БЕК, 1995. – 260 с.
237. *Малинин В.Б.* Причинная связь в уголовном праве. СПб.: Юридический Центр Пресс, 2000. – 316 с.
238. *Малинин В.Б., Парфенов А.Ф.* Объективная сторона преступления. СПб.: Издательство Юридического института (Санкт-Петербург), 2004. – 301 с.
239. *Мохов А.А.* Медицинское право (правовое регулирование медицинской деятельности): Курс лекций. Волгоград: Изд-во ВолГУ, 2003. – 186 с.
240. *Мохов А.А., Мохова И.Н.* Врачебная ошибка (социально-правовой аспект). Волгоград: Изд. Волгоградского гос. университета, 2004. – 155 с.
241. *Нагаева Т.И.* Формы преступного деяния. Южно-Сахалинск: СазГУ, 2009. – 111 с.
242. *Найговзина Н.Б., Ковалевская М.А.* Система здравоохранения в Российской Федерации: организационно-правовые аспекты. 2-е изд. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. - 451 с.
243. *Наумов А.В.* Практика применения Уголовного кодекса Российской Федерации: комментарий судебной практики и доктринальное толкование / Под ред. Г.М. Резника. М.: Волтерс Клувер, 2005. – 1024 с.
244. *Наумов А.В.* Российское уголовное право: курс лекций: в 3 т. Т. 2: Особенная часть. 5-е изд. М.: Волтерс Клувер, 2011. – 552 с.



245. *Никитина И.О.* Ответственность за преступления в сфере здравоохранения: вопросы правоприменения и совершенствования законодательства / Под общ. ред. П.Н. Панченко. Н. Новгород: Изд-во ФГОУ ВПО «ВГАВТ», 2008. – 231 с.
246. *Ожегов С.И.* Словарь русского языка. 23-е изд. М.: Рус. яз., 1990. – 917 с.
247. Особенная часть Уголовного кодекса Российской Федерации: комментарий, судебная практика, статистика / Под общ. ред. В.М. Лебедева, А.В. Галаховой. М.: Городец, 2009. - 1168 с.
248. *Павлов В.Г.* Субъект преступления. СПб.: Издательство «Юридический центр Пресс», 2001. – 318 с.
249. *Пашипян Г.А., Ившин И.В.* Профессиональные преступления медицинских работников против жизни и здоровья. М.: Медицинская книга, 2006. – 196 с.
250. Полный курс уголовного права: В 5 т. / Под ред. А.И. Коробеева. Т. II: Преступления против личности. СПб.: Издательство Р. Асланова «Юридический центр Пресс», 2008. – 682 с.
251. Полный курс уголовного права: В 5 т. / Под ред. А.И. Коробеева. Т. IV: Преступления против общественной безопасности. СПб.: Издательство Р. Асланова «Юридический центр Пресс», 2008. – 674 с.
252. *Порус В.Н.* Рациональность. Наука. Культура. М.: М. : Гриф и К, 2002. – 351 с.
253. *Расторопов С.В.* Уголовно-правовая охрана здоровья человека от преступных посягательств. СПб.: Юридический центр Пресс, 2006. – 488 с.
254. *Рёрихт А.А.* Теоретические основы медицинского права: Проблемы формирования и развития / Отв. ред. Е.В. Алферова, Н.Ю. Хаманева. М.: ИНИОН РАН, 2011. – 214 с.



255. *Сергеев Ю.Д., Бисюк Ю.В.* Ненадлежащее оказание экстренной медицинской помощи. М.: Авторская академия, Товарищество научных изданий КМК, 2008. – 399 с.
256. *Сергеев Ю.Д., Мохов А.А.* Основы медицинского права России: Учеб. пособие / Под ред. Ю.Д. Сергеева. М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2011. – 360 с.
257. *Скляр С.В.* Вина и мотивы преступного поведения. СПб.: Издательство Р. Асланова «Юридический центр Пресс», 2004. – 326 с.
258. *Спасенников Б.А.* Принудительные меры медицинского характера: история, теория, практика / СПб.: Юридический центр Пресс, 2003. - 412 с.
259. *Стеценко С.Г., Гончаров Н.Г., Стеценко В.Ю., Пицита А.Н.* Медицинское право. Учебник для юр. и мед. вузов / Под общ ред. Н.Г. Гончарова. 2-е изд. М.: РМАПО, ЦКБ РАН, 2011. – 567 с.
260. *Пицита А.Н., Стеценко С.Г.* Медицинское право. Особенная часть. Право на жизнь и получение медицинской помощи. Дефекты оказания медицинской помощи. Учебно-методическое пособие. М.: Российская медицинская академия последипломного образования, 2005. – 48 с.
261. *Тихомиров А.В.* Медицинское право. Практическое пособие. М.: Статут, 1998. – 418 с.
262. *Тобес Б.* Право на здоровье: Теория и практика. М.: Устойчивый мир, 2001. – 370 с.
263. *Тяжкова И.М.* Неосторожные преступления с использованием источников повышенной опасности / Под ред. В.С. Комиссарова. СПб.: Издательство «Юридический центр Пресс», 2002. – 278 с.
264. Уголовное право России. Часть Особенная: Учебник для вузов / Отв. ред. Л.Л. Кругликов. 2-е изд. М.: Волтерс Клувер, 2004. – 880 с.
265. Уголовное право России. Части Общая и Особенная / Под ред. А.И. Рарога. 5-е изд. М.: ТК Велби, Изд-во Проспект, 2005. – 480 с.



266. Уголовное право России. Части Общая и Особенная: курс лекций / А.И. Рарог, Г.А. Есаков, А.И. Чучаев, В.П. Степалин; под ред. А.И. Рарога. 2-е изд. М.: ТК Велби, Изд-во Проспект, 2007. – 496 с.
267. Уголовное право. Особенная часть: учебник / Отв. ред. А.И. Козаченко, Г.П. Новоселов. 4-е изд. М.: Норма, 2008. – 1008 с.
268. Уголовное право: Учебник: В 3 т. Т. 1. Общая часть / Под общ. ред. А.Э. Жалинского. М.: Издательский Дом «Городец», 2011. – 864 с.
269. Уголовный кодекс Российской Федерации. Общая часть. Постатейный научно-практический комментарий / Под ред. А.В. Наумова, А.Г. Кибальника. М.: ЗАО «Библиотечка РГ», 2012. – 576 с.
270. *Ушаков Е.В.* Права и гарантии в системе медицинской помощи. Что нужно знать каждому пациенту. М.: ТК Велби, КиоРус, 2004. – 200 с.
271. *Федотов А.В.* Фикция «среднего человека» в российском уголовном праве. Часть 1 / Под ред. А.Э. Жалинского. М.: Юрлитинформ, 2012. – 576 с.
272. *Якушин В.А., Каиштанов К.Ф.* Вина как основа субъективного вменения. Ульяновск: Средневожский научный центр, 1997. – 65 с.

Статьи на русском языке

273. *Ахунов И.Н., Гурылева М.Э.* Проблема количественного измерения здоровья в медицине: методика качества жизни. // Научные труды III Всероссийского съезда (Национального конгресса) по медицинскому праву 30-31 мая 2007 г. / Под ред. Ю.Д. Сергеева. М.: НАМП, 2007. С. 18-22.
274. *Арсланян К.С.* К вопросу об отказе пациента от медицинского вмешательства // Научные труды I Всероссийского съезда (Национального конгресса) по медицинскому праву. Т. 1, Москва, 25-27 июня 2003 г. / Под ред. Ю.Д. Сергеева. М.: НАМП, 2003. С. 161-164.
275. *Афанасьева Е.Г.* Право на информированное согласие как основа юридического статуса пациента // Современное медицинское право в России



и за рубежом: Сб. науч. тр. / Отв. ред. О.Л. Дубовик, Ю.С. Пивоваров. М.: ИНИОН, 2003. С. 142-161.

276. *Бавсун М., Попов П.* Проблемы квалификации убийства во время родов // Уголовное право. 2009. № 3. С. 12-16.

277. *Баринов Н.А.* Медицинские услуги // Власть закона. 2010. № 3. С. 14-31.

278. *Баринов Е.Х., Тихомиров А.В.* Медицинская юриспруденция и судебная медицина // Медицинская экспертиза и право. 2011. № 3. С.7-11.

279. *Блинов А.Г.* Правовой механизм противодействия преступности в сфере здравоохранения // Противодействие преступности: уголовно-правовые, криминологические и уголовно-исполнительные аспекты. Материалы III Российского Конгресса уголовного права, состоявшегося 29-30 мая 2008 г. М.: Проспект, 2008. С. 187-189.

280. *Блинов А.Г.* Уголовно-правовое значение согласия пациента на участие во врачебных операциях в странах англосаксонской системы права // Уголовное право: стратегия развития в XXI веке: материалы Седьмой международной научно-практической конференции 28-29 января 2010 г. М.: Проспект, 2010. С. 508-513.

281. *Блинов А.Г.* Уголовно-правовая охрана пациента и ее системное обеспечение на законодательном уровне // Системность в уголовном праве. Материалы II Российского Конгресса уголовного права, состоявшегося 31 мая–1 июня 2007 г. М.: ТК Велби, Изд-во Проспект, 2007. С. 65-68.

282. *Власов Ю.* Отграничение убийства и умышленного вреда здоровью, совершенных путем бездействия, от оставления в опасности // Уголовное право. 2008. № 2. С. 19-23.

283. *Воропаева И.В., Исаев Ю.С., Воропаев А.В., Протасевич А.А.* Некоторые аспекты уголовной ответственности за преступления, связанные с оказанием медицинской помощи // Сибирский медицинский журнал. 2008. № 5. С. 108-110.



284. *Галюкова М.И.* Перспективы формирования современного уголовного законодательства о преступлениях против здоровья человека // Уголовное право: стратегия развития в XXI веке: Материалы Пятой Международной научно-практической конференции 24-25 января 2008 г. М.: Проспект, 2008. С. 257-260.
285. *Горбатова М.А.* К вопросу о моменте окончания незаконного производства аборта// Уголовное право: стратегия развития в XXI веке: материалы Восьмой международной научно-практической конференции 27-28 января 2011 г. М.: Проспект, 2011. С. 356-360
286. *Данильченко И.В.* К вопросу об альтернативной медицине // Научные труды III Всероссийского съезда (Национального конгресса) по медицинскому праву / Под ред. Ю.Д. Сергеева. М.: НАМП, 2007. С. 41-43.
287. *Данелян Р.С., Манина Т.А.* Уголовно наказуемое прерывание беременности // Научные труды III Всероссийского съезда (Национального конгресса) по медицинскому праву / Под ред. Ю.Д. Сергеева. М.: НАМП, 2007. С. 442-445.
288. *Данилочкина Ю.В.* Понятие и правовая природа медицинских услуг // Медицинское право. 2008. № 4. С. 9-16.
289. *Дубовик О.Л.* Здоровье человека – важнейший объект правотворчества и правореализации // Современное медицинское право в России и за рубежом: Сб. науч. тр. / Отв. ред. О.Л. Дубовик, Ю.С. Пивоваров. М.: ИНИОН, 2003. С. 6-15.
290. *Ерофеев С.В.* Медико-правовые аспекты оценки качества медицинской помощи: сравнение отечественной и зарубежной практики // Медицинское право. 2006. № 1. (СПС «КонсультантПлюс»).
291. *Ерофеев С.В., Тимофеев Д.Н.* Особенности комиссионных судебно-медицинских экспертиз в связи с ненадлежащим оказанием офтальмологической помощи // Научные труды III Всероссийского съезда



(Национального конгресса) по медицинскому праву / Под ред. Ю.Д. Сергеева. М.: НАМП, 2007. С. 464-466.

292. *Есаков Г.А.* Причинная связь в нетипичных ситуациях: разграничение объективного и субъективного // Уголовное право: стратегия развития в XXI веке: Материалы Пятой Международной научно-практической конференции 24-25 января 2008 г. М.: Проспект, 2008. С. 166-169.

293. *Жалинский А.Э.* Инструментальная характеристика состава преступления // Уголовное право и современность. Сборник статей. Вып. 4. В 2 т. Т. 1. М.: НИУ ВШЭ, Изд-во «Юристъ», 2012. С. 53-61.

294. *Жалинский А.Э.* О построении общей инструментально-целевой теории уголовного права // Право. Журнал высшей школы экономики. 2011. № 4. С. 23-32.

295. *Жалинский А.Э.* Уголовно-экономическое право: проблематика определенности закона (российские и немецкие взгляды) // Преступления в сфере экономики: российский и европейский опыт: материалы третьего совместного российско-германского круглого стола. Москва: ООО «Изд-во “Элит”», 2012. С. 64-81.

296. *Жалинский А.Э., Козловская А.Э.* О возможности правового регулирования деятельности по оказанию оккультных услуг // Журнал российского права. 2006. № 11. С. 60-64.

297. *Жернов В.А.* Правовые проблемы традиционной медицины в практическом здравоохранении // Научные труды I Всероссийского съезда (Национального конгресса) по медицинскому праву. Т. 1, Москва, 25-27 июня 2003 г. / Под ред. Ю.Д. Сергеева. М.: НАМП, 2003. С. 91-93.

298. *Журилов Н.В., Пицита А.Н.* Проблемы добровольного информированного согласия пациента на медицинское вмешательство // Научные труды I Всероссийского съезда (Национального конгресса) по медицинскому праву. Т. 1, Москва, 25-27 июня 2003 г. / Под ред. Ю.Д. Сергеева. М.: НАМП, 2003. С. 93-96.



299. *Иванников И.А.* Право на жизнь и проблемы его реализации в России начала XXI века // Научные труды II Всероссийского съезда (Национального конгресса) по медицинскому праву. Москва, 13-15 апреля 2005 г. / Под ред. Ю.Д. Сергеева. М.: НАМП, 2005. С. 30-32.
300. *Ившин И.В., Чертов А.М.* К вопросу об уголовной ответственности медицинских работников за профессиональные преступления против жизни и здоровья // Научные труды I Всероссийского съезда (Национального конгресса) по медицинскому праву. Т. 1, Москва, 25-27 июня 2003 г. / Под ред. Ю.Д. Сергеева. М.: НАМП, 2003. С. 212-215.
301. *Ившин И.В., Чертов А.М.* Ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей медицинскими работниками как признак объективной стороны преступления // Научные труды II Всероссийского съезда (Национального конгресса) по медицинскому праву. Москва, 13-15 апреля 2005 г. / Под ред. Ю.Д. Сергеева. М.: НАМП, 2005. С. 433-438.
302. *Ившин И.В., Чертов А.М.* Уголовно-правовые аспекты неоказания помощи больному // Научные труды II Всероссийского съезда (Национального конгресса) по медицинскому праву. Москва, 13-15 апреля 2005 г. / Под ред. Ю.Д. Сергеева. М.: НАМП, 2005. С. 438-443.
303. *Исаев Ю.С., Воронаев А.В., Воронаева И.В., Протасевич А.А.* Некоторые примеры судебной практики по привлечению к уголовной ответственности медицинских работников за профессиональные правонарушения // Юридическое и деонтологическое обеспечение прав российских граждан на охрану здоровья: Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. Суздаль, 28-29 мая 2008 г. / Под ред. Ю.Д. Сергеева, С.В. Ерофеева. Иваново-Владимир: НАМП, 2008. С. 285-288.
304. *Каменская Н.А.* Проблемы правового понимания «права на охрану здоровья» и «здоровья» как объекта юридического анализа // Юридическое и деонтологическое обеспечение прав российских граждан на охрану здоровья:



Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. Суздаль, 28-29 мая 2008 г. / Под ред. Ю.Д. Сергеева, С.В. Ерофеева. Иваново-Владимир: НАМП, 2008. С. 39-43.

305. *Караулов В.Ф.* Убийство путем бездействия, отличие от неоказания помощи, повлекшей смерть // Уголовное право: стратегия развития в XXI веке: Материалы Пятой Международной научно-практической конференции 24-25 января 2008 г. М.: Проспект, 2008. С. 264-268.

306. *Кибкало А.П., Мохов А.А.* К вопросу о дефинициях «неблагоприятный исход» и «врачебная ошибка» в медицинской практике и их социально-правовом назначении // Научные труды I Всероссийского съезда (Национального конгресса) по медицинскому праву. Т. 2, Москва, 25-27 июня 2003 г. / Под ред. Ю.Д. Сергеева. М.: НАМП, 2003. С. 145-149.

307. *Киселева М.В.* Объективная сторона незаконного производства аборта // Уголовное право: стратегия развития в XXI веке: материалы Седьмой международной научно-практической конференции 28-29 января 2010 г. М.: Проспект, 2010. С. 295-298.

308. *Клебанов Л.Р.* Некоторые особенности уголовно-правового бездействия (на примере посягательств на культурные ценности) // Уголовное право. 2010. № 2. С. 35-40.

309. *Ковригина Г.Д.* Правовое регулирование целительской деятельности в России: история вопроса и современные общеюрисические начала // Медицинское право. 2008. № 4. С. 38-40.

310. *Король И.Г.* Уголовный закон и ответственность медицинских и фармацевтических работников // Современное медицинское право в России и за рубежом / Отв. ред. О.Л.Дубовик, Ю.С. Пивоваров. М.: ИНИОН РАН: ИГП РАН, 2003. С. 37-52.

311. *Крылова Н., Сафонов В.* К вопросу об определении момента окончания жизни человека в уголовном праве Российской Федерации // Уголовное право. 2010. № 3. С. 54-57.



312. *Кузин С.Г. Ившин И.В.* К вопросу о реализации права пациента на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство // Научные труды II Всероссийского съезда (Национального конгресса) по медицинскому праву. Москва, 13-15 апреля 2005 г. / Под ред. Ю.Д. Сергеева. М.: НАМП, 2005. С. 345-348.
313. *Кученкова М.А., Васильев С.А.* Правовые аспекты пластической хирургии // Научные труды III Всероссийского съезда (Национального конгресса) по медицинскому праву / Под ред. Ю.Д. Сергеева. М.: НАМП, 2007. С. 186-189.
314. *Лопашенко Н.А.* Мошенничество и деятельность в рамках гражданско-правовых договоров: некоторые проблемы разграничения // Уголовное право: истоки, реалии, переход к устойчивому развитию: материалы VI Российского конгресса уголовного права (26-27 мая 2011 года). М.: Проспект, 2011. С. 308-311.
315. *Моргун П.А.* Особенности расследования неосторожных преступлений, совершаемых медицинским работником // Научные труды III Всероссийского съезда (Национального конгресса) по медицинскому праву / Под ред. Ю.Д. Сергеева. М.: НАМП, 2007. С. 494-497.
316. *Пашипян Г.А., Ившин И.В.* Проблемы разграничения и квалификации преступных нарушений профессиональных обязанностей медицинскими работниками, совершенных в форме действия и бездействия // Юридическое и деонтологическое обеспечение прав российских граждан на охрану здоровья: Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. Суздаль, 28-29 мая 2008 г. / Под ред. Ю.Д. Сергеева, С.В. Ерофеева. Иваново-Владимир: НАМП, 2008. С.334-337.
317. *Пискун А.И.* Некоторые проблемы расследования обстоятельств неоказания помощи больному // Юридическое и деонтологическое обеспечение прав российских граждан на охрану здоровья: Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным



участием. Суздаль, 28-29 мая 2008 г. / Под ред. Ю.Д. Сергеева, С.В. Ерофеева. Иваново-Владимир: НАМП, 2008. С. 341-334.

318. *Поздеев А.Р.* Роль специалиста-медика при уголовно-правовой квалификации профессиональных преступлений медицинских работников // Уголовное право: стратегия развития в XXI веке: Материалы Восьмой Международной научно-практической конференции 27-28 января 2011 г. М.: Проспект, 2011. С. 354-355.

319. *Полубинская С.В.* Основания применения принудительных мер медицинского характера // Уголовное право и современность. Сборник статей. Вып. 3. М.: НИУ ВШЭ, 2011. С. 113-125.

320. *Полубинская С.В.* Оценка риска опасного поведения лиц с психическими расстройствами в зарубежном законодательстве и эмпирических исследованиях // Российский криминологический взгляд. 2008. № 3 С. 245-248.

321. *Полубинская С.В.* Принудительные меры медицинского характера: уголовный закон и экспертная практика // Труды института государства и права российской академии наук. Актуальные проблемы уголовного права и уголовного процесса. М.: Ин-т гос. и права РАН 2009. № 6. С. 42-58.

322. *Радченко М.В.* Юридическая оценка неправильных действий медицинских работников // Научные труды I Всероссийского съезда (Национального конгресса) по медицинскому праву. Т. 1, Москва, 25-27 июня 2003 г. / Под ред. Ю.Д. Сергеева. М.: НАМП, 2003. С. 232-234.

323. *Рыков В.А.* Врачебная ошибка: медицинские и правовые аспекты // Научные труды II Всероссийского съезда (Национального конгресса) по медицинскому праву. Т. 2, Москва, 13-15 апреля 2005 г. / Под ред. Ю.Д. Сергеева. М.: НАМП, 2005. С. 472-480.

324. *Рыков В.А.* К вопросу о медицинских и правовых оценках язвенных заболеваний // Научные труды I Всероссийского съезда (Национального



конгресса) по медицинскому праву. Т. 2, Москва, 25-27 июня 2003 г. / Под ред. Ю.Д. Сергеева. М.: НАМП, 2003. С. 161-168.

325. *Рубанова Н.А.* Право на жизнь // Научные труды II Всероссийского съезда (Национального конгресса) по медицинскому праву. Москва, 13-15 апреля 2005 г. / Под ред. Ю.Д. Сергеева. М.: НАМП, 2005. С. 56-62.

326. *Сергеев Ю.Д., Бисюк Ю.В.* Значение стандартов оказания медицинской помощи в судебной практике // Научные труды III Всероссийского съезда (Национального конгресса) по медицинскому праву / Под ред. Ю.Д. Сергеева. М.: НАМП, 2007. С. 544-548.

327. *Сергеев Ю.Д., Бисюк Ю.В.* Структура и причины ненадлежащего оказания медицинской помощи (по материалам судебно-медицинских экспертиз) // Научные труды III Всероссийского съезда (Национального конгресса) по медицинскому праву / Под ред. Ю.Д. Сергеева. М.: НАМП, 2007. С. 536-540.

328. *Сергеев Ю.Д., Ерофеев С.В.* Ненадлежащее оказание медицинской помощи – актуальная медико-юридическая проблема // Научные труды I Всероссийского съезда (Национального конгресса) по медицинскому праву. Т. 1, Москва, 25-27 июня 2003 г. / Под ред. Ю.Д. Сергеева. М.: НАМП, 2003. С. 17-20.

329. *Сергеев Ю.Д., Канунникова Л.В.* Ненадлежащее оказание медицинских услуг и факторы риска его возникновения // Научные труды III Всероссийского съезда (Национального конгресса) по медицинскому праву / Под ред. Ю.Д. Сергеева. М.: НАМП, 2007. С. 109.

330. *Сергеев Ю.Д., Меднис Д.Ю., Драган В.В.* О согласии пациента на медицинское вмешательство (Сообщение 1) // Научные труды III Всероссийского съезда (Национального конгресса) по медицинскому праву 30-31 мая 2007 г. С. 380-382.

331. *Сергеев Ю.Д., Меднис Д.Ю., Драган В.В.* О согласии пациента на медицинское вмешательство (Сообщение 2) // Научные труды III



Всероссийского съезда (Национального конгресса) по медицинскому праву 30-31 мая 2007 г. С. 382-387.

332. *Силуянова И.В.* «Патернализм» и «информированное согласие»: этическое и правовое регулирование отношений «врач-пациент» // Научные труды II Всероссийского съезда (Национального конгресса) по медицинскому праву. Москва, 13-15 апреля 2005 г. / Под ред. Ю.Д. Сергеева. М.: НАМП, 2005. С. 70-77.

333. *Ситдикова Л.Б.* Правовая природа медицинских услуг: гражданско-правовой аспект // Российская юстиция. 2010. № 2. С. 12-16.

334. *Сырейщикова И.А.* Основания возникновения правоотношений, связанных с оказанием медицинской помощи // Юрист. 2008. № 11. С. 51-56.

335. *Тихомиров А.В.* Медицинская услуга: правовые аспекты // Здравоохранение. 1999. № 8. С. 161-178.

336. *Тищенко Е.В., Чурляева И.В.* Проблемы и перспективы развития законодательства РФ об уголовной ответственности медицинских работников // Уголовное право: стратегия развития в XXI веке: материалы Пятой Международной научно-практической конференции 24-25 января 2008 г. М.: Проспект, 2008. С. 276-279.

337. *Трепель В., Полинская Т., Шишов М., Шумилина Е.* К вопросу о применении наказания в виде лишения права заниматься медицинской деятельностью // Уголовное право. 2010. № 5. С. 87-90.

338. *Трубецкой А.Д., Федонников А.С.* Вопросы информированного согласия в российском и французском медицинском законодательстве // Научные труды III Всероссийского съезда (Национального конгресса) по медицинскому праву 30-31 мая 2007 г. С. 387-390

339. *Хлапов А.Л., Камаев И.А., Гриб М.Н., Перевезенцев Е.А.* Профессиональные преступления медицинских работников // Юридическое и деонтологическое обеспечение прав российских граждан на охрану здоровья: Материалы Всероссийской научно-практической конференции с



международным участием. Суздаль, 28-29 мая 2008 г. / Под ред. Ю.Д. Сергеева, С.В. Ерофеева. Иваново-Владимир: НАМП, 2008. С. 372-376.

340. Федорова М.Ю. Правовые проблемы обеспечения доступности медицинской помощи в национальном проекте «Здоровье» // Проблемы совершенствования законодательства Российской Федерации о здравоохранении (материалы научно-практической конференции. М., 20 ноября 2006 г.). М.: ИД «Юриспруденция», 2007. С. 25-31.

341. Флоря В. Об уголовной ответственности при правонарушениях в медицине // Научные труды II Всероссийского съезда (Национального конгресса) по медицинскому праву. Москва, 13-15 апреля 2005 г. / Под ред. Ю.Д. Сергеева. М.: НАМП, 2005. С. 484-486.

342. Энгельгардт А.А. Основания применения норм об идеальной совокупности преступлений // Право и политика. 2012. № 2. С. 282-287.

343. Яни П.С. Разграничение служебных функций и профессиональных обязанностей должностного лица при квалификации взяточничества // Российское правосудие. 2009. № 1 (33). С. 96-108.

Авторефераты диссертаций

344. Елина Н.К. Правовые проблемы оказания медицинских услуг: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. Волгоград, 2006. – 22 с.

345. Галюкова М.И. Уголовно-правовые признаки причинения вреда здоровью: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. Омск, 2006. – 19 с.

346. Малахова М.М. Незаконное занятие частной медицинской практикой или частной фармацевтической деятельностью: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. Ростов-на-Дону, 2008. – 27 с.

347. Кудачков А.В. Врачебная ошибка и ее уголовно-правовая оценка: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. Саратов, 2011. – 22 с.

348. Павлова Н.В. Уголовно-правовое регулирование медицинской деятельности: автореф. ... дис. канд. юрид. наук. М., 2006. – 20 с.



349. *Попов А.Н.* Умышленные преступления против жизни: Проблемы законодательной регламентации и квалификации: автореф. ... дис. докт. юрид. наук. М., 2003. – 50 с.
350. *Сичкаренко А.Ю.* Уголовно-правовое противодействие незаконному занятию частной медицинской практикой или частной фармацевтической деятельностью: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. Ростов-на-Дону, 2011. - 27 с.
351. *Старостина Я.В.* Проблемы уголовной ответственности медицинских работников: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. Ставрополь, 2005. – 25 с.
352. *Татаркин В.В.* Преступления медицинских работников против жизни и здоровья: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. Ростов-на-Дону, 2007. – 27 с.
353. *Червонных Е.В.* Преступления, совершаемые в сфере здравоохранения, и их предупреждение: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. Саратов, 2009. – 22 с.
354. *Ширяев В.А.* «Раздвоенная» форма вины как уголовно-правовая категория: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. М., 1998. – 25 с.

Монографии, статьи и учебники на иностранных языках

355. *Abbott Kevin.* Law and Medicine: Pediatric Faith Healing // American Medical Association Journal of Ethics. 2009. Vol.11, N 10. URL: <http://virtualmentor.ama-assn.org/2009/10/hlaw1-0910.html> (дата обращения: 20.03.2013).
356. *Berg O., K uchler C.* Circoncision et responsabilité du médecin // Médecine & Droit. 2013. N 118. P. 12-15.
357. *Beroud M.* Presentation de la loi du 10 juillet 2000 sur les delits non intentionels // C.E.R.N.A. URL: <http://cerna.pagesperso-orange.fr/GPJ/journeejuridique/jj2001/beroud.htm> (дата обращения: 20.03.2013).



358. *Boudot Jean*. Le droit face au paranormal. Le délit d'exercice illegal de la médecine // Science & pseudo-sciences. 2002. N 253 URL: <http://www.pseudo-sciences.org/spip.php?article545> (дата обращения: 20.03.2013).
359. *Boudot Jean*. Le droit face au paranormal. Le délit d'escroquerie // Science & pseudo-sciences. 2002. N 255. URL: <http://www.pseudo-sciences.org/spip.php?article546> (дата обращения: 20.03.2013).
360. Bulletin d'information N 540 du 01.08.2001. URL: http://www.courdecassation.fr/publications_cour_26/bulletin_information_cour_cassation_27/bulletins_information_2001_1367/n_540_1444/ (дата обращения: 20.03.2013).
361. *Brissonnet J*. L'ostéopathie, médecine holistique ou outil thérapeutique // Science & pseudo-sciences. 2000. N 241. URL: <http://www.pseudo-sciences.org/spip.php?article160> (дата обращения: 20.03.2013).
362. *Cohen Michael*. Legal Boundaries and Ethics in Energy Work // URL: <http://www.camlawblog.com/promo/speaking/legal-boundaries-and-ethics-in-energy-work/> (дата обращения: 20.03.2013).
363. *Cotte B., Guihal D*. La mise en oeuvre jurisprudentielle de la loi du 10 juillet 2000 relative à la définition des délits non intentionnels. Février, 2006. // Senat. Un site au service des citoyens URL: http://www.senat.fr/colloques/colloque_2006_delit/colloque_2006_delit6.html#fn4 (дата обращения: 20.03.2013).
364. *Dachs Robert J., Elias Jay M*. What You Need to Know When Called Upon to Be a Good Samaritan // Fam Pract Manag. 2008 Apr. URL: <http://www.aafp.org/fpm/2008/0400/p37.html#fpm20080400p37-b1> (дата обращения: 20.03.2013).
365. *Dubow Sara*. Ourselves Unborn: A History of the fetus in modern America. Oxford: Oxford University Press, 2010. – 320 p.



366. *Durrieu-Diebolt Carine*. Exercice illégal de la médecine et médecines parallèles. // URL: <http://www.caducee.net/Droit-Sante/DroitSante/exercice-illegale2.asp> (дата обращения: 20.03.2013).
367. *Guigue J*. La non assistance a personne en danger // URL: http://www.developpement-durable.gouv.fr/IMG/spipdgmt/pdf/guigue_cle18b5cf-1.pdf (дата обращения: 20.03.2013).
368. *Elshoud Stephane*. L'essentiel du droit de la santé et du droit médicale. Paris: Ellipses Edition Marketing S.A., 2010. – 144 p.
369. Fetal Homicide // URL: Laws National Conference of State Legislatures <http://www.ncsl.org/issues-research/health/fetal-homicide-state-laws.aspx> (дата обращения: 20.03.2013).
370. *Leavens Arthur*. A Causation Approach to Criminal Omissions // California Law Review. Western New England University School of Law, May, 1988. URL: <http://digitalcommons.law.wne.edu/facschol/78/> (дата обращения: 20.03.2013).
371. *Ferrari I*. Le medicin devant le juge penal // URL: http://www.lexinter.net/JF/responsabilite_penale_des_medecins.htm (дата обращения: 20.03.2013).
372. *Hoerni Bernard*. La Loi du 30 novembre 1892. // Histoire des sciences medicales. Tome XXXII. 1998. N 1. URL: <http://www.biusante.parisdescartes.fr/sfhm/hsm/HSMx1998x032x001/HSMx1998x032x001x0063.pdf> (дата обращения: 20.03.2013).
373. *LaFave Wayne*. Criminal Law. 5th edition. Thomson Reuters, 2010. – 1293 p.
374. *Lavaud-Legendre Bénédicte*. Charlatanisme et droit penal // Les Tribunes de la santé. 2008. N 20. URL: <http://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2008-3-page-67.htm#s2n4> (дата обращения: 20.03.2013).
375. *Laurens Stéphane*. Les dangers de la manipulation mentale // URL: http://a.dorna.free.fr/Archives/Revue04/Rubrique_2/R2SR4.htm (дата обращения: 20.03.2013).



376. *Standler Ronald B.* Legal Right to refuse Medical Treatment in the USA. 29 July 2012. // URL: <http://www.rbs2.com/rrmt.pdf> (дата обращения: 20.03.2013).
377. *Lemeillat Nadine.* Responsabilité des personnes morales : la faute non intentionnelle, de la difficulté d'une juste sanction // URL: <http://www.legipme.com/actualite/fiscalite/responsabilite-des-personnes-morales-faute-non-intentionnelle-de-la-difficulte-juste-sanction.html> (дата обращения 20.03.2013).
378. *Lewis J., Shimabukuro J.* Abortion Law Development: A Brief Overview Updated January 28, 2001 // Almanac of Policy Issues. URL: http://www.policyalmanac.org/culture/archive/crs_abortion_overview.shtml (дата обращения: 20.03.2013).
379. *Lewis Marcia A., Tamparo Carol D.* Medical Law, Ethics and Bioethics. 6 edition. Philadelphia: F.A. Davis Company, 2007. – 268 p.
380. *Loewy Arnold.* Criminal Law. 5th edition. Thomson Reuters, 2009. – 347 p.
381. *Mayaud Yves.* Droit pénal general. 3-e edition . Paris: Presse universitaire de France, 2010. – 647.
382. Medical Errors: A Look at the IOM report: Hearing of the Committee on Health, Education, Labor, and Pensions, US Senate; Jan. 26, 2000. Washington: Government Printing Office, 2000. - 179 p.
383. Medical Liability: New ideas for making the system work better for patients: Hearing of the Committee on Health, Education, Labor, and Pensions. US Senate; June 22, 2006. Washington: Government Printing Office, 2007. - 122 p.
384. *Menikoff J.* Law and Bioethics: An Introduction. Georgetown: Georgetown University Press, 2001. – 506 p.
385. *Miller Diane.* Reiki and Religious Freedom Legal Practice Issues for Reiki // URL: www.reiki.org/Download/ReikiFreedom.pdf (дата обращения: 20.03.2013).
386. *Olivier Aurélie.* Qui peut faire quoi? La réglementation controversée de la profession. 28.10.2007. // URL: <http://www.droit-medical.net/spip.php?article108> (дата обращения: 20.03.2013).



387. Refus de soins et non assistance à personne en danger. URL: http://anabible.webethan.com/spip.php?page=print-article&id_article=5378&lang=fr (дата обращения: 20.03.2013).
388. *Swan Rita*. Letting Children Die for the Faith // Council for Secular Humanism. URL: http://www.secularhumanism.org/index.php?section=library&page=swan_19_1 (дата обращения: 20.03.2013).
389. *Ternisien Xavier*. France: A Separate Crime of «Mental Manipulation» Disappears from the Draft Anti-Cult Law, but the Substance of the Law Remains Unaltered // Le Monde. January 12, 2001 (English translation) URL: <http://www.cesnur.org/2001/jan12.htm> (дата обращения: 20.03.2013).
390. *Truchet Didier*. Code de la santé publique. 25 edition. Paris: Dalloz, 2011. – 3138 p.
391. *Webster Paul*. France to crack down on Sects // The Guardian, 14 June 2000. URL: <http://www.guardian.co.uk/world/2000/jun/14/paulwebster> (дата обращения: 20.03.2013).
392. *Wester-Ouisse V*. Dépénalisation du droit médical // Revue générale de droit médical, juillet. 2008. URL: http://droit.wester.ouisse.free.fr/textes/depenalisation_droit_medical_penalisation_penal_wester_ouisse.pdf (дата обращения: 20.03.2013).

Материалы средств массовой информации

393. Аналитический обзор от 24 июля 2012 года. Документ недели: Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 28 июня 2012 г. № 17 «О рассмотрении судами гражданских дел по спорам о защите прав потребителей» // СПС «КонсультантПлюс».
394. Аналитическая справка Комитета по спасению молодежи об истории секты-коммуны Столбуна-Стрельцовой, 2001 г. // Материалы сайта Религиозная безопасность. URL:



- http://www.stolica.narod.ru/sect_m/stolbun/ob/047.html (дата обращения: 20.03.2013).
395. Архив сообщений о сайентологии // Информационно-консультационный центр Св. Иринея Лионского. URL: <http://www.iriney.ru/sects/sientol/news.htm> (дата обращения: 20.03.2013).
396. Вероника Скворцова доложила Президенту России Владимиру Путину об итогах развития здравоохранения в 2012 году // URL: <http://www.rosminzdrav.ru/health/zdravo2020/12> (дата обращения: 20.03.2013).
397. Виктор Столбун: ученый или псевдо? // Вечерняя Москва от 18 декабря 2007 г. URL: <http://www.vmdaily.ru/article/46622.html> (дата обращения: 20.03.2013).
398. Власти Германии разрешили обрезание // Новостной портал «Комментарии». URL: <http://comments.ua/world/377262-vlasti-germanii-razreshili.html> (дата обращения: 20.03.2013).
399. Во Владивостоке вынесен приговор лже-целителю // URL: <http://news.vl.ru/vlad/2007/05/18/begizov/> (дата обращения: 20.03.2013).
400. Вступил в законную силу обвинительный приговор по уголовному делу в отношении врача-хирурга МУ «Тотемская ЦРБ» Варникова А.В. // Прокуратура Вологодской области. URL: <http://10.troj.z8.ru/news/660/> (дата обращения: 20.03.2013).
401. В Приморье прекращено уголовное дело в отношении «целительницы», по вине которой умер ребенок // URL: <http://vestiregion.ru/2011/06/17/v-primore-prekrashheno-ugolovnoe-delo-v-otnoshenii-celitelnicy-po-vine-kotoroj-umer-rebenok/> (дата обращения: 20.03.2013).
402. *Дворкин А.Л.* Воинствующая посредственность (сайентология в России) // Сайт Православная беседа. URL: <http://www.pravbeseda.ru/library/index.php?page=book&id=616> (дата обращения: 20.03.2013).



403. Дневник Елены М.: «В секте нас лечили голодом и ремнем» // Комсомольская правда от 7 мая 2010 г. URL: <http://www.kp.ru/daily/24497.3/650116/> (дата обращения: 20.03.2013).
404. Заявление Фрэнка Флинна в отношении некоторых заблуждений относительно церкви Саентологии // URL: <http://www.scientologyfacts.ru/1/230.html> (дата обращения: 20.03.2013).
405. Колдунам закон не писан // Огонек от 21 марта 2011 г. № 11. С. 48-49.
406. Кучкина О. Нобелевская премия его найдет! // Новая газета от 18 ноября 2001 г. URL: <http://2001.novayagazeta.ru/nomer/2001/76n/n76n-s17.shtml> (дата обращения: 20.03.2013).
407. Мировым судьей судебного участка № 21 Притобольного района вынесен обвинительный приговор в отношении медицинских работников, по вине которых умер больной, нуждающийся в их помощи // URL: http://www.kurgan.ru/news_proisshestviya/v_kurganskoj_oblasti_vynesen_obvinitelnyy_prigovor_dvum_feldsheram.html (дата обращения: 20.03.2013).
408. Приморский районный суд г. Санкт-Петербурга вынес приговор в отношении руководителей ООО «Дашенька» (ранее ООО «Колыбелька») // Официальный сайт прокуратуры г. Санкт-Петербурга. URL: <http://www.prokuratura.sp.ru/news/2009/09/25/4.html> (дата обращения: 20.03.2013).
409. Пункт 14.10 повестки дня. Пятьдесят шестая сессия А56/18 Всемирной Ассамблеи здравоохранения. «Народная медицина». 28 мая 2003 г. URL: http://whqlibdoc.who.int/wha/2003/WHA56_31_rus.pdf (дата обращения: 20.03.2013).
410. Спорный вопрос: стоит ли рожать в воде // Межрегиональный медицинский интернет-портал. URL: <http://www.tvermed.ru/pubs/akusherstvo-beremennost-i-rody/spornyy-vopros-stoit-li-rozhat-v-vode.html> (дата обращения: 17.09.2012).



411. Суд Ханты-Мансийского автономного округа оправдал мать ребенка, отказавшуюся от переливания крови и просившую использовать кровезаменители из религиозных соображений // Информационный портал Credo.ru. URL: <http://www.portal-credo.ru/site/?act=news&id=85770&cf=> (дата обращения: 20.03.2013).
412. Целителей отправят под наблюдение врачей // Газета «Коммерсантъ-СПБ». URL: <http://www.kommersant.ru/doc/562143> (дата обращения: 20.03.2013).
414. Целительская атака // Власть денег. 2006. № 11. URL: http://www.depo.ua/ru/vlast-deneg/2006_vd/2006_3_vd/52_vtoc/vdart1089.htm (дата обращения: 20.03.2013).
415. Экспертное заключение о Саентологии в качестве религии Иваненко С. И. // URL: <http://www.scientologyfacts.ru/1/223.html> (дата обращения: 20.03.2013).



Приложение 1. Анкета для опроса граждан. Результаты опроса

Опрошено 137 граждан от 18 до 80 лет. Опрос проводился в лечебных учреждениях г. Москвы.

1. Довольны ли Вы качеством медицинского обслуживания в своей поликлинике?

1) да	2) нет	3) затрудняюсь ответить
24 (18%)	80 (58%)	33(24%)

2. Сталкивались ли Вы со случаями ненадлежащего оказания медицинских услуг в поликлиниках, больницах, специализированных диспансерах?

1) да	2) нет
108 (80%)	29 (20%)

3. Случалось ли Вам обращаться к услугам традиционной медицины (гомеопатия, натуропатия, иглоукалывание, ароматерапия и т.п.)?

1) да	2) нет
86 (63%)	51(37%)

4. Если да, то довольны ли Вы оказанными услугами традиционной медицины?

1) да	2) нет	3) затрудняюсь ответить
46 (53%)	15 (17%)	25 (30%)

5. Случалось ли Вам обращаться к целителям, использующим духовные, сверхъестественные силы?

1) да	2) нет
38 (28%)	99 (72%)

6. Если да, то довольны ли Вы оказанными услугами целителей?

1) да	2) нет	3) затрудняюсь ответить
29 (76%)	4 (11%)	5 (13%)



7. Знаете ли Вы о случаях привлечения медицинских работников к уголовной ответственности?

1) знаю из личного опыта или опыта родственников и знакомых	2) знаю из средств массовой информации (телевидение, газеты, радио, Интернет и т.п.)	3) не знаю
15 (11%)	80 (58%)	42 (31%)

8. Ваш возраст:

1) до 20 лет	2) от 20 до 30 лет	3) от 30 до 40 лет	4) от 40 до 50 лет	5) более 50 лет
10 (7%)	50 (36%)	31 (23%)	16 (12%)	30 (22%)



Приложение 2. Анкета для опроса медицинских работников. Результаты опроса

Опрошено 63 медицинских работника различных специальностей от 18 до 70 лет, имеющих среднее специальное и высшее образование. Опрос проводился в лечебных учреждениях г. Москвы.

1. Считаете ли Вы, что медицинский работник полностью защищен с правовой точки зрения, если он действует по всем правилам, предъявляемым к профессии?

1) да	2) нет	3) затрудняюсь ответить
3 (5%)	50 (79%)	10 (16%)

2. Какие существуют правовые риски, которых невозможно избежать, даже действуя по правилам?

1) привлечения к уголовной ответственности	25 (40%)
2) привлечения к гражданско-правовой ответственности (возмещение ущерба)	33 (52%)
3) привлечение к административной ответственности	28 (44%)
4) привлечения к дисциплинарной ответственности, включая увольнение	33 (52%)
5) иные	0
6) таких рисков не существует в случае, если соблюдаются все правила, предъявляемые к профессии	1 (1,5%)
7) затрудняюсь ответить	9 (14%)

3. Считаете ли Вы возможным занятие традиционной медициной (гомеопатия, иглоукалывание, натуропатия, медицинский массаж и т.п.) лицами, не имеющими медицинского образования, но прошедшими соответствующую подготовку, включая основные медицинские познания?

1) да	2) нет	3) затрудняюсь ответить
12 (19%)	42 (67%)	9 (14%)



4. На Ваш взгляд, следует ли привлекать к уголовной ответственности лиц, использующих, по их словам, экстрасенсорные (оккультные) способности, с целью излечения пациента?

1) да	13 (21%)
2) да, если только эта деятельность причинила вред здоровью или существенный имущественный ущерб	28 (44%)
3) нет, это выбор пациента	20 (32%)
4) иное	0
5) затрудняюсь ответить	2 (3%)

5. Как Вы оцениваете существование следующих уголовно-правовых запретов:

а) Части 1 и 2 статьи 235 Уголовного кодекса РФ «Занятие частной медицинской практикой или частной фармацевтической деятельностью лицом, не имеющим лицензии на избранный вид деятельности, если это повлекло по неосторожности причинение вреда здоровью человека или смерти человека»

1) одобряю	2) не одобряю	3) затрудняюсь ответить
41 (65%)	6 (10%)	16 (25%)

б) Часть 1 статьи 238 Уголовного кодекса РФ «Оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности жизни или здоровья потребителей» (в отношении медицинских услуг)

1) одобряю	2) не одобряю	3) затрудняюсь ответить
42 (67%)	6 (10%)	15 (23%)

в) Эвтаназии по части 1 статьи 105 Уголовного кодекса РФ «Убийство, то есть умышленное причинение смерти другому человеку»

1) одобряю	2) не одобряю	3) затрудняюсь ответить
16 (25%)	21 (33%)	26 (42%)

6. Считаете ли Вы, что любое лицо с медицинским образованием должно нести уголовную ответственность за неоказание помощи больному без уважительных причин (статья 124 Уголовного кодекса РФ) при наличии возможности ее оказания и необходимой квалификации,



независимо от того, находится ли лицо на пенсии или не работает по специальности, временно не работает, находится в отпуске?

1) ответственность должно нести любое лицо с медицинским образованием без каких-либо ограничений и исключений	11 (17%)
2) ответственность должны нести только лица, работающие по специальности, независимо от нахождения в отпуске или окончания рабочего дня	19 (30%)
3) ответственность должны нести только лица, работающие по специальности, и только в рабочее время	22 (35%)
4) другое	5 (8%): первую неотложную помощь – все медработники, остальные – по специальности; нарушение клятвы Гиппократова не является преступлением; лицо должно иметь сертификат на определенный вид медицинской деятельности; помощь опасно оказывать, если последует травма или смерть; следует разграничить конкретные обстоятельства неоказания помощи
5) затрудняюсь ответить	6 (10%)

7. Считаете ли Вы, что причинение вреда здоровью или смерти пациента вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей должно являться обстоятельством, отягчающим наказание?

1) да	2) да, но не во всех случаях	3) нет	4) затрудняюсь ответить
11 (17%)	37 (59%)	7 (11%)	8 (13%)

8. Сталкивались ли Вы со случаями привлечения медицинских работников к уголовной ответственности?



1) да	2) нет
24 (38%)	39 (62%)

9. Влияет ли потенциальная возможность привлечения к уголовной ответственности на Ваши профессиональные решения?

1) существенно влияет	2) влияет, но несущественно	3) не влияет	4) затрудняюсь ответить
19 (30%)	22 (35%)	13 (21%)	9 (14%)

10. Ваш возраст:

1) до 25 лет	2) от 25 до 30 лет	3) от 30 до 40 лет	4) от 40 до 50 лет	5) более 50 лет
6 (10%)	6 (10%)	15 (23%)	19 (30%)	17 (27%)

11. Стаж работы:

1) до 5 лет	2) от 5 до 10 лет	3) от 10 до 20 лет	4) более 20 лет
8 (13%)	7 (11%)	20 (32%)	28 (44%)

12. Образование:

1) высшее	2) среднее специальное
43 (68%)	20 (32%)

13. Область медицины:

1) педиатрия	0
2) генетика	4 (6%)
3) акушерство и гинекология	6 (10%)
4) неврология	2 (3%)
5) эндокринология	1 (2%)
6) кардиология	2 (3%)
7) психиатрия	12 (19%)
8) хирургия	0
9) другая	36 (57%), среди них: терапия, массаж, инфекционные заболевания, онкология, дерматовенерология, диагностика (УЗИ и т.п.), травматология, реанимация,



	ОНКОЛОГИЯ, СТОМАТОЛОГИЯ, ИММУНОЛОГИЯ.
--	--

14. Место работы:

1) поликлиника	2) специализированная клиника
10 (16%)	53 (84%)



Приложение 3. Анкета для опроса сотрудников правоохранительных органов. Результаты опроса

Опрошено 32 сотрудника органов СК, прокуратуры, органов внутренних дел в возрасте от 23 до 55 лет. Опрос проводился в г. Москве и г. Коломне.

1. Считаете ли Вы, что причинение вреда здоровью или смерти пациента вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей должно являться обстоятельством, отягчающим наказание?

1) да	2) да, но не во всех случаях	3) нет	4) затрудняюсь ответить
6 (19%)	11 (34%)	14 (44%)	1 (3%)

2. Как Вы оцениваете существование следующих уголовно-правовых запретов:

а) Части 1 и 2 статьи 235 Уголовного кодекса РФ «Занятие частной медицинской практикой или частной фармацевтической деятельностью лицом, не имеющим лицензии на избранный вид деятельности, если это повлекло по неосторожности причинение вреда здоровью человека или смерти человека»

1) одобряю	2) не одобряю	3) затрудняюсь ответить
28 (88%)	2 (6%)	2 (6%)

б) Часть 1 статьи 238 Уголовного кодекса РФ «Оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности жизни или здоровья потребителей» (в отношении медицинских услуг)

1) одобряю	2) не одобряю	3) затрудняюсь ответить
24 (75%)	5 (16%)	3 (9%)

в) Эвтаназии по части 1 статьи 105 Уголовного кодекса РФ «Убийство, то есть умышленное причинение смерти другому человеку»

1) одобряю	2) не одобряю	3) затрудняюсь ответить
12 (38%)	12 (38%)	8 (24%)



3. Считаете ли Вы, что любое лицо с медицинским образованием должно нести уголовную ответственность за неоказание помощи больному без уважительных причин (статья 124 Уголовного кодекса РФ) при наличии возможности ее оказания и необходимой квалификации, независимо от того, находится ли лицо на пенсии или не работает по специальности, временно не работает, находится в отпуске?

1) ответственность должно нести любое лицо с медицинским образованием без каких-либо ограничений и исключений	5 (16%)
2) ответственность должны нести только лица, работающие по специальности, независимо от нахождения в отпуске или окончания рабочего дня	19 (59%)
3) ответственность должны нести только лица, работающие по специальности, и только в рабочее время	6 (19%)
4) другое	1 (3%) требуется конкретизировать ситуации
5) затрудняюсь ответить	1 (3%)

4. Наибольшее количество приговоров в отношении медицинских работников в настоящее время выносится по ч. 2 ст. 109 УК РФ - причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей. Считаете ли Вы санкцию данной статьи адекватной?

а) ограничение свободы до 3-х лет,

1) наказание адекватно	2) оно слишком мягкое	3) оно слишком жесткое	4) затрудняюсь ответить
15 (47%)	10 (31%)	0	7 (22%)

б) принудительные работы до 3-х лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3-х лет или без такового,

1) наказание	2) оно слишком	3) оно слишком	4) затрудняюсь
--------------	----------------	----------------	----------------



адекватно	мягкое	жесткое	ответить
16 (50%)	12 (38%)	0	4 (12%)

в) лишение свободы до 3-х лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3-х лет или без такового

1) наказание адекватно	2) оно слишком мягкое	3) оно слишком жесткое	4) затрудняюсь ответить
18 (56%)	5 (16%)	5 (16%)	4 (12%)

5. Сталкивались ли Вы со случаями привлечение медицинских работников к уголовной ответственности?

1) да	2) нет
16 (50%)	16 (50%)

6. Ваш возраст:

1) до 25 лет	2) от 25 до 30 лет	3) от 30 до 40 лет	4) от 40 до 50 лет	5) более 50 лет
4 (12%)	10 (31%)	13 (41%)	2 (6%)	3 (10%)

7. Стаж работы:

1) до 5 лет	2) от 5 до 10 лет	3) от 10 до 20 лет	4) более 20 лет
9 (28%)	11 (34%)	8 (25%)	4 (13%)

8. Место работы:

органы Прокуратуры	органы Следственного комитета	органы внутренних дел
16 (50%)	8 (25%)	8 (25%)



Приложение 4. Сравнительный анализ приговоров и иных судебных актов

Приговор / иной судебный акт	Позиция обвинения	Позиция защиты	Установленные судом факты	Аргументы принятого решения; обстоятельства, повлиявшие на назначение наказания	Статья УК РФ. Назначенное наказание /иное решение
1. Приговор Камешковского районного суда Владимирской области от 1 марта 2006 г.	Анестезиолог Б. причинил смерть по неосторожности двум лицам вследствие ненадлежащего исполнения своих профессиональных обязанностей (ч. 3 ст. 109 УК РФ).	Б. вину не признал . Сторона защиты утверждала, что стороной обвинения не представлены доказательства причинно-следственной связи наступления смерти О. и Д. от действий Б., а так же то, что он не предвидел и не мог предвидеть выход из строя сразу трех ларингоскопов и наступление указанных последствий.	Б. не был соблюден алгоритм при возникшей трудности интубации трахеи О., что привело к развитию у О. грозных осложнений и смерти. Также произошла асфиксия новорожденного третьей степени, тяжелая гипоксически-ишемическая энцефалопатия, осложненная отеком - набуханием головного мозга, в результате чего, новорожденный Д. умер.	Анестезиолог Б. не справился с интубацией трахеи из-за наличия у него особого состояния. Б. впервые совершил преступление средней тяжести по неосторожности. Судом принимается во внимание наличие в семье виновного инвалида первой группы - матери. Б. неоднократно до совершения преступления и после этого привлекался к дисциплинарной ответственности за нарушение трудовой дисциплины, в т.ч. за появление на рабочем месте в состоянии алкогольного опьянения.	ч.3 ст. 109 УК РФ 3 года лишения свободы с лишением права заниматься врачебной деятельностью на срок 2 года
2.	Врач-			ила преступление	ч. 2 ст. 109



Приговор районного суда г. Татарска Новосибирской области от 12 марта 2009 г.	гинеколог. Ч совершила причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей (ч. 2 ст. 109 УК РФ).	признала полностью, поддержала ходатайство о постановлении приговора без проведения судебного разбирательства.	врачом-гинекологом Ч. было допущено повреждение стенки тонкой кишки, отчего у П. развился разлитой фиброзно-гнойный перитонит с развитием общей интоксикации организма и наступила ее смерть.	впервые, по неосторожности, 33 года работает врачом акушером-гинекологом, вину признает полностью, раскаивается.	УК РФ 2 года лишения свободы условно без лишения права заниматься врачебной деятельностью
3. Приговор Петроградского районного суда г. Санкт-Петербурга от 14 июня 2006 г.	Анестезиолог и-реаниматолог и Ч. и П. совершили причинение смерти по неосторожности, вследствие ненадлежащего исполнения своих профессиональных обязанностей (ч. 2 ст. 109 УК РФ).	Ч. и П. вину не признали . Защита полагает, что смерть К. наступила ввиду проведения в ДГБ №1 (куда перевели пациентку) люмбальной пункции, при наличии противопоказаний к ней. П. не участвовала в отмене диагноза, ей под наблюдение передали пациента с уже измененными диагнозом и выработанным планом дальнейших действий, который она, в силу служебного положения и	Ч. неадекватно оценил данные анамнеза, необоснованно снял диагноз «менингококковая инфекция», не установил правильный диагноз, не назначил адекватное лечение, неадекватно провел инфузионную терапию ребенку К. Далее Ч. сдал дежурство П., которая неадекватно оценила данные анамнеза, не установила правильный диагноз, не назначила адекватное лечение, неадекватно провела инфузионную терапию. Далее К. перевели в ДГБ № 1 в	Ч. и П. судимостей не имеют. Ч. положительного характеризуется, данные, характеризующие П. стороной защиты не представлены. Суд учитывает совершение подсудимыми неосторожного преступления, но усматривает в содеянном циничную составляющую, когда в течение длительного времени больной тяжелым и сложным заболеванием ребенок в	Ч. – ч.2 ст. 109 УК РФ 2 года лишения свободы с лишением права заниматься врачебной деятельностью сроком на 2 года П. – ч.2 ст. 109 УК РФ



		технической оснащенности клиники на тот момент, изменить не могла.	токсического шока, с отеком головного мозга, где последовала ее смерть. Дефект медицинской помощи, оказанной в ДГБ № 1 не утяжелил ее состояния.	стационаре был оставлен без медицинской помощи.	1 год лишения свободы с лишением права заниматься врачебной деятельностью, сроком на 2 года
4. Приговор Думиничского районного суда Калужской области от 14 февраля 2009 г.	Терапевт Б. совершила причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения своих профессиональных обязанностей (ч. 2 ст. 109 УК РФ).	Б. не признала себя виновной. Пояснила, что в отношении Т. были собраны все необходимые анализы, Т. была направлена на обследование в другие больницы, но обследование не было проведено своевременно. Препараты, назначенные Т., не усугубляли ее состояние. Б. использовала все возможные и своевременные меры для установления диагноза болезни Т.	Б. не произвела надлежащим образом обследование Т., не поставила правильный и полный диагноз (хотя такая возможность была), не организовала требуемого лечения Т., назначила препараты, которые усугубляли состояние Т., не организовала консилиум врачей. Б. осознавала, что болезнь Т. не диагностирована, а применение лечения симптоматического характера не могло привести к положительным результатам. Это повлекло смерть Т.	Обстоятельства, смягчающие и отягчающие наказание отсутствуют.	ч. 2 ст. 109 УК РФ 1 год и 6 месяцев лишения свободы условно без лишения права заниматься врачебной деятельностью
5. Приговор Новозыбковского	Анестезиолог - реаниматолог Х. прич	Х. вину не признал . Пояснил, что не обращался к хирургу, считая, что	Х. предпринял не менее 12 попыток катетеризации вен У., в нарушении должностной	В качестве обстоятельств, смягчающих наказание подсудимому Х. суд о первую	ч. 2 ст. 109 УК РФ 2 года лишения



городского суда Брянской области от 17 декабря 2009 г.	смерть по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей (ч. 2 ст. 109 УК РФ).	катетеризации сделает самостоятельно, т.к. ранее часто проводил подобные операции, как у детей, так и у взрослых.	привлечению врача-хирурга для проведения венесекции бедренной вены. В результате действий Х. произошли обширные кровоизлияния, геморрагический шок. Несмотря на проводимую в дальнейшем инфузионную терапию У. скончалась.	судимость, наличие у него двоих малолетних детей, занятие общественно-полезным трудом и положительную характеристику по месту жительства и работы. Обстоятельств, отягчающих наказание, не имеется.	свободы условно без лишения права заниматься врачебной деятельностью
6. Приговор Октябрьского районного суда г. Орска Оренбургской области от 03 декабря 2009 г.	Отоларинголог Р. причинила смерть по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения своих профессиональных обязанностей (ч. 2 ст. 109 УК РФ).	Р. признала вину, раскаялась.	Р. технически неправильно выполнила операцию по удалению миндалин, что привело к кровотечению, которое Р. останавливала лишь временными методами, хотя имела возможность сделать перевязку сонной артерии и предотвратить смерть К. Массивная кровопотеря привела к смерти К.	Признание вины, раскаяние, совершение впервые преступления по неосторожности, положительная характеристика – обстоятельства, смягчающие наказание.	ч.2 ст. 109 УК РФ 1 год лишения свободы с лишением права заниматься врачебной операционной деятельностью сроком на 3 года
7. Приговор Островского городского суда Псковской	Заведующий хирургическим отделением Ш. причинил смерть по неосторожности	Ш. вину не признал . Пояснил, что врач-невролог Б., ранее осмотревшая М. ничего страшного у него не выявила. М. был адекватен, просил отпустить его	Ш. не провел полное обследование, провел обработку ссадин и отправил М. (пострадавшего в ДТП) домой, хотя мог и обязан был диагностировать черепно-	Ш. ранее не судим, характеризуется положительно, имеет 12-летний стаж работы хирургом, неоднократно поощрялся администрацией	ч. 2 ст. 109 УК РФ 1 год лишения свободы условно без



области от 05 марта 2007 г.	ти вследствие ненадлежащего исполнения своих профессиональных обязанностей (ч. 2 ст. 109 УК РФ).	травму М. получил позже. Ш. утверждал, что ему не было известно о диагнозе черепно-мозговая травма, поставленном фельдшером скорой помощи и врачом-неврологом.	гематомы, срочно провести операцию. Свидетели утверждают, что Ш. в нарушение закона, не хотел госпитализировать М. из-за отсутствия гражданства РФ и полиса медицинского страхования.	Обстоятельств, отягчающих наказание, судом не выявлено.	лишения права заниматься врачебной деятельностью
8. Приговор Урюпинского городского суда Волгоградской области от 9 ноября 2009 г.	Акушер-гинеколог Г. совершила причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей (ч. 2 ст. 109 УК РФ).	Г. вину не признала . Пояснила, что когда увидела тугое обвитие пуповины вокруг шеи плода, был поставлен окситоцин, который положительного эффекта не дал. Пуповина на шее была тут же рассечена в клеммах. Роженица в потужном периоде никак не способствовала ускорению второго периода: она не прислушивалась к их советам, постоянно говорила ей, что ей больно, перестала тужиться.	Г., избрав правильную концепцию ведения родов у А., не реализовала ее надлежащим образом, не определила момент страдания плода, частоту сердечных сокращений плода после каждой потуги не выслушивала, не приняла мер к своевременному ускорению ведения 2-го периода родов, что привело к развитию острой интранатальной асфиксии плода вследствие тугого обвития пуповиной вокруг шеи, в результате чего ребенок Н. родился в крайне тяжелом состоянии и несмотря на своевременное оказание реанимационных мероприятий скончался.	Обстоятельств, отягчающих наказание, судом не установлено. К обстоятельствам, смягчающим наказание суд относит положительные характеристики с места работы, совершение неосторожного преступления впервые, наличие на иждивении одного малолетнего ребенка, наличие заболевания. При назначении наказания, суд также учитывает мнение потерпевшей А., которая просила не направлять подсудимую Г. в места лишения свободы.	Ч. 2 ст. 109 УК РФ 2 года 6 месяцев лишения свободы условно с лишением права заниматься врачебной и иной медицинской деятельностью на 3 года
9. Приговор Первомайск	Врач-инфекционист У. соверш	У. вину не признала . Считает,	При наличии к тому показаний У. не организовала	У. кроме медицинского образования дополнительных не	ч. 2 ст. 109 УК РФ 1 год 6



кого городского суда Красноярского края от 3 октября 2008 г.	причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения своих профессиональных обязанностей (ч. 2 ст. 109 УК РФ).	назначила П. было адекватным, на смерть П. мог повлиять сниженный индивидуальный иммунный статус организма, однако в целях повышения этого статуса П. был назначен препарат «Имуноглобулин».	хирурга, не провела дифференциальную диагностику между заболеванием инфекционного характера и острой хирургической патологией, не поставив П. истинного диагноза, назначила введение препарата «Лоперамид», хотя должна была знать, что указанный препарат противопоказан больным с острой кишечной непроходимостью, что впоследствии способствовало усилению интоксикации организма П. и вызвало его смерть.	имеет, является кормильцем в семье. У. активно способствовала раскрытию преступления, раскаивается в содеянном, имеет одного малолетнего ребенка, по месту жительства и по месту последней и настоящей работы У. характеризуется положительно, не судима. Обстоятельств, отягчающих наказание, судом не установлено.	месяцев лишения свободы без лишения права заниматься врачебной деятельностью. Отсрочить реальное отбывание наказания до достижения ее ребенком 14 лет.
10. Кассационное определение Магаданского областного суда от 28 апреля 2010 г. на приговор Магаданского	Акушер-гинеколог А. причинила смерть по неосторожности новорожденному М. вследствие допущенных недостатков при ведении беременной – дефекто-	А. вину не признала , показала, что у беременной была выявлена хроническая форма цитомегаловирусной инфекции (ЦМВИ), однако данную инфекцию она перенесла давно и эта форма не требовала повторного обследования, тем более лечения, которое не проводится беременным даже в стадии обострения, поскольку препараты	У беременной имелась циталомегавирусная инфекция со сформированным иммунитетом и отсутствием признаков обострения, поэтому она не нуждалась в дополнительном обследовании и лечении.. У доношенного ребенка непосредственно после рождения развился респираторный дистресс-синдром на фоне выраженных	Органом предварительного следствия и обвинением не представлено доказательств, свидетельствующих о допущенных А. недостатках при ведении беременной М. – дефектах диагностики и неназначении лечения хронической внутриутробной инфекции и наличии причинно- ной связи между	Суд первой инстанции постановил оправдательный приговор за отсутствием в действиях А. состава преступления.



городского суда от 1 марта 2010 г.	диагностики и не назначения лечения хронической внутриутробной инфекции (ч. 2 ст. 109 УК РФ).	для плода. А. считает, что ею были выполнены все необходимые действия по ведению беременной.	врожденной двусторонней пневмонии с отеком легких. В данном случае имело место внутриутробное инфицирование плода в последние дни беременности или при родах. Новорожденный ребенок М. умер на следующий день после проведения операции кесарево сечение.	этим недостатками и смертью новорожденного ребенка М.	Кассационная инстанция оставила приговор без изменения, а кассационное представление – без удовлетворения.
11. Приговор Суздальского районного суда Владимирской области от 15 июля 2010 г.	Врач анестезиолог-реаниматолог А. совершила причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей (ч. 2 ст. 109 УК РФ).	А. вину не признала . А. то поясняла, что иногруппную кровь перелила медсестра, пока А. отсутствовала в палате, то полностью отрицала сам факт переливания иногруппной крови больному, поясняя, что ей лично ничего об этом известно не было. Больному У. неправильно определена причина смерти, смерть наступила от основной и сопутствующей патологии желудочно-кишечное кровотечение, язвенной болезни желудка, осложненной	Бригадой скорой медицинской помощи в хирургическое отделение больницы доставлен У. с диагнозом: желудочно-кишечное кровотечение. Больной был осмотрен дежурным врачом-хирургом, который подтвердил диагноз: желудочно-кишечное кровотечение. У. было назначено лечение. А. не проведя контрольные исследования непосредственно у постели реципиента, нарушив Инструкцию по применению компонентов крови, перелила 250 мл. эритроцитарной массы	Версия защиты о причине смерти У. опровергается экспертным заключением. Обстоятельствами, смягчающими наказание подсудимой, суд признает ее возраст (1942 год рождения). Обстоятельств, отягчающих наказание, судом не установлено. Потерпевшая не настаивает на строгом наказании. А. удовлетворительно характеризуется по месту работы, имеет большой стаж в должности врача, является квалифицированным	ч.2 ст. 109 УК РФ 2 года лишения свободы условно с лишением права заниматься врачебной деятельностью сроком на 2 года 6 месяцев



			<p>крови А (II) резус положительный. Смерть У. наступила от острой почечной недостаточности и шока, которые явились реакцией на переливание ему эритроцитарной массы несовместимой иногруппной крови.</p> <p>После обнаружения факта переливания крови медицинская помощь была оказана больному правильно.</p>	<p>специальными методиками реанимации интенсивной терапии, но обладает рядом личностных качеств, затрудняющих взаимодействие с коллегами, привлекалась к дисциплинарной ответственности за ненадлежащее исполнение трудовых обязанностей. А. ранее не судима, к административной ответственности не привлекалась, имеет постоянное место работы и жительства. А. несовершеннолетних и других лиц на иждивении не имеет.</p> <p>А. халатно отнеслась к врачебному долгу.</p>	
<p>12. а) Приговор Кировского районного суда г. Казани от 15 сентября 2010 г.</p>	<p>Врач-хирург В. совершил причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения своих профессиональных</p>	<p>В. полностью признал свою вину и раскаялся, поддержал ходатайство о рассмотрении дела в особом порядке.</p>	<p>В. не провел полного обследования ребенка Т., нарушил технологию проведения анестезии, провел оперативное вмешательство по удалению крайней плоти в нестационарных условиях. Значительно превысил допустимую дозу «Лидокаина», что оказало</p>	<p>а) Назначая условное наказание, суд первой инстанции сослался на положительные данные о личности В., на раскаяние в содеянном, совершение им неосторожного преступления.</p> <p>б) Суд кассационной инстанции посчитал, что</p>	<p>ч. 2 ст. 109 УК РФ а) Первая инстанция - 1 год 6 месяцев лишения свободы условно с лишением права</p>



<p>б) Кассационное определение Верховного суда Респ. Татарстан от 29 октября 2010 г.</p> <p>в) Приговор Кировского районного суда г. Казани от 18 ноября 2010 г.</p>	<p>обязанностей. В кассационном представлении и государственной обвинитель по делу считает, что суд назначил осужденному В. условное наказание необоснованно, т.к. В. совершил преступление в период испытательного срока, назначенное ему наказание не соответствует характеру и степени общественной опасности преступления. Потерпевшая Т. просит пригово</p>		<p>организм Т., причинило тяжкий вред здоровью. Т. впал в кому и в тот же день скончался.</p>	<p>достаточными для назначения В. условного наказания, т.к. практически не были учтены обстоятельства преступления (место его совершения, в отношении малолетнего потерпевшего и др.), что преступление совершено в период отбывания условного наказания по ч.1 ст.119 УК РФ.</p> <p>в) Отягчающим обстоятельством является совершение преступления в отношении малолетнего. В. ранее судим за преступление против личности (ч. 1 ст. 119 УК РФ), совершил преступление в период испытательного срока. В. положительно характеризуется по месту жительства и работы, свою вину в преступлении полностью признал.</p>	<p>заниматься медицинской деятельностью на 2 года.</p> <p>б) Кассационная инстанция приговор отменила и дело направила на новое рассмотрение в тот же суд, в ином составе суда.</p> <p>в) Суд назначил 1 год и 3 месяца лишения свободы с лишением права заниматься врачебной деятельностью сроком на 3 года.</p>
--	--	--	---	--	--



	отменить за мягкостью назначенного осужденному наказания. Она указывает, что виновный в смерти ее сына должен понести суровое наказание.				Частично присоединил неотбытую часть наказания по предыдущему приговору – окончательное наказание в виде лишения свободы – 1 год 6 месяцев.
13. Приговор Пресненского районного суда г. Москвы от 5 мая 2010 г.	Акушер-гинеколог К. совершила причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения своих профессиональных обязанностей (ч. 2 ст.	К. вину не признала . К. считает, что лично она, врач-анестезиолог, операционная сестра и акушерка скорой помощи в сложившейся ситуации действовали правильно, оказывая Ф. всю возможную медицинскую помощь. Врачи организации, куда позже была госпитализирована Ф. по	К. произвела Ф. искусственное прерывание беременности при сроке беременности в 16 – 16,5 недель в отсутствие обязательных для прерывания беременности сроком более 12 недель социальных или медицинских показаний. При развитии у Ф. осложнения – маточного кровотечения К. не привлекла вовремя к лечебно-диагностическому процессу	К. к уголовной ответственности привлекается впервые, на учете в НД и ПНД не состоит, по месту работы характеризуется положительно.	ч.2 ст. 109 УК РФ 3 года лишения свободы условно с лишением права заниматься деятельностью по оказанию медицинских услуг



	УК РФ).	наличии все необходимое медицинское оборудование для оказания экстренной медицинской помощи, свои обязанности не выполнили.	неотложной медицинской помощи, что привело к тяжелому геморрагическому шоку и к смерти Ф. Действия врачей бригады скорой медицинской помощи были правильными. Врач К., получив сигнал о том, что скорая везет пациентку с профузным маточным кровотечением, недоучел тяжесть ее состояния, что привело к отсроченному на 55 минут оказанию медицинской помощи. Это усугубило тяжесть состояния Ф. Но к моменту поступления в организацию у Ф. имелся практически необратимый геморрагический шок 3 степени, установить прямую причинно-следственную связь между указанным недостатком и наступлением смерти Ф. невозможно.		сроком на 3 года
14. Приговор Верховного районного суда Свердловской области	Анестезиолог - реаниматолог М. совершил причинение смерти по неосторожности вслед	М. признал себя полностью виновным, поддержал заявленное ходатайство о рассмотрении судом уголовного дела в особом порядке судебного	В ходе операции при выполнении анестезиологического пособия в процессе перевода пациентки З. на искусственную вентиляцию легких М. повел интубацию	М. совершил по неосторожности преступление средней тяжести. М. ранее не судим, как личность по месту жительства и прежней работы характеризуется	ч.2 ст. 109 УК РФ 1 год 6 месяцев лишения свободы условно с лишением



от 8 ноября 2008 г.	ненадлежащего исполнения своих профессиональных обязанностей (ч. 2 ст. 109 УК РФ).		неправильно – интубационная трубка введена в пищевод, что повлекло за собой гипоксическую асфиксию, повлекшую за собой острую сердечно-сосудистую недостаточность тяжелой степени и смерть З. на операционном столе. За 30 минут М. мероприятия по диагностике причин гипоксии и по устранению гипоксии не произвел, неправильное выполнение интубации не выявил.	положительной стороны. Кроме того, суд принимает во внимание позицию потерпевшего, просившего суд о назначении наказания подсудимому не связанного с лишением свободы.	права заниматься в медицинских учреждениях лечебной деятельностью, связанной с проведением интенсивной терапии и реанимации, сроком на 2 года
15. Приговор Лиманского районного суда Астраханской области от 9 марта 2011 г.	Анестезиолог – реаниматолог М. совершил причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения своих профессиональных	М. себя виновным не признал . Пояснил, что после экстубации им была осмотрена ротовая полость, признаков повреждения не было выявлено, на интубационной трубке никаких посторонних примесей не было. В течение ближайшего времени он заходил к Ф. Она была в сознании,	М. при интубации трахеи больной допустил техническую ошибку, приведшую к образованию перфорации гортани больной Ф. После экстубации М. ненадлежащим образом осмотрел ротовую полость Ф., признаков повреждений слизистой не выявил. М. не осмотрел Ф. на следующий день после операции, не	Положительные характеристики по месту работы и места жительства и совершение впервые преступления по неосторожности судом признаются обстоятельствами, смягчающими наказание. Обстоятельств, отягчающих наказание, не установлено. Но М. не раскаялся в	ч.2 ст. 109 УК РФ 1 год 6 месяцев лишения свободы с лишением права занимать должности в медицинских



	<p>обязанностей (ч. 2 ст. 109 УК РФ).</p>	<p>естественно заторможена. В течение дня эту больную он больше не наблюдал, и к ней его не вызывали в течение дежурства. Затем он сменился с дежурства и ушел домой. Когда М. пришел на работу, то узнал, что больную Ф. срочно переводят в другую больницу. Анестезиолог на следующий день после операции не обязан осматривать больную, непосредственное наблюдение послеоперационной больной должен вести лечащий врач или дежурный врач, если это ночное время и выходные, праздничные дни. Отсроченных осложнений анестезии у Ф. в послеоперационный период в его дежурство не было. М. уверен, что если бы больной вовремя занялись другие врачи, в том числе ЛОР, то смерти бы Ф. удалось избежать.</p>	<p>отсроченных осложнений анестезии, что впоследствии привело к поздней диагностике повреждения гортани и связанных с ним осложнений. М. не описал в истории болезни хода анестезии и состояния Ф., не сдал официально ее под наблюдение дежурным врачам, не учитывая при этом того, что с учетом индивидуальных особенностей больной Ф. - ожирение 3 степени, ранее перенесенных 5-6 наркозов тем же способом, состояние слизистой глотки является весьма травматичной. В послеоперационный период, Ф. предъявляла жалобы на кашель, боли в горле дежурным врачам МУЗ, состояние Ф. стало ухудшаться и в сопровождении реанимационной бригады Ф. была направлена другую больницу, где Ф. была проведена операция - шейная медиастинотомия</p>	<p>возмещению потерпевшему морального вреда.</p>	<p>лечебных учреждений и заниматься медицинской деятельностью на срок 6 месяцев</p>
--	---	---	--	--	---



		действий М., оно было самопроизвольным, связанным с хроническими заболеваниями и ранее перенесенными наркозами.	средостения. На операции выявлен гнойный медиастинит. В послеоперационном периоде наступила остановка сердечной деятельности, реанимационные остались без эффекта, была констатирована биологическая смерть Ф.		
16. Приговор Петрозаводского городского суда Республики Карелия от 1 июля 2010 г.	Медицинская сестра гинекологического отделения К. совершила причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения своих профессиональных обязанностей (ч. 2 ст. 109 УК РФ).	К. признала себя виновной полностью, поддержала заявленное ходатайство о рассмотрении судом уголовного дела в особом порядке судебного разбирательства.	К. надлежащим образом не пересчитала полотенца до начала проведения операции, в результате чего не обеспечила строгий учет операционного материала, сообщила оперирующему хирургу Ф. о совпадении счета использованного при проведении операции операционного материала и изъятого из операционного поля, после чего Ф. ушила брюшную полость О. с оставленным внутри инородным телом – полотенцем, что привело к формированию воспалительного инфильтрата в брюшной полости и наружных тонкокишечных свищей с осложнениями, что повлекло наступление смерти	Отягчающих обстоятельств судом не установлено. К смягчающим суд относит явку с повинной, совершение преступления впервые, раскаяние в содеянном, признание вины. Характеризуется К. по месту жительства и работы положительно, ранее не судима, к административной ответственности не привлекалась, на учетах в наркологическом и психоневрологическом диспансерах не состоит. Иной специальности К. не имеет и работа в качестве медицинской сестры является единственным источником ее доходов.	ч.2 ст. 109 УК РФ 1 год лишения свободы условно с лишением права занимать должности операционной медицинской сестры в медицинских учреждениях всех форм собственности сроком на 3 года



<p>17. Приговор Каслинског о городского суда Челябинск ой области от 20 сентября 2010 г.</p>	<p>Врач-педиатр В. совершила причинение смерти по неосторожнос ти вследствие ненадлежащег о исполнения своих профессионал ьных обязанностей (ч. 2 ст. 109 УК РФ).</p>	<p>В. вину не признала. Пояснила, что при общении с матерью Б. она уточняла, с какими жалобами ее ребенок поступил. Мать о возможности наличия инородного тела не сообщала. Когда состояние Б. начало ухудшаться, В. усилила ему ингаляции и назначила гормональную терапию. Затем вызвала ЛОР врача, но его не было дома. Около часа дня состояние Б. стало очень быстро ухудшаться. Она назначила кислородную терапию и вызывала по телефону реаниматолога, но он был на операции. Когда ей кто-то сказал, что Б. ел яблоко и подавился, она поставила под вопросом диагноз «Инородное тело». Поскольку Б. стало хуже, она приняла решение перевести его на ИВЛ. Однако перевести больного на ИВЛ не удалось, была констатирована смерть Б. В. по обстоятельствам дела</p>	<p>В. не выполнила обязательный минимум обследований, позволивший выставить правильный диагноз и исключить наличие ларинготрахеита. Несмотря на неэффективность проводимого лечения Б., ухудшения общего состояния больного, В. не приняла мер к переводу Б. на постоянную кислородотерапию и срочную госпитализацию в специализированный стационар. Б. скончался в результате острой дыхательной недостаточности, которая явилась следствием механической асфиксии, в результате закрытия просветов главных бронхов инородными предметами – частицами древесного угля. Диагноз «инородное тело» было возможно установить без сведений от матери Б. о возможности наличия инородного тела у ребенка на основании характерного начала заболевания (во время игры, неожиданно, у</p>	<p>Обстоятельств, отягчающи х наказание, судом не установлено. В качестве обстоятельств, смягчающих наказание, суд учитывает, что подсудимая ранее не судима, имеет иждивенца. Суд принимает во внимание, что подсудимая имеет постоянное место жительства и работы, на учете врачей нарколога и психиатра не состоит, ее состояние здоровья, то что ее муж предупрежден о предстоящем увольнении по сокращению, то что она положительно характеризуется, смертности детей на ее участке не было. Работа в обычной и стрессовой ситуации остается позитивным человеком, уважаема в коллективе, доброжелательна, отзывчива на просьбы. Руководство ценит ее как хорошего сотрудника.</p>	<p>ч.2 ст. 109 УК РФ 2 года лишения свободы условно с лишением права занимать должность врача- педиатра сроком на 2 года</p>
--	---	---	--	---	--



		предвидеть смерть Б.	объективного состояния пациента дополнительных исследований, рентгенологического исследования органов грудной клетки, консультаций специалистов.		
18. Приговор Центрального районного суда г. Тольятти Самарской области от 17 апреля 2009 г.	Нейрохирург, дежурный врач Г. совершил деяния, предусмотренные ч. 2 ст. 124, ч. 2 ст. 293 УК РФ.	Г. вину признал .	Своевременно бригадой скорой помощи госпитализирован малолетний Ф. Г. осмотрел Ф., поставил предварительный диагноз «ушиб головного мозга и линейным перелом свода черепа», назначив госпитализацию, рентгенографию в 2-х проекциях. Г. назначил консервативное лечение, передал лист назначения, но как выполняли его назначения, он не проверил. Г. не принял меры для диагностики осложнений, неправильно подобрал лечение, диагноз у Ф. был установлен неправильно, Г. не распознал эпидуральную гематому головного мозга у Ф. Объективных причин, препятствующих постановке	Фактические обстоятельства дела свидетельствуют о том, деяние, совершенное Г., связано с его профессиональными функциями, как врача, которые он исполнил ненадлежаще, в связи с чем он должен нести ответственность за неосторожное преступление против личности, в зависимости от наступивших последствий и его действия должны быть квалифицированы по ст. 109 ч.2 УК РФ, а не по ст. 293 ч.2 УК РФ. Квалификация по ст.124 ч.2 УК РФ является излишней, в связи с чем подлежит исключению из обвинения подсудимого. Г. не состоит на учете у	ч. 2 ст. 109 УК РФ 2 года лишения свободы условно с лишением права занимать должности, связанные с врачебной деятельностью, в системе органов здравоохранения сроком на 2 года



			<p>правильного лечения не было. Г. не наблюдал ребенка каждый час, как это положено в случае госпитализации младенцев.</p> <p>При осмотре в 06 ч. 30 мин., Ф. находился в крайне тяжелом состоянии, Г. начал реанимационные мероприятия, на руках доставил ребенка в отделение реанимации, где после проведения интенсивной реанимации была констатирована смерть Ф.</p>	<p>психиатра, ранее не судим, по месту жительства и по прежнему месту работы характеризуется положительно, имеет заболевания.</p> <p>Смягчающим обстоятельством является признание им вины.</p> <p>Отягчающих обстоятельств судом не установлено.</p>	
<p>19. Приговор Свердловского районного суда г. Костромы от 11 июля 2011 г.</p>	<p>Акушер-гинеколог Г. совершил причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения своих профессиональных обязанностей (ч. 2 ст. 109 УК РФ)</p>	<p>Г. вину не признал. Пояснил, что метод выдавливания он не применял. Повреждения, имеющиеся у ребенка, могли быть гипоксического характера, которые развивались в течение длительного времени.</p>	<p>Г., выявив слабость родовой деятельности с затяжным периодом врезывания головки крупного плода и крупные размеры плода, осознавая, что согласно общепринятой акушерской практике для предотвращения возникновения острой гипоксии у плода необходимо применить наложение щипцов при уменьшении сердцебиений плода до 110 ударов в одну минуту или вакуум-экстрактор, применил</p>	<p>Смягчающими наказание обстоятельствами суд признает: наличие двоих малолетних детей.</p> <p>Характеризующий материал на Г. носит положительный характер: по месту работы он характеризуется исключительно положительно.</p>	<p>ч. 2 ст. 109 УК РФ 2 года лишения свободы условно с лишением права заниматься врачебной деятельностью, связанной с проведением родов</p>



			<p>время к использованию метод выдавливания плода, надавливая своими руками на живот потерпевшей. В результате его действий ребенку были причинены телесные повреждения. Ребенок скончался от родовой закрытой тупой травмы спинного мозга осложнившейся асфиксией новорожденного. Другие врачи, участвующие в реанимационных мероприятиях по оказанию помощи родившемуся ребенку, своими действиями не могли причинить ему каких-либо телесных повреждений.</p>		на срок 2 года
<p>20. Приговор Омутнинского районного суда Кировской области от 6 мая 2011 г.</p>	<p>Терапевт Д. совершил причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения своих профессиональных обязанностей (ч. 2 ст.</p>	<p>Д. вину не признал. Пояснил, что собрал анамнез, поставил диагноз: «острый бронхит», назначил лечение. Поскольку Ж. была беременна, он направил ее к гинекологу Г. Он проверил назначения, сделанные Г., рекомендовал провести Ж. рентгенографию грудной клетки, на</p>	<p>Ж. обратилась в поликлинику на прием к Д. с жалобами на повышение температуры тела до 39,5 градусов, насморк, кашель. Д. установил Ж. неверный диагноз «острый бронхит», назначил ей консультацию гинеколога, необходимого ей лечения не назначил. Ж. с приема врача акушера-гинеколога Г. была</p>	<p>Д. ранее не судим, совершил неосторожное преступление средней тяжести против личности. К административной ответственности не привлекался. Д. характеризуется положительно как грамотный и ответственный специалист, всегда имеющий большую</p>	<p>ч. 2 ст. 109 УК РФ 2 года лишения свободы условно с лишением права заниматься медицинской деятельностью и</p>



	УК РФ)	смерти Ж.	гинекологическую палату хирургического отделения с диагнозом «беременность 33 недели, гипертонус матки, острый трахеобронхит», акушером-гинекологом было назначено лечение бронхита. Далее при осмотрах Д. не установил диагноз «грипп А/Н1N1», осложненный двусторонней пневмонией. Наступило прогрессирование заболевания, тотальное поражение легких с развитием отека легких и тяжелой легочно-сердечной недостаточности, Ж. скончалась. При своевременном назначении противовирусной терапии, правильной комбинированной антибиотикотерапии, симптоматическом лечении, соответствующим тяжести состояния пациентки предотвратить наступление смертельного исхода Ж. было возможно.	правила внутреннего трудового распорядка, регулярно повышающий свою квалификацию, как врач, пользующийся авторитетом среди больных, которым оказал необходимую медицинскую помощь и их близких, как лицо, жалоб от соседей и родственников участковому уполномоченному милиции не поступало. Обстоятельств, смягчающих, либо отягчающих наказание, в ходе предварительного расследования и в судебном заседании не установлено.	оказанием медицинской помощи в области здравоохранения на срок 2 года
21. Приговор Александровск-Сахалинск	Акушеры-гинекологи П. и Г. совершили причине	П. свою вину признал частично и согласился с тем, что ненадлежащим образом вел беременную Е.,	П. должным образом не организовывал и не проводил профилактические гинекологические осмотры и	Противоречивая по отношению к предъявленному обвинению позиция П., то сути,	ч. 2 ст. 109 УК РФ П. – 1 год 9 месяцев лишения



<p>ого городского суда Сахалинской области от 27 июня 2011 г.</p>	<p>смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения своих профессиональных обязанностей (ч. 2 ст. 109 УК РФ).</p>	<p>приняты им в соответствии с действующими инструкциями и между его действиями и смертью новорожденной нет причинно-следственной связи. Г. свою вину не признал. Пояснил, что палата реанимации новорожденных и палата реанимации женщин после тяжелых родов не оборудованы. Е. поступила с жалобами на боли в животе, тошноту, однократную рвоту. Г. связал это с гестозом и назначил ей наблюдение и кардиотокографию. Родовой деятельности как таковой не было, были только предвестники родов. К утру этот диагноз не подтвердился и был им снят. Дальше продолжил ведение Е. в роддоме П. Далее Г., изучив анализы Е., обнаружил, что у нее был дрожжевой кольпит, что он расценил как одно из</p>	<p>выставил диагноз хронической железодефицитной анемии и не лечил ее, что привело к первичной фетоплацентарной недостаточности с развитием в дальнейшем гестоза с нарастанием его тяжести при отсутствии лечения, а в дальнейшем и к хронической внутриутробной гипоксии плода. При очевидности высокого риска рождения ребенка с асфиксией не спрогнозировал этого и не обеспечил присутствие в родильном зале реанимационной бригады и врача-реаниматолога, не подготовил реанимационное оборудование, в результате чего новорожденной в течение одной минуты после рождения не была восстановлена проходимость дыхательных путей и их санация, не была проведена интубация трахеи и респираторная поддержка. Г. при поступлении беременной Е. в родильное отделение не оказала квалифицированную</p>	<p>отрицанием своей вины и расценивается судом как полное непризнание подсудимым виновности в преступлении. П. по месту жительства характеризуется положительно; по месту работы зарекомендовал себя грамотным специалистом, постоянно занимается повышением уровня своих профессиональных знаний, в случаях оказания экстренной помощи умеет быстро оценить ситуацию и принять профессионально правильное решение, замечаний и взысканий по работе не имеет; к административной ответственности не привлекался; на учёте у врачей нарколога и психиатра не состоит; ранее не судим. Г. по месту жительства характеризуется положительно; обладает достаточным опытом и практическими навыками,</p>	<p>свободы условно с лишением права заниматься медицинской деятельностью в сфере акушерства и гинекологии и на срок 1 год; Г. – ч. 2 ст. 109 УК РФ 1 год 6 месяцев лишения свободы условно с лишением права заниматься медицинской деятельностью в сфере акушерств</p>
---	---	---	--	---	--



		<p>противопоказаний для родоразрешения оперативным путем, поскольку в итоге женщина могла в дальнейшем лишиться матки за счет попадания при надрезе инфекции в кровеносное русло. Посмотрев Е. на КТГ (кардиотокограмме), подсудимый установил у нее начало родовой деятельности. Чтобы исключить неправильное вставление плода в роды, было поведено е УЗИ. Результаты были нормальными. Г. сделал необходимые назначения. Когда у Е. отошли передние околоплодные воды зеленого цвета, Г. установил надрыв оболочек и преждевременное излитие околоплодных вод, и расценил зеленые воды как внутриутробную инфекцию и хроническую гипоксию плода связанную с нефропатией. Сам гестоз занимает первое место по детской смертности Г. был</p>	<p>гинекологическую помощь, а именно: Е. была осмотрена ненадлежащим образом, её обследование не проводилось, ей не были назначены консультации терапевта и инфекциониста, врач не дал распоряжение на получение посевов на сальмонеллэз и дизгруппу, не применил к Е. соответствующих методов лечения, а назначенное им лечение не соответствовало стандартам лечения гестоза. Далее у Е. отошли зелёные грязные воды в умеренном количестве, при этом адекватное лечение врачом Г. не проводилось, и, при наличии соответствующих показаний, вопрос об оперативном родоразрешении не ставился. Г. в результате ненадлежащего обследования необоснованно выставил диагноз «Длительный безводный период» и назначил ей медикаментозный сонотдых. При наличии соответствующих показаний, снова не поставил вопрос об оперативном родоразрешении</p>	<p>уровень своих профессиональных знаний, в том числе на сертификационных циклах повышения квалификации, в работе требователен и принципиален, имеет два дисциплинарных взыскания в виде выговора за нарушение трудовой дисциплины и оказание медицинской помощи ненадлежащего качества; к административной ответственности не привлекался; на учете у врача психиатра не состоит, состоит на диспансерном учете у врача нарколога по поводу синдрома зависимости от алкоголя средней стадии; ранее не судим. Обстоятельством, смягчающим наказание П., суд признает наличие у него малолетнего ребёнка. Обстоятельств, смягчающих наказание подсудимому Г., нет. Обстоятельств, предусмотренных ст. 63 УК</p>	<p>а и гинеколога на срок 1 год</p>
--	--	---	--	--	-------------------------------------



		и никаких осложнений у нее не будет. После сна-отдыха родовая деятельность Е. нормализовалась. По мнению Г., в случае проведения им операции кесарево сечение, ребенок, скорее всего, был бы рожден мертвым, а Е., в лучшем случае, лишилась бы матки из-за внутриутробной инфекции.	У ребенка возникла внутриутробная мекониальная аспирация что привело в последующем к антенатальной аспирации мекония у новорожденной Е. и развившихся на этом фоне осложнений – асфиксии и полиорганной недостаточности, послуживших в совокупности причиной ее смерти.	наказание П. и Г., нет.	
22. Приговор Орджоник идзевского районного суда Республик и Хакасия от 2 мая 2012 г.	Заведующая фельдшерско- акушерским пунктом Ш. причинила смерть по неосторожнос ти вследствие ненадлежаще го исполнения своих профессионал ьных обязанностей (ч. 2 ст. 109 УК РФ).	Ш. признала вину, поддержала ходатайство о постановлении приговора без проведения судебного разбирательства.	Ш. провела осмотр В., неправильно установила диагноз: резаная рана подкожно-жирового слоя живота, провела первичный медицинский осмотр и оказала помощь в виде обработки раны и наложения повязки. После чего Ш. предложила В. госпитализировать его, он отказался. Проведя наблюдение раны в течение 30 минут и установив отсутствие наружного кровотечения из раны, Ш. покинула место происшествия. При оказании медицинской помощи Ш. проигнорировала полученную	По месту жительства и месту работы Ш. характеризуется только положительно. На учете у врачей психиатра и нарколога не состоит. Также в материалах дела имеются ходатайства главного врача МБУЗ и жителей деревни о снисхождении к Ш. Обстоятельствами, смягчающими наказание подсудимой, являются: полное признание вины, раскаяние в содеянном, активное содействие	ч. 2 ст. 109 УК РФ 1 год 6 месяцев ограничен ия свободы



			<p>характере выявленного у В. телесного повреждения и не сообщила об этом в дежурную часть ОВД. Получив отказ В. от медицинского вмешательства Ш. не разъяснила возможные последствия, не удостоверила отказ подписью В. Ш. выставила неправильный диагноз, не приняла мер по вызову врача-хирурга для детального дополнительного обследования пострадавшего. Это повлекло смерть потерпевшего на месте происшествия. При правильной постановке диагноза и оказании больному квалифицированной хирургической помощи благоприятный исход был возможен.</p>	<p>расследованию преступления. Обстоятельств, отягчающих наказание подсудимой, судом не установлено.</p>	
<p>23. Приговор Талдомского районного суда Московской области от 14 августа</p>	<p>Анестезиолог - реаниматолог Ю. совершил причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполн</p>	<p>1. По факту причинения смерти по неосторожности больной Ф. Ю. вину признал полностью. Пояснил, что зонд в желудок он не вводил в связи с ее отказом. 2. По факту причинения смерти по неосторожности</p>	<p>1. При поступлении больной Ф. в операционную для проведения экстренной операции – лапаротомии Ю., будучи обязанным ввести зонд в желудок, опорожнить его от содержимого, ввести в желудок антацидные препараты, применить прием</p>	<p>Ю. ранее не судим, трудоустроен, на учете у нарколога и психиатра не состоит, по месту жительства и работы характеризуется удовлетворительно. Совершение впервые преступления небольшой</p>	<p>два преступления, предусмотренные ст. 109 ч. 2 УК РФ</p> <p>окончательное</p>



2012 г.	своих профессиональных обязанностей (ч. 2 ст. 109 УК РФ – 2 деяния).	себя признал частично и пояснил, что по окончании операции О. стал активно дышать самостоятельно и пытался удалить интубационную трубку. Чтобы О. не повредил себе трахею, он удалил интубационную трубку. При перекладывании О. на кровать, он перевернулся на живот. Он вызвал дежурного хирурга, который помог перевернуть больного на спину. У О. возникли трудности с дыханием, после чего ему был введен воздуховод и дан кислород. Считает, что смерть О. не состоит в прямой причинно-следственной связи с его действиями.	мероприятия не провел, а произвел вводный наркоз, в результате которого у Ф. возникло осложнение: из ротовой полости потекло желудочное содержимое, что привело к развитию синдрома Мендельсона вследствие попадания в дыхательные пути содержимого желудка, развитию острой дыхательной недостаточности и наступлению остановки сердца Ф. Ю. не обеспечил проведения реанимационных мероприятий в полном объеме и достаточными по продолжительности. Смерть Ф. наступила от острой дыхательной недостаточности. 2. В экстренном порядке по жизненным показаниям больному О. проведена операция - лапаротомия, ревизия, дренирование брюшной полости. Вводный и основной наркоз осуществлялись стандартными препаратами в обычных дозировках врачом анестезиологом –	случайного стечения обстоятельств, наличие на иждивении малолетних детей, добровольное возмещение ущерба потерпевшему О. и частичное возмещение ущерба потерпевшей Ф, суд признает обстоятельствами, смягчающими наказание. Обстоятельства, отягчающие наказание, судом не установлены.	наказание по совокупности преступлений и назначить в виде ограничения свободы на срок 2 года На основании ч. 8 ст. 302 УК РФ осужденного освободить от назначенного наказания
---------	--	---	--	---	--



			<p>Каких-либо осложнений не отмечалось.</p> <p>П. в связи с окончанием своего дежурства передал ведение анестезиологического пособия Ю., который преждевременно извлек воздуховодную трубку, уровень восстановления сознания и мышечного тонуса не оценил, прекратил искусственную вентиляцию легких до окончательной транспортировки в реанимационное отделение.</p> <p>При перекладывании О. в реанимационном отделении с каталки на кровать, с учетом значительной массы тела потерпевшего (140 кг.) Ю. не были обеспечены организационные мероприятия для привлечения дополнительного персонала, что не позволило сразу осуществить физиологическое положение больного лежа на спине. О. оказался в положении лежа на животе.</p> <p>После переворачивания больного на спину в сознание у него отсутствовало,</p>		
--	--	--	---	--	--



			было затруднено за счет западения языка. После проведения Ю. неотложных реанимационных мероприятий, восстановить сознание, адекватное дыхание и насыщение крови кислородом не удалось. Наступила смерть О.		
24. Приговор Рославльского городского суда Смоленской области от 16 июля 2012 г.	Хирург Г. совершил причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения своих профессиональных обязанностей (ч. 2 ст. 109 УК РФ).	Г. виновным себя признал .	В приемное отделение, с жалобами на боли в животе бригадой скорой медицинской помощи доставлен малолетний больной В. При поступлении на стационарное лечение имелась острая странгуляционная кишечная непроходимость, о чем свидетельствовала клиническая картина заболевания, выявленная фельдшером скорой медицинской помощи. Г., неверно интерпретировав результаты обзорной рентгенографии органов брюшной полости, не проведя диагностическую лапароскопию и (или) диагностическую (пробную) лапаротомию, поставил предварительный диагноз	Г. совершил преступление, относящееся к категории небольшой тяжести, ранее не судим. Обстоятельством, смягчающим наказание, является признание подсудимым своей вины, раскаяние в содеянном. Обстоятельств, отягчающих наказание, судом не установлено. Как личность подсудимый характеризуется положительно. С учетом того, что Г. совершил преступление при исполнении своих профессиональных обязанностей, суд применяет дополнительную меру наказания.	ч. 2 ст. 109 УК РФ 2 года ограничения свободы с лишением права заниматься деятельностью, связанной с медицинским обслуживанием населения сроком на 1 год



			непроходимость» и назначил внутримышечное введение спазмолитиков и анальгетиков, очистительную клизму, а также принял решение оставить В. под динамическим наблюдением. Указанные недостатки не позволили провести необходимое экстренное оперативное вмешательство, что усугубило состояние В., привело к летальному исходу. При правильном и своевременном оказании медицинской помощи имелась высокая вероятность наступления благоприятного исхода (выздоровления).		
Итоги по ст. 109 УК РФ.	Специальность мед. работника.	Признание/непризнание вины.	Оправдательный/обвинительный приговор.	Условное/реальное наказание.	Дополнительное наказание
	анестезиолог-реаниматолог и анестезиолог – 8; гинеколог и акушер-гинеколог – 8; хирург и неврохи	Признание вины – 9 случаев. Частичное признание вины – 1 случай. Непризнание вины – 16 случаев.	Оправдательных приговоров – 1. Обвинительных приговоров – 23.	Лишение свободы условно – 15. Реальное лишение свободы – 5. Ограничение свободы – 3. Отсрочка реального отбывания наказания до достижения ребенком 14 лет – 1.	Назначено – 17. Не назначено – 7.



	(и заведующий хирургическим отделением)– 4; терапевт – 2; отоларинголог – 1; инфекционист – 1; медицинская сестра – 1; педиатр – 1.				
25. Приговор Гергебильского районного суда Республики Дагестан от 3 марта 2010 г.	Заведующая акушерским отделением, акушер-гинеколог А. допустила причинение по неосторожности тяжкого вреда здоровью вследствие ненадлежащего исполнения своих профессиональных обязанностей	А. вину не признала . Пояснила, что при родах О. вела себя беспокойно, не давала акушерке оказывать ручное пособие, в связи с чем и произошли разрывы. После родов осмотрев ее и оценив разрыв как второй степени, А. наложила 4 шелковых шва. Когда А. сообщили, что из влагалища О. выходят каловые массы, осмотрев ее вагинально, по рекомендации хирурга она установила трубку в кишечнике для отвода кала и назначила лечение для	А. не учла такие неблагоприятные моменты, как преждевременное отхождение вод и возрастная первородящая, вследствие чего О. разрешилась живым доношенным плодом, получив при этом разрыв прямой кишки, стенки влагалища и сфинктера прямой кишки. При осмотре родовых путей после родов разрыв промежности 3 степени был диагностирован А. ошибочно как разрыв 2 степени. Несоблюдение техники восстановления разрыва привело к несостоятельности швов и	А. к уголовной ответственности привлекается впервые, положительно характеризуется по месту жительства, награждена значком «отличник здравоохранения», награждена почетной грамотой Указом Президиума Верховного Совета ДАССР.	ч.2 ст.118 и ч.2 ст.293 УК РФ по ч.2 ст.118 1 год лишения свободы с лишением права заниматься врачебной деятельностью сроком на 1,5 года по ч.2



	(ч. 2 ст. 118).	процесса. На 7 день совместно с хирургом М. она была прооперирована. Повреждений прямой кишки у О. не имело места, у нее было утончение ректовагинальной перегородки и вследствие несоблюдения О. предписаний врача не есть и не садиться, образовалось расхождение ректовагинальной перегородки.	ректовагинального свища. Являясь по должности заведующей акушерским отделением, А. не организовала консультации специалистов, своевременно не сообщила о данном факте главврачу больницы, в связи с чем хирургическое восстановление промежности на 7 сутки послеродового периода привело к дальнейшей несостоятельности швов. Рекомендации врача О. соблюдала.		ст.293 2 года лишения свободы. По совокупности преступлений – 2 года лишения свободы условно.
26. Постановление Президиума Томского областного суда от 14 июля 2010 г. (надзор)	Хирург Г.провел К. плановую операцию - лапароскопическую диагностику, в ходе которой при разделении спаек вокруг левых придатков матки и пересечения электроинструментам	В надзорной жалобе адвокат П. в защиту интересов осужденного Г. считает незаконными состоявшиеся судебные решения. Адвокат П. указывает, что субъектом преступления по ч. 2 ст. 118 УК РФ является лицо, непосредственно причинившее вред здоровью потерпевшему. Судом не установлено кто именно из двух хирургов причинил указанный вред здоровью. В обоснование	Согласно апелляционному приговору, суд, придя к выводу о том, что в ходе судебного разбирательства не нашел подтверждения факта причинения телесных повреждений К. при проведении операции именно Г., исключил данное обстоятельство из объема обвинения. При этом судом было установлено, что манипуляции в брюшной полости потерпевшей К. проводились также и ассистентом Т.	Судебные решения пересматриваются по надзорной жалобе адвоката П. в защиту интересов осужденного Г., а сторона обвинения эти судебные решения не обжаловала. Принимая во внимание исключение обжалуемым приговором из обвинения, предъявленного органами предварительного следствия Г. факта причинения телесных повреждений потерпевшей К. (допущение технических ошибок) при	Надзорную жалобу адвоката П. удовлетворить. Приговор Октябрьского районного суда г. Томска от 12 февраля 2010 г. и определение



	<p>левой маточной трубы своевременно не заметил технических погрешностей, допущенных им при проведении операции, в связи с которыми потерпевшей К. было причинено травматическое повреждение сигмовидной кишки с развитием разлитого калового перитонита, относящееся к категории тяжкого вреда здоровью, как опасного для жизни человека.</p>	<p>на то, что он был «ведущим хирургом», но такого юридического термина не существует. Не установлена и полная ответственность «ведущего хирурга» за действия всех ассистентов, участвующих в операции. В приговоре судом не раскрыто понятие технической погрешности, которая привела к причинению тяжкого вреда здоровью потерпевшей, не установлены количественные и качественные показатели первоначальных повреждений, момент их возникновения, локализация и механизм образования, не установлено, находилось ли повреждение в зоне действия инструментов, применяемых хирургами. Невозможность установления указанных обстоятельств установлена и показаниями экспертов С. и М. Суд положил в основу приговора показания</p>	<p>мотивируя свой вывод о доказанности виновности Г. в причинении тяжкого вреда здоровью К. по неосторожности, суд пришел к выводу, что Г. контролировал ход операции и не заметил допущенных кем-то иным из участников операции технических погрешностей, которые привели к наступлению указанных последствий. Хотя данные действия Г. органами предварительного расследования не вменялись. Суд фактически вышел за рамки предъявленного Г. обвинения, чем нарушил его право на защиту. А суд кассационной инстанции при разрешении кассационной жалобы адвоката П. не дал надлежащей оценки указанным нарушениям уголовно-процессуального закона.</p>	<p>проведении операции именно Г., что, учитывая положения ч. 2 и ч. 3 ст. 405 УПК РФ и ст. 78 УК РФ, делает невозможным устранение недостатков предъявленного органами предварительного следствия Г. обвинения и его корректировку, президиум полагает невозможным, отменив обжалуемые судебные решения, возратить данное уголовное дело прокурору, как об этом просил участвующий в рассмотрении дела прокурор.</p>	<p>судебной коллегии по уголовным делам Томского областного суда от 29 марта 2010 г. отменить, производств по делу в отношении Г. прекратить в связи с отсутствием в его действиях состава преступления предусмотренного ч. 2 ст. 118 УК РФ.</p>
--	--	---	--	--	--



		основаны на предположениях.			
27. Приговор Усть-Ишимского районного суда Омской области от 2 февраля 2011 г. (апелляция)	В апелляционном представлении прокурор с приговором мирового судьи не согласился ввиду его чрезмерной мягкости, просил приговор мирового судьи отменить, постановить по делу новый обвинительный приговор, назначив Г. и А. более суровое наказание.	Выступающий в интересах Г. адвокат в апелляционной жалобе просил приговор мирового судьи отменить, постановить по делу оправдательный приговор, считает, что Г. действовал в состоянии крайней необходимости, он сделал все возможное для спасения пациента, но в результате этого наступили последствия в виде тяжкого вреда здоровью. В интересах А. адвокат просит приговор мирового судьи отменить, считает, что она действовала в условиях крайней необходимости, выполняя распоряжение своего руководителя – заведующего инфекционным отделением Г. Г. пояснил, что на фоне длительного возбуждения И. сам себе причинил повреждения. А.	Приговором мирового судьи Г. осужден по ч. 2 ст. 118 УК РФ к 6 месяцам лишения свободы условно с лишением права занимать должность заведующего отделением во всех лечебных учреждениях на срок 3 года. А. осуждена по ч. 2 ст. 118 УК РФ к 6 месяцам лишения свободы условно. Заведующий инфекционного отделения Г. будучи дежурным врачом, дал устное указание медсестре А. произвести фиксацию к кровати с помощью медицинских вязок И., доставленного с диагнозом: «Алкогольная интоксикация, алкогольный делирий». А. фиксировала к кровати И. в области кистевых суставов обеих рук, в области подмышек поперек груди, и в области голеностопных суставов обеих ног. В связи с буйным поведением И., Г. вызвал милицию. Сотрудники милиции предложили помочь	Г. впервые совершил преступление небольшой тяжести по неосторожности, к административной ответственности не привлекался, по месту работы характеризуется отрицательно, по месту жительства характеризуется положительно, на учете у психиатра и нарколога не состоит, отсутствуют смягчающие, отягчающие наказание обстоятельства. А. впервые совершила преступление небольшой тяжести по неосторожности, к административной ответственности не привлекалась, по месту работы и жительства характеризуется положительно, на учете у психиатра и нарколога не состоит, отсутствуют смягчающие, отягчающие наказание обстоятельства. Учитывая предпенсионный, пенсионный	ч. 2 ст. 118 УК РФ Апелляционное представление прокурора удовлетворить частично, апелляционные жалобы осужденных Г. и А. и их адвокатов оставить без удовлетворения. Приговор мирового судьи изменить в части наказания, назначенного Г. В отношении



		правильность фиксации, произведенной милиционерами. Не согласна с тем, что она не проверяла степень фиксации вязок.	больного, на что Г. согласился. Вязки сотрудники милиции наложили неверно. Г. и А. не уделили должного внимания контролю степени фиксации И. В результате их бездействия, И. был причинен тяжкий вред здоровью. И. установлена 2 группа инвалидности.	возраст Г., то что он в настоящее время не исполняет обязанности заведующего отделением, суд не считает целесообразным назначать им дополнительное наказание в виде лишения права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью.	Г.- 9 месяцев лишения свободы условно . В отношении А. – 6 месяцев лишения свободы условно .
28. Постановление Электростальского городского суда Московской области от 23 июля 2010 г. об оставлении приговора мирового судьи без изменения (апелляция)	Государственный обвинитель в возражениях на апелляционные жалобы считает доводы подсудимой Ш. и защитника Ч. необоснованными, а в апелляционном представлении просит пригово	Защитник Ч. в апелляционной жалобе ставит вопрос об отмене оправдательного приговора, т.к. вины в действиях Ч. не было, суд в приговоре не опроверг доводы подсудимой о том что, принимая решение о проведении операции, она Ч. не могла предвидеть того, что ей придется удалять детородный орган пациентки (яичник). Подсудимая Ш. в апелляционной жалобе указывает, что ряд	Приговором мирового судьи Ч. и Ш. признаны виновными в совершении преступления, предусмотренного ч.2 ст. 118 УК РФ и каждой назначено лишение свободы сроком на 6 месяцев условно с лишением права заниматься врачебной деятельностью сроком на 1 год. У потерпевшей Ф. имело место первичное бесплодие, Ф. была взята на цикл ЭКО (экстракорпоральное оплодотворение). С этой целью Ф. проводилась гормональная стимуляция яичников. У Ф. развился	Суд считает, что доказано наличие причинно-следственной связи между действиями врача и неблагоприятным исходом. Суд апелляционной инстанции считает, что по делу в процессе судебного разбирательства нарушений уголовного-процессуального закона, а также конституционных прав осужденных не допущено. При описании преступного деяния, признанного судом доказанным, которое приведено в описательно-мотивировочной части	ч.2 ст. 118 УК РФ Приговор мирового судьи в отношении Ч. и Ш. оставить без изменения, апелляционную жалобу адвоката в интересах подсудимой Ч., апелляционную



	<p>изменить и раскрыть содержание доказательств, дать их анализ и обосновать данную мировым судьей квалификацию.</p>	<p>в основу обвинительного приговора не доказан, в том числе судом не принят факт неверного лечения, оказанного потерпевшей в ином медицинском учреждении, просит приговор мирового судьи отменить и дело вернуть прокурору для проведения необходимых следственных действий, которые позволят установить ее непричастность к совершенному преступлению.</p>	<p>яичников (СГЯ), что проявлялось в увеличении размеров яичников, нарастающем скоплении жидкости в брюшной полости. Ф. была доставлена в больницу по скорой помощи. Врач Ч. провела Ф. влагалищное исследование, которое при СГЯ противопоказано. Необходимое УЗИ Ч. не произвела, хотя имела возможность. Акушеры-гинекологи Ш. и Ч. поставили неверный диагноз «острый живот, перекрут и разрыв кисты правого яичника», в связи с низкой профессиональной квалификацией. Было принято неверное решение о проведении операции лапаротомия, в процессе которой были удалены оба яичника в связи с тем, что не удалось их ушить. Объективной необходимости в удалении яичника у Ф., тем более обоих яичников, в связи с имевшейся у нее до операции патологией (СГЯ),</p>	<p>место, время, способ его совершения, формы вины, мотивы, цели и последствия преступления, т.е. требования, содержащиеся в п. 1 ст. 307 УПК РФ, судом соблюдены.</p>	<p>жалобу подсудимой Ш., апелляционное представление государственного обвинителя - без удовлетворения.</p>
--	--	--	---	--	--



<p>29. Приговор мирового суда № 70 г. Крымска Краснодарского края от 27 декабря 2010 г.</p>	<p>Врач-педиатр Ч. причинила тяжкий вред здоровью по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения своих профессиональных обязанностей. Первоначальная квалификация – ч. 2 ст. 293 УК РФ.</p>	<p>Ч. свою вину не признала, суду пояснила, что провела осмотр Б., медсестра измерила температуру, которая составила не выше 38 градусов. Был поставлен диагноз - ОРВИ, ребенку сделали жаропонижающий укол, после чего ребенок был отправлен на амбулаторное лечение. Оснований для помещения в стационар не было, жизни Б. ничего не угрожало. Кроме того, в инфекционном отделении мест не было, также в коридоре, в нарушение норм, находилось 10 человек, поэтому она отказала в госпитализации. Считает, что смерть ребенка наступила ввиду неправильного лечения врачами Славянской больницы.</p>	<p>Ч. не провела тщательный осмотр больной Б., не завела амбулаторную карту больного, необоснованно отозвала в госпитализацию больной Б. в стационарное отделение больницы, не выполнила алгоритм обследования больного с вирусным заболеванием, не назначила амбулаторное лечение в связи с наступлением выходного дня, что привело к прогрессированию инфекционного процесса и развитию инфекционно-токсического шока с полиорганной недостаточностью, что является признаком тяжкого вреда здоровью. Утром Б. привезли к врачу, проживающему в ст. Троицкой. Тот выписал направление в больницу г. Славянска-на-Кубани, где, осмотрев ребенка, врач сказал матери, что у Б. отек головного мозга. Б. подключили к аппарату искусственного</p>	<p>К обстоятельствам, смягчающим наказание, суд относит совершение преступления впервые, небольшой тяжести. Обстоятельств, отягчающих наказание, судом не установлено. При назначении наказания суд также учитываются данные о личности подсудимой - по месту жительства и работы она характеризуется положительно. На учете у врача психиатра и врача-нарколога не состоит, в настоящее время уволена и нигде не работает. С учетом приведенных обстоятельств, мнения потерпевшей Б., просившей суд о применении к подсудимой Ч. самого строгого наказания, суд считает возможным назначить подсудимой наказание в виде лишения свободы.</p>	<p>ч. 2 ст. 118 УК РФ 6 месяцев лишения свободы с лишением права заниматься врачебной деятельностью в лечебных учреждениях любой формы собственности сроком на 3 года.</p>
---	--	---	--	---	--



			скончалась.		
30. Приговор Инзенского районного суда Ульяновск ой области от 25 июня 2010 г.	И.о. заведующего акушерско- гинекологиче ским отделением, акушер- гинеколог М. совершила причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожнос ти вследствие ненадлежаще го исполнения своих профессионал ьных обязанностей.	М. вину не признала и пояснила, что осмотрела А. и поставила диагноз: беременность первая, 39 неделя, роды первые, срочные в головном предлежании. На момент осмотра были запланированы роды естественным путем. О том, что у роженицы гигантский плод установить принятыми методами невозможно. В связи с тем, что развился клинически узкий таз было принято решение об оперативном родоразрешении путем операции кесарево сечения. В ходе кесарева сечения ребенок был извлечен за ножку, так как голова была зажата в малом тазу. Ребенок был мертв. УЗИ не провели в связи с тем, что не было сомнений в предлежании плода, вес плода определялся методом Жордании (окружность	В родильное отделение поступила А. с диагностированным сроком беременности 39 недель, которую М. закрепила за собой. Достоверно зная, что у А. при осмотрах в течение беременности были выявлены заболевания, которые неблагоприятно влияли на состояние женщины и внутриутробного плода, М. не провела дополнительного обследования для выявления возбудителей урогенитальной инфекции, не провела динамический инструментальный контроль состояния плода, УЗИ для определения размеров и состояния плода, не исследовала кровотоки в плаценте, которые позволили бы определить более точные размеры плода и в плановом порядке произвести операцию кесарево сечение. После того, как началась родовая деятельность, с	М. не судима, впервые совершила преступление, относящееся к категории небольшой тяжести, на учете у врача-нарколога и врача-психиатра не состоит, к административной ответственности не привлекалась, по месту жительства и работы характеризуется положительно.	ч. 2 ст. 118 УК РФ 2 года ограничен ия свободы сроком с лишением права занимать должности , связанные с осуществл ением организац онно- распорядит ельных полномочи й и заниматься врачебной деятельнос тью на 2 года Определен ием судебной



		<p>высоту стояния дна матки). УЗИ не является основным методом определения веса плода. Методом Жордании определялся вес плода 4200 гр. Но в связи с тем, что у А. ожирение можно было предположить, что вес плода может быть меньше подсчитанного.</p> <p>Операция кесарева сечение была проведена в тот момент, когда у А. остановился родовой процесс, то есть был установлен диагноз клинически узкого таза.</p>	<p>медицинских показаний - нарастание тахикардии, развившейся дистонии матки, гипертонуса нижнего сегмента, превышения частоты сердцебиения плода, М., диагностировав наличие у роженицы крупного плода (4100-4400), как лечащий врач обязана была принять решение о родоразрешении А. оперативным путем.</p> <p>Однако она вновь назначила консервативную терапию с последующими родами через естественные родовые пути, Только спустя 7-8 часов после появления показаний для экстренного родоразрешения, А. была сделана операция кесарево сечение, что привело к смерти ребенка А. от асфиксии при родах и причинению тяжкого вреда здоровью А. по признаку опасности для жизни.</p> <p>В ходе операции был извлечён плод весом 5 кг. 36 гр., ростом 56 см.</p>		<p>коллегии по уголовным делам Ульяновского областного суда от 18 августа 2010 г. приговор изменен: исключено указание на лишение права занимать должности, связанные с осуществлением организационно-распорядительных полномочий.</p>
Итоги по ч. 2 ст. 118 УК РФ.	Специальность мед.	Признание/непризнание вины.	Оправдательный/обвинительный	Условное/реальное наказание.	Дополнительное наказание



<p>1 приговор – идеальная совокупность ч. 2 ст. 118 и ч.2 ст. 293 УК РФ.</p>	<p>работника.</p> <p>Акушер-гинеколог (и заведующий акушерским отделением) – 4, хирург – 1, медсестра – 1, заведующий инфекционным отделением – 1, педиатр – 1</p>	<p>Признание вины – 0 случаев. Непризнание вины – 6 случаев.</p>	<p>уголовного дела по реабилитирующим основаниям</p> <p>Обвинительных приговоров – 5. Прекращение уголовного дела по реабилитирующим основаниям – 1.</p>	<p>Лишение свободы условно – 3. Реальное лишение свободы – 1. Ограничение свободы – 1.</p>	<p>•</p> <p>Назначено – 4. Не назначено – 1.</p>
<p>31. Приговор Отрадненского районного суда Краснодарского края от 2 февраля 2009 г.</p>	<p>И.о. заведующего отделением больницы Е. обвиняется в неисполнении должностным лицом своих обязанностей вследствие небрежного отношения к службе, повлекшее по неосторожности смерти</p>	<p>Е. вину признал полностью, поддержал ходатайство об особом порядке судебного разбирательства.</p>	<p>В отделение поступил К. О поступлении К., медицинской сестрой Г. было сообщено Е., который не осмотрел К. сам и не поручил его осмотр никому из врачей-хирургов, диагноз больному не поставил, необходимые исследования ему не назначил, тактику лечения не определил. В результате бездействия Е. К. скончался в реанимационном отделении ЦРБ.</p>	<p>Е. совершил преступление средней тяжести, вину признал полностью, в содеянном раскаивается, на учете у врача-психиатра и врача-нарколога не состоит, материальный ущерб возместил, по месту жительства характеризуется с удовлетворительной стороны, ранее к уголовной ответственности не привлекался.</p>	<p>ч. 2 ст. 293 УК РФ 2 года 6 месяцев лишения свободы условно без лишения права занимать определенные должности или заниматься</p>



	человека. (ч.2 ст. 293 УК РФ).				определен ной деятельнос тью.
32. Приговор Минералов одского городского суда Ставропол ьского края от 4 марта 2011 г.	Заведующая отделением лучевой диагностики, врач- рентгенолог З. ненадлежаще е исполнила свои обязанности вследствие недобросовес тного отношения к службе, что повлекло нарушение прав и законных интересов гражданина (ч. 1 ст. 293 УК РФ).	З. признала свою вину, поддержала ходатайство об особом порядке судебного разбирательства.	З. с целью профосмотра проводилось флюорографическое обследование учащихся 11 класса, при котором у учащейся Ф. было выявлено заболевание «Туберкулёз лёгких». Результаты флюорографии с поставленным Ф. диагнозом были переданы медрегистратору для дальнейшего сообщения в тубдиспансер, в образовательное учреждение и родителям пациентки. Медрегистратор внес данные в журнал выявленных патологий. З. не сообщила Ф. о выявленном у нее заболевании, не поставила в известность ее родственников, данные сведения также не были переданы на педиатрический участок и в туберкулезный кабинет, она не проконтролировала	З. ранее не судима и к уголовной ответственности не привлекалась, в содеянном раскаялась, имеет постоянное место жительства и работы, характеризуется исключительно положительно, на её иждивении находится двое малолетних детей, что является смягчающими наказание обстоятельствами.	ч.1 ст. 293 УК РФ штраф в размере тридцати тысяч рублей



			<p>младший медицинский персонал, и не организовала дополнительное обследование Ф. В связи с этим лечение по поводу специфического процесса в легких Ф. не назначалось до 29.10.2009 г. Это впоследствии привело к инвалидизации Ф. и причинению средней тяжести ее здоровью. Вместе с тем, при своевременно назначенном лечении сразу после 11.02.2009 г. исход заболевания был бы благоприятным и Ф. была бы здорова и полностью излечима.</p>		
<p>33. Приговор Лефортовс кого районного суда г. Москвы от 20 мая 2011 г.</p>	<p>Заведующий приемно- диагностичес ким отделением Г. совершил халатность, то есть неисполнение и ненадлежаще е исполнение должностным лицом с</p>	<p>Г. вину не признал. Пояснил, что существует два вида госпитализации: плановая и экстренная. Производство госпитализации иностранных граждан в ГКБ в случае экстренной госпитализации (выявления болезни, угрожающей жизни больного), осуществляется на общих основаниях, то есть,</p>	<p>Ф. была доставлена в приемно-диагностическое отделение бригадой скорой и неотложной медицинской помощи с диагнозом: «Беременность 8 недель, угроза прерывания (I половины), острый гастрит (?)». Ф. была осмотрена дежурными врачами, было принято решение о ее госпитализации. Но в связи с имеющимся</p>	<p>При назначении наказания суд учитывает характер и степень общественной опасности, конкретные обстоятельства содеянного, данные о личности подсудимого - ранее не судим, впервые привлекается к уголовной ответственности, на учете в НД, ПНД не состоит, по месту жительства характеризуется как лицо, жалоб не</p>	<p>ч.2 ст.293 УК РФ 2 года лишения свободы условно с лишением права заниматься медицинск ой деятельнос тью</p>



	<p>обязанностей вследствие недобросовестного и небрежного отношения к службе, что повлекло по неосторожности смерть человека (ч. 2 ст. 293).</p>	<p>госпитализируется, после чего ему оказываются необходимые медицинские услуги, а после того, как угроза жизни миновала, больному предлагают оплатить дальнейшие медицинские услуги, либо его выписывают. Также иностранные граждане могут быть госпитализированы в плановом порядке. По результатам обследования Ф. Врач-гинеколог не подтвердила угрозу прерывания беременности, на что он Г. ответил, что больная может быть госпитализирована только в плановом порядке и на платной основе. В связи с отсутствием записи о форме панкреатита, Г. изучил анамнез и сделал вывод о том, что у Ф. имела место хроническая форма панкреатита. Ознакомившись с записью хирурга у него возникло сомнение по поводу диагноза в части</p>	<p>главного врача о необходимости направления всех иностранных граждан, поступающих в больницу, к заведующему приемно-диагностического отделения для принятия окончательного решения о госпитализации, Ф. была направлена к заведующему приемно-диагностического отделения Г. Г. не проверил качество ведения врачами медицинской документации, не удостоверился в правильности выставленного диагноза, не осмотрел больную, не назначил и не обеспечил дополнительные, для уточнения диагноза, лабораторные и инструментальные исследования Ф., отменил решение о необходимости госпитализации. Ф. вынужденно покинула ГКБ, не получив жизненно-необходимой ей экстренной медицинской помощи и лечения в связи с «острым гастритом, панкреатитом,</p>	<p>поступало, со стороны руководства с места работы характеризуется формально, является инвалидом 2 группы, страдает рядом заболеваний (в том числе ИБС, стенокардия, гипертоническая болезнь 2ст.), имеет благодарственные письма, награжден почетными грамотами за многолетний добросовестный труд в системе московского городского здравоохранения, имеет многочисленные награды, в том числе за прохождение воинской службы в горячих точках, что суд признает обстоятельствами, смягчающими наказание.</p> <p>Обстоятельств, отягчающих наказание, судом не установлено.</p>	<p>сроком на 1 год</p>
--	--	---	--	---	------------------------



		посчитал, что у Ф. могла быть форма острого или под острого панкреатита. В связи с чем он решил сделать «активный вызов» в поликлинику по месту жительства, однако в медицинской карте в графе «место жительства» было написано «Таджикистан», каких-либо других данных, либо телефона не было.	Позже в связи с резким ухудшением состояния здоровья, Ф. самостоятельно повторно обратилась за медицинской помощью в ГКБ, была госпитализирована, была переведена в хирургическое отделение с диагнозом: «Беременность 7-8 недель, кишечная непроходимость (спаечная)», была выполнена операция. Однако от осложнений, наступила ее смерть.		
Итоги ст. 293 УК РФ.	Должность мед. работника.	Признание/непризнание вины.	Оправдательный/обвинительный приговор/прекращение уголовного дела по реабилитирующим основаниям	Основное наказание	Дополнительное наказание
	Заведующий отделением больницы – 3.	Признание вины – 2 случая. Непризнание вины – 1 случай.	Обвинительных приговоров – 3.	Лишение свободы условно – 2. Штраф – 1.	Назначено – 2.
34. Приговор Златоустовского городского суда Челябинской области от 30	Помощник прокурора просит приговор отменить, т.к. заключения судебно-медицинских эксперти	В возражениях на апелляционное представление и апелляционную жалобу Ш. и его защитник указали, что приговор вынесен законно и обоснованно, в основу своих выводов мировой	Хирург Ш. оправдан мировым судьей по ч. 2 ст. 124 УК РФ за отсутствием состава преступления с признанием за ним права на реабилитацию. Бригадой скорой помощи был госпитализирован Ф. с диагнозом «Прободная язва?	Суд не находит существенных противоречий в представленных экспертных заключениях, которые могли бы породить сомнение в виновности Ш., поскольку все экспертные	ч. 2 ст. 124 УК РФ Приговор мирового судьи отменить. Апелляционное представле



декабря 2010 г. (апелляция)	являются допустимым доказательством, т.к. выводы экспертов не содержат ответа ни на один из заданных вопросов. В основу оправдательного приговора суд положил показания заинтересованных лиц, не принял во внимание медицинские документы, которые в совокупности с другими доказательствами свидетельствуют о неоказании помощи больному.	положил не противоречащие друг другу заключения комиссии экспертов. Выводы гос. обвинителя о заинтересованности медработников в исходе дела несостоятельны и не подтверждены фактическими материалами.	непроходимость?». Ш. не провел в полном объеме обследование, исключил наличие у Ф. прободной язвы и перитонита, то есть показаний к экстренному хирургическому вмешательству, без достаточных оснований выставил Ф. диагноз «Алкогольный гастродуоденит, обезвоживание» и передал его под наблюдение врача-терапевта. После того, как Ш. стало известно о резком ухудшении состоянии больного при наличии симптомов «острого живота», он не перевел Ф. в хирургическое отделение, своевременно диагностирование причин ухудшения здоровья не произвел. Не получив соответствующей медицинской помощи Ф. через 8 часов покинул лечебное заведение и скончался у себя дома. Ш. меры к возвращению больного не принял.	том, что смерть наступила в результате заболевания - фибринозный перитонит (что бесспорно). Именно наличие этого заболевания находится в причинной связи с наступившими последствиями. Однако также все эксперты сходятся во мнении, что на госпитальном режиме больной Ф., находящийся в опасном для жизни и здоровья состоянии, был оставлен без необходимой медицинской помощи, хотя врачи на данном этапе имели возможность установить правильный диагноз и были обязаны провести полостную операцию, направленную на устранение опасного для жизни состояния.	ние помощника прокурора и апелляционную жалобу потерпевшего удовлетворить. 2 года лишения свободы условно с лишением права занимать должности, связанные с врачебной деятельностью , сроком на 2 года
35.	И.о			сутствуют.	ч. 2 ст. 124



Приговор мирового судьи судебного участка № 56 Вологодской области от 3 августа 2009 г.	заведующего хирургическим отделением, хирург В. ненадлежаще отнесся к исполнению своих профессиональных обязанностей, не оказал медицинскую помощь, что повлекло смерть потерпевшего (ч. 2 ст. 124 УК РФ).		диагнозом «ДТП. Сотрясение головного мозга. Ушиб грудного отдела позвоночника и грудной клетки. Перелом ребер?» был доставлен в приемное отделение Д. Дежурный врач-хирург С. доложил В., что им госпитализирован экстренный больной Д. которого он направил на рентгенографию. С. уведомил В., что уходит на прием амбулаторных больных в поликлинику, на что получил согласие последнего. В., не поставив в известность медицинский персонал о своем уходе из отделения, отсутствовал без уважительных причин некоторое время, занимаясь решением личных вопросов. Состояние Д. резко ухудшилось. Впервые В. увидел Д. при переводе в отделение реанимации, где наступила его смерть от травмы груди и позвоночника.		УК РФ 2 года лишения свободы условно с лишением права заниматься врачебной и иной медицинской деятельностью сроком 2 года
36. Приговор мирового судьи судебного	Врач Т. совершил неоказание помощи больному	Т. признал свою вину, поддержал ходатайство об особом порядке судебного разбирательства.	Т., находясь в составе бригады скорой помощи, не выполнил все необходимые действия по установлению и правильной	Т. ранее не судим, признал вину, положительно характеризуется по месту жительства и бывшему месту, где имеет	ч. 2 ст. 124 УК РФ 1 год лишения



участка №2 Ростовского района Ярославской области от 17 августа 2010 г.	уважительных причин лицом, обязанным ее оказывать в соответствии с законом или специальным правилом, повлекшее по неосторожности смерть больного (ч. 2 ст. 124 УК РФ).		Т. не сообщил администрации отделения скорой медицинской помощи о нежелании Ч. быть доставленным в лечебное учреждение, хотя обязан был это сделать, учитывая тяжелое состояние здоровья больного, выразившегося в неадекватном окружающей обстановке поведении, с учетом температуры окружающего воздуха (ок. 18 С)- больной лежал на земле на матрасе, невнятно разговаривал, заторможено реагировал на задаваемые вопросы, двигался с трудом. Смерть Ч. наступила от правосторонней серозно-гнойной плевропневмонии, тело было найдено на том же месте.	награды, что суд расценивает как смягчающие наказание обстоятельства. В настоящее время Т. не работает, являясь пенсионером, суд не считает целесообразным применять лишение права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью.	свободы условно без лишения права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью.
37. Приговор мирового судьи судебного участка № 21 Притобольного района	Фельдшеры Б. и К. не оказали помощь больному без уважительных причин, что повлекло по неосторожности смерти	Б. и К. вину не признали , сослались на приказ руководителя ЦРБ, который предусматривал возможность отказа в выезде к пациентам старше 70 лет, страдающим заболеваниями сердечно-сосудистой системы.	В районную больницу на телефон «03» поступило 6 телефонных звонков с просьбами жены о выезде бригады скорой в село для оказания медицинской помощи больному мужу, так как последний задыхался. Б. и К. было предложено	Данные отсутствуют.	ч.2 ст. 124 УК РФ Б.и. К. - 2 года лишения свободы условно без лишения права



Курганско й области от 20 декабря 2010 г.	больного (ч. 2 ст. 124 УК РФ).	что «звонки о помощи носили консультативный характер» и не могли расцениваться как вызов медицинской помощи.	фельдшеру, которая на тот момент находилась в отпуске, для того чтобы она осмотрела больного и сама вызвала «скорую». В результате пациент скончался.		заниматься медицинск ой деятельнос тью
38. Приговор Промышле нного районного суда г. Смоленска от 24 декабря 2010 г.	Невролог П. совершил неоказание помощи больному без уважительных причин, что повлекло по неосторожнос ти смерть больного (ч. 2 ст. 124 УК РФ).	П. вину признал.	В приемное отделение скорой помощью была доставлена К. с жалобами на головные боли, озноб, общую слабость. Отмечен затрудненный контакт, задержка при ответах на вопросы, непроизвольное мочеиспускание. П. диагностировал у К. медикаментозный сон не выявил имевшие место неврологические признаки повышения внутричерепного давления, не назначил медикаментозные средства, которые должны были на время снизить внутричерепное давление, отказал в госпитализации и полном обследовании К., направив последнюю по месту жительства, где К. скончалась от эпендимальной кисты левого бокового желудочка головного мозга с явлениями воспаления, приведшей к	Обстоятельствами, смягчающими наказание, суд признает то, что П. по месту работы зарекомендовал себя только с положительной стороны, вину признал, частично добровольно возместил исковые требования потерпевших, возместив из них в полном объеме моральный вред. Обстоятельств, отягчающих наказание, судом не установлено.	ч. 2 ст. 124 УК РФ. 2 года 3 месяца лишения свободы условно с лишением права заниматься врачебной деятельнос тью сроком на 1 год



			ликворообращения головного мозга и его отеку.		
39. Кассационное определение Смоленского областного суда от 16 июня 2011 г.	Терапевт К. совершила неоказание помощи больному без уважительных причин, что повлекло по неосторожности смерть больного (ч. 2 ст. 124 УК РФ).	Защитник полагает, что вина К. не доказана, приговор мирового судьи постановлен с нарушением норм уголовно-процессуального закона. Выводы суда не соответствуют фактическим обстоятельствам дела, обвинительный приговор основан исключительно на показаниях потерпевшего и противоречивых экспертизах. Доводы подзащитной об отсутствии у больной И. на момент вызова врача симптоматики инфаркта миокарда не опровергнуты. Инфаркт у И. мог развиваться после ее посещения врачом К., поскольку установлено, что в этот день потерпевшая ходила на рынок, в аптеку. В действиях К. отсутствует состав преступления, предусмотренный ч. 2 ст. 124 УК РФ, поскольку К. оказывала помощь больной.	К. осмотрела потерпевшую на дому, констатировала наличие остеохондроза и выписывала соответствующие медикаменты, рекомендуя греть шею и вести активный образ жизни. Кардиограмму не сделала. Жалобы на боли в сердце не приняла во внимание. Смерть потерпевшей последовала от острого инфаркта миокарда, осложнившегося разрывом миокарда на следующий день после посещения К.	Действия К. правильно квалифицированы по ч. 2 ст. 124 УК РФ, поскольку ее бездействие по смыслу данного закона выразилось в ненадлежащем оказании медицинской помощи без уважительных на то причин.	ч. 2 ст. 124 УК РФ 2 года лишения свободы условно с лишением права заниматься медицинской деятельностью на 1 год 6 месяцев. Постановление Ярцевского городского суда от 03 мая 2011 г. оставить без изменения, кассационную жалобу - без удовлетворения.



<p>40. Приговор Вяземского районного суда Смоленско й области от 15 августа 2011 г.</p>	<p>Травматолог-ортопед С. совершил неоказание помощи больному без уважительных причин, что повлекло по неосторожности смерть больного (ч. 2 ст. 124 УК РФ).</p>	<p>С. вину не признал. Пояснил, что диагноз был поставлен полно и правильно, помощь была оказана в полном объеме. А. скрыл механизм получения травмы. Ему было измерено артериальное давление, посчитан пульс. На боли в области живота он не жаловался, при пальпации данной области болей не было. Крепитация (потрескивание) ребер не определялась. Никаких признаков внутреннего кровотечения не было. А. была проведена рентгенография. Перелома ребер у больного не было. От госпитализации А. отказался. Разрыв селезенки выявлен не был, так как не было клинических проявлений.</p>	<p>А. своевременно обратился за медицинской помощью и сообщил о том, что получил травму, скрыл истинные обстоятельства ее получения. С. неполно установил диагноз, что не позволило сделать вывод о необходимости госпитализации, восполнения кровопотери, а также удаления селезенки, что повлекло смерть А. от тупой травмы груди и живота, сопровождающейся переломами ребер и разрывом селезенки, что обусловило внутреннее кровотечение и массивную кровопотерю. Факт отказа от госпитализации больного не нашел своего подтверждения. С. обязан был провести физикальное обследование пациента в полном объеме, а также измерение величин артериального давления, чего не было сделано. Требовалось динамическое наблюдение за пациентом, поскольку в проекции места приложения травмирующей силы располагается селезенка,</p>	<p>С. ранее не судим. На учете в наркологическом и психиатрическом отделении не состоит. К смягчающим наказание обстоятельствам суд относит то, что по месту работы и жительства С. зарекомендовал себя только с положительной стороны. Отягчающих наказание обстоятельств не установлено.</p>	<p>ч. 2 ст. 124 УК РФ 2 года лишения свободы условно без лишения права занимать врачебную должность и заниматься врачебной деятельнос тью</p>
---	---	---	--	--	---



			может не проявляться вскоре после возникновения.		
41. Приговор Усольского районного суда Пермского края от 28 декабря 2010 г. (апелляция)	Заместитель прокурора указывает, что суд первой инстанции, удовлетворя ходатайство потерпевшего о прекращении уголовного дела за примирением с подсудимым, не учел конкретные обстоятельства по делу, большую общественную значимость охраняемых уголовным законом общественных отношений, наступившей смерти человека	Р. вину признала, с потерпевшей примирилась.	Фельдшер скорой помощи по телефону сообщила дежурному врачу Р. о том, что в приемный покой терапевтического отделения доставлен больной, диагноз «Истошение? Пневмония?» Р. не приняла и не осмотрела больного, не произвела соответствующие назначения, отказалась выполнить необходимый объем диагностики и лечения. Больной скончался от заболевания легких – двусторонней фибринозно-деструктивной пневмонии.	Р. было предъявлено обвинение в совершении преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 124 УК РФ. Мировой судья судебного участка № 120 Усольского муниципального района Пермского края прекратил производство по уголовному делу по ч.1 ст. 124 УК РФ, без суждения о переквалификации преступления. При таком положении вынесенное судебное решение не является обоснованным и законным. В судебном заседании апелляционной инстанции представитель потерпевшего поддержал ранее заявленное ходатайство о прекращении уголовного дела в связи с примирением сторон. Судом установлено, что подсудимая Р. ранее не привлекалась к уголовной ответственности, не судима, совершенное	Прекратит ь уголовное дело в отношении Р., обвиняемой в совершении и преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 124 УК РФ, в соответствии со ст. 25 УПК РФ, в связи с примирением сторон.



	делу не установлено смягчающих обстоятельств			категории средней тяжести. Потерпевший примирился с подсудимой Р. , причиненный вред заглажен.	
42. Кассационное определение Астраханского областного суда от 27 сентября 2012 г.	Приговором суда фельдшер скорой помощи П. признана виновной в неоказании помощи Х. без уважительных причин лицом, обязанным ее оказывать в соответствии с законом или со специальным правилом, если это повлекло по неосторожности смерть больного. Потерпевшая М. и государс	В кассационной жалобе П. ставит вопрос об отмене приговора и прекращении производства по делу, указывая на то, что у нее не имелось умысла на неоказание медицинской помощи. Кроме того, указывает, что с *** по *** годы фельдшеры скорой медицинской помощи неоднократно выезжали по вызовам к Х., ему давались рекомендации обратиться за помощью к терапевту, однако он этого не сделал, вследствие чего у него развилась ишемическая болезнь сердца и повторный инфаркт-миокарда. В кассационной жалобе адвокат осужденной ставит вопрос об отмене приговора ввиду несоответствия выводов суда фактическим	Х. была вызвана скорая помощь. Жена Х. спросила у П., не предынфарктное ли у него состояние. П. померила артериальное давление, которое составило 130 /100, прощупала пульс, сказав, что он в норме, затем спросила, не употреблял ли Х. алкоголь и не отдает ли у него боль в лопатку, на что Х. ответил отрицательно. На просьбу сделать ЭКГ супругу П. ответила, чтобы они на следующий день сходили к врачу, который даст направление на ЭКГ. После этого П. сделала уколы - тройчатку с папаверином, фенозепам, стронфонтин, и не стала наблюдать за состоянием Х. Жена Х. повторно попросила сделать ЭКГ и госпитализировать Х. в больницу, на что П. сообщила, что заберет его в больницу при повторном вызове и	Дав надлежащую оценку доказательствам суд первой инстанции обоснованно пришел к выводу, что П., будучи обязанной оказать помощь больному, без уважительных причин ее не оказала, что повлекло по неосторожности смерть Х. Оценка доказательствам дана судом в соответствии с требованиями ст. 88 УПК РФ и сомнений не вызывает. Утверждения осужденной об отсутствии умысла на неоказание медицинской помощи, опровергаются показаниями потерпевшей и свидетеля о том, что Х. неоднократно просила П. произвести Х. электрокардиографию, госпитализировать его. На что П. было отказано без уважительных причин.	ч.2 ст. 124 УК РФ 1 год лишения свободы с лишением права заниматься медицинской деятельностью на срок 3 года. Приговор Икрянинского районного суда Астраханской области от 5 июля 2012 года оставить без изменения, а



	<p>ый обвинитель просят приговор оставить без изменения, а кассационные жалобы без удовлетворения.</p>	<p>указывает, что П. были предприняты все возможные действия для облегчения состояния Х. в связи с чем, вывод суда о бездействии П. безоснователен. В судебном заседании П. указывала на отсутствие необходимого оборудования в автомобиле «Скорой помощи» и на несоответствие «Стандартам медицинской помощи» лекарственных препаратов, выдаваемых на «дежурные сутки». Полагает, что судом не дано оценки тому обстоятельству, что по заключению судебно-медицинской экспертизы, помощь, оказанная Х., не повлияла на развитие у него повторного инфаркта миокарда и последующего наступления смерти, что даже при условии оказания адекватной медицинской помощи невозможно судить о благоприятном исходе заболевания у Х.</p>	<p>улучшалось, примерно через 40 минут жена повторно стала вызывать скорую помощь. На вызов прибыли два фельдшера П. и К. В это время Х. лежал на полу, корчась от боли. Фельдшеры стали измерять ему давление, делать инъекции, искусственное дыхание и непрямой массаж сердца. Затем была констатирована смерть Х. Смерть Х. наступила от повторного инфаркта миокарда, который развился вследствие хронической ишемической болезни сердца. Выставленный в карте вызова бригады скорой медицинской помощи диагноз - «симптоматическая гипертония» не соответствует отмеченным в ней клиническим данным, тогда как жалобы Х. могли указывать на патологию со стороны сердечнососудистой системы. Категорично судить о возможности благоприятного исхода заболевания у Х. не представляется возможным</p>	<p>жалобы об отсутствии в автомашине бригады скорой помощи соответствующего оборудования для проведения ЭКГ, то П. не была лишена возможности госпитализировать больного в этих целях. В заключении судебно-медицинской экспертизы не дано категоричного вывода о неблагоприятном исходе заболевания Х. при своевременном, адекватном оказании квалифицированной медицинской помощи в условиях специализированного медицинского учреждения.</p>	<p>кассационные жалобы осужденной и ее защитника - без удовлетворения.</p>
--	--	---	---	---	--



			своевременного, адекватного оказания квалифицированной медицинской помощи.		
Итоги ст. 124 УК РФ.	Специальность мед. работника.	Признание/непризнание вины.	Оправдательный/обвинительный приговор/прекращение уголовного дела по реабилитирующим основаниям	Основное наказание	Дополнительное наказание
	Хирург (и и.о. заведующего хирургическим отделением) – 2, невролог – 1, фельдшеры и врач скорой помощи – 3, педиатр – 1, травматолог-ортопед – 1, терапевт – 1.	Признание вины – 3 случая. Непризнание вины – 5 случаев.	Обвинительных приговоров – 6. Оправдательный приговор – 1 впоследствии отмененный. Прекращение уголовного дела в связи с примирением с потерпевшим – 1.	Лишение свободы условно – 7. Реальное лишение свободы – 0.	Назначено – 4. Не назначено – 3.
43. Приговор Бикинского городского суда Хабаровского края от 27 декабря 2010 г.	М. совершила незаконное производство аборта, повлекшее по неосторожности причинение тяжкого вреда здоровью	М. вину признала и поддержала ходатайство о постановлении приговора без проведения судебного разбирательства.	Ф. обратилась к М. с просьбой о прерывании своей нежелательной беременности сроком 22-23 недели. М. являясь лицом, не имеющим высшего медицинского образования соответствующего профиля, находясь совместно с Ф. в	Суд учитывает, что М. полностью признала свою вину, в содеянном раскаялась, обратилась с повинной, активно способствовала раскрытию и расследованию преступления, характеризуется	ч. 3 ст. 123 УК РФ 2 года лишения свободы условно без лишения права



	потерпевшей (ч. 3 ст. 123 УК РФ).		одноразовой иглы и трубок из прозрачного полимерного материала, ввела в полость матки Ф. мыльный раствор в объеме 40 миллиграмм. Это повлекло прерывание беременности (аборт) у Ф. с развитием выкидыша и внутриутробной гибелью плода, что квалифицируется как тяжкий вред здоровью опасный для жизни человека, вызвавший расстройства жизненно важных функций, которые не могли быть компенсированы организмом самостоятельно.	не работает, имеет несовершеннолетнюю дочь, проживающую отдельно. Обстоятельств, отягчающих наказание нет.	занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью
44. Приговор мирового судьи судебного участка Шебалинского района Республики Алтай от 21 мая 2010 г.	П. совершила незаконное производство аборта (ч. 1 ст. 123 УК РФ).	П. свою вину признала , поддержала ходатайство о постановлении приговора без проведения судебного разбирательства.	Не имеющая высшего медицинского образования соответствующего профиля П., действуя по просьбе Ш. и с целью получения вознаграждения изготовила 750 мл. мыльно-спиртового раствора, который при помощи спринцовки и катетера ввела в полость матки Ш., в результате чего токсическим способом умертвила плод и искусственно прервала беременность Ш. на	В качестве смягчающих наказание обстоятельств суд признает признание вины, явку с повинной, наличие на иждивении малолетнего ребенка. Ранее П. не судима. Отягчающих наказание обстоятельств не имеется. С учетом мнения потерпевшей, которая ранее ходатайствовала о прекращении производства по делу, суд считает, что	ч. 1 ст. 123 УК РФ 10 месяцев исправительных работ с удержанием в доход государства 15% из заработной платы



			причинила вред здоровью Ш., которая позже была госпитализирована с признаками сепсиса.	исправительных работ, поскольку П. не имеет постоянного источника дохода.	
45. Приговор Ленинског о районного суда г. Омска Омской области от 4 августа 2009 г.	В. произвела незаконный аборт, повлекший по неосторожнос ти причинение тяжкого вреда здоровью потерпевшей (ч. 3 ст. 123 УК РФ).	В. вину признала частично и показала, что С. она ранее не знала. Медицинского образования и медицинских гинекологических инструментов у нее нет. Ее два раза уговаривала сделать аборт С. ее знакомая К. На второй раз В. согласилась. В. сделала укол С. Под утро пришла С. и сказала, что у нее началась реакция на укол и нужно вызвать скорую помощь. В. утверждает, что она С. аборт не делала. Про вознаграждение в сумме 5000 рублей она с С. не договаривалась, но если бы была реакция на укол, то С. ее бы отблагодарила.	В., находясь у себя дома, с согласия потерпевшей на сроке беременности 24-26 недель, желая получить вознаграждение в сумме 5000 рублей, ввела внутривенно С. инъекции для сокращения матки. В. производила аборт неустановленными гинекологическими инструментами, не стерилизуя и не дезинфицируя их, у себя на столе. У С. началось сильное кровотечение, от боли она теряла сознание. В. одела С. и вывела ее на улицу, где ей была вызвана скорая помощь. В стационаре С. были диагностированы: перфорация матки, ранение мочевого пузыря, гематома в области восходящего отдела толстой кишки, сепсис. В брюшной полости обнаружена головка плода и мелкие части внутренних органов плода. Впоследствии	Обстоятельствами, смягчающими наказание В., суд признает наличие у нее на иждивении несовершеннолетнего ребенка, мнение потерпевшей о снижении. Обстоятельством, отягчающим наказание подсудимой, является наличие в ее действиях рецидива (аналогичное преступление).	ч. 3 ст. 123 УК РФ 2 года 6 месяцев лишения свободы без лишения права занимать определен ные должности или заниматься определен ной деятельнос тью



46. Приговор Нижнесерг инского районного суда Свердловск ой области от 21 февраля 2008 г.	К. совершила незаконное производство аборта, что повлекло по неосторожнос ти смерть потерпевшей (ч. 3 ст. 123 УК РФ).	К. признала себя виновной полностью , поддержала заявленное ходатайство о рассмотрении судом уголовного дела в особом порядке судебного разбирательства.	К. умышленно с целью получения денежных средств в сумме 1000 рублей, с согласия беременной Н., находившейся на сроке 19,2 недели беременности, произвела незаконный аборт, в результате чего у Н. открылось массивное продолжительное маточное кровотечение, хориоамнионит (воспаление оболочек плодного яйца), метроэндометрит (воспаление внутренней оболочки и мышечного слоя матки), генерализация инфекции (сепсис), что впоследствии повлекло за собой смерть Н.	Подсудимая К. совершила преступление средней тяжести. Ранее она не судима. По месту жительства и работы характеризуется положительно. К административной ответственности не привлекалась. Признание вины и чистосердечное раскаяние, активное способствование раскрытию преступления, явку с повинной, наличие на иждивении несовершеннолетнего ребенка суд признает обстоятельствами, смягчающими наказание. Т.к. К. не занимается медицинской деятельностью, суд считает возможным не применять дополнительное наказание.	ч. 3 ст. 123 УК РФ 2 года лишения свободы без лишения права занимать определен ные должности или заниматься определен ной деятельнос тью
47. Приговор Ленинског о районного суда г. Орска Оренбургс	О. совершила незаконное производство аборта, повлекшее по неосторожнос ти причине	О. признала себя виновной полностью , поддержала заявленное ходатайство о рассмотрении судом уголовного дела в особом порядке судебного разбирательства.	Медицинская сестра О., достоверно зная, что срок беременности Ф. составляет около 20 недель, находясь вне медицинского учреждения, в помещении, произвела прерывание беременности Ф.,	К смягчающим наказание обстоятельствам, суд относит полное признание вины и раскаяние в содеянном, молодой возраст, совершение преступления впервые, а иждивении	ч. 3 ст. 123 УК РФ 1 год 6 месяцев лишения свободы без лишения



кой области от 28 февраля 2011 г.	тяжкого вреда здоровью потерпевшей (ч. 3 ст. 123 УК РФ)		осложнений. Было проведено оперативное вмешательство, в результате орган (не уточняется) Ф. утратил свои функции.	несовершеннолетнего. К обстоятельствам, отягчающим наказание, суд относит совершение преступления в отношении женщины, заведомо для виновного находящейся в состоянии беременности.	права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью
48. Приговор Тамбовского областного суда от 22 июня 2009 г.	Б. совершила незаконное производство аборта, а затем убийство новорожденного ребенка, находящегося заведомо для нее в беспомощном состоянии (ч. 1 ст. 123 и п. «в» ч. 2 ст. 105 УК РФ)ю	Б. признала вину частично . В суде Б. показала, что не производила К. незаконный аборт, а приняла преждевременные роды, ребенок родился мертвым. Б. помощь ему не оказывала, но не душила. Б. поместила его в пакет. 5000 рублей за аборт К. не платила. К. ранее брала их в долг, а потом вернула. Но на предварительном следствии Б. неоднократно признавала вину в деяниях, ей вменяемых.	Б. решила произвести за денежное вознаграждение в размере 5000 рублей аборт К., находящейся на 8 месяце беременности. Б. ввела К. во влагалище раствор водки с йодом, делала К. инъекции «окситоцина» ежедневно. Этим были спровоцированы преждевременные роды. У К. родился живой ребенок. На вопрос, что с ним делать, К. ответила несколько раз, что ребенок ей не нужен. Б. задушила ребенка, надев пакет ему на голову, и спрятала труп на краю автотрассы.	По заключению судебно-психиатрической экспертизы, Б. признаков психического расстройства не обнаруживает. В состоянии аффекта не находилась. Суд учитывает положительные данные, характеризующие виновную, ее возраст, желание К. избавиться от плода.	ч. 1 ст. 123 УК РФ штраф 30 тысяч рублей п. «в» ч. 2 ст. 105 УК РФ 8 лет лишения свободы
Итоги ст. 123 УК РФ.	Специальность	Признание/непризнание вины.	Оправдательный/обвинительный приговор	Основное наказание	Дополнительное наказание
1 реальная	Медицинская сестра –	Признание вины частично –	Обвинительных приговоров –	Реальное лишение свободы	Не назначалос



совокупно сть с п. «в» ч. 2 ст. 105 УК РФ	другие профессии – 5.	Признание вины полностью – 4 случая.	Оправдательных приговоров – 0.	Условное лишение свободы – 1. Штраф – 1. Исправительные работы – 1.	ь – 6.
49. Приговор Советского районного суда г. Томска Томской области от 23 июня 2009 г.	Медбрат Х. осуществлял занятие частной медицинской практикой не имея лицензии на избранный вид деятельности, повлекшее по неосторожнос ти смерть человека (ч. 2 ст. 235 УК РФ).	Х. вину в предъявленном обвинении признал полностью и поддержал ходатайство о постановлении приговора без проведения судебного разбирательства, в порядке особого производства.	После истечения срока действия лицензии Х. продолжал осуществлять занятие медицинской практикой. Х. произвел медицинский прием П., установил диагноз, назначил курс лечения. Будучи заведомо оповещенный П. о наличии у нее аллергической реакции на лекарственный препарат Новокаин из группы местных анестетиков (куда входит и Лидокаин) провел три сеанса медицинских манипуляций в виде внутримышечных паравerteбральных инъекций раствора Лидокаина и Кеналог, а также исполнил 8 сеансов иглорефлексотерапии. В результате у П. началась аллергическая реакция в виде анафилактического шока, что повлекло по неосторожности смерть П.	Обстоятельств, отягчающим наказание в порядке судом не установлено. По месту жительства Х. характеризуется положительно. Свидетели С. и Р. охарактеризовали его только с положительной стороны как опытного специалиста, который оказывал им медицинскую помощь. Свидетели З. и Д. охарактеризовали его как ответственного, не злоупотребляющего спиртным человека, который пользуется уважением. Но данное преступление представляет повышенную общественную опасность. В результате наступила смерть потерпевшей П., на иждивении которой 2-е детей.	ч.2 ст. 235 УК РФ 1 год 6 месяцев лишения свободы



<p>50. Приговор Советского районного суда г. Новосибирска Новосибирской области от 13 сентября 2009 г.</p>	<p>Психиатр-нарколог З. занимался частной медицинской практикой, не имея лицензии на избранный вид деятельности, что повлекло по неосторожности смерть двух людей (ч. 2 ст. 235 УК РФ), а также склонил двух лиц к потреблению наркотических средств. (п. «в» ч. 2 ст. 230 УК РФ)</p>	<p>З. вину не признал. Пояснил, что: 1. Б. поступил к ним в клинику с диагнозом - зависимость от наркотиков, на тот момент лицензии не было, лечение проходило нормально, утром в день смерти он заходил к нему, Б. лег на левый бок к стене и через час, находясь в этой позе, умер. Пневмонии у Б. не было и в заключение экспертов она не описана. 2. М. приехал с отцом, находился в наркотическом опьянении. Пневмония у М. развилась в ходе сепсиса, за день до смерти появились признаки бронхита, он дал М. таблетки, М. уснул. Анализы у М. не брали. 3. Свидетели, которые поясняют о том, что З. говорил перед лечением употребить наркотики, его оговаривают, может быть, из-за корыстной цели.</p>	<p>1. В клинику для лечения от наркомании обратился больной Б. З. не поставил Б. в известность о том, что его клиника не имеет лицензии на осуществление данного вида деятельности, и принял больного Б. на стационарное лечение от наркомании. Хотя такое право имеют только государственные и муниципальные больницы. З. не провел обследования Б. с целью выявления у него имеющихся и сопутствующих наркомании заболеваний, а также не назначил обследования врачами терапевтом и невропатологом. З. диагностировал пневмонию у Б., но не принял мер к осмотру его специалистами. В клинике произошла смерть Б. от острой серозно-гнойная пневмония с геморрагическим компонентом, протекавшей на фоне опийной наркомании. Антибиотиковая терапия, оказалась неэффективной, так как проводилась в недостаточном объеме. 2. В клинику для прохождения</p>	<p>Обстоятельств, отягчающих наказание, судом не установлено. Суд учитывает, что на момент совершения преступления, З. имел несовершеннолетнего ребенка, который в настоящее время достиг совершеннолетия, а также состояние здоровья З., что суд относит к обстоятельствам, смягчающим наказание. З. ранее не судим, будучи врачом, лицом, которое прежде всего должно оказывать медицинскую помощь и заботиться о здоровье граждан, напротив осуществлял свою незаконную деятельность во вред им, чем совершил преступления, относящиеся к категории преступлений средней тяжести и тяжкое, в результате чего молодые люди лишены жизни. Суд учитывает мнения потерпевших, настаивающих на строгом наказании.</p>	<p>ч. 2ст. 235 УК РФ 3 года лишения свободы ч. 2 ст. 235 УК РФ 3 года лишения свободы п. «в»ч. 2 230 УК РФ 3 года 6 месяцев лишения свободы Окончательное наказание 4 года 6 месяцев лишения свободы</p>
--	---	--	---	--	--



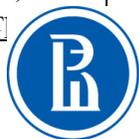
			<p>обратился М. З. не поставил М. в известность об отсутствии лицензии и принял М. на стационарное лечение. З. не провел обследования М. с целью выявления у него заболеваний, а также не были проведены обследования врачами терапевтом и невропатологом. З. диагностировал у М. пневмонию, но не значил обследования по этому поводу. Состояние М. ухудшилось, он был переведен в Городскую больницу, где скончался от ангиогенного сепсиса, развившийся на фоне отравления наркотиками. Необходимое лечение в клинике не проводилось. З. Д. и Т. обратились с просьбой о лечении от наркотической зависимости к З., который предложил им приобрести героин, ввести себе данное наркотическое средство и приехать для прохождения лечения в состоянии наркотического опьянения, объяснив при этом,</p>	
--	--	--	--	--



			легче переносить интоксикацию. На что Д. и Т. согласились.		
51. Приговор Приморского районного суда г. Санкт-Петербурга от 15 сентября 2009 г.	Акушер-гинеколог Е. и гражданин А. занимались частной медицинской практикой без лицензии, повлекшей смерть и причинение вреда здоровью (ч. 1 ст. 235, ч. 2 ст. 235 УК РФ)	Данные отсутствуют.	Е. и А. организовывали роды на дому, которые проходили в бассейне. При родах они использовали надувной бассейн, проводили обследования рожениц, стимулировали родовую деятельность. В случаях, когда новорожденные не подавали признаков жизни, подсудимые осуществляли реанимационные мероприятия. В результате умерли шесть новорожденных, двум новорожденным был причинен тяжкий вред здоровью.	Данные отсутствуют.	ч. 1 ст. 235 и ч. 2 ст. 235 УК РФ (несколько деяний) Е. - 5 лет и 6 месяцев лишения свободы, А. - 5 лет лишения свободы условно
52. Приговор Ингодинского районного суда г. Читы от 15 октября 2010 г.	Медсестра Б. незаконно занималась частной медицинской практикой, что повлекло по неосторожности причинение вреда	Б. вину не признала . Пояснила, что Л. попросил сделать массаж его дочери на дому, она отказалась, так как массаж на дому не делает, нет на это лицензии, предположила, что ребенок мог получить переломы в результате падения. Б. пояснила, что занимается	Б. работала в детской городской поликлинике медицинской сестрой в должности массажиста. К ней обратился Л. с просьбой провести массаж ног его малолетней дочери на дому за вознаграждение. Во время проведения очередного массажа Б. применила чрезмерные усилия	Смягчающими обстоятельствами суд признает исключительно положительную характеристику Б. по месту работы, привлечение к уголовной ответственности впервые, ее возраст. Отягчающих обстоятельств по делу не установлено.	ч. 1 ст. 235 УК РФ штраф в размере 60 000 рублей



	здоровью потерпевшей (ч. 1 ст. 235 УК РФ)	учреждении на протяжении 27 лет, кроме этого, никакой деятельностью не занимается из-за большой занятости в поликлинике. С Л. она денег не брала.	сгибания в тазобедренном коленном суставе и отведении бедра ребенка, причинила потерпевшей закрытый перелом левого бедра со смещением отломков (вред здоровью средней тяжести).		
53. Приговор Ремонтненского районного суда Ростовской области от 10 мая 2011 г.	Е. совершил незаконное занятие частной медицинской практикой, повлекшее по неосторожности причинение вреда здоровью человека (ч. 1 ст. 235 УК РФ).	Е. виновным себя признал полностью, с предъявленным обвинением согласился, поддержал ходатайство о рассмотрении уголовного дела в особом порядке	Е., являясь индивидуальным предпринимателем, не имея лицензии на данный вид медицинской деятельности, оказал стоматологическую услугу К., обратившейся к нему с острой зубной болью, по хирургическому удалению седьмого зуба слева на нижней челюсти. Был допущен дефект - неполное удаление зуба, из-за чего у К. наступило ухудшение состояния здоровья, выразившееся в асимметрии лица, отеке мягких тканей, сильной боли и нарушении функций жевания (легкий вред здоровью).	Обстоятельств, смягчающих или отягчающих наказание в отношении подсудимого. суд не установил. При назначении наказания суд принимает во внимание характер и степень общественной опасности содеянного, данные о личности подсудимого, положительно характеризующегося по месту жительства, то, что подсудимый полностью признал свою вину, раскаялся в совершенном им преступлении.	ч. 1 ст. 235 УК РФ штраф в размере 40 000 рублей
Итоги ст. 235 УК РФ.	Специальность	Признание/непризнание вины.	Оправдательный/обвинительный приговор	Основное наказание	Дополнительное наказание
	Медицинская сестра (медбрат) – 2, психиатр	Признание вины – 2 случая. Непризнание вины – 2 случая.	Обвинительных приговоров – 5. Оправдательных приговоров –	Реальное лишение свободы – 3. Условное лишение свободы	Не назначалось



	нарколог – 1, акушер- гинеколог - 1, другие профессии - 2			Штраф – 2.	
54. Приговор Таганского районного суда г. Москвы от 7 июля 2008 г.	Г. совершил 11 эпизодов мошенничест ва по ч.4 ст. 159 УК РФ	Г. виновным себя не признал . Пояснил, что занимался политической, общественной, научной и религиозной деятельностью. Он является единственным автором учения о спасении и гармоничном развитии, распространением которого занимается в течение длительного времени исключительно на безвозмездной основе. В 1995 г. он приехал в Москву с той целью, чтобы осуществлять свою деятельность и приносить людям больше пользы. Его учение о спасении и гармоничном развитии не содержит методик воздействия на психику и поведение человека, а основано на принципе	Подсудимый создал «Учение Грабового», в котором содержался целый ряд рекомендаций и постулатов для помощи людям, потерявшим близкого человека или больных тяжелыми заболеваниями; с целью распространения учения, а также сопутствующих материалов (диски, литература и т.п.) был создан ряд юридических лиц и зарегистрировано несколько индивидуальных предпринимателей. По делу была проведена комплексная социально- психологическая экспертиза, результаты которой указывали на то, что в учении применяются методы воздействия на психику, которые ориентированы на группу людей, испытывающих социопсихическое неблагополучие в связи со	При назначении наказания подсудимому Г. суд учитывает характер и степень общественной опасности совершенных преступлений, каждое из которых отнесено законом к категории тяжких. Также суд учитывает конкретные обстоятельства дела, а именно место, время, способ совершения преступлений, количество эпизодов преступной деятельности, последовательность и периодичность их совершения. Наряду с этим суд учитывает данные о личности подсудимого Г., который ранее не судим, к административной ответственности не привлекался, имеет положительные стики.	ч. 3 ст. 159 УК РФ и 10 десятилетий по ч. 4 ст. 159 УК РФ Окончател ьное наказание - 11 лет лишения свободы со штрафом в размере 1.000.000 рублей



		распространяется на основе личного волеизъявления граждан. Данное учение совмещает в себе науку и религию, а в целом представляет собой методику управления. При этом ориентировано данное учение на всех граждан, в том числе и на лиц с очень хорошей жизненной ситуацией, которые хотят работать на благо развития общества в целом и над увеличением продолжительности жизни. Все его семинары были исключительно обучающими, при этом результат не был гарантирован.	заболеванием или стрессом. Суд отметил, что потерпевшие приняли на веру учение и тот факт, что он обладает исключительными способностями, ничего не проверяя. По мнению суда, последнее обстоятельство свидетельствует о том, что учение сочетало в себе комплекс методов воздействия на психику. Кроме того суд сослался на показания экспертов, согласно которым подсудимый искажал языковые понятия (конверсия). Потерпевшим сообщалось о физическом воскрешении людей, а сам подсудимый заявил в судебном заседании, что речь идет о вечной жизни духа.	Исключительно с положительной стороны охарактеризован свидетелем Е., являющейся тещей подсудимого. Обстоятельств, отягчающих наказание, судом не установлено. Обстоятельством, смягчающим наказание подсудимого, суд признает наличие у него на иждивении несовершеннолетнего ребенка.	
55. Приговор Чернышк вского районного суда Волгоград ской области от 21 июня 2010 г.	Л. совершила хищение чужого имущества путем обмана и злоупотреблением доверия с причинением значитель	Л. свою вину не признала , пояснила, что ей позвонила К. и попросила погадать по поводу совместной жизни со своим супругом, который уехал на работу в город Москву. Л. приехала к ней и погадала. За указанные услуги К. добровольно отдала Л.	Л. обманула потерпевшую, сообщив ей заведомо ложные, не соответствующие действительности сведения - о наличии порчи. Л. обратилась к К. с предложением погадать ей под предлогом оказания услуг, обеспечивающих благополучие в семье, а также	Л. совершила преступление средней тяжести. Л. по месту жительства характеризуется положительно. Обстоятельств, отягчающих наказание и смягчающих наказание подсудимой, судом не установлено.	ч.2 ст.159 УК РФ штраф в размере 15000 рублей



	о ущерба гражданину (ч. 2 ст. 159).	продукты. После этого К. вновь позвонила, и пригласила Л. к себе домой. Л. гадала на картах, К. добровольно отдала ей деньги и вещи.	членов ее семьи, ввела последнюю в заблуждение, и потребовала от нее передачи денежных средств и имущества в счет оплаты за оказание данных услуг. После этого К. передала Л. денежные средства и вещи. Имела место еще одна подобная встреча, при которой К. передала деньги и вещи Л.		
56. Приговор Железнодорожного районного суда г. Новосибирска Новосибирской области от 15 декабря 2009 г.	Б. совершила корыстные преступления, а именно хищения чужого имущества путем обмана и злоупотреблением доверием (ч. 4 ст. 159, ч. 2 ст. 159, ч. 2 ст. 159 УК РФ).	1. Б. виновной себя по первому эпизоду не признала и пояснила, что в этот день из дома не отлучалась. Считает, что Ф. ее перепутала с другими цыганами, ей она никогда не гадала и никогда ее не видела, золотых изделий у нее не похищала. 2. По второму эпизоду Б. виновной себя признала частично и пояснила, что она гадала Е., после чего за гадание попросила вознаграждение, сколько не жалко. Е. отдала ей золотое кольцо и больше ничего не передавала. 3. По третьему эпизоду Б. виновной себя признала	1. Б. подошла к Ф. на улице и сообщила ей, что на нее и ее семью наложена порча, но она готова снять ее за вознаграждение. Ф. передала Б. последней денежные средства. Б. попросила Ф. принести из дома золотые изделия, необходимые для обряда. Ф. принесла украшения, которые завернула в лист бумаги и передала Б. Б. манипулируя свертком, похитила золотые изделия путем обмана, подменив на похожий свертком без золотых изделий, который передала Ф., причинив материальный ущерб на общую сумму 1 923 200 рублей. 2. Б. подошла к Е. в ходе	Суд учитывает, что Б. частично вину признала, на учетах у нарколога и психиатра не состоит, положительно характеризуется по месту содержания под стражей в СИЗО, явку с повинной, что Б. имеет на иждивении троих несовершеннолетних детей и одного малолетнего ребенка, состояние здоровья детей, что является обстоятельствами, смягчающими наказание Б. Учитывая материальное положение и наличие на иждивении несовершеннолетних детей, суд считает нецелесообразным	ч. 4 ст. 159, ч. 2 ст. 159, ч. 2 ст. 159 УК РФ Окончательное наказание - 5 лет 6 месяцев лишения свободы, без штрафа.



		она гадала Л., после чего последняя за гадание отдала ей золотое кольцо, серьги и цепочку с подвеской, которые она завернула в бумагу и похитила их, а Л. отдала сверток с мелочью и жвачкой.	нее и ее детей наложена порча, и что она готова снять ее за вознаграждение. Е. передала Б. золотые украшения, которые Б. похитила путем обмана, после чего с места преступления скрылась. Причинен ущерб на сумму 50 000 рублей. З. Б., подошла к Л. и сообщила ей, что на нее и ее детей наложена порча, и что она готова снять ее за вознаграждение. Л. отдала Б. украшения, которые Б. завернула в лист бумаги и передала Б. манипулируя свертком, похитила золотые изделия, путем обмана, подменив на похожий сверток без золотых изделий, который передала Л. Причинен ущерб на сумму 19 500 рублей.	наказание в виде штрафа. Вместе с тем суд учитывает, что Б. совершила тяжкое преступление и преступления средней тяжести, ущерб по делу не возмещен, мнение потерпевших, и находит возможным исправление подсудимой Б. в условиях изоляции от общества.	
57. Приговор Димитровс кого районного суда г. Костромы от 29 декабря	Б. совершила мошенничест во с причинением значительног о ущерба гражданину (ч. 2 ст. 159 УК РФ)	Б. вину не признала . Пояснила, что имеет высшее медицинское образование и должна была открыть Российско- Германскую медицинскую клинику в городе Ярославле, но этого не	Б. заявила потерпевшей, что приехала из Германии, где проработала 10 лет нейрохирургом, ранее в Чечне оперировала раненых, хочет открыть совместную германо- российскую клинику в г. Ярославле. Б. предложила	Обстоятельств, отягчающих и смягчающих наказание Б., не имеется.	ч. 2 ст. 159 УК РФ в наказание в виде 3 лет лишения свободы



2007 г.		арестовали.	затылочной части головного мозга, которая имела у ее ребенка, заявив, что есть дорогостоящее лекарство, от действия которого «киста на 100% рассосется». Название лекарства Б. не называла. После лечения, проводимого подсудимой, киста у ребенка осталась в том же состоянии, кровотечения у ребенка участились. Суд установил, что лекарств, имеющих свойство рассасывать опухоли, в том числе кисту, не существует. Судом не было установлено, имеет ли Б. медицинское образование, лицензии на оказание медицинских услуг у нее не имелось.		
Итоги по ст. 159 УК РФ.		Признание/непризнание вины.	Оправдательный/обвинительный приговор	Основное наказание	Дополнительное наказание
		Полное признание вины - 1 Частичное признание вины – 1 Полное непризнание вины – 4	Обвинительных приговоров – 4. Оправдательных приговоров – 0.	Реальное лишение свободы – 3. Штраф – 1.	Назначено 1 раз – штраф.
58. Приговор Сосновоборо	Акушер-гинеколог М. соверши	М. вину не признала и пояснила, что у	Поскольку с ФГУЗ заключен страховой организацией	Обстоятельств, смягчающих	ч.1 ст. 238 УК РФ
				ность, судом не	



<p>рского городского суда Ленинградской области от 29 декабря 2010 г.</p>	<p>оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности жизни и здоровья потребителей (ч. 1 ст. 238 УК РФ).</p>	<p>деятельность была слабой, ей были введены лекарства для стимуляции родов. Состояние плода она и акушерка контролировали с помощью трубочки, никаких отклонений не было. Поскольку беременная утомилась, она решила назначить ей «медикаментозный сон». Затем она назначила окситоцин, после чего родовая деятельность усилилась. Около 18 часов она стала слушать сердцебиение плода и услышала сбои, в этой связи, приняла решение о необходимости проведения кесарева сечения. После сбора всей бригады была проведена операция, в ходе которой родился ребенок, который находился в тяжелом состоянии. С обвинением не согласна, поскольку считает, что она не оказывала медицинскую услугу, а оказывала помощь. Помощь ею была оказана в полном объеме,</p>	<p>медицинской помощи, то врач, работающий в ФГУЗ оказывает на возмездной основе(по договору страхования) медицинскую услугу, которая является составной частью медицинской помощи. Медицинская услуга «ведение родов» М. была оказана ненадлежащего качества со следующими дефектами:</p> <ul style="list-style-type: none"> - не выполнены исследования, направленные на определение внутриутробного состояния плода; - неверно оценена акушерская ситуация; - не показано применявшееся при данной акушерской ситуации родовозбуждение окситоцином; - проведена избыточная родостимуляция, что увеличило риск развития гипоксии плода; - необоснованное применение «медикаментозного сна»; - несвоевременно выполнена операция кесарево сечение. <p>У беременной в результате оперативного вмешательства</p>	<p>установлено. Обстоятельств, отягчающих ответственность, судом не установлено. При назначении наказания суд учитывает характер и степень общественной опасности совершенного преступления, данные о личности М., ранее не судимой, совершившей преступление небольшой тяжести впервые, имеющей на иждивении совершеннолетнего ребенка - дочь, которая проходит обучение, а также влияние назначенного наказания на исправление М. и на условия жизни ее семьи.</p>	<p>1 год 6 месяцев лишения свободы условно</p> <p>На основании ст. ст. 78 ч.1 п. «а» УК РФ, п. 3 ч. 1 ст. 24 УПК РФ освободить М. от наказания в связи с истечением срока давности</p>
---	---	--	---	--	--



		имелась в наличие тяжелое заболевание в виде герпесной инфекции, которая на момент родов ей была не известна, то она не могла предвидеть такие последствия.	ребенок, состояние которого было тяжелым, обусловленное пневмонией смешанного генеза, с однократным тугим обвитием пуповины вокруг шеи, приведшими к асфиксии - патологическому состоянию обусловившему ишемически-гипоксическое поражение центральной нервной системы средней тяжести.		
59. Приговор мирового судьи судебного участка № 116 Абинского района Краснодарского края от 20 октября 2010 г.	Фельдшер скорой помощи П. заведомо оставила в опасности С., находящегося в опасном для жизни состоянии и лишенного возможности принять меры к самосохранению вследствие беспомощности (ст. 125 УК РФ).	П. вину признала , заявила ходатайство, о постановлении приговора в особом порядке судебного разбирательства.	П. выехала в ..., где в результате ДТП пострадал С., который получил повреждения в виде кровоподтеков и ссадин, ушиба головного мозга с кровоизлияниями под мягкие мозговые оболочки, переломов ребер слева, ушиба сердца. П., хотя должна была транспортировать С. в травматологическое отделение, привезла его в терапевтическое отделение и оставила без присмотра. С., находясь в палате, скончался. Должных лечебно-диагностических мероприятий, ни на месте ДТП, ни в больнице произведено не было.	П. совершила преступление небольшой тяжести. П. совершила преступление впервые, чистосердечно раскаялась, по месту работы характеризуется положительно - эти обстоятельства мировой судья признает смягчающими наказание. Отягчающих наказание обстоятельств по делу не установлено.	ст. 125 УК РФ Штраф в размере 10 000 рублей.
60.	Было			на невменяемой.	Уголовное



<p>Постановление Партизанского районного суда Приморского края о прекращении уголовного дела от 17 июня 2011 г.</p>	<p>возбуждено уголовное дело по ч. 1 ст. 116 и ч. 1 ст. 109 УК РФ.</p>		<p>ввела в заблуждение родственников ребенка относительно своей способности произвести лечение методами нетрадиционной медицины и высказала им требование покинуть помещение для проведения сеанса лечения. Родственники вышли на улицу. С. взяла мальчика за руку, уложила на пол, после чего, схватила правой рукой за шею, с силой надавив на нее, и прижала потерпевшего лицом в пол, лишив его возможности вырваться. В таком состоянии она удерживала мальчика не менее 6 минут, что привело к механической асфиксии и смерти ребенка.</p>		<p>дело прекращено. Принудительные меры медицинского характера не применялись.</p>
---	--	--	--	--	--

