

Ольховская Светлана Александровна,
Студент, (Дальневосточный филиал),
РГУП им. В. М. Лебедева
Olkhovskaya Svetlana Aleksandrovna,
Student, (Far Eastern Branch),
Lebedev Russian State Pedagogical University

Коротченков Денис Алексеевич,
Доцент кафедры УПД, к.ю.н., доцент
(Дальневосточный филиал),
РГУП им. В. М. Лебедева
Korotchenkov Denis Alekseevich,
Associate Professor, PhD,
Associate Professor (Far Eastern Branch),
Lebedev Russian State Unitary Enterprise

**УГОЛОВНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ВРАЧЕБНЫЕ ОШИБКИ:
ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И ПРАКТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ КВАЛИФИКАЦИИ
CRIMINAL LIABILITY FOR MEDICAL ERRORS: THEORETICAL
AND PRACTICAL PROBLEMS OF QUALIFICATION**

Аннотация. Статья посвящена комплексному исследованию вопросов уголовной ответственности медицинских работников за профессиональные правонарушения. В работе анализируется правовая природа врачебной ошибки, рассматриваются проблемы отграничения преступной неосторожности от добросовестного заблуждения. Особое внимание уделено дефектам квалификации по статьям 109, 118 и 238 УК РФ, а также роли судебно-медицинской экспертизы.

Abstract. The article is devoted to a comprehensive study of the issues of criminal liability of medical workers for professional offenses. The paper analyzes the legal nature of a medical error, considers the problems of delimiting criminal negligence from bona fide error. Special attention is paid to qualification defects under Articles 109, 118 and 238 of the Criminal Code of the Russian Federation, as well as the role of forensic medical examination.

Ключевые слова: Врачебная ошибка, уголовная ответственность, медицинская деятельность, дефекты оказания помощи, профессиональный риск.

Keywords: Medical error, criminal liability, medical activity, defects in the provision of care, professional risk.

Развитие современной медицины, усложнение методов диагностики и лечения, а также рост правовой грамотности населения привели к значительному увеличению числа уголовных дел, возбуждаемых в отношении медицинских работников. Проблема уголовной ответственности за так называемые «врачебные ошибки» на протяжении десятилетий остается одной из самых острых в юридической науке и правоприменительной практике. Фундаментальная сложность заключается в отсутствии в российском законодательстве легального определения понятия «врачебная ошибка», что создает почву для расширительного толкования норм уголовного права и субъективизма при оценке действий врача [1].

В юридической доктрине под врачебной ошибкой традиционно понимается добросовестное заблуждение медицинского работника при отсутствии признаков халатности или умысла. Однако на практике грань между таким заблуждением и преступной



неосторожностью (небрежностью или легкомыслием) оказывается крайне размытой. Медицинская деятельность по своей природе неразрывно связана с риском. Индивидуальные особенности организма пациента, атипичное течение болезни, несовершенство диагностической аппаратуры – все это может привести к неблагоприятному исходу даже при формальном соблюдении врачом всех протоколов и стандартов [2, с. 88].

В настоящее время в УК РФ нет специальной главы или статьи, посвященной исключительно медицинским преступлениям. Деяния медиков квалифицируются по общим составам, что специалисты называют «ятрогенной преступностью». Чаще всего обвинение предъявляется по части 2 статьи 109 УК РФ (причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей) и части 2 статьи 118 УК РФ (причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности). Статистические данные последних лет показывают, что количество жалоб на действия врачей в Следственный комитет РФ исчисляется тысячами, однако до суда доходит лишь малая часть из них, что свидетельствует о колоссальных сложностях доказывания вины в данной сфере [3].

Одной из центральных проблем квалификации является установление прямой причинно-следственной связи между действиями врача и наступившими последствиями (смертью или вредом здоровью). В медицине редко встречается «линейная» детерминация. Чаще всего неблагоприятный исход – это результат сложного взаимодействия болезни пациента и медицинского вмешательства. Если врач допустил нарушение (например, не назначил вовремя анализ), но пациент скончался от основного неизлечимого заболевания, уголовная ответственность за смерть не может наступить, так как отсутствует прямая связь. В этом контексте особую роль приобретает судебно-медицинская экспертиза (СМЭ), выводы которой зачастую определяют исход дела. Однако экспертное сообщество само указывает на дефицит методик, позволяющих однозначно оценить правильность действий врача в нестандартных клинических ситуациях [4].

В последние годы правоохранительные органы стали активно применять статью 238 УК РФ (оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности) к деятельности врачей. Этот подход вызывает резкую критику со стороны юридического и медицинского сообществ. Статья 238 является формальным составом, для квалификации по которому не обязательно наступление вреда – достаточно самого факта опасности услуги. Применение этой нормы к медицинской помощи превращает врачей в «субъектов потребительского рынка», игнорируя специфику лечения как процесса, который не всегда гарантирует результат. Более того, это ведет к неоправданному ужесточению ответственности, так как санкции по ст. 238 выше, чем по ст. 109 УК РФ [1, 5].

Нельзя игнорировать и вопрос субъективной стороны преступления. Для привлечения к ответственности необходимо доказать, что врач либо предвидел возможность вреда, но легкомысленно рассчитывал на его предотвращение, либо не предвидел, но должен был и мог предвидеть. Проблема в том, что стандарты «долженствования» в медицине постоянно меняются. Использование клинических рекомендаций в качестве жестких критериев виновности также спорно, так как рекомендации не могут охватить все многообразие клинических случаев. Врач, отступивший от инструкции ради спасения жизни пациента, формально нарушает регламент, но фактически действует в состоянии оправданного риска (ст. 41 УК РФ) [6, с. 112].

Оправданный риск в медицинской деятельности – это институт, который в отечественной практике применяется крайне редко. Для того чтобы риск врача был признан правомерным, необходимо соблюдение ряда условий: цель не могла быть достигнута иными способами, врач предпринял все меры для предотвращения вреда, а сам риск не был заведомо сопряжен с угрозой жизни многих людей. Однако в условиях дефицита времени и ресурсов



(например, в экстренной хирургии) доказать соблюдение всех этих условий крайне сложно, что делает врача уязвимым перед следствием [2].

Также актуальной остается проблема квалификации бездействия медицинского работника. Статья 124 УК РФ (неоказание помощи больному) применяется в случаях, когда врач вообще отказывается от выполнения своих обязанностей без уважительных причин. Однако грань между «неоказанием помощи» и «оказанием помощи ненадлежащего качества» (ст. 109 или 118 УК РФ) часто стирается. Правоприменитель должен четко осознавать, что неэффективная попытка лечения не является отказом от лечения, хотя результат может быть одинаково трагичным [3, 7].

Для совершенствования уголовного законодательства многие исследователи предлагают декриминализировать ряд врачебных ошибок, совершенных в условиях высокой неопределенности или системных сбоев (отсутствие оборудования, лекарств), за которые врач не может нести персональную ответственность. Другая группа ученых настаивает на выделении специальной главы в УК РФ «Преступления против здоровья населения в сфере медицинской деятельности». Это позволило бы консолидировать нормы и учесть специфику субъекта и объекта посягательства [1, 8].

Важным аспектом является и психологическое состояние медицинского работника. Феномен «профессионального выгорания», работа на нескольких ставках, ночные дежурства – все эти факторы объективно повышают риск ошибки. С точки зрения уголовного права это должно учитываться при оценке возможности лица предвидеть последствия своих действий. Если врач совершает ошибку на 24-м часу дежурства из-за физиологического истощения, возникает вопрос о вине администрации учреждения, создавшей такие условия труда, что может быть квалифицировано как халатность (ст. 293 УК РФ) [4, с. 201].

Подводя итог, следует отметить, что уголовная ответственность за врачебные ошибки должна быть исключительной мерой, применяемой в случаях грубого, самоочевидного нарушения профессиональных стандартов и этических норм. Чрезмерное давление следственных органов на врачебное сообщество ведет к развитию «оборонительной медицины», когда врач боится принимать сложные решения и старается максимально формализовать процесс лечения, что в конечном итоге вредит интересам пациента. Необходимо четкое разграничение преступной небрежности и несчастного случая в медицине на законодательном уровне [7, 9].

Список литературы:

1. Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 № 63-ФЗ (ред. от 06.04.2024).
2. Сергеев Ю.Д. Медицинское право: учебник для вузов. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022.
3. Багмет А.М. Особенности расследования ятрогенных преступлений. М.: Юнити-Дана, 2021.
4. Тяжкова И.М. Ответственность за неосторожные преступления. М.: Юридический центр Пресс, 2020.
5. Пикуров Н.И. Квалификация преступлений в сфере здравоохранения // Уголовное право. 2023. № 4.
6. Крылова Н.Е. Уголовная ответственность медицинских работников: монография. М.: Проспект, 2021.
7. Блинов А.Г. Уголовно-правовое обеспечение прав личности в сфере медицины. Саратов: Изд-во СГЮА, 2022.
8. Данилов Е.О. Правовые основы медицинской деятельности. СПб.: СпецЛит, 2023.
9. Островская И.В. Правовое регулирование медицинской деятельности в РФ. М.: Инфра-М, 2023.

