Федеральное государственное автономное образовательное учреждение
высшего образования «Московский государственный юридический
университет имени О.Е. Кутафина (МГЮА)»

На правах рукописи

Выриков Юрий Алексеевич

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА, ИСКЛЮЧАЮЩИЕ УГОЛОВНУЮ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ПРИЧИНЕНИЕ ВРЕДА ПАЦИЕНТУ

Специальность: 5.1.4 Уголовно-правовые науки

Диссертация на соискание ученой степени
кандидата юридических наук

Научный руководитель:
Заслуженный деятель науки РФ,
доктор юридических наук, профессор
Рарог Алексей Иванович

Москва – 2026

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ……...……....3

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ УГОЛОВНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ЗА ПРИЧИНЕНИЕ ВРЕДА ПАЦИЕНТУ.....16

§ 1. Эволюция научных представлений об уголовной ответственности за причинение вреда пациенту…….....…16

§ 2. Уголовная ответственность за причинение вреда пациенту в зарубежных странах……..……..30

§ 3. Основания и пределы уголовной ответственности за причинение вреда пациенту.....44

ГЛАВА 2. ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ СИСТЕМА ОБСТОЯТЕЛЬСТВ, ИСКЛЮЧАЮЩИХ УГОЛОВНУЮ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ПРИЧИНЕНИЕ ВРЕДА ПАЦИЕНТУ…….....……....64

§ 1. Понимание обстоятельств, исключающих уголовную ответственность за причинение вреда пациенту.....64

§ 2. Причинно-следственная связь как обязательный признак объективной стороны преступлений, причиняющих вред пациенту……..……79

§ 3. Медицинская ошибка и ее отграничение от смежных категорий.....98

§ 4. Крайняя необходимость при причинении вреда пациенту…..……118

§ 5. Медицинский риск ……..……141

ЗАКЛЮЧЕНИЕ……...……171

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....175

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. Право каждого человека на жизнь и здоровье относится к числу высших ценностей, охраняемых государством, в том числе посредством уголовного права. Профессиональная деятельность медицинских работников, будучи социально ориентированной и направленной на сохранение и восстановление здоровья, объективно сопряжена с высоким уровнем риска причинения вреда пациенту. Поступательное развитие медицинской науки, внедрение новых сложных диагностических и лечебных методик, с одной стороны, расширяют возможности, а с другой – порождают новые профессиональные риски.

Практическая деятельность в сфере уголовной ответственности медицинских работников сталкивается с отсутствием единообразных подходов к оценке деяний, повлекших причинение вреда жизни или здоровью пациента. Правоприменители нередко испытывают трудности при квалификации таких деяний, а также при определении их допустимых пределов. Отсутствие легальных дефиниций ключевых понятий и доктринальная неопределенность условий их применения создают существенные препятствия для справедливого рассмотрения уголовных дел и порождают правовую незащищенность медицинских работников, что негативно отражается на развитии системы здравоохранения.

В связи с изложенным системный анализ обстоятельств, исключающих уголовную ответственность за причинение вреда пациенту, выработка научно обоснованных критериев и условий их применения имеет высокую теоретическую и практическую значимость, что и предопределило выбор темы настоящего диссертационного исследования.

Степень научной разработанности темы исследования. Проблемы уголовной ответственности медицинских работников за причинение вреда пациенту являлись предметом изучения дореволюционных, советских и современных ученых, таких как В.И. Акопов, Н.Н. Аськов, Ф.Ю. Бердичевский,

А.А. Бимбинов, А.Г. Блинов, А.Е. Брусиловский, И.Г. Вермель, А.А. Гайдар, В.А. Глушков, И.И. Горелик, П.С. Дагель, С.В. Замалеева, А.Г. Кибальник, И.И. Нагорная, И.Ф. Огарков, Н.А. Огнерубов, А.И. Рарог, Ю.Д. Сергеев, С.Г. Стаценко, С.Н. Трегубов, Е.Е. Черных, М.Д. Шаргородский и других.

Вопросы обстоятельств, исключающих преступность деяния, разрабатывались в трудах Ю.В. Баулина, В.А. Блинникова, Я.М. Брайнина, Л.Д. Гаухмана, М.Н. Гернета, И.В. Давыдовского, О.Н. Дунина, В.Н. Кудрявцева, А.В. Наумова, И.Ф. Огаркова, А.А. Пионтковского, Т.Г. Понятовской, А.Н. Трайнина, М.И. Якубовича и иных ученых.

Комплексных исследований, посвященных именно обстоятельствам, исключающим уголовную ответственность за причинение вреда пациенту, явно недостаточно. Отсутствует единство подходов к определению круга преступлений, причиняющих вред жизни и здоровью пациента, к условиям правомерности крайней необходимости и медицинского риска, а также к юридической природе медицинской ошибки и ее отграничению от иных сходных категорий. В доктрине не анализируется отсутствие причинной связи между деяниями медицинских работников и вредом, причиненным пациенту, в качестве самостоятельного обстоятельства, исключающего уголовную ответственность, а особенности установления причинной связи в медицинской деятельности требуют дополнительного научного осмысления и системообразующего подхода.

Настоящее исследование призвано восполнить этот пробел.

Объектом диссертационного исследования является совокупность общественных отношений, возникающих в связи с уголовной ответственностью медицинских работников за причинение вреда пациенту и применением обстоятельств, ее исключающих.

Предметом исследования выступают нормы отечественного и зарубежного уголовного законодательства, устанавливающие уголовную ответственность за причинение вреда пациенту, а также нормы об обстоятельствах, ее исключающих. Кроме того, исследованию подлежат правоприменительная практика в связи с привлечением медицинских работников

к уголовной ответственности и применением указанных обстоятельств, доктринальные подходы и концепции, касающиеся оснований уголовной ответственности медицинских работников, критериев и условий крайней необходимости, медицинского риска, причинной связи, медицинской ошибки и дефекта оказания медицинской помощи.

Цель диссертационного исследования состоит в разработке на основе комплексного анализа теоретической и практической проблематики системного представления об обстоятельствах, исключающих уголовную ответственность медицинского работника за причинение вреда пациенту, и в выработке научно обоснованных рекомендаций по совершенствованию уголовного законодательства.

Для достижения указанных целей в процессе исследования поставлены следующие задачи:

- проследить эволюцию научных представлений об уголовной ответственности за причинение вреда пациенту;
- провести сравнительно-правовой анализ уголовной ответственности за причинение вреда пациенту в России и зарубежных странах;
- определить основания и пределы уголовной ответственности за причинение вреда пациенту, сформулировать перечень таких преступлений;
- исследовать генезис и современное понимание обстоятельств, исключающих уголовную ответственность за причинение вреда пациенту, в отечественной доктрине и правоприменительной практике;
- разработать функциональную систему обстоятельств, исключающих уголовную ответственность за причинение вреда пациенту;
- исследовать особенности установления причинно-следственной связи при причинении вреда пациенту, а также определить правовое значение ее отсутствия как самостоятельного обстоятельства, исключающего уголовную ответственность медицинского работника;

- провести разграничение между медицинской ошибкой, дефектом оказания медицинской помощи и субъективным казусом, сформулировать соответствующие уголовно-правовые понятия;

- выявить и проанализировать условия правомерности крайней необходимости при причинении вреда пациенту;

- раскрыть содержание медицинского риска как обстоятельства, исключающего уголовную ответственность медицинского работника.

Методологическую основу исследования составил диалектический метод научного познания, применение которого позволило рассмотреть обстоятельства, исключающие уголовную ответственность за причинение вреда пациенту, в развитии и взаимосвязи с иными уголовно-правовыми явлениями.

В работе также применялись общенаучные методы, такие как анализ, синтез, индукция, дедукция и системно-структурный подход. Методы анализа и синтеза использовались при разграничении смежных правовых категорий (дефекта оказания медицинской помощи, медицинской ошибки и субъективного казуса), а также при формулировании уголовно-правовых дефиниций. Индукция и дедукция применялись для перехода от анализа эмпирического материала и отдельных правовых явлений к общим теоретическим выводам, а также для применения общих доктринальных положений к конкретным ситуациям в медицинской деятельности. Системно-структурный подход выступил основой для формирования функциональной системы обстоятельств, исключающих уголовную ответственность за причинение вреда пациенту, и разработки концепции поэтапной квалификации деяний медицинских работников при причинении вреда пациенту.

Среди частно-научных методов познания применялись историко-правовой метод (для исследования эволюции норм об уголовной ответственности за причинение вреда пациенту); сравнительно-правовой метод (в рамках сопоставления отечественного и зарубежного уголовного законодательства и выявления моделей систематизации норм); формально-юридический метод (при анализе признаков составов преступлений, условий правомерности крайней необходимости и обоснованного риска);

статистический и конкретно-социологический методы (при обработке данных официальной статистики и анализе уголовных дел для выявления причин вынесения оправдательных приговоров медицинским работникам).

Теоретическую основу исследования составляют труды ведущих отечественных и зарубежных ученых в области уголовного права, медицинского права и криминологии.

Нормативную основу исследования образуют Конституция Российской Федерации, Уголовный кодекс Российской Федерации (далее – УК РФ), Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Закона № 323-ФЗ), иные федеральные законы, подзаконные акты, а также законодательство зарубежных стран и международные акты.

Эмпирическую основу исследования составляют данные официальной статистической отчетности Федеральной службы государственной статистики, Верховного Суда Российской Федерации за период с 2016 по 2025 г., результаты анализа более 800 уголовных дел, рассмотренных судами первой инстанции в указанный период, связанных с привлечением лиц к уголовной ответственности за причинение вреда жизни или здоровью пациента.

Научная новизна диссертации определяется тем, что она представляет собой одно из первых комплексных исследований обстоятельств, исключающих уголовную ответственность за причинение вреда пациенту, проведенное на основе анализа современного уголовного законодательства, правоприменительной практики и широкого круга научных источников.

В работе:

- прослежена эволюция научных представлений об уголовной ответственности за причинение вреда пациенту в отечественной доктрине и проведен сравнительно-правовой анализ российского и зарубежного уголовного законодательства, что позволило выявить основные подходы к регламентации противоправных деяний и обосновать необходимость их систематизации;

- разработана и обоснована система признаков, позволившая сформулировать теоретический подход к определению круга преступлений, причиняющих вред жизни и здоровью пациента (ч. 2 ст. 109, ч. 2 ст. 118, ч. 4 ст. 122 и ст. 124 УК РФ), в рамках которых свое значение приобретают обстоятельства, исключающие уголовную ответственность за причинение вреда пациенту;

- предложена функциональная система обстоятельств, исключающих уголовную ответственность за причинение вреда пациенту, включающая отсутствие причинной связи между деянием медицинского работника и наступившим вредом пациенту, медицинскую ошибку, крайнюю необходимость при причинении вреда пациенту и медицинский риск;

- систематизированы особенности установления причинной связи, включая множественность воздействующих сил, временной разрыв между деянием и последствиями, бездействие как форму объективной стороны, и учет индивидуальных свойств организма пациента, а также установлено, что отсутствие причинной связи между деянием медицинского работника и наступившим вредом является самостоятельным обстоятельством, исключающим уголовную ответственность медицинского работника за причинение вреда пациенту;

- предложено уголовно-правовое понятие медицинской ошибки, отграничивающее ее от дефекта оказания медицинской помощи как виновного деяния и от субъективного казуса по критерию объективной или индивидуальной невозможности предотвращения вреда пациенту;

- выделены и систематизированы общие и специальные условия правомерности крайней необходимости при причинении вреда пациенту, обосновано, что коллизия жизней двух или более пациентов является самостоятельной правовой ситуацией, к которой условия правомерности крайней необходимости неприменимы, а также сформулировано теоретическое определение крайней необходимости при причинении вреда пациенту;

- обосновано выделение двух видов медицинского риска, а именно риска при оказании медицинской помощи в неотложной форме и риска при проведении медицинских экспериментов, включающего клиническую апробацию, клиническое

исследование лекарственных препаратов и клиническое испытание медицинских изделий, разработаны общие и специальные условия правомерности каждого из указанных видов риска, выявлены концептуальные отличия медицинского риска от обоснованного риска по ст. 41 УК РФ, что позволило обосновать необходимость самостоятельной законодательной регламентации медицинского риска, а также предложена конкретная законодательная новелла ст. 41^1. Медицинский риск;

- разработана концепция поэтапной квалификации деяний медицинских работников, включающая установление причинной связи между деянием медицинского работника и наступившим вредом пациенту, проверку вины и констатацию наличия либо отсутствия медицинской ошибки, а также последующую проверку правомерности деяния медицинского работника путем соотнесения с условиями крайней необходимости и медицинского риска, что обеспечивает системный подход к квалификации и позволяет правоприменителю последовательно проверить все возможные основания исключения уголовной ответственности медицинского работника за причинение вреда пациенту.

Теоретическая значимость исследования обусловлена тем, что оно вносит вклад в теорию уголовного права в части учения о преступлении (состав преступления, обстоятельства, исключающие преступность деяния, вина, причинная связь), а также в развитие медицинского уголовного права как комплексного института. Выводы и предложения могут быть использованы в дальнейших научных исследованиях проблем уголовной ответственности медицинских работников.

Практическая значимость исследования определяется тем, что разработанные рекомендации могут быть применены в деятельности по совершенствованию уголовного законодательства, в правоприменительной практике следователей, прокуроров, судей при квалификации деяний медицинских работников, в деятельности медицинских организаций для повышения правовой грамотности медицинского персонала, а также в учебном процессе по дисциплинам «Уголовное право» и «Медицинское право».

Основные положения, выносимые на защиту.

1. Эволюция научных представлений об уголовной ответственности за причинение вреда пациенту в отечественной доктрине демонстрирует постепенное осознание необходимости разграничения виновных и невиновных деяний, связанных с вредом пациенту, при этом учение об обстоятельствах, исключающих уголовную ответственность за причинение вреда пациенту, в дореволюционный и советский периоды не имело единого наименования и унифицированного перечня.

2. Сравнительно-правовой анализ зарубежного уголовного законодательства позволяет констатировать наличие двух основных подходов к регламентации уголовной ответственности за причинение вреда пациенту, а именно – квалификация деяний медицинских работников: а) как общеуголовных преступлений против личности либо б) как специальных профессиональных составов преступлений. При этом в зарубежных правопорядках имеются составы, коррелирующие с российским уголовным законом, и составы, не имеющие прямых аналогов в УК РФ, а признание статуса медицинского работника отягчающим обстоятельством может быть воспринято при совершенствовании отечественного уголовного законодательства.

3. В рамках подхода, основанного на системе теоретических объективно-субъективных признаков, преступления, причиняющие вред жизни и здоровью пациента, характеризуются: специальным потерпевшим, которым выступает пациент; специальным субъектом, которым является медицинский работник; объектом посягательства в виде жизни или здоровья пациента; объективной стороной, выражающейся в нарушении требований законодательства к медицинской деятельности и имеющей материальную конструкцию; а также неосторожной формой вины.

4. На основе выделенных признаков теоретический перечень преступлений, причиняющих вред жизни и здоровью пациента, образуют составы, предусмотренные ч. 2 ст. 109, ч. 2 ст. 118, ч. 4 ст. 122 и ст. 124 УК РФ.

В пределах именно указанных составов преступлений правовое значение приобретают обстоятельства, исключающие уголовную ответственность.

5. Обстоятельства, исключающие уголовную ответственность за причинение вреда пациенту, образуют функциональную систему, объединенную единым критерием: исключением возможности привлечения медицинского работника к уголовной ответственности, независимо от юридической природы каждого из них, и включающую: а) отсутствие причинной связи между деянием медицинского работника и наступившим вредом пациенту, б) медицинскую ошибку, в) крайнюю необходимость при причинении вреда пациенту и г) медицинский риск.

При этом в правоприменительной деятельности последовательность применения данных обстоятельств должна строиться следующим образом: сначала проверяется наличие причинной связи, затем наличие вины (отсутствие медицинской ошибки), и только после установления всех признаков состава преступления подлежат проверке обстоятельства, исключающие преступность деяния.

6. Причинная связь как обязательный признак объективной стороны составов преступлений, причиняющих вред жизни и здоровью пациента, в уголовно-правовом значении должна быть юридически значимой (необходимой), когда деяние медицинского работника создало реальную возможность наступления вреда и выступило его решающей причиной.

Особенности ее установления в рамках медицинской деятельности обусловлены множественностью воздействующих сил, когда уголовно-правовое значение имеет лишь то обстоятельство, которое создало реальную возможность наступления вреда, временным разрывом между деянием и последствиями, при котором связь не прерывается при отсутствии вмешательства иных сил, бездействием, при котором связь признается существующей при наличии специальной обязанности, а также индивидуальными свойствами организма пациента, которые видоизменяют развитие причинности, но не прерывают юридически значимую связь, если вред охватывался предвидением медицинского работника.

Отсутствие причинной связи является самостоятельным обстоятельством, исключающим уголовную ответственность медицинского работника за причинение вреда пациенту.

7. Применительно к уголовному праву дефект оказания медицинской помощи является ненадлежащим исполнением либо неисполнением медицинским работником своих профессиональных обязанностей, выразившимся в отступлении от объективно установленных порядков и стандартов оказания медицинской помощи, клинических рекомендаций, которое при наличии вины причинило вред жизни или здоровью пациента и образует состав преступления, предусмотренного УК РФ.

8. Медицинская ошибка в уголовно-правовом смысле представляет собой невиновное деяние медицинского работника, причинившее вред жизни или здоровью пациента при добросовестном выполнении профессиональных обязанностей и повлекшее неблагоприятный исход в силу объективной невозможности предвидеть и предотвратить этот вред, обусловленной современным уровнем развития медицинской науки и практики.

Это отграничивает ее от дефекта оказания медицинской помощи как виновного деяния и от субъективного казуса, при котором неспособность к надлежащей оценке ситуации обусловлена индивидуальными особенностями конкретного медицинского работника в конкретной клинической ситуации.

9. Под крайней необходимостью при причинении вреда пациенту следует понимать правомерное деяние медицинского работника, выражающееся в причинении вреда здоровью конкретного пациента как особого потерпевшего, осуществляемое в условиях оказания медицинской помощи в экстренной форме для устранения наличной и действительной опасности, установленной соответствующим диагнозом, угрожающей жизни либо необратимой утрате функции жизненно важного органа или системы организма пациента (в том числе угрожающей стойкой утрате трудоспособности или инвалидности), если эта опасность не могла быть устранена иным медицинским вмешательством, при этом источником опасности выступают патологические или физиологические

процессы в организме самого пациента, а совершенное медицинское вмешательство проведено надлежащим образом, с предварительным получением информированного добровольного согласия пациента (если для этого существовала возможность) и не было допущено превышения пределов крайней необходимости.

Превышением пределов крайней необходимости признается несоблюдение условий соразмерности вреда, то есть причинение вреда пациенту равного или большего, чем предотвращенный.

Коллизия жизней двух или более пациентов не является превышением пределов крайней необходимости, а представляет собой самостоятельную ситуацию, к которой условия правомерности крайней необходимости неприменимы ввиду отсутствия соразмерности и невозможности выбора «меньшего зла», а также в силу внешнего характера источника опасности.

10. Медицинский риск как обстоятельство, исключающее уголовную ответственность, охватывает две самостоятельные ситуации, а именно риск при оказании медицинской помощи в неотложной форме и риск при проведении медицинского эксперимента, включающего клиническую апробацию методов медицинской помощи, клиническое исследование лекарственных препаратов и клиническое испытание медицинских изделий.

Правомерность медицинского риска обусловлена соблюдением общих условий, корреспондирующих со ст. 41 УК РФ, а также специальных условий, к числу которых относятся: а) особый потерпевший, б) специальный субъект, в) особая обстановка риска, г) соответствие рискованного деяния объективно-субъективной действительности и нормативным требованиям, а также д) наличие информированного добровольного согласия пациента.

В отличие от обоснованного риска в иных сферах деятельности, при медицинском риске отсутствует необходимость в условии отсутствия угрозы для жизни многих людей, поскольку вред всегда локализован в пределах жизни или здоровья конкретного пациента или ограниченной группы субъектов исследования, добровольно принявших на себя риск.

11. Ввиду концептуальных различий между обоснованным риском, предусмотренным ст. 41 УК РФ, и медицинским риском последний нуждается в самостоятельной законодательной регламентации в качестве отдельного обстоятельства, исключающего преступность деяния.

В рамках предлагаемого подхода соответствующая норма могла бы быть изложена в следующей редакции.

Статья 41^1. Медицинский риск.

1. Не является преступлением причинение вреда жизни или здоровью пациента при оказании медицинской помощи в неотложной форме либо при проведении клинической апробации медицинской помощи, клинического исследования лекарственных средств или клинического испытания медицинских изделий, если вред причинен медицинским работником или исследователем, обладающими необходимой квалификацией, для достижения общественно полезной цели, не достижимой иными средствами, при условии, что рискованное деяние соответствует нормативным требованиям в сфере профессиональной медицинской деятельности, а также достижениям науки, научно-техническому прогрессу и современным тактикам лечения, а медицинский работник или исследователь предпринял возможные и осуществимые в конкретной клинической ситуации меры для предотвращения вреда, и было получено добровольное информированное согласие пациента, когда его получение объективно возможно.

2. Причинение вреда жизни или здоровью пациента вследствие ненадлежащего исполнения медицинским работником своих профессиональных обязанностей не образует медицинского риска и влечет уголовную ответственность на общих основаниях.

Степень достоверности результатов исследования обеспечивается репрезентативной эмпирической базой, использованием апробированных методов научного познания, анализом широкого круга нормативных источников и доктринальных позиций, а также апробацией результатов на научно-практических конференциях.

Апробация результатов исследования. Диссертация выполнена и обсуждена на кафедре уголовного права ФГАОУ ВО «Московский государственный юридический университет имени О.Е. Кутафина (МГЮА)».

Отдельные положения диссертации обнародованы на научных конференциях и на страницах юридической печати, в частности на Всероссийской (национальной) научно-практической конференции «Конституционные основы противодействия преступности в России» (Ставрополь, 18 декабря 2025 г.); Всероссийской научно-практической конференции XVI Дагелевские научные чтения: «Уголовное право в эпоху глобальных вызовов» (Владивосток, 19 декабря 2025 г.); XVII ежегодной научно-практической конференции с международным участием «Медицина и право в XXI веке» (Санкт-Петербург, 19-20 декабря 2025 г.); Всероссийской научно-практической конференции «Права человека как важнейшая составляющая российского общества и государства» (к 75-летию Международного дня прав человека) (Ростов-на-Дону, 23 декабря 2025 г.); XXIII Международной научно-практической конференции «Уголовное право: стратегия развития в XXI веке» (Москва, 22-23 января 2026 г.); XXII Международной научно-практической конференции «Ковалевские чтения» (Екатеринбург, 11 февраля 2026 г.).

Основные положения диссертационного исследования отражены в 14 научных статьях, 6 из которых опубликованы в журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией при Министерстве науки и высшего образования Российской Федерации для опубликования в них основных научных результатов диссертаций на соискание ученой степени кандидата юридических наук.

Структура диссертации определяется целями и задачами исследования. Диссертация состоит из введения, двух глав, включающих восемь параграфов, заключения, списка использованных источников и литературы.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ УГОЛОВНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ЗА ПРИЧИНЕНИЕ ВРЕДА ПАЦИЕНТУ

§ 1. Эволюция научных представлений об уголовной ответственности за причинение вреда пациенту

Право на жизнь является одним из основных прав любого человека, которое подкрепляется правом на здоровье, честь, достоинство и т.д. Одной из правовых гарантий вышеуказанных прав является установление уголовной ответственности за преступления в сфере здравоохранения, которые угрожают наиважнейшим общественным благам: жизни или здоровью пациента.

В указанном контексте уголовная ответственность выступает в качестве средства регулирования профессионального поведения, стимулируя надлежащее исполнение медицинских обязанностей посредством реализации превентивной функции уголовного закона.

В то же время уголовная ответственность не является безусловным средством регулирования общественных отношений в обсуждаемой сфере, а может выступать, напротив, как ограничитель воли врачевателя к более рисковым медицинским манипуляциям в связи с риском привлечения к уголовной ответственности, как следствие, выбор падает на более консервативное медицинское вмешательство, что не всегда помогает в излечении пациента.

По этому поводу еще в начале XX в. было высказано интересное мнение: «Всякое ограничение свободного применения врачебного искусства идет вразрез интересам больных. Интересы больных настоятельно требуют, чтобы деятельность врача не была на каждом шагу парализована угрожающей ему карой закона – там, где он прежде всего должен повиноваться голосу своей совести»[1].

В связи с этим в доктрине уголовного права представлена различная

[1] Нейштубе П. Т. Ответственность врача-акушера перед судом совести и уголовным законом: [Речь, произнесенная (in extenso) на заключительном собрании 2 Акушерско-гинекологического съезда в Киеве]. Киев: скоропеч. Ш. Абтихеса, 1910. С. 9.

аргументация относительно невозможности привлечения медицинских работников к ответственности за негативные последствия профессиональной деятельности.

Как в свое время отмечал И.Г. Вермель, необходимо отчетливо отграничивать ненаказуемые деяния врача от тех, за которые следует привлекать к уголовной ответственности. Ученый подчеркивал, что такая задача является непростой в связи с отсутствием четких критериев отграничения преступных и непреступных врачебных деяний. По его мнению, изначально нужно сформулировать основания уголовной ответственности врача, и лишь после этого определять, какие действия при причинении вреда пациенту являются ненаказуемыми[2].

В данном вопросе необходимо создание обоснованных правовых механизмов привлечения лиц только за виновные общественно опасные деяния с учетом их личности и фактических обстоятельств содеянного в строгом соответствии с уголовным законодательством.

Научное изучение воззрений по вопросу уголовной ответственности за причинение вреда пациентам служит необходимым условием для понимания генезиса уголовно-правовых отношений между государством, работниками, занятыми в сфере здравоохранения, и пациентами, а также для дальнейшего исследования вопросов уголовной ответственности за причинение вреда пациенту, поиска путей развития и совершенствования этой сферы общественных отношений.

Вопросы уголовной ответственности врачей за ненадлежащее врачевание активно поднимались еще в дореволюционной России. В 1879 г. была основана известная научная еженедельная газета того времени «Врач» под руководством медика и общественного деятеля В.А. Манассеина, в которой в том числе обсуждались практические вопросы привлечения врачей к ответственности за преступления по должности, взятки и недобросовестное отношение к своим обязанностям с последующим созданием широкой общественной огласки насчет

[2] Вермель И. Г. Судебно-медицинская экспертиза лечебной деятельности (вопросы теории и практики). Свердловск : Издательство Уральского университета, 1988. С. 15.

недопустимости таких деяний в медицинской деятельности[3].

На рубеже XIX–XX вв. одесский врач С.М. Левенсон также обращал внимание на то, что вопрос об ответственности врача является одним из самых сложных в уголовном праве. Им подвергалась критике научная литература того времени по причине наличия в ней существенных недостатков, делающих такую литературу непригодной для использования учеными. Эти недостатки, по его мнению, заключались главным образом в отрывочности, неполноте и отсутствии научных данных. Анализируя отечественное и зарубежное законодательство того периода, С.М. Левенсон приходит к следующему выводу: «Наши отечественные законы вполне гарантируют общество от недостойных своего высокого ранга призвания врачей, а русское же законодательство по рассматриваемому вопросу стоит, несомненно, выше законодательства европейского»[4].

Продолжая научную дискуссию того периода, другой исследователь П.А. Оноприенко настаивал на необходимости установления границ применения к врачу уголовной ответственности. По его мнению, такие границы следует определять, исходя из невозможности вменения врачу в вину случайных ошибок, а также отсутствия у него тех специальных сведений, которыми обладают лишь отдельные представители врачебной профессии. Уголовная ответственность должна наступать исключительно в случаях совершения врачом грубой ошибки[5]

В доктрине уголовного права на основании анализа уголовного законодательства 1913 г. выделяются следующие признаки соотношения медицинской деятельности и уголовной ответственности.

Во-первых, врачевание само по себе не может признаваться уголовно наказуемым деянием, в связи с чем ст. 870 Уложения об ответственности за «незнание своего искусства» подлежит отмене как не отвечающая жизненным

---

[3] Мамаева С. А., Кормилицына А. А. Многогранный Манассеин (к 180-летию со дня рождения) // Клиническая патофизиология. 2021. Т. 27, № 1. С. 62.

[4] Левенсон С. М. К вопросу об уголовной ответственности врача. Одесса : тип. «Одес. вестника», 1888. С. 38.

[5] Оноприенко П. А. Исследование по вопросу об ответственности врачей. Санкт-Петербург : тип. Э. Аргольда, 1899. С. 129.

требованиям. Во-вторых, основанием ответственности врача выступает неосторожность, оплошность либо небрежность, не относящиеся к самому методу лечения и устанавливаемые на общих основаниях (ст. 464, 474 Уложения). В-третьих, врачевание допускается лишь с согласия пациента либо его законных представителей, за исключением случаев неотложной необходимости устранения опасности, причем наказание за несоблюдение данного правила возможно только при наступлении неблагоприятных последствий.[6]

В 1920-е гг. происходила острая дискуссия между юридическим и медицинским сообществом по вопросу врачебных дефектов. Подобная дискуссия была вызвана заявлением Народного комиссариата здравоохранения Советского Союза в 1925 г. о резком росте уголовных дел в отношении врачей за дефекты при оказании медицинской помощи населению, хотя в дореволюционный период практика привлечения к ответственности была единичной. В процессе поиска оптимального решения указанной проблемы дискуссия приобрела политический характер, отражая буржуазную и социалистическую идеологию. Активно предлагалось создать особые комиссии при здравоохранительных отделах городов для анализа сути дела, а при особой сложности – передавать дела в Центральную комиссию при Народном комиссариате здравоохранения. Существовали и взгляды против подобного подхода, прежде всего в медицинских кругах, с акцентом на равную со всеми иными гражданами ответственность без создания специальных правил в отношении медицинского персонала[7]

В доктрине уголовного права высказывалась позиция, согласно которой наблюдавшийся в тот период рост числа уголовных дел в отношении врачей связывался с двумя факторами: доступностью судебной защиты для населения и недостаточной осведомленностью граждан в медицинских вопросах. В рамках исследования данной проблемы предлагалось разделять все случаи привлечения врачей к ответственности на два вида. К первому относились деяния, совершаемые

---

[6] Плющевский-Плющик Я. А. Об ответственности врачей. Санкт-Петербург : Журн. «Вестн. обществ. гигиены, судеб. и практ. медицины», 1913. С. 19.

[7] Татаринцев А. В., Баринов Е. Х. «Врачебные дела» в первой половине XX столетия: история вопроса // ПЭМ. 2010. № 3-4. С. 52.

из низменных побуждений, а также при небрежности и халатности, то есть при наличии субъективной стороны состава преступления. Ко второму виду относятся случаи, когда указанные элементы отсутствуют, вследствие чего лицо не подлежит уголовной ответственности. Рассмотрение таких дел предлагалось осуществлять в специально создаваемых комиссиях при губернских отделах здравоохранения университетских городов.[8].

Вместе с тем акцентировалось внимание на особом статусе врача как хранителя ценного блага – здоровья населения, пользующегося в связи с этим повышенным доверием и обязанного в силу указанного обстоятельства придерживаться сугубой осторожности и добросовестности при осуществлении профессиональной деятельности. Однако случаи невежественного и недобросовестного лечения не являлись редкостью, что приводило к судебным процессам и, как следствие, подрывало доверие к медицине в целом, создавая тем самым существенные препятствия в деле всенародного оздоровления[9].

В рамках указанной дискуссии отдельные исследователи высказывали позицию, согласно которой в основе возбуждения судебных дел в отношении врачей лежит естественная реакция на нервно-психическую травму, испытываемую каждым человеком при смерти близкого лица. [10].

Схожей точки зрения придерживались и другие авторы, которые также связывали уголовное преследование врачей с реакцией на болезненную потерю близкого человека. Такая реакция, по их мнению, настолько неизбежна, что «сами врачи не всегда освобождаются от этого чувства и переживают то же самое, проходя мучительный путь самокритики». Ими была высказана обеспокоенность ростом числа уголовных дел в отношении врачей, объясняемая тем, что широкие слои населения перестали опасаться обращения в суд, а советское правосудие

---

[8] Марковин И. В. К вопросу о судебной ответственности врачей // Судебно-медицинская экспертиза. 1928. № 8. С. 86.

[9] Лейбович Я. Л. Судебная ответственность врачей // Издание Ленинградского Губернского суда. Ленинград, № 23-24. С. 93.

[10] Гусев А. Д. Врачебные ошибки и врачебные преступления. Источники врачебных ошибок и пути их устранения: прения по докладам / Т. Д. Эпштейн, А. Д. Гусев ; Науч.-мед. ассоциация Татарской АССР. Казань : [б. и.], 1935. С. 3.

начало вызывать доверие у народа. В связи с этим настаивалось на необходимости установления ответственности по специальным статьям уголовного закона, поскольку взаимоотношения врача и пациента сложны и многогранны и требуют особой правовой регламентации с учетом специфики медицинской науки[11].

В рамках продолжавшейся научной дискуссии на Казанском областном съезде врачей в 1927 г. был представлен доклад, посвященный вопросам судебной ответственности врачей. В докладе были выделены три основных обстоятельства, при наличии которых причиненный пациенту вред служит основанием для привлечения врача к ответственности: во-первых, при неоказании врачебной помощи, во-вторых, вследствие врачебной ошибки, в-третьих, вследствие недобросовестного отношения к исполнению профессиональных обязанностей. Указанные обстоятельства, как отмечалось, являются исчерпывающими и в целом охватывают всю многообразную казуистику судебного преследования врачей[12].

В научной литературе особое внимание уделяется вопросам уголовной ответственности в сфере хирургической деятельности, относящейся к числу наиболее высокорисковых направлений медицинской практики. Существенный вклад в разработку указанной проблематики внесли Н.И. Краковский и Ю.Я. Грицман в книге «Ошибки в хирургической практике и пути их предупреждения». Они указывают на недопущение общих формулировок при аргументации для решения вопроса об ответственности врача, а настаивают именно на точном установлении необходимого метода лечения при данном диагнозе и описании конкретных отступлений от такого необходимого метода лечения, при котором для пациента все бы закончилось благополучно[13].

Данный подход сохраняет свою актуальность, поскольку именно конкретные отступления от стандартов медицинской помощи, а не общие рассуждения о ее качестве, ложатся в основу обвинительных приговоров.

---

[11] Воропаев А. В., Диллис А. Д., Исаев Ю. С. Профессиональная ответственность медицинских работников (сообщение I) // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). 2005. Т. 50, № 1. С. 107.

[12] Эпштейн Т. Д. Правовое положение и судебная ответственность врачей. Казань : Гос. ин-т для усовершенствования врачей им. В. И. Ленина, 1927. С. 63.

[13] Краковский Н. И., Грицман Ю. Я. Ошибки в хирургической практике и пути к их предупреждению. Москва : Медгиз, 1959. С. 170.

В уголовно-правовой науке XX в. также представлены позиции, связывающие основание уголовной ответственности медицинских работников с нарушением специальных профессиональных требований и правил.

Так, Ф.Ю. Бердичевский отмечал, что для привлечения врача к ответственности за причинение вреда пациенту достаточно установить факт несоответствия его профессионального действия хотя бы одному из обязательных правил и методов, существующих в медицине и подлежащих применению в конкретном случае. Вместе с тем ученый подчеркивал, что сам по себе неблагоприятный исход оказания медицинской помощи не может служить основанием для признания действий врача противоправными, поскольку такие последствия не всегда являются противоестественными и могут наступать независимо от наличия дефектов врачевания[14].

И.И. Горелик акцентировал внимание на специфике врачебной деятельности, которая требует наличия соответствующих специальных знаний и основывается на определенных правилах профессионального поведения, выполнение которых возлагается исключительно на специалистов. По его мнению, при наличии врачебной неосторожности происходит нарушение указанных правил, обеспечивающих безопасность медицинской деятельности, что должно влечь уголовную ответственность. Дополнительным аргументом в пользу существования уголовной ответственности ученый считал реализацию предупредительно-воспитательной функции уголовного права, что требует установления в законе точных и ясных запретов и предписаний[15].

В уголовно-правовой науке 70-80-х гг. XX в. вопросы ответственности за причинение вреда пациенту рассматривались преимущественно сквозь призму медицинской этики и деонтологии, а также ответственности за нарушение соответствующих норм. Указанный период характеризовался активизацией международного научного диалога по проблемам взаимоотношений врача

---

[14] Бердичевский Ф. Ю. Уголовная ответственность медицинского персонала за нарушение профессиональных обязанностей : монография. Москва : Юридическая литература, 1970. С. 9.

[15] Горелик И. И. Избранные труды. Минск : Юр. Спектр, 2021. С. 93.

и пациента, медицинской этики и деонтологии. Значимые международные форумы, включая Парижский международный конгресс по этике (1967), конгресс терапевтов в Варшаве (1970), Международный конгресс в Бухаресте (1973), а также крупные съезды и конференции в Москве и Ленинграде (1976-1977), определили векторы развития медицинской этики и деонтологии на последующие годы[16]

В контексте развития медицинской деонтологии во второй половине XX в. существенное значение имели труды известного терапевта И.А. Кассирского, где он придерживался мнения, что «работа по стандартной модели – шаг к серости и однобокости, и, следовательно, к диагностическим и терапевтическим ошибкам». В работе «О врачевании» он поднимал проблему пренебрежительного отношения врачей к профессиональному долгу: самовольное оставление поста, направление к пациенту медицинской сестры вместо врача, отказ в помощи по формальным основаниям. Подобные случаи, по его убеждению, лежат вне понятия врачебной этики и должны оцениваться по нормам уголовного закона. Показательным примером считалась ситуация, когда хирург отказался оперировать пациента в связи с отключением электроэнергии, хотя имел возможность провести операцию при керосиновом освещении, что нередко практиковалось в те годы и завершалось успешно[17].

В исследованиях значительное внимание уделялось личности врача и качествам, необходимым для предотвращения наказуемых упущений в профессиональной деятельности. Среди таких качеств выделяли высокую нравственность, общий культурный уровень и интеллигентность, формируемые с раннего детства. Также выделяли всестороннее развитие и эрудицию врача, которые необходимы для выстраивания взаимоотношений даже с самым требовательным пациентом. Врачевание рассматривалось как деятельность особого рода, требующая сочетания пытливого ума и доброго сердца, что обусловливало особое положение врача в обществе[18].

---

[16] Эльштейн Н. В. Диалог о медицине. Изд. 5-е, доп. и перераб. Таллин : Валгус, 1986. С. 12.
[17] Кассирский И. А. О врачевании: Проблемы и раздумья. Москва : Медицина, 1970. С. 22.
[18] Сук И. С. Врач как личность. Москва : Медицина, 1984. С. 12.

Однако существует и иная точка зрения на взаимоотношения медицинского персонала с уголовным правом. Предпринимается множество попыток научного обоснования правомерности врачебной деятельности по причине того, как замечают А.Е. Брусиловский и А.М. Левин, что «интересы здравоохранения требуют, чтобы медицинские работники имели возможность уверенно работать, не опасаясь привлечения к уголовной ответственности за печальный исход лечебного вмешательства, когда с их стороны нет вины»[19].

Одним из наиболее резонансных судебных процессов начала XX в., стимулировавших научную дискуссию об основаниях ответственности врачей, стало дело профессора медицины Петра Модлинского.

Суть обвинения заключалась в следующем: при проведении операции по удалению опухоли шеи у пациентки Прасковьи Черновой врач обнаружил кистозное образование в брюшной полости, которое также было удалено. Спустя пять дней после вмешательства пациентка скончалась от септического воспаления брюшины. Родители умершей заявили об отсутствии согласия как самой Черновой, так и их самих на проведение операции. Модлинскому было инкриминировано нарушение ст. 1468 Уголовного уложения. Уголовный кассационный департамент Правительствующего Сената оставил обвинительный приговор в силе. Указанное дело вызвало широкий резонанс в научных кругах, актуализировав проблему уголовной ответственности за врачевание без согласия пациента.

В контексте обозначенной проблематики интересную позицию высказывал Ю.Г. Малис, который полагал, что согласие пациента, а тем более согласие третьих лиц, представляет собой лишь этическую категорию и в правовом аспекте юридического значения не имеет. По его мнению, отсутствие согласия не лишает медицинское вмешательство правомерности и не трансформирует его в состав телесного повреждения. С другой стороны, наличие согласия не способно легализовать объективно ненужное

[19] Брусиловский А. Е., Левин А. М. Медицинские ошибки по судебным материалам. Харьков : Юрид. изд-во НКЮ УССР, 1930. С. 5.

вмешательство и не исключает его уголовно-правовой наказуемости[20].

В развитие дискуссии о значении согласия пациента при производстве медицинских вмешательств И.Г. Щегловитов, исходя из приоритетного значения надлежащего исполнения профессиональных обязанностей, отводил согласию пациента факультативную роль. По его мнению, достигнутый успех операции нивелирует отсутствие согласия пациента. Вместе с тем ученый отмечал, что при неблагоприятном исходе вся полнота ответственности возлагается на врача, принявшего риск прибегнуть к такому лечению без получения необходимого согласия[21].

Также в науке акцентировали внимание на том, что врачевание – независимо от его успешности, дозволенности или недозволенности – само по себе не может быть квалифицировано как преступное посягательство на телесную неприкосновенность. Отмечалось, что одного лишь согласия пациента недостаточно для признания действий врача правомерными; в дополнение к этому необходимо, чтобы действия врача соответствовали целям врачебной деятельности и вытекали из обязанностей, налагаемых его званием[22].

Развивая учение об основаниях правомерности врачебной деятельности, исследователи указывали, что помимо наличия цели врачевания для признания действий дозволенными требуется также установление законной нормы, предоставляющей лицу свободу действия для достижения указанной цели. В качестве иллюстрации приводился случай из практики немецкого врача, который совершил недозволенное половое сношение с пациенткой, находившейся в состоянии невменяемости, обусловленном истерическим возбуждением психики. В свое оправдание врач ссылался на то, что указанные действия якобы требовались для нормализации ее состояния. Данный пример наглядно демонстрирует, что ссылка на цель сама по себе не может служить основанием для признания

---

[20] Малис Ю. Г. Уголовная ответственность врачей // Право и жизнь. М., 1926. Кн. 1. С. 78.

[21] Щегловитов И. Г. Основания и пределы ответственности врача пред уголовным законом. Санкт-Петербург : тип. Спб. АО «Слово», 1903. С. 14.

[22] Дело д-ра Модлинского: Уголовная ответственность хирургов: Совершение операций без согласия больного. Судебный материал по производствам в Окружном суде, Судебной палате и Правит. Сенате. Санкт-Петербург : тип. т-ва «Обществ. Польза», 1903. С. 68.

деяния правомерным при отсутствии законных оснований для совершения соответствующих действий[23].

В науке ненаказуемость врача за врачевание также связывалась с правом профессиональной деятельности. Оно дается врачу для совершения всего того, что признается медицинской наукой необходимым для достижения лечебных целей[24].

Вступая в дискуссию по вопросу об основаниях правомерности врачебной деятельности, В.Н. Ширяев обращает внимание на существенный недостаток, присущий, по его мнению, многим научным высказываниям. Этот недостаток заключается в том, что врачебная деятельность не может рассматриваться как преступная вообще, нуждающаяся в каком-либо особом основании для оправдания. Для обоснования своей позиции ученый проводит сравнительный анализ деятельности врача и лица, причиняющего телесное повреждение. Воля одного направлена на причинение вреда другому, тогда как воля второго, напротив, стремится устранить уже существующий вред. Иными словами, деятельность первого носит антисоциальный характер, тогда как деятельность второго проникнута стремлением сохранить для общества его полезную силу[25].

Одним из наиболее дискуссионных понятий, находящихся на стыке уголовно-правовой и медицинской наук, является медицинская (врачебная) ошибка. Существенный вклад в разработку данной категории внес известный советский патологоанатом И.В. Давыдовский, предложивший характеристику врачебной ошибки, сохраняющую свою актуальность и в современной доктрине[26]. Эта дефиниция стала классической, однако она не учитывает ситуации, когда заблуждение возникает из-за недостатка опыта, что является субъективным фактором, и это обстоятельство впоследствии пытались скорректировать другие исследователи.

---

[23] Мокринский С. П. Медицина в ее конфликтах с уголовным правом. Санкт-Петербург : Сенат. тип., 1914. С. 31.

[24] Трегубов С. Н. Уголовная ответственность врача за врачевание без согласия больного: докл., прочит. в заседании Уголов. отд-ния Юрид. о-ва при С.-Петерб. ун-те и напеч. в Журн. М-ва юст. (март 1904 г.). Санкт-Петербург : Сенат. тип., 1904. С. 17.

[25] Там же. с. 33.

[26] Давыдовский И. В. Врачебные ошибки // Советская медицина. 1941. № 3. С. 6.

В последующем сходное понимание было представлено в работах Ю.С. Зальмунина, который, наряду с теоретическим анализом, привел статистические данные, согласно которым за период с 1924 по 1948 г. было возбуждено 1854 уголовных дела в отношении врачей за неосторожные действия. Показатели вызывали обоснованную обеспокоенность как в медицинском сообществе, так и среди представителей юридической науки того времени[27].

В развитие проблематики врачебной ошибки П.С. Дагель, один из основоположников советской уголовной политики, обращал внимание на особенность медицинской деятельности, состоящую в том, что наступление вреда для пациента возможно как вследствие ненадлежащего исполнения врачом своих обязанностей, так и в результате естественного неблагоприятного течения заболевания. Он предложил собственное понимание, характеризуя ее как добросовестное заблуждение врача, обусловленное недостаточной опытностью, несовершенством методов диагностики либо индивидуальными особенностями организма больного. При этом он не исключал возможности привлечения к уголовной ответственности в случаях наличия вины врача в форме небрежности[28].

Тем самым он фактически ввел разграничение между ошибкой как добросовестным заблуждением и небрежностью как виновным поведением, что стало методологически важным для последующих исследований.

Иной подход к рассматриваемой проблеме предлагал И.Ф. Крылов, который отрицал легитимность самого понятия врачебной ошибки в правовом поле. Он отмечал: «Советскому законодательству не знаком термин врачебная ошибка, поэтому юристы, как правило, не пользуются им, он имеет распространение преимущественно в медицинской литературе, но и там не существует общепризнанного понятия этого термина». Таким образом, ученый акцентировал внимание на отсутствии нормативного закрепления

---

[27] Зальмунин Ю. С. Врачебные ошибки и ответственность врачей (по материалам Ленинградской судебно-медицинской экспертизы) : дис. … канд. мед. наук. Л., 1948. С. 44.

[28] Дагель П. С. Об уголовной ответственности врачей // Советская юстиция. 1964. № 19. С. 11.

данного понятия и его доктринальной неопределенности[29].

В развитие дискуссии о врачебных ошибках и практики привлечения медицинских работников к ответственности И.Ф. Огарков делает акцент на предъявлении несправедливых требований к врачам при совершенно безнадежных случаях состояния пациента в советское время. Он негативно относится к практике необоснованного привлечения врачей к ответственности, которая мешает правильной постановке дела народного здравоохранения, вызывая недоверие к врачам и тем самым толкая больных на обращение к знахарям[30].

К настоящему времени проблематика врачебной ошибки не получила однозначного разрешения ни в доктрине уголовного права, ни в правоприменительной практике, и тем более не нашла своего легального закрепления в нормативных правовых актах.

В связи с этим юридическим и медицинским сообществом продолжается поиск путей достижения единообразного понимания и законодательной регламентации указанной проблемы.

В рамках научного осмысления проблематики ответственности медицинских работников предпринимались также попытки обоснования правомерности их деятельности при причинении вреда пациенту с позиций медицинской этики и деонтологии. Исследователи отмечали неразрывную связь между медицинской этикой, деонтологией и возможностью привлечения врача к ответственности, подчеркивая, что соблюдение указанных правил и принципов служит наиболее надежным средством профилактики врачебных правонарушений. При этом случаи привлечения врачей к ответственности связывались не столько с недостаточной профессиональной квалификацией, сколько с низкими морально-нравственными качествами медицинского персонала[31].

Следует отметить, что уголовная ответственность за причинение

---

[29] Крылов И. Ф. Врач и закон: Правовые вопросы врачебной деятельности. Л., 1972. С. 35.

[30] Огарков И. Ф. Врачебные правонарушения и уголовная ответственность за них. Ленинград : Медицина. Ленингр. отд-ние, 1966. С. 7.

[31] Громов А. П. Врачебная деонтология и ответственность медицинских работников. Москва : Медицина, 1969. С. 73.

вреда пациенту в различных формах существовала на протяжении всей истории отечественного уголовного законодательства и нередко находила практическое применение.

Примерами нормативного закрепления такой ответственности могут служить: отделение седьмое первой главы восьмого раздела «О нарушении уставов врачебных» Уложения о наказаниях уголовных и исправительных в редакции 1885 г.; глава девятая «О нарушении постановлений, ограждающих народное здравие» Уголовного уложения 1903 г.; уголовные кодексы РСФСР 1922 г. (ст. 146, ст. 165) и 1926 г. (ст. 140, ст. 157), содержавшие отдельные нормы об ответственности за ненадлежащее производство аборта либо отказ в оказании медицинской помощи без уважительных причин. Уголовный кодекс РСФСР 1960 г. также предусматривал ответственность за причинение вреда пациенту, в частности за незаконное производство аборта (ст. 116) и неоказание помощи больному (ст. 128). В целях обеспечения законности занятия медицинской деятельностью законодателем была установлена ответственность за незаконное врачевание (ст. 180 УК РСФСР 1926 г. и ст. 221 УК РСФСР 1960 г.). Адресатом указанных уголовно-правовых запретов выступал прежде всего медицинский персонал, однако ответственность за причинение вреда пациенту в определенных случаях могла наступать и по общим составам преступлений, предусмотренным соответствующими кодексами.

Бесспорным аргументом в пользу существования уголовной ответственности за причинение вреда пациенту признавалось наличие в действиях врача вины, выраженной неосторожной формой по отношению к наступившим последствиям.

Основными извинительными обстоятельствами, исключавшими привлечение медицинских работников к уголовной ответственности, выступали: право на осуществление профессиональной деятельности по оказанию медицинской помощи, особая цель врачевания, а также согласие пациента.

В последующем детальной научной разработке подверглось понятие врачебной ошибки, понимаемой как добросовестное заблуждение врача, обусловленное объективными обстоятельствами.

Представители медицинской этики и деонтологии предпринимали попытки выработать устойчивые правила профессионального поведения во взаимоотношениях с пациентами и коллегами, при соблюдении которых привлечение врача к ответственности представлялось невозможным.

Несмотря на активное обсуждение в медицинской и юридической доктрине проблем правомерности причинения вреда пациенту и обстоятельств, исключающих уголовную ответственность медицинских работников, большинство научных разработок так и не получило своего законодательного воплощения, оставаясь исключительно теоретическими конструкциями, не востребованными в нормотворческой деятельности[32].

§ 2. Уголовная ответственность за причинение вреда пациенту в зарубежных странах

Еще в начале XX в. известный ученый Н.Д. Сергеевский замечал, что «научное исследование не может ограничиваться положительным правом одного какого-либо народа (правом отечественным). В качестве необходимого материала должны быть привлекаемы определения права других государств…»[33].

Обоснованным представляется обращение к компаративному анализу уголовной ответственности за причинение вреда пациенту в различных зарубежных правопорядках с целью выявления основных тенденций нормативной регламентации, определения особенностей и сопоставления концептуальных подходов к конструированию соответствующих составов преступлений.

К несомненным плюсам таких исследований можно отнести возможность лучше узнать национальное право и усовершенствовать его, прийти к взаимопониманию между народами с созданием международного режима

---

[32] Выриков Ю. А. Развитие научных идей относительно уголовной ответственности за причинение вреда пациенту // Уголовное право: стратегия развития в XXI веке. 2026. № 1. С. 149–157.

[33] Сергеевский Н. Д. Русское уголовное право. Часть общая: Пособие к лекциям. 8-е изд. Санкт-Петербург : тип. М. Стасюлевича, 1910. С. 3.

взаимоотношений и обновлению правовой науки[34].

Прежде чем перейти к анализу уголовной ответственности за причинение вреда пациенту в зарубежных странах, целесообразно обратиться к международно-правовым актам, регулирующим медицинские аспекты и право на здоровье. В международном праве представлен широкий спектр документов как универсального, так и регионального характера, закрепляющих соответствующие стандарты.

Основополагающее значение имеют акты, входящие в Международный билль о правах человека: Всеобщая декларация прав человека 1948 г. (право на жизнь, медицинский уход и социальное обслуживание), Международный пакт о гражданских и политических правах 1966 г. (право на жизнь) и Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах 1966 г. (право на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья).

Ряд конвенций Организации Объединенных Наций направлен на обеспечение медицинской и социальной защиты уязвимых категорий населения. К их числу относятся: Конвенция о статусе беженцев 1954 г. и Конвенция о статусе апатридов 1960 г. (положения о социальном обеспечении при профессиональных заболеваниях); Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин 1979 г. и Международная конвенция о ликвидации всех форм расовой дискриминации 1965 г. (равенство доступа к медицинскому обслуживанию); Конвенция о правах ребенка 1989 г. (обеспечение выживания и здорового развития детей, доступ к наиболее совершенным услугам здравоохранения); Конвенция о правах инвалидов 2008 г. (право на жизнь и доступ к услугам здравоохранения с учетом гендерной специфики).

Отдельную группу составляют международные акты, регламентирующие медицинское обслуживание лиц, находящихся в местах принудительного содержания. Среди них: Минимальные стандартные правила обращения с заключенными 1955 г., Правила Нельсона Манделы 2015 г. и Основные принципы

[34] Воронин М. Н. Инновационные формы научной и образовательной деятельности в сфере юридической компаративистики // Вестник Университета имени О. Е. Кутафина. 2017. № 4. С. 153.

обращения с заключенными 1990 г. (гарантии медицинской помощи); Токийские правила 1990 г. (запрет медицинских экспериментов над правонарушителями); Свод принципов защиты всех лиц, подвергаемых задержанию или заключению в какой бы то ни было форме, 1988 г. (право на бесплатное медицинское обследование и обслуживание).

Значимая роль в международном нормативном регулировании медицинской деятельности отведена Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-11). Она представляет собой инструмент алфавитно-цифрового кодирования, обеспечивающий аккумулирование, хранение, изучение и сопоставление статистических данных медицинской направленности в различных регионах и странах[35].

Правовое регулирование медицинской деятельности получило развитие и на региональном уровне, в частности в рамках Совета Европы и Европейского союза. Ключевым документом выступает Европейская конвенция о защите прав человека и основных свобод 1950 г., закрепляющая право на жизнь и предусматривающая механизм его судебной защиты в Европейском суде по правам человека (далее – ЕСПЧ). Среди иных значимых актов: Европейская конвенция о социальной и медицинской помощи 1953 г., гарантирующая помощь лицам, законно находящимся на территории государства-участника и не имеющим достаточных средств; Европейская социальная хартия 1961 г., провозглашающая право на пользование средствами, способствующими достижению наилучшего состояния здоровья; Конвенция о правах человека и биомедицине 1997 г., направленная на защиту достоинства и целостности личности в связи с применением достижений биологии и медицины. Важное значение имеет также Европейская хартия прав пациентов 2002 г., закрепляющая основные права пациентов, получившая развитие в Директиве о защите прав пациентов в трансграничном здравоохранении 2011 г.

---

[35] Берсенева Е. А., Агамов З. Х., Михайлов Д. Ю. Проблемы использования Международной статистической классификации болезней (МКБ-10) при кодировании заболеваемости и смертности // Профилактическая медицина. 2021. Т. 24, № 4. С. 134.

Приведенные положения находят свою конкретизацию в практике ЕСПЧ.

В деле Lopes de Sousa Fernandes v. Portugal заявительница связывала смерть мужа с бактериальным заражением в больнице, возникшим вследствие врачебной небрежности, усматривая нарушение ст. 2 Конвенции о праве на жизнь. ЕСПЧ указал, что, хотя право на здоровье как таковое не гарантируется Конвенцией, позитивное обязательство государства по защите жизни распространяется на сферу здравоохранения. Данное обязательство требует принятия нормативных актов, обязывающих как государственные, так и частные медицинские учреждения принимать надлежащие меры для защиты жизни пациентов. В особом мнении судьи Паулу Пинту Де Альбукерке подчеркивалось, что материальное право на охрану здоровья влечет обязанность государства уважать и защищать здоровье, а в случае смерти или жестокого обращения представить убедительное объяснение обстоятельств, провести расследование и привлечь виновных к ответственности[36].

Опыт Евросоюза в области здравоохранения можно расценить как значительный и позитивный, с движением правового регулирования по пути гармонизации законодательства[37].

В Российской Федерации в связи с прекращением членства в Совете Европы и выходом из-под юрисдикции ЕСПЧ с 15 марта 2022 г. постановления, вступившие в силу после этой даты, не подлежат исполнению на территории России и не являются основанием для пересмотра судебных актов.

На Американском континенте региональное регулирование представлено Американской декларацией прав и обязанностей человека 1948 г. (Боготская декларация), ст. 11 которой провозглашает право на сохранение здоровья посредством санитарных и социальных мер, включая медицинское обслуживание, в пределах доступных государственных и общественных ресурсов.

---

[36] Постановление ЕСПЧ от 19.12.2017 «Дело «Лопеш де Соуза Фернандеш (Lopes de Sousa Fernandes) против Португалии» (жалоба N 56080/13) [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

[37] Саноцкая И. В. Понятие, история становления и тенденции развития правового регулирования здравоохранения в Европейском союзе // Юридическая наука. 2017. № 6. С. 185.

Развитие указанных положений получило закрепление в Американской конвенции о правах человека 1978 г., установившей право на уважение жизни с момента зачатия, а также в Сан-Сальвадорском протоколе 1988 г., ст. 10 которого определяет право на здоровье как общественное благо и предусматривает механизм судебной защиты в Межамериканском суде по правам человека.

Иллюстрацией применения указанных региональных стандартов служит постановление Межамериканского суда по правам человека по делу «Albán Cornejo et al. v. Ecuador». Двадцатилетняя пациентка, госпитализированная с симптомами бактериального менингита, скончалась, предположительно, вследствие приема назначенных лекарственных препаратов, что послужило основанием для привлечения двух врачей к ответственности за причинение смерти. Межамериканский суд подтвердил взаимосвязь права на жизнь, гарантированного Американской конвенцией, с иными правами, включая право на здоровье. Был сделан вывод о наличии ответственности государства-участника за отсутствие в национальном законодательстве норм, предусматривающих ответственность за причинение вреда пациенту[38].

В отдельном мнении судьи Серхио Гарсиа-Рамиреса по делу «Albán Cornejo et al. v. Ecuador» была выражена позиция относительно целесообразности установления специальных оснований уголовной ответственности за причинение вреда пациенту. Существует классическая модель уголовной ответственности, включающая защищенный правовой интерес, поставщика медицинских услуг (субъекта правонарушения), потерпевшего пациента и отношения между ними. Создание же специального состава преступления не является обязательным. Общие нормы об убийстве, причинении телесных повреждений или иных наказуемых последствиях могут быть признаны достаточными при условии, что они обеспечивают своевременное, адекватное и соразмерное реагирование на любое противоправное поведение, исключая тем самым возможность полной

[38] Белоусова А. А. Защита права на здоровье в рамках Межамериканской системы защиты прав человека // Вопросы российского и международного права. 2018. Т. 8, № 10А. С. 92.

безнаказанности[39].

Вместе с тем вопрос об уголовно-правовых запретах, выборе между специальными и общими составами преступлений, а также о субъектах ответственности остается в дискреции национального законодателя.

В связи с этим представляет интерес анализ тех зарубежных стран, в которых регулирование уголовной ответственности за причинение вреда пациенту имеет свои особенности, обусловленные наличием специальных норм о таких деяниях, дифференциацией составов по признаку субъекта либо отсутствием прямых аналогов российским уголовно-правовым запретам.

В зарубежных УК сложилось два основных подхода к систематизации норм об уголовной ответственности за причинение вреда жизни и здоровью пациента.

Встречается рассредоточение соответствующих составов в главах, предусматривающих ответственность за посягательства на личность, наряду с иными преступлениями. В некоторых УК предусматривается выделение специальных глав, объединяющих все медицинские составы по признаку объекта (УК Республики Казахстан – глава «Медицинские уголовные правонарушения» и УК Киргизской Республики – глава «Преступления в сфере медицинского и фармацевтического обслуживания личности»).

В доктрине отечественного уголовного права существуют как позиции сторонников[40], так и противников[41] выделения самостоятельной главы Особенной части УК РФ, объединяющей преступления в сфере медицинской деятельности, в том числе непосредственно связанные с причинением вреда пациенту.

В науке уголовного права высказываются мнения относительно целесообразности включения в уголовный закон специальных составов преступлений, предусматривающих ответственность медицинских работников

---

[39] Inter-American Court of Human Rights Case of Albán-Cornejo et al. v. Ecuador Judgment of November 22, 2007 (Merits, Reparations, and Costs).

[40] Талан М. В. Медицинская деятельность как объект уголовно-правовой охраны // Ученые записки Казанского университета. Серия: Гуманитарные науки. 2019. Т. 161, № 1. С. 145.

[41] Павлова Н. В. Уголовно-правовое регулирование медицинской деятельности : автореф. дис. … канд. юрид. наук. М., 2006. С. 7.

за причинение вреда жизни или здоровью пациента[42].

Уголовное законодательство ряда зарубежных государств легально закрепляет дефиницию медицинского работника. В Уголовном кодексе Лесото под ним понимается лицо, зарегистрированное в соответствии с законом, регулирующим допуск к медицинской, стоматологической и фармацевтической деятельности, и имеющее право на ее осуществление.

Аналогичный подход нормативной регламентации воспринят в уголовном законодательстве Новой Зеландии и Сент-Китс и Невис.

Уголовный закон Молдовы дифференцирует понятия врача и медицинского работника, где под последним понимается любое иное лицо (помимо врача), имеющее медицинское образование, осуществляющее трудовую функцию в публичном либо частном медико-санитарном учреждении и оказывающее населению медицинские услуги.

Отечественное уголовное законодательство избрало модель универсальной регламентации ответственности за причинение вреда личности. Нормы об ответственности за причинение вреда жизни и здоровью рассредоточены в разделе о преступлениях против личности и не содержат какого-либо обособления.

Субъект соответствующих составов законодательно не дифференцирован: медицинский работник не выделяется в качестве специального субъекта преступления, а подлежит уголовной ответственности на общих основаниях наряду с иными лицами.

Наиболее распространенным составом в зарубежном уголовном законодательстве является производство незаконного аборта.

Ряд государств воспринял модель общей диспозиции, не выделяя медицинского работника в качестве специального субъекта.

В Венгрии субъектом преступления выступает любое лицо, совершающее удаление плода, а квалифицирующими признаками выступают отсутствие согласия

---

[42] Пархоменко С. В., Демченко В. А. Проблемы уголовно-правовой оценки субъективных признаков халатности медицинских работников при осуществлении профессиональной деятельности // Сибирский юридический вестник. 2019. № 3(86). С. 63.

беременной, причинение тяжкого вреда здоровью или смерти, а также совершение деяния в коммерческих целях. Уголовный закон Гренады устанавливает ответственность за умышленное противоправное прерывание беременности, предусматривая наказание в виде лишения свободы сроком до десяти лет.

В ряде государств диспозиция состава незаконного аборта конструируется с указанием специального субъекта – медицинского работника: врач (Азербайджан, Гватемала); лицо, имеющее право на производство аборта (Латвия); врач, имеющий право на производство абортов (Литва); врач или акушерка (Йемен); врач-акушер или гинеколог (Узбекистан); врачи, хирурги, акушерки, медсестры, фармацевты и другие медицинские работники (Доминиканская Республика, Габон, Мавритания, Марокко, Чад).

Помимо конструирования состава незаконного аборта путем указания на профессиональную принадлежность субъекта, отдельные уголовные кодексы предусматривают дифференциацию ответственности в зависимости от наличия высшего медицинского образования.

Уголовные кодексы Армении и Республики Беларусь содержат составы, разграничивающие незаконное производство аборта лицом, имеющим высшее медицинское образование, и незаконное производство аборта лицом, не имеющим соответствующего высшего медицинского образования.

Схожий подход воспринят в Российской Федерации, однако, в отличие от Армении и Беларуси, УК РФ содержит уточнение только об отсутствии у лица высшего медицинского образования соответствующего профиля.

Наряду с конструированием соответствующих составов преступлений путем указания на специального субъекта либо дифференциации ответственности в зависимости от наличия необходимого образования, в ряде стран статус медицинского работника выступает в качестве обстоятельства, отягчающего наказание. Так, пункт 3 параграфа 417 Уголовного кодекса Ирака прямо устанавливает, что, если преступник является врачом, фармацевтом, акушеркой или ассистентом такого лица, это признается отягчающим обстоятельством.

Усиление ответственности в случае производства незаконного аборта

медицинским работником предусмотрено также уголовным законодательством Аргентины, Катара, Маврикия, Мозамбика, Монако, Омана, Перу и Туниса.

Помимо признания статуса медицинского работника отягчающим обстоятельством, усиление ответственности также выражается в назначении обязательного дополнительного наказания. Так, Уголовный кодекс Никарагуа содержит положение о том, что, если виновный является врачом или иным медицинским работником, наказание включает лишение права на занятие медицинской деятельностью на срок от двух до пяти лет. Подобные положения предусмотрены уголовным законодательством Перу и Эфиопии.

Иной аспект уголовно-правового регулирования медицинской деятельности составляет ответственность за ненадлежащее исполнение обязанностей, повлекшее причинение вреда жизни или здоровью.

В Российской Федерации в случае ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей с причинением вреда жизни или здоровью уголовная ответственность наступает по общим составам преступлений (ч. 2 ст. 109, ч. 2 ст. 118 УК РФ) без указания на конкретную сферу деятельности виновного и его профессиональный статус.

Формулировка указанных статей носит обобщенный характер, в связи с чем возникает сложный выбор между несколькими нормами, которые соответствовали бы совершенному деянию и наступившим последствиям[43].

Ряд зарубежных государств избрал иной подход, конструируя специальные составы с указанием на медицинского работника как на специального субъекта преступления. Уголовный кодекс Черногории предусматривает ответственность врача, который при оказании медицинской помощи применяет явно ненадлежащее медицинское изделие или явно неадекватный метод лечения, не применяет надлежащих гигиенических мер либо действует явно неосторожно, чем вызывает ухудшение здоровья другого лица.

Уголовный кодекс Словении расширяет данный подход, разделяя

[43] Гайдар А. А. Наивысший достижимый уровень здоровья как неотъемлемое право человека и его уголовно-правовая защита // Вестник Волжского университета им. В. Н. Татищева. 2019. Т. 1, № 3. С. 158.

в различных частях состава ответственность врачей и иных медицинских работников: любой другой медицинский работник, который при исполнении обязанностей действует не в соответствии с правилами профессионального поведения, причиняя существенное ухудшение здоровья пациента, подлежит такому же наказанию.

Подобные специальные составы преступлений в связи с ненадлежащим осуществлением медицинским работником своих профессиональных обязанностей предусмотрены также в Армении, Украине, Китае, Непале, Сербии, Хорватии, Туркменистане и Таджикистане.

Помимо перечисленных государств, уголовное законодательство Кении, Танзании, Уганды, Кирибати, Сент-Люсии, Сент-Китс и Невис, Сейшельских и Соломоновых островов закрепляет положения, согласно которым соответствующие деяния могут совершить лица, прямо поименованные в диспозиции статьи, где в числе прочих содержится упоминание медицинского работника. Так, Уголовный кодекс Сент-Люсии предусматривает, что, если лицо (помимо иных, указанных в диспозиции), занимающееся медицинским или хирургическим лечением, по неосторожности причиняет вред человеку либо по неосторожности ставит под угрозу его жизнь, подлежит наказанию в виде тюремного заключения сроком на два года.

Еще одним составом, относимым к анализируемой группе преступлений, является неоказание помощи больному (ст. 124 УК РФ). Толкование действующей редакции ст. 124 УК РФ не позволяет однозначно определить круг субъектов указанного преступления.

Анализ зарубежного законодательства демонстрирует вариативность подходов к регламентации данного деяния, которые могут быть использованы для совершенствования отечественной нормы.

В Азербайджане и на Украине, при схожей структуре диспозиции, указывается на отказ в оказании медицинской помощи именно медицинским работником. Уголовные кодексы Хорватии и Монголии содержат термин «пациент», а не «больной», что значительно сужает сферу действия нормы.

В Эритрее, Северной Македонии и Сербии акцент смещен в сторону общегуманитарных обязательств, где наказывается неоказание помощи медицинским работником любому лицу, чья жизнь находится в опасности, независимо от наличия статуса «пациент» или «больной».

В отличие от российской модели, где субъект ст. 124 УК РФ является общим, зарубежное законодательство тяготеет к прямому указанию на медицинского работника либо к использованию термина «пациент», что подразумевает наличие специальных правоотношений.

Стоит рассмотреть и деяния, связанные с осуществлением медицинской деятельности без соответствующего разрешения или при отсутствии необходимой квалификации, что корреспондирует отечественной ст. 235 УК РФ.

В Грузии и Того диспозиция имеет общий характер, ограничиваясь указанием только на незаконность деятельности. В Эфиопии, Туркменистане и Киргизии уголовно наказуемая незаконная медицинская деятельность связывается с отсутствием у лица необходимого образования (диплома) и соответствующего разрешения. Подобная деятельность в Венгрии, Хорватии и Северной Македонии прямо именуется в законе термином «шарлатанство».

В Монголии предусматривается уголовная ответственность не только за незаконную деятельность, но и за создание незаконного медицинского учреждения, если это повлекло причинение вреда здоровью.

Применительно к Монголии также стоит рассмотреть преступление, связанное с заражением ВИЧ-инфекцией или СПИДом при оказании медицинской помощи. Сопоставление с УК РФ выявляет различия в субъекте преступления.

По ч. 4 ст. 122 УК РФ устанавливается ответственность за заражение другого лица ВИЧ-инфекцией вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей. Норма сконструирована по универсальному принципу: субъект прямо не конкретизирован, однако из диспозиции статьи (ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей) следует, что им может быть и медицинский работник.

В Монголии содержится специальный состав, предусматривающий

ответственность за заражение СПИДом или ВИЧ-инфекцией по неосторожности, совершенное специальным субъектом – медицинским работником. Монгольский законодатель прямо указывает на медицинского работника, что исключает расширительное толкование и подчеркивает профессиональный характер.

Иностранные правопорядки также содержат составы преступлений, не имеющие прямых аналогов в УК РФ.

Изучение таких норм имеет значение для определения потенциальных направлений совершенствования отечественного уголовного закона.

Одним из таких преступлений является оказание медицинской помощи без согласия пациента. В Польше предусматривается уголовная ответственность за проведение медицинской операции при отсутствии согласия пациента. Аналогичные нормы содержатся в Анголе и Хорватии, где прямо легализуются ситуации, когда получение согласия не требуется.

В российской доктрине уточняется, что вопрос об уголовной ответственности медицинского работника за деяния, связанные с профессиональной деятельностью, решается через установление законности его действий, включая соблюдение порядка получения согласия пациента[44].

В судебной практике отсутствие информированного добровольного согласия, предусмотренного ст. 20 Закона № 323-ФЗ, учитывается судами при оценке ненадлежащего исполнения профессиональных обязанностей.

В одном из судебных решений при отсутствии информированного добровольного согласия на операцию торакоцентеза врач повредил селезенку пациенту, применив чрезмерное усилие при введении троакара[45].

Суды, принимая во внимание отсутствие соответствующего согласия наряду с иными обстоятельствами, квалифицируют содеянное по ч. 2 ст. 109 или ч. 2 ст. 118 УК РФ в зависимости от наступившего вреда пациенту.

---

[44] Аськов Н. Н. О согласии лица на причинение ему вреда при медицинском вмешательстве для целей исключения преступности деяния // Юридический вестник Самарского университета. 2020. Т. 6, № 3. С. 64.

[45] Приговор Магаданского городского суда Магаданской области от 16.02.2024 № 1-118/2024 [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

Конструирование самостоятельного состава, предусматривающего ответственность за оказание медицинской помощи без согласия пациента, не вызывается потребностями судебной практики. Рассматриваемые ситуации полностью поглощаются признаками ч. 2 ст. 109 или ч. 2 ст. 118 УК РФ, что исключает необходимость их обособления в отдельную норму.

Другим примером преступления, отсутствующего в УК РФ, является некорректное медикаментозное лечение.

Такое преступление предусмотрено в Албании, где ответственность наступает за некорректное медикаментозное лечение пациентов врачом или другим медицинским персоналом, а также за невыполнение терапии или предписаний врача медицинским персоналом либо фармацевтом, если это повлекло причинение вреда здоровью или привело к смерти. Похожая ответственность установлена в Эквадоре, с той разницей, что субъектом преступления, помимо медицинских работников, может выступать любое лицо, назначившее, выписавшее или поставившее лекарственные средства.

В отличие от приведенных зарубежных подходов, в Российской Федерации ответственность за некорректное медикаментозное лечение наступает по общим составам преступлений (ч. 2 ст. 109, ч. 2 ст. 118 УК РФ).

Так, приговором суда установлено, что врач-терапевт, имея возможность назначения иного лекарственного препарата с аналогичным фармакологическим действием (не относящегося к препаратам пенициллинового ряда), назначил лекарственное средство в виде таблеток «Амоксициллин 500 мг», применение которого пациенту было противопоказано, что в последующем привело к смерти и было квалифицировано по ч. 2 ст. 109 УК РФ[46].

Применительно к некорректному медикаментозному лечению также отсутствуют основания для криминализации данного деяния в качестве самостоятельного преступления, поскольку оно полностью охватывается действующими общими составами преступлений против личности.

---

[46] Приговор Тоцкого районного суда Оренбургской области от 21.04.2021 № 1-5/2021 [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

Другим составом, неизвестным УК РФ, является проведение калечащих операций на половых органах.

Наиболее содержательное понятие такого преступления закреплено в уголовном законе Новой Зеландии, которое раскрывается как иссечение, инфибуляция или увечье женских половых органов либо их части и включает частичное или полное удаление клитора, больших и малых половых губ, крайней плоти либо любой их комбинации, сужение влагалищного отверстия путем разрезания или изменения положения больших либо малых половых губ, а также иные вредные процедуры, проводимые на любой части женских половых органов (прокалывание, пирсинг, надрезы, выскабливание или прижигание). При этом такая процедура не должна проводиться в косметических целях или для улучшения состояния здоровья лица.

Подобные составы преступления содержатся также в уголовных законах Кот-д'Ивуара, Мальты, Монако, Нигера и Турции.

По общему правилу субъектом данного преступления признается любое лицо. Однако законодательство Кот-д'Ивуара и Нигера содержит квалифицирующий признак, усиливающий уголовную ответственность применительно к субъекту – медицинскому или парамедицинскому работнику.

В Турции предусматривается уголовная ответственность за совершение действий в отношении как мужчины, так и женщины при отсутствии их согласия.

В отечественной доктрине отмечается, что закрепление ответственности за подобные деяния, в том числе совершенные в отношении несовершеннолетних, воспринимается российским законодателем как излишне экзотичное[47].

Криминализация калечащих операций на половых органах является устоявшейся практикой в ряде правопорядков, что может быть принято во внимание при возможном конструировании соответствующего состава преступления отечественным законодателем.

Выявленные различия между уголовным законодательством зарубежных

---

[47] Бриль Ю. А. Калечащие традиции // StatusPraesens. Педиатрия и неонатология. 2018. № 4(52). С. 30.

стран и УК РФ, а также характерные особенности конструирования составов преступлений могут быть приняты во внимание при совершенствовании отечественного уголовного законодательства[48].

§ 3. Основания и пределы уголовной ответственности за причинение вреда пациенту

Несмотря на общепризнанное социально-позитивное предназначение медицинской деятельности, данная сфера имеет и обратную сторону, выражающуюся в негативных последствиях ее осуществления для пациента.

Речь идет о причинении вреда пациенту, за которое в предусмотренных законом случаях может наступать уголовная ответственность.

Согласно номенклатуре специальностей специалистов с высшим медицинским и фармацевтическим образованием, утвержденной приказом Министерства здравоохранения РФ, в России насчитывается 104 специальности, что свидетельствует о высокой степени дифференциации профессиональной медицинской деятельности[49].

В рамках настоящего исследования обусловливается необходимость выявления наиболее криминогенных направлений медицинской практики, сопряженных с причинением вреда жизни или здоровью пациента.

Уточним, что, согласно данным официальной статистической отчетности Федеральной службы государственной статистики (далее – Росстат), численность медицинских работников в России демонстрирует устойчивые показатели: количество врачей составляет около 730-750 тыс. человек, а среднего медицинского персонала 1,45 млн. человек[50].

---

[48] Выриков Ю. А. Уголовная ответственность за причинение вреда жизни и здоровью пациентов в зарубежных странах // Право и государство: теория и практика. 2026. № 4. С. 389–393.

[49] Приказ Минздрава России от 7 октября 2015 г. № 700н «О номенклатуре специальностей специалистов, имеющих высшее медицинское и фармацевтическое образование» [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

[50] Федеральная служба государственной статистики. Здравоохранение // [Электронный ресурс]. URL: https://rostat.gov.ru/folder/13721 (дата обращения: 18.02.2026)

Представленные данные Росстата характеризуют только легальный сектор медицинской деятельности и не позволяют оценить масштабы теневого сегмента, поскольку официальный учет не охватывает лиц, осуществляющих медицинскую деятельность в нарушение установленных законодательных требований.

В данном случае отсутствуют легальные медицинские правоотношения, а следовательно, и специальный субъект в лице медицинского работника, и специальный потерпевший в лице пациента, состоящего с ним в соответствующих правоотношениях по поводу оказания помощи.

Такие лица фактически осуществляют деятельность, тождественную медицинской, и причиняют вред жизни или здоровью граждан. Подобная деятельность, изначально содержащая признаки преступного посягательства, предусмотренного, в частности, ст. 235 УК РФ, образует латентный сектор преступного поведения, субъекты которого, несмотря на отсутствие специального статуса, также совершают преступления против жизни и здоровья.

Примером служит приговор, в котором подсудимая, не имея лицензии на осуществление данного вида деятельности, оказала стоматологическую услугу, проведя операцию по удалению зуба, в ходе которой было причинено телесное повреждение в виде перелома нижней челюсти справа со смещением отломков, что является дефектом оказания медицинской помощи[51].

С учетом изложенного в настоящем исследовании в качестве предмета анализа рассматриваются исключительно преступные посягательства, совершаемые в рамках легальных правоотношений по оказанию медицинской помощи, складывающихся между медицинским работником и пациентом.

Это обусловлено необходимостью подчеркнуть, что основным признаком выступает причинение вреда именно пациенту, обладающему соответствующим правовым статусом, возникшим на основе правоотношений с медицинской организацией или конкретным медицинским работником.

---

[51] Приговор Гусиноозерского городского суда Республики Бурятия от 11 декабря 2020 г. по делу № 1-345/2020 [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

Подобная практика объективно возможна лишь в условиях официально зафиксированных и законодательно регламентированных отношений по поводу оказания медицинской помощи, где обе стороны наделены соответствующими правами и обязанностями.

Соответственно, за пределами настоящего анализа остаются ситуации причинения вреда лицами, фактически осуществляющими медицинскую деятельность вне правового поля, что предопределяет иную уголовно-правовую квалификацию содеянного.

На основе анализа релевантной судебной практики с 2016 по 2025 г. выявлены устойчивые закономерности и отличительные характеристики преступлений, причиняющих вред жизни и здоровью пациента. По результатам эмпирического исследования, охватывающего более 800 уголовных дел, рассмотренных судами первой инстанции, установлено следующее.

Наибольший криминогенный потенциал сосредоточен в области хирургии, что объективно обусловлено высокорисковым характером данной деятельности. Криминальные проявления отмечаются также в более узких хирургических направлениях, включая нейрохирургию, сердечно-сосудистую хирургию, торакальную хирургию, гнойную хирургию, челюстно-лицевую хирургию и пластическую хирургию.

Так, врач-хирург при проведении операции «Торакоцентез» ввел в плевральную область слева металлический стилет троакара, имеющий колющую рабочую часть, и, применив чрезмерное физическое усилие, повредил пациенту селезенку, что привело к гемоперитонеуму[52].

В равной доле преступность распределена по таким специальностям, как терапия, акушерство и гинекология. При этом в сфере акушерства и гинекологии, как следует из анализа судебных решений, существует повышенная общественная опасность в связи с тем, что вред, как правило, причиняется не только роженице, но и состоянию плода.

---

[52] Приговор Магаданского городского суда Магаданской области от 16.02.2024 № 1-118/2024 [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

В качестве примера из терапевтической практики можно рассмотреть ситуацию, в которой врач не обеспечил надлежащий уровень обследования, лечения и ухода за пациентом, не зафиксировал основные изменения в состоянии, произошедшие за истекшие сутки, и, как следствие этого, не определил необходимые мероприятия по лечению и уходу за пациентом, что повлекло за собой наступление смерти последнего[53].

В другом судебном решении врач, имея реальную возможность применить единственное верное решение, а именно проведение операции кесарева сечения после установления острого дистресса плода, избрал методику консервативного естественного родоразрешения, что привело к рождению ребенка в состоянии тяжелой асфиксии и последующей смерти[54].

Анестезиология и реаниматология также является частой специальностью, по которой причиняется вред пациенту.

Например, врач анестезиолог-реаниматолог после предоперационного осмотра и введения пациента в медикаментозный сон приступил к интубации трахеи и ненадлежаще ввел интубационную трубку в верхние дыхательные пути, чем повредил правый бронх пациента, что привело к кровоизлиянию и попаданию воздуха[55].

Отдельно кратко уточним, что в судебной практике встречаются судебные решения в отношении врачей следующих специальностей: травматология и ортопедия, урология, педиатрия, кардиология, неврология, онкология, нефрология, стоматология, колопроктология, неонатология, токсикология, эндоскопия, психиатрия, психиатрия-наркология, рентгенология, оториноларингология, гематология, физиотерапия, мануальная терапия, пульмонология, фтизиатрия, проктология.

---

[53] Приговор Белогорского городского суда Амурской области от 10.11.2022 № 1-582/2022 [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

[54] Приговор Центрального районного суда города Читы от 07.02.2023 № 1-199/2023 [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

[55] Приговор Одинцовского городского суда Московской области от 13.02.2023 по делу № 1-141/2023 [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

Медицинскую деятельность в Российской Федерации осуществляют также лица среднего и младшего медицинского персонала.

Их широкий перечень утвержден соответствующим приказом Минздрава России и включает, например, медицинских сестер и братьев, акушеров, зубных техников, фельдшеров и санитаров, которые оказывают доврачебную помощь, ассистируют врачам при медицинских манипуляциях, осуществляют уходовые процедуры, а также выполняют назначения врачей[56].

Анализ судебной практики позволяет выделить характерные ситуации, при которых причиняется вред жизни или здоровью пациента, а именно:

- неосуществление экстренного направления пациента в медицинское учреждение и (или) отказ в госпитализации[57];

- ненадлежащее проведение медицинских манипуляций[58];

- ненадлежащая организация и обеспечение транспортировки[59];

- ненадлежащее санитарно-гигиеническое обслуживание пациентов[60].

Несмотря на распространенность подобных деяний в судебной практике, российское законодательство не содержит их официального наименования, а в науке уголовного права до настоящего времени не сложилось унифицированного представления о критериях отнесения тех или иных составов к рассматриваемой категории, а также о целесообразности их обособления в Особенной части УК РФ[61].

Имеется необходимость комплексного анализа существующих доктринальных позиций, законодательных предписаний и правоприменительной

---

[56] Приказ Минздрава России от 2 мая 2023 г. № 205н «Об утверждении Номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников» [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

[57] Приговор Волжского городского суда Волгоградской области от 22.07.2022 по делу № 1-879/2022 [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

[58] Приговор Чегемского районного суда Кабардино-Балкарской Республики от 05.02.2024 по делу № 1-51/2024 [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

[59] Приговор Кировского городского суда Мурманской области от 15.03.2023 по делу № 1-20/2023 [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

[60] Приговор Ленинск-Кузнецкого городского суда Кемеровской области от 18.09.2023 по делу № 1-712/2023 [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

[61] Выриков Ю. А. Преступления, причиняющие вред жизни и здоровью пациента: эмпирический анализ и проблемы учета // Полицейская и следственная деятельность. 2026. № 1. С. 226–236.

практики в целях выработки согласованных подходов к квалификации и предупреждению данных преступных посягательств.

По мнению А.А. Бимбинова, такие деяния образуют самостоятельную группу медицинских преступлений, в рамках которой выделяется 17 составов, расположенных в различных главах Особенной части УК РФ[62].

Н.А. Огнерубов квалифицирует данные посягательства как криминальные ятрогении, дифференцируя их в зависимости от родового (видового) объекта преступного посягательства. Указанный подход позволяет выделить преступления против жизни, преступления против здоровья, а также деяния, посягающие на иные конституционные права и свободы граждан, что в совокупности охватывает 16 составов преступлений[63].

Представленные подходы, несмотря на теоретическую значимость, представляются излишне широкими, поскольку включают в себя составы преступлений, не связанные непосредственно с причинением вреда жизни или здоровью пациента.

Вследствие этого они не могут быть в полной мере восприняты при формировании исчерпывающего перечня деяний, объединенных единым критерием – причинением вреда жизни или здоровью пациента как основному непосредственному объекту посягательства.

С.Г. Стеценко обозначает рассматриваемую категорию деяний термином «ятрогенные преступления», относя к их числу следующие составы, предусмотренные УК РФ: ч. 2 ст. 109, ч. 2 ст. 118, ч. 4 ст. 122, ч. 3 ст. 123, ст. 235, ч. 2 и 3 ст. 238 УК РФ[64].

Несколько иной перечень предлагает А.А. Гайдар, который относит к рассматриваемой категории деяния, ответственность за которые установлена ч. 2 ст. 109, ч. 2 ст. 118, ч. 4 ст. 122, ч. 3 ст. 123, ст. 124, ст. 125, ст. 235,

---

[62] Бимбинов А. А. Медицинские преступления: понятие и состояние // Юридический вестник Дагестанского государственного университета. 2019. Т. 32, № 4. С. 137.

[63] Огнерубов Н. А. Проблемы и основания дифференциации преступлений в сфере медицинской деятельности // Вестник Тамбовского университета. Серия: Гуманитарные науки. 2010. № 8(88). С. 255.

[64] Стаценко В. Г. Проблемные вопросы правового регулирования проверки сообщения о ятрогенном преступлении // ЮП. 2018. № 2(85). С. 67.

п. «в» ч. 2 ст. 238 УК РФ, квалифицируя их как посягательства на жизнь и здоровье пациента (ятрогенные преступления)[65].

В.Д. Пристансков, характеризуя неадекватные действия медицинских работников при оказании медицинской помощи, включает в перечень ятрогенных преступлений следующие составы: ч. 2 ст. 109, ч. 2 ст. 118, ч. 4 ст. 122, ч. 3 ст. 123, ст. 124, ст. 235 УК РФ[66].

Предлагаемые исследователями перечни таких преступлений существенно разнятся в зависимости от избранных авторами критериев, что обусловливает актуальность дальнейших научных изысканий в данной сфере в целях унификации подходов и совершенствования правоприменительной практики.

Подход, используемый правоприменителем в лице Следственного комитета Российской Федерации для целей ведомственной статистики[67], также не может быть признан универсальным.

Включение в него состава халатности (ст. 293 УК РФ) представляется избыточным, поскольку при непосредственном оказании медицинской помощи медицинский работник, как правило, не наделен организационно-распорядительными или административно-хозяйственными функциями, то есть не выступает в качестве должностного лица.

В действующем уголовном законодательстве также отсутствует легальная дефиниция рассматриваемой группы преступлений.

Составы, предусматривающие уголовную ответственность за деяния, причиняющие вред жизни и здоровью пациента при оказании медицинской помощи, не образуют единой системы и могут быть рассредоточены по различным главам Особенной части УК РФ.

---

[65] Гайдар, А.А. Указ соч. С. 161.

[66] Пристансков В. Д. Основы формирования криминалистической теории расследования ятрогенных преступлений // Вестник СПбГУ. Серия 14. Право. 2015. № 4. С. 61.

[67] Хазизулин В. Б. Понятие преступлений, совершаемых при оказании медицинской помощи // Вестник Академии Следственного комитета РФ. 2022. № 3(33). С. 114.

В доктрине уголовного права вопрос о целесообразности их объединения в самостоятельную группу решается неоднозначно: высказываются как позиции в поддержку такой систематизации[68], так и аргументы против нее[69].

Анализ проблемы позволяет констатировать наличие трех уровней подходов к определению рассматриваемой категории деяний.

В доктрине уголовного права представлены различные, зачастую не совпадающие по объему позиции относительно перечня преступлений, причиняющих вред жизни и здоровью пациента, что свидетельствует об отсутствии единой научной концепции.

Правоприменительная практика, в частности ведомственная статистика Следственного комитета Российской Федерации, оперирует собственным перечнем, ориентированным на учетные задачи, однако его универсальность нивелируется включением составов, не отражающих специфику профессиональной медицинской деятельности.

Законодательный же подход характеризуется отсутствием легальной дефиниции и системного единства.

Указанная рассогласованность подходов, отсутствие унифицированного перечня, базирующегося на единых критериях, обусловливает актуальность дальнейшей научной разработки данной проблематики.

Представляется необходимым формирование доктринально обоснованного перечня преступлений, причиняющих вред жизни и здоровью пациента, что позволит обеспечить единообразие правоприменительной практики и создать основу для возможной законодательной систематизации.

В целях формирования перечня, релевантного предмету настоящего исследования, представляется обоснованным выделить систему признаков, позволяющих идентифицировать преступления, совершаемые в рамках общественных отношений, складывающихся между медицинским работником

---

[68] Талан М. В. Указ. соч. С. 146.
[69] Павлова Н. В. Указ. соч. С. 7.

и пациентом, при которых вред жизни и здоровью последнего причиняется в связи с осуществлением профессиональной медицинской деятельности.

Под объектом таких преступлений понимается «конституционное право граждан на охрану жизни, здоровья и получение квалифицированной медицинской помощи и медицинских услуг»[70].

Данное понимание объекта является специальным для выделяемой группы преступлений, совершаемых в рамках отношений «медицинский работник – пациент», и не подменяет традиционного понимания объектов соответствующих составов, которые без привязки к конкретным правоотношениям посягают на жизнь и здоровье как абсолютные ценности каждого человека.

Обязательным признаком состава преступления в рассматриваемых случаях выступает специальный потерпевший – пациент.

Согласно легальной дефиниции, закрепленной в п. 9 ст. 2 Закона № 323-ФЗ, под пациентом понимается физическое лицо, которому оказывается медицинская помощь либо которое обратилось за ее оказанием независимо от наличия у него заболевания и от его состояния.

Поскольку рассматриваемые преступления совершаются в рамках правоотношений «медицинский работник – пациент», их специальным субъектом выступает медицинский работник.

Легальная дефиниция данного понятия закреплена в п. 13 ч. 1 ст. 2 Закона № 323-ФЗ. Обязательным условием для осуществления профессиональной медицинской деятельности является наличие у лица аккредитации специалиста, порядок получения которой утверждается соответствующим актом Минздрава России.

Помимо ранее указанных лиц право на легальное осуществление медицинской деятельности также имеют лица, поименованные в ч. 2.1, ч. 4 – 6.1 ст. 69 Закона № 323-ФЗ.

---

[70] Рарог А. И., Понятовская Т. Г. Объект и система медицинского уголовного права // Всероссийский криминологический журнал. 2019. Т. 13, № 5. С. 819.

Приведенный нормативный перечень очерчивает круг субъектов, которые вправе заниматься медицинской практикой при соблюдении всех требований законодательства в сфере охраны здоровья.

Подобный подход о специальном субъекте преобладает и в доктрине[71].

Вред причиняется при осуществлении профессиональной медицинской деятельности с грубым нарушением имеющихся требований законодательства (объективная сторона преступления). Такие требования законодательства к медицинской деятельности перечислены в ст. 37 Закона № 323-ФЗ.

Разработка и внедрение подобных документов позволяют создать единую основу для достижения должного уровня оказания медицинской помощи[72].

Порядки оказания медицинской помощи разрабатываются и утверждаются дифференцированно применительно к каждому профилю медицинской помощи, отдельным заболеваниям или состояниям (группам заболеваний и состояний). В системе действующего правового регулирования порядки оказания медицинской помощи рассматриваются в качестве гарантий реализации прав и законных интересов пациентов, направленных на обеспечение надлежащего качества и безопасности медицинской помощи при всех ее формах и условиях предоставления[73].

Специфика клинических рекомендаций (протоколов лечения) заключается в особом порядке их разработки и утверждения.

Указанные документы создаются медицинскими профессиональными некоммерческими организациями применительно к отдельным состояниям или заболеваниям (группам заболеваний) с последующим одобрением

---

[71] Крылова Н. Е., Павлова Н. В. Субъект преступлений, совершаемых в сфере медицинской деятельности // Современное право. 2006. № 4. С. 79; Виноградова Е. В. Субъект медицинских преступлений. Новые грани // Евразийская адвокатура. 2022. № 2(57). С. 76; Мазур Е. С., Ахмедшин Р. Л., Александрова Я. Д. Криминалистическая характеристика ятрогенных преступлений // Вестн. Том. гос. ун-та. 2020. № 451. С. 221.

[72] Мурашко М. А. Современные подходы к обеспечению качества медицинской помощи // Вестник Росздравнадзора. 2015. № 6. С. 40.

[73] Запевалин П. В., Кицул И. С. Методические подходы к оценке соответствия деятельности медицинских организаций порядкам оказания медицинской помощи // Менеджер здравоохранения. 2019. № 1. С. 16.

научно-практическим советом Министерства здравоохранения Российской Федерации и подлежат пересмотру не реже одного раза в три года.

Легальная дефиниция клинических рекомендаций закреплена в п. 23 ст. 2 Закона № 323-ФЗ. В специальной литературе подчеркивается исключительная значимость данных документов для функционирования системы здравоохранения[74].

Вместе с тем в доктрине обращают внимание на ряд негативных аспектов внедрения клинических рекомендаций.

Во-первых, их подготовка нередко основывается на зарубежных «гайдлайнах», базирующихся на принципиально иных подходах к лечению пациентов. Во-вторых, рекомендации издаются в значительном количестве, каждый документ содержит множество предписаний, которые к тому же подвергаются постоянной актуализации. В-третьих, клинические рекомендации используются следственными органами в качестве критерия для оценки качества медицинской помощи и нередко ложатся в основу обвинения. При этом в практике встречаются как рекомендации с высокой степенью доказательности (крайне малочисленные), так и рекомендации с минимальной доказательной базой (составляющие большинство), что создает ситуацию, при которой медицинское сообщество, по существу, формирует для себя «Троянского коня»[75].

Стандарты медицинской помощи представляют собой элементы системы нормативно-правового регулирования в сфере здравоохранения, выступая составной частью обязательных требований.

Их разработка осуществляется на основе клинических рекомендаций и включает усредненные показатели частоты предоставления и кратности применения медицинских услуг, лекарственных препаратов, медицинских изделий, компонентов донорской крови, видов лечебного питания, а также

---

[74] Омельяновский В. В., Сура М. В., Деркач Е. В., Авксентьева М. В. Клинические рекомендации: от разработки к внедрению // Медицинские технологии. Оценка и выбор. 2020. № 4(42). С. 48.

[75] Шаповалов К. Г., Сумин С. А., Ярославкин Р. А. Клинические рекомендации как юридическая основа уголовного преследования медработника // Забайкальский медицинский вестник. 2021. № 1. С. 69.

иные значимые параметры, дифференцированные с учетом особенностей конкретных клинических ситуаций (нозологических форм).

Их существенный недостаток заключается в том, что стандарты разработаны не для всех нозологических форм и подгрупп заболеваний, а также не учитывают индивидуальные особенности конкретного пациента, будучи ориентированными на усредненные клинические ситуации и типизированные модели пациентов[76].

Анализ правоприменительной практики свидетельствует о том, что суды при вынесении судебных актов руководствуются положениями указанных документов, оценивая соответствие действий медицинских работников установленным требованиям.

Так, признавая врача-хирурга виновным в смерти пациента, суд установил, что врач действовал в нарушение требований Положения об организации оказания стационарной медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара больницы, Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «хирургия», клинических рекомендаций «Острый перитонит», клинических рекомендаций «Острая кишечная непроходимость опухолевой этиологии»[77].

В другом судебном решении, признавая врача анестезиолога-реаниматолога виновным в смерти пациента, суд заключил, что в действиях врача имело место игнорирование Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «анестезиология и реанимация», клинических рекомендаций «Обеспечение проходимости верхних дыхательных путей в стационаре»[78].

Суды относят вышеуказанные документы к числу обязательных для соблюдения при осуществлении медицинской деятельности, а нарушение

---

[76] Стародубов В. И., Ефремова Т. А., Коробов Н. В., Лошаков Л. А. Стандарты медицинской помощи в системе здравоохранения Российской Федерации: состояние и перспективы // Здравоохранение Российской Федерации. 2015. Т. 59, № 4. С. 7.

[77] Приговор Нижнегорского районного суда Республики Крым от 04.08.2023 по делу № 1-29/2023 [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

[78] Приговор Высокогорского районного суда станицы Высокая Гора от 03.07.2020 по делу № 1-25/2020 [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

содержащихся в них предписаний при наличии необходимых оснований может влечь за собой наступление уголовной ответственности.

По своей законодательной конструкции составы рассматриваемых преступлений являются материальными, что предполагает в качестве обязательного признака объективной стороны наступление общественно опасных последствий в виде реального причинения вреда жизни и здоровью пациента (неблагоприятного исхода).

Субъективная сторона характеризуется неосторожной формой вины по отношению к наступившим последствиям.

В доктрине уголовного права отсутствует единый подход к определению субъективной стороны указанных деяний: высказываются позиции о возможности их совершения как умышленно, так и по неосторожности[79], исключительно по неосторожности[80] или с двумя формами вины[81].

Умышленное причинение вреда пациенту исключается самой сущностью медицинской деятельности, поскольку ситуация, при которой медицинский работник желает либо сознательно допускает наступление негативных последствий для пациента, является несовместимой с профессиональным врачеванием.

Прямой умысел, предполагающий желание наступления последствий, заведомо противоречит целям лечения. Косвенный умысел, при котором лицо не желает, но сознательно допускает вред либо относится к нему безразлично, также несовместим с профессиональным долгом медицинского работника, всегда действующего в интересах пациента и стремящегося к благоприятному исходу.

Различие между косвенным умыслом и преступным легкомыслием проводится по наличию или отсутствию обстоятельств, на которых медицинский работник строит расчет на предотвращение последствий.

---

[79] Полковникова В. С., Егоров О. Н. Проблемы квалификации ятрогенных преступлений по субъекту и субъективной стороне // Вестник Челябинского государственного университета. Образование и здравоохранение. 2022. № 4. С. 36.

[80] Малышева Ю. Ю. «Неотложные аспекты» ятрогенных преступлений // Судья. 2020. № 2(110). С. 25.

[81] Улезько С. И. Понятие ятрогенных преступлений // Общество и право. 2018. № 2(64). С. 48.

При косвенном умысле такой расчет отсутствует, лицо сознательно допускает наступление вреда. При преступном легкомыслии, напротив, медицинский работник предпринимает конкретные действия, направленные на предотвращение вреда, однако его расчет оказывается несостоятельным, что соответствует природе профессиональной медицинской деятельности. Аналогичным образом при преступной небрежности отсутствие предвидения при наличии обязанности и возможности его осуществления также свидетельствует о неосторожном, а не умышленном характере деяния.

В доктрине правильно обращается внимание на то, что даже если в системе отношений «медицинский работник – пациент» теоретически возможны умышленные деяния (например, убийство из сострадания или по заказу, а также примитивно-корыстные действия), подобные случаи не могут быть отнесены к числу преступлений, причиняющих вред пациенту в рамках профессиональной медицинской деятельности, поскольку медицинский работник в таких ситуациях заведомо выходит за пределы своих профессиональных обязанностей и действует умышленно[82].

То есть желание или осознанное допущение причинения вреда пациенту несовместимо с природой оказания медицинской помощи, в связи с чем такие деяния не должны относиться к анализируемой категории преступлений, а подлежат квалификации как умышленные преступления против жизни и здоровья без учета профессиональной специфики[83].

Следовательно, именно неосторожная форма вины выступает признаком, позволяющим отграничить исследуемую группу от смежных составов и обеспечить доктринальную чистоту формируемого перечня.

На основе системного анализа выделенных признаков (специальный потерпевший, специальный субъект, объект посягательства, объективная сторона

---

[82] Иванченко Р. Б., Заряев В. А. Уголовно-правовой анализ ятрогенных преступлений и практика применения норм уголовного законодательства об ответственности за их совершение // Правосудие/Justice. 2020. Т. 2, № 3. С. 36.

[83] Пашинян Г. А., Ившин И. В. Судебно-медицинская экспертиза профессиональных правонарушений медицинских работников // Проблемы экспертизы в медицине. 2006. № 3. С. 14.

преступления и неосторожная форма вины) представляется возможным сформировать теоретический перечень конкретных составов преступлений, предусмотренных УК РФ, которыми исчерпывающим образом охватываются общественно опасные деяния, совершаемые в рамках профессиональной медицинской деятельности и влекущие причинение вреда жизни и здоровью пациента.

Классическим примером рассматриваемой группы деяний выступает состав преступления, предусмотренный ч. 2 ст. 109 УК РФ.

Согласно данным правоприменительной практики, указанное посягательство характеризуется наибольшей распространенностью среди всех преступлений, совершаемых в исследуемой сфере.

В ходе анализа судебной практики установлено, что состав преступления, предусмотренный ч. 2 ст. 109 УК РФ, значительно преобладает в структуре уголовных дел о причинении вреда пациенту, встречаясь в изученной выборке более чем в 600 случаях.

При квалификации каждого конкретного деяния по данному составу на суд возлагается обязанность по установлению конкретных нормативных предписаний, которые были нарушены медицинским работником при осуществлении профессиональной деятельности.

В одном из приговоров суд квалифицировал действия врача анестезиолога-реаниматолога по ч. 2 ст. 109 УК РФ, установив, что необоснованное решение о преждевременном переводе пациента (спустя 20 минут после операции) в профильное отделение при отсутствии необходимого реанимационного наблюдения, которое надлежит осуществлять непрерывно в течение первых двух часов послеоперационного периода, повлекло смерть пациента[84].

Еще одним классическим составом рассматриваемой категории, характеризующимся меньшей распространенностью в правоприменительной практике, выступает преступление, предусмотренное ч. 2 ст. 118 УК РФ.

---

[84] Приговор Бузулукского районного суда Оренбургской области от 28.07.2023 по делу № 1-49/2023 [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

По своей законодательной конструкции данный состав корреспондирует с преступлением, предусмотренным ч. 2 ст. 109 УК РФ, а единственным отличием является то, что дифференцирующим признаком выступает наступление общественно опасных последствий не в виде смерти, а в виде тяжкого вреда здоровью пациента.

Примером применения ч. 2 ст. 118 УК РФ к медицинскому работнику является приговор в отношении врача анестезиолога-реаниматолога, который при проведении анестезиологического пособия вопреки должностной инструкции и порядку оказания медицинской помощи неоднократно вводил спинномозговую иглу в субарахноидальное пространство, что повлекло кровоизлияние, ишемию и спинальный арахноидит. Суд правильно квалифицировал содеянное по ч. 2 ст. 118 УК РФ[85].

В структуре изученных уголовных дел о причинении вреда пациенту доля составов, предусмотренных ч. 2 ст. 118 УК РФ, является незначительной и фиксируется в количестве 15 уголовных дел.

Часть 4 ст. 122 УК РФ также относится к числу профессиональных преступлений, в которых причиняется вред жизни и здоровью пациента.

В доктрине высказывается позиция, согласно которой с учетом медико-биологических свойств ВИЧ-инфекции непосредственным объектом данного преступления выступают общественные отношения по охране здоровья, а факультативным отношения по охране жизни как невосполнимого блага человека[86].

Согласно данным Судебного департамента при Верховном Суде Российской Федерации (форма № 10-а), за период 2009-2024 гг. данный состав преступления практически не применялся, за исключением единичного случая осуждения лица в 2015 г.

---

[85] Приговор Лениногорского городского суда Республики Татарстан от 20.04.2023 по делу № 1-3/2023 [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

[86] Можайская Л. А. Социально-правовые проблемы профилактики ВИЧ-инфекции / СПИДа (уголовно-правовые и медицинские аспекты): автореф. дис. … канд.юрид. наук. Екатеринбург, 1993. С. 6.

Такая статистика обусловлена спецификой ВИЧ-инфекции, в частности латентным периодом ее проявления, что существенно затрудняет установление причинной связи между деянием медицинского работника и наступившими последствиями, а также увеличивает круг потенциальных источников заражения[87].

Дискуссионным является вопрос о содержании бездействия: одни рассматривают его исключительно как полное бездействие[88], другие рассматривают возможность частичного бездействия, выражающегося в оказании помощи не в полном объеме[89].

Правоприменительная практика демонстрирует неоднородный подход: суды привлекают медицинских работников к уголовной ответственности за полное[90] и за частичное бездействие[91].

В науке остается дискуссионным вопрос и о субъекте данного преступления. Высказываются мнения об ограничении круга субъектов медицинскими работниками[92] и о распространении уголовной ответственности на всех лиц, обязанных оказывать помощь больному[93].

Судебная практика, за единичными исключениями (например, опекун[94]), исходит из специального субъекта в лице медицинского работника.

---

[87] Магомедов М. Р. Некоторые проблемы применения ч. 4 ст. 122 УК РФ // Традиции и новации в системе современного российского права: материалы XX Международной конференции молодых ученых. В 3 т. Т. 3. Москва : Московский государственный юридический университет имени О. Е. Кутафина (МГЮА), 2021. С. 79.

[88] Мамонтов Д. Ю. Актуальные вопросы применения нормы, устанавливающей уголовную ответственность за неоказание помощи больному // Проблемы экономики и юридической практики. 2009. № 3. С. 106.

[89] Нагорная И. И. Неоказание помощи больному: трудности квалификации (ст. 124 УК РФ) // Уголовное право. 2023. № 6(154). С. 56.

[90] Апелляционное постановление Ивановского областного суда от 12.05.2021 по делу № 22-0705/2021 [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

[91] Апелляционное постановление Рязанского областного суда от 05.04.2022 № 22-175/2022 [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

[92] Замалеева С. В. К вопросу о субъекте преступления, предусмотренного ст. 124 УК РФ // Актуальные проблемы юридической науки и судебной практики: сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции. Хабаровск : Дальневосточный юридический институт МВД РФ, 2016. С. 69.

[93] Мыц Я. Неоказание помощи больному // Законность. 2006. № 11(865). С. 34.

[94] Приговор Александровского районного суда Ставропольского края от 29.02.2024 по делу № 1-37/2024 [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

Субъективная сторона также не имеет однозначной доктринальной оценки: преобладает мнение о неосторожной форме вины[95], однако встречается позиция о совершении деяния с двумя формами вины[96].

Иллюстрирующим примером выступает приговор в отношении фельдшера, который, получив информацию об ухудшении состояния пациента, ограничился устными рекомендациями, не предприняв мер к прибытию на вызов (при отсутствии иных вызовов) и стал недоступен. Содеянное было квалифицировано по ч. 2 ст. 124 УК РФ[97].

В массиве изученных уголовных дел о причинении вреда пациенту ст. 124 УК РФ обнаруживается значительно реже по сравнению с ч. 2 ст. 109 УК РФ, и представлена чуть более чем 25 эпизодами.

Несмотря на дискуссионность существующих подходов к пониманию объективной стороны, субъекта и субъективной стороны ст. 124 УК РФ, анализ правоприменительной практики с опорой на доминирующие доктринальные позиции позволяет заключить следующее.

В судебной практике преобладающим является подход, согласно которому субъектом данного преступления выступает медицинский работник, а форма вины по отношению к наступившим последствиям характеризуется как неосторожная.

Признаки, а именно специальный субъект в лице медицинского работника и неосторожная форма вины, наряду с иными признаками корреспондируют признакам, разработанным в настоящем исследовании для определения преступлений, причиняющих вред пациенту.

Исходя из изложенного, деяние, предусмотренное ст. 124 УК РФ, при условии его совершения медицинским работником по неосторожности, подлежит включению в искомый перечень преступлений.

---

[95] Берчанский К. А. Неоказание помощи больному (ст. 124 УК РФ) как умышленное преступление: «и да, и нет» // Актуальные проблемы борьбы с преступностью: вопросы теории и практики: материалы XXIV международной научно-практической конференции. Ч. 2. Красноярск : Сибирский юридический институт МВД РФ, 2021. С. 177.

[96] Озова Н. А. Уголовно-правовое понятие неоказания помощи больному // Российский судья. 2022. № 6. С. 35.

[97] Приговор Медвежьегорского районного суда Республики Карелия от 11.01.2021 по делу № 1-18/2021 [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

Следовательно, теоретический перечень преступлений, причиняющих вред жизни и здоровью пациента, включает составы, предусмотренные ч. 2 ст. 109, ч. 2 ст. 118, ч. 4 ст. 122, ст. 124 УК РФ.

Иные составы преступлений, предлагаемые в доктрине и правоприменительной практике, не отвечают разработанным критериям по одному или нескольким основаниям.

Объективная сторона состава, предусмотренного ч. 3 ст. 123 УК РФ, совершается лицом, не имеющим соответствующего права на оказание медицинской помощи по акушерству и гинекологии, что исключает наличие легального статуса медицинского работника и, следовательно, легальных правоотношений с пациентом.

Сказанное подтверждается судебной практикой. Суд установил, что «подсудимая, являясь лицом, не имеющим высшего медицинского образования соответствующего профиля, но обладая знаниями о немедицинском способе искусственного прерывания беременности (аборте)...»[98].

В свою очередь, ст. 125 УК РФ предполагает заведомость, то есть осознанное оставление потерпевшего без помощи при наличии возможности ее оказать, что не соответствует неосторожной форме вины, характерной для преступлений, совершаемых при причинении вреда пациенту.

Состав преступления, предусмотренный ст. 235 УК РФ, прямо указывает на незаконность осуществляемой деятельности, что исключает наличие легального статуса медицинского работника и правоотношений с пациентом. Анализ соответствующих приговоров показывает, что субъектами данного преступления являются лица, не имеющие медицинского образования и осуществляющие деятельность, лишь внешне напоминающую медицинскую (косметологические услуги, народная медицина).

Также ст. 238 УК РФ дополнена примечанием, введенным Федеральным законом от 28 декабря 2024 г. № 514-ФЗ, согласно которому действие

---

[98] Приговор Замоскворецкого районного суда города Москвы от 30.06.2021 по делу № 01-0189/2021 [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

данной статьи не распространяется на случаи оказания медицинскими работниками медицинской помощи, что прямо исключает медицинских работников из числа субъектов данного преступления[99].

Наконец, состав халатности, предусмотренный ст. 293 УК РФ, требует наличия должностного лица, тогда как медицинский работник при непосредственном оказании медицинской помощи не наделен организационно-распорядительными или административно-хозяйственными функциями.

В связи с этим они обоснованно исключаются из формируемого перечня.

Перечень предопределен применением разработанных теоретических признаков: объекта посягательства, специального субъекта и специального потерпевшего, объективной стороны, характеризующейся бланкетным способом описания деяния, материальной конструкцией составов преступлений, а также неосторожной формой вины.

Теоретическим наименованием указанной группы преступлений является «Преступления, причиняющие вред жизни и здоровью пациента», под которыми понимаются «противоправные деяния медицинских работников в процессе осуществления медицинской деятельности, связанные с нарушением требований законодательства к такой деятельности, вследствие чего по неосторожности причиняется вред жизни или здоровью пациента как специальному потерпевшему».

Дополнительно следует отметить, что рассмотрение обстоятельств, исключающих уголовную ответственность за причинение вреда жизни и здоровью пациента, возможно только в пределах указанных статей УК РФ.

Это обусловлено тем, что в данном случае установлены объективно-субъективные пределы уголовной ответственности медицинских работников за вред, причиненный пациенту, а следовательно, применение исключающих обстоятельств не может выходить за рамки данных составов[100].

---

[99] Выриков Ю. А. Квалификация преступлений, причиняющих вред пациенту: как изменения в законе влияют на практику // Уголовный процесс. 2025. № 11(251). С. 67.

[100] Выриков Ю. А. К вопросу о перечне преступлений, причиняющих вред жизни и здоровью пациента // Мониторинг правоприменения. 2026. № 1(58). С. 188–196.

ГЛАВА 2. ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ СИСТЕМА ОБСТОЯТЕЛЬСТВ, ИСКЛЮЧАЮЩИХ УГОЛОВНУЮ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ПРИЧИНЕНИЕ ВРЕДА ПАЦИЕНТУ

§ 1. Понимание обстоятельств, исключающих уголовную ответственность за причинение вреда пациенту

В дореволюционной уголовно-правовой науке не сложилось ни единого наименования, ни универсального перечня обстоятельств, исключающих вменение. Различия в терминологии и объеме перечней у отдельных авторов не меняли существа их позиций.

Сопоставление доктринальных взглядов позволяет выделить общие положения, признававшиеся большинством исследователей, и положения, которые формулировались каждым автором по-своему.

К общим положениям относится признание необходимой обороны и крайней необходимости безусловными основаниями невозможности вменения всеми без исключения исследователями.

Помимо них, каждый ученый выделял дополнительные обстоятельства, описывая их с использованием собственной терминологии.

Так, Л.Е. Владимиров именовал анализируемые обстоятельства «легальными оправданиями, исключающими вменение» и включал в их число исполнение закона, исполнение приказа начальства, осуществление права и согласие пострадавшего[101].

А.О. Кистяковский разделял обстоятельства на состояния невменяемости, проистекающие от причин, лежащих вне человека, и причины, лежащие в самом человеке, которые влияют на вменение или уничтожают его. К первым он относил физическое принуждение, угрозу, обязанность и приказание начальства. Ко вторым невинное заблуждение или ошибку, опьянение, аффекты, состояние сна

[101] Владимиров Л. Е. Учебник русского уголовного права. Общая часть. Харьков : изд. тип. Каплана и Бирюкова, 1889. С. 63–73.

и лунатизм, возраст, а также душевную болезнь[102].

С.М. Будзинский использовал наименование «невозможность вменения» и относил к ней случай, юридическое и фактическое заблуждение, физическое и психическое принуждение, угрозы и исполнение приказа[103].

В.В. Есипов раскрывал указанные обстоятельства через их значение для объекта преступления. Он выделял, с одной стороны, случаи, обусловленные посторонним определением, а именно согласие потерпевшего, определение власти, предписание закона и приказ, а с другой стороны, случаи необходимости[104].

Н.Д. Сергеевский отдельно выделял «обстоятельства невменения», в которых акцент делается на отсутствии субъективной стороны преступления, а именно случай, фактическое заблуждение, принуждение, исполнение обязательного приказа[105].

Помимо указанных, в науке того времени встречались и иные наименования анализируемых обстоятельств, а именно «причины, исключающие преступность деяния»[106], «обстоятельства, устраняющие преступность деяния»[107], а также «случаи отсутствия противоправности»[108].

В ранний советский период законодательное закрепление рассматриваемых обстоятельств прошло несколько последовательных этапов.

Первым актом стали Руководящие начала по уголовному праву РСФСР 1919 г., ст. 15 которых освобождала от наказания за насилие над личностью нападавшего в состоянии необходимой обороны.

Уголовный кодекс РСФСР 1922 г. в ст. 19 и 20 главы об общих началах

---

[102] Кистяковский А. Ф. Элементарный учебник общего уголовного права. Т. 1. Часть общая. Киев, 1875. С. 103–165.

[103] Будзинский С. М. Начала уголовного права. Варшава : тип. И. Яворского, 1870. С. 112–151.

[104] Есипов В. В. Очерк русского уголовного права. Часть общая: преступление и преступники: наказание и наказуемые. Варшава : Тип. Варшавского учебного округа, 1894. С. 215–237.

[105] Сергеевский Н. Д. Русское уголовное право. Часть общая: Пособие к лекциям. Санкт-Петербург, 1887. С. 235–243.

[106] Белогриц-Котляревский Л. С. Учебник русского уголовного права. Общая и особенная части. Киев [и др.] : Южно-Русское кн-во Ф. А. Иогансона, 1903. С. 228–251.

[107] Гернет М. Н. Уголовное право. Часть общая: Лекции, читанные в Народном университете Московского общества народных университетов. Херсон, 1913. С. 179–184.

[108] Лист Ф. фон. Учебник уголовного права: Общая часть / пер. с 12-го перераб. изд. Ф. Ельяшевич ; с предисл. автора и проф. Моск. ун-та М. В. Духовского. Москва : т-во тип. А. И. Мамонтова, 1903. С. 145–166.

назначения наказания закрепил ненаказуемость деяний, совершенных при необходимой обороне и крайней необходимости, что позволяло именовать данные нормы обстоятельствами ненаказуемости.

Основные начала уголовного законодательства Союза ССР и союзных республик 1924 г. в ст. 9 предусматривали неприменение мер социальной защиты при необходимой обороне без превышения ее пределов, а также при крайней необходимости, если опасность нельзя было отвратить иными средствами и причиненный вред был менее значительным, чем предотвращенный.

Уголовный кодекс РСФСР 1926 г., отражая идеологию классовой борьбы, на первый план в институте необходимой обороны выдвигал защиту советской власти и революционного порядка.

В советский период доктринальные подходы к анализируемым обстоятельствам обнаруживают ряд закономерностей.

Необходимая оборона и крайняя необходимость признавались всеми исследователями в качестве базовых обстоятельств.

Авторы использовали собственные терминологические конструкции, однако единый перечень обстоятельств отсутствовал.

К числу наиболее упоминаемых обстоятельств также относились исполнение закона, исполнение приказа, осуществление права и профессиональной обязанности, согласие потерпевшего на вред, задержание лица и давность.

Общей являлась идея о том, что такие деяния формально совпадают с преступлениями, но утрачивают противоправность или общественную опасность в силу условий совершения.

Различия проявлялись прежде всего в терминологии, а также в акцентах, на которые обращал внимание каждый из исследователей.

А.А. Пионтковский именовал анализируемые обстоятельства исключающими противоправность деяния и рассматривал их как отрицательные элементы состава преступления, наличие которых нейтрализует противоправный

характер фактических обстоятельств[109].

Э.Я. Немировский, придерживаясь схожей формулировки, использовал конструкцию обстоятельств, исключающих противоправность или оправдывающих обстоятельств[110].

С.В. Познышев говорил об обстоятельствах, устраняющих противозаконность деяния, дополняя их правом задержания[111].

Иной акцент делал А.Н. Трайнин, раскрывая значение обстоятельств через их роль в системе мер социальной защиты, предлагал строить учение о них как о критериях, устраняющих социальную опасность и делающих ненужным применение мер социальной защиты[112].

А.Я. Эстрин рассматривал указанные обстоятельства в рамках действующего Уголовного кодекса, ограничиваясь необходимой обороной и крайней необходимостью и не выделяя дополнительных обстоятельств[113].

Н.Д. Дурманов, не приводя подробного перечня, подчеркивал, что эти обстоятельства свидетельствуют об отсутствии общественной опасности и должны следовать за общим понятием преступления[114].

Б.С. Утевский именовал их обстоятельствами, исключающими ответственность, относя к ним также выполнение приказа начальника и выполнение профессиональных обязанностей[115].

В 1954 г. по тематике исследования были защищены две докторские диссертации. Работа Н.Н. Паше-Озерского была посвящена необходимой обороне и крайней необходимости, которые он именовал обстоятельствами, исключающими ответственность по советскому уголовному праву.

---

[109] Пионтковский А. А. Уголовное право Р.С.Ф.С.Р. Общая часть. Москва : Гос. изд-во, 1924. С. 152–153.

[110] Немировский Э. Я. Советское уголовное право: пособие к изучению науки уголовного права и действующего УК СССР: ч. общая и особенная. Одесса : б. и., 1924. С. 95–116.

[111] Познышев С. В. Учебник уголовного права: очерк основных начал общей и особенной части науки уголовного права. Москва : Юридическое издательство Наркомюста, 1923. С. 61–80.

[112] Трайнин А. Н. Уголовное право. Москва : изд-во Моск. госуд. ун-та, 1929. С. 477.

[113] Эстрин А. Я. Начало советского уголовного права (сравнительно с буржуазным). М. : Издательство Первого Московского государственного университета, 1930. С. 86–92.

[114] Дурманов Н. Д. Понятие преступления. Москва ; Ленинград : Изд-во и 2-я тип. Изд-ва Акад. наук СССР, 1948. С. 206–207.

[115] Утевский Б. С. Уголовное право. Москва : Гос. изд-во юрид. лит., 1949. С. 46.

При этом диссертант полагал, что исполнение закона и приказа, осуществление общественно полезных профессиональных функций и иные сходные основания уголовную ответственность не исключают[116].

Иную позицию занял И.И. Слуцкий, назвавший свою работу «Обстоятельства, исключающие общественную опасность деяния по советскому уголовному праву». Он предложил широкий перечень таких обстоятельств и систематизировал их в три группы.

Первые именовались общественно полезными и правомерными обстоятельствами, с включением в них необходимой обороны, мер по задержанию преступника, крайней необходимости, добровольного отказа от преступления, исполнения приказа, исполнения служебных или профессиональных прав, осуществления своего права.

Еще одну группу образовали обстоятельства, исключающие общественную опасность, но не являющиеся общественно полезными и правомерными, с отнесением к ним согласия потерпевшего, малозначительность деяния, изменение закона и социально-политической обстановки, истечение сроков давности.

Третьей группой являлись обстоятельства вынужденного поведения, а именно физическое принуждение и непреодолимая сила.

Анализ судебной практики, проведенный автором, представляет отдельный интерес, так как позволяет выделить случаи, исключающие уголовную ответственность, но не подпадающие под перечисленные обстоятельства: оправданный производственный риск, неосторожность самого потерпевшего, состояние здоровья работника при нарушении правил дорожного движения, чрезмерное переутомление работника, вызванное ненормальными условиями труда при нарушении служебных обязанностей, а также постановление должностного лица в ненормальные условия труда[117].

Как замечается, советская уголовно-правовая доктрина относила

---

[116] Паше-Озерский Н. Н. Обстоятельства, исключающие ответственность по советскому уголовному праву : автореф. дис. … д-ра юрид. наук. 1954. С. 2.

[117] Слуцкий И. И. Обстоятельства, исключающие общественную опасность деяния по советскому уголовному праву : автореф. дис. … д-ра юрид. наук. Ленинград, 1954. С. 5.

к обстоятельствам, исключающим общественную опасность деяния, как правило, шесть таких обстоятельств, а именно необходимую оборону, крайнюю необходимость, исполнение приказа, выполнение общественно полезных профессиональных функций, согласие потерпевшего и осуществление своего права. Однако закрепление в законе получили лишь необходимая оборона и крайняя необходимость, тогда как иная проблематика была отдана на откуп теории советского уголовного права[118].

Новый этап кодификации уголовного законодательства, обусловленный демократизацией общества и смягчением государственной политики, затронул и анализируемые обстоятельства. В конце 1958 г. были приняты Основы уголовного законодательства Союза ССР и союзных республик, ст. 13 и 14 которых сохранили положения о необходимой обороне и крайней необходимости[119].

В последующем нормы получили развитие и закрепление в Уголовном кодексе РСФСР 1960 г. Статья 14 данного кодекса, посвященная крайней необходимости, полностью воспроизводила текст статьи 14 Основ 1958 г[120].

Указ Президиума Верховного Совета СССР 1966 г. признал правомерными действия граждан, направленные на пресечение преступных посягательств и задержание преступника, не влекущие уголовной или иной ответственности даже при причинении вреда задерживаемому лицу[121].

Развитие советской уголовно-правовой доктрины в 1960–1980-е гг. шло по пути дальнейшей теоретической разработки института обстоятельств, исключающих преступность деяния. Принятие Основ 1958 г. и УК РСФСР 1960 г. дало новый импульс дискуссии о том, какие именно обстоятельства следует относить к числу исключающих общественную опасность и противоправность деяния. Постепенно в науке закрепилось соответствующее наименование,

---

[118] Советское уголовное право. Общая и особенная части : учебник / под ред. В. Д. Меньшагина. М. : Госюриздат, 1958. С. 91.

[119] Закон СССР от 25 декабря 1958 г. «Об утверждении Основ уголовного законодательства Союза ССР и союзных республик» [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

[120] Уголовный кодекс РСФСР" (утв. ВС РСФСР 27.10.1960) [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

[121] Указ Президиума ВС СССР от 26 июля 1966 г. № 5362-VI «Об усилении ответственности за хулиганство»[Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

под которым понимались деяния, формально подпадающие под признаки преступления, но не содержащие его материального признака, то есть общественной опасности.

Я.М. Брайнин, анализируя основания освобождения от уголовной ответственности, разделил их на две группы: исключающие ответственность вовсе и лишь освобождающие от нее. К первой он отнес обстоятельства, исключающие общественную опасность деяния, включив в их число необходимую оборону, крайнюю необходимость, исполнение обязанности, приказа, закона и согласие потерпевшего[122].

Н.А. Овезов в 1972 г. констатировал, что в советской литературе так и не достигнуто единообразия в освещении данной проблематики, и именовал такие деяния обстоятельствами, устраняющими общественную опасность и противоправность деяния, относя к ним необходимую оборону и крайнюю необходимость[123]

А.Н. Красиков также отмечал отсутствие единой точки зрения и в качестве недостатков предшествующих исследований указывал отсутствие четких критериев классификации, внутреннюю противоречивость и узость объема. Он предложил семь групп обстоятельств, исключающих уголовную ответственность, среди которых для настоящего исследования значимы группа общественно полезных деяний, включающая необходимую оборону, крайнюю необходимость и задержание преступника, и группа, в которой отсутствует общественная опасность в момент совершения деяния, а именно выполнение профессиональных обязанностей, производственный риск и согласие потерпевшего[124]

М.И. Якубович предпринял попытку обосновать отнесение различных обстоятельств к подгруппе «обстоятельства, исключающие общественную

---

[122] Брайнин Я. М. Уголовная ответственность и ее основание в советском уголовном праве. Москва : Юрид. лит., 1963. С. 246.

[123] Овезов Н. А. К вопросу об обстоятельствах, устраняющих общественную опасность и противоправность деяния в советском уголовном праве / отв. ред. М. П. Карпушин. Ашхабад : Ылым, 1972. С. 7.

[124] Красиков А. Н. Согласие потерпевшего как обстоятельство, исключающее уголовную ответственность и наказуемость деяния по советскому уголовному праву : автореф. дис. … канд. юрид. наук. Саратов, 1972. С. 7.

опасность и противоправность деяния», отметив, что к ним должны быть отнесены лишь те, которые уже в момент совершения не только не общественно опасны, но и общественно полезны и правомерны[125].

В 1970–1980-е гг. в науке закрепилось указанное наименование, а судебная практика и теория дополнительно относили к числу рассматриваемых обстоятельств исполнение приказа, согласие потерпевшего и осуществление профессиональных функций[126].

В доктрине получила развитие позиция, согласно которой такие обстоятельства не только исключают наказуемость деяния, но и исключают состав преступления, в связи с чем предлагалось располагать их в учебных курсах непосредственно после основных признаков состава преступления[127].

Соглашаясь с выводом об исключении состава преступления, ряд исследователей разделил такие обстоятельства на две группы. Первую группу составили закрепленные в уголовном законодательстве, а именно необходимая оборона, задержание преступника и крайняя необходимость. Вторую группу образовали рассматриваемые в теории, а именно исполнение приказа, выполнение профессиональных функций, оправданный производственно-хозяйственный риск и осуществление своего права[128].

В конце 1980-х гг. дискуссия о перечне обстоятельств, исключающих преступность деяния, выразилась в двух противоположных позициях. Сторонники первой считали достаточными три законодательно закрепленных обстоятельства, сторонники второй настаивали на расширении перечня.

В рамках второго подхода была предложена классификация таких обстоятельств на социально возможные поступки, к которым отнесены осуществление своего права, необходимая оборона, задержание преступника,

---

[125] Якубович М. И. Обстоятельства, исключающие общественную опасность и противоправность деяния : учеб. пособие. Москва : Акад. МВД СССР, 1979. С. 7.

[126] Советское уголовное право: Часть общая : учеб. пособие / отв. ред. Б. В. Здравомыслов, П. Ф. Тельнов. Москва : ВЮЗИ, 1983. С. 85.

[127] Курс советского уголовного права: Преступление : в 6 т. Т. 2 : Часть общая / редкол.: А. А. Пионтковский, П. С. Ромашкин, В. М. Чхиквадзе. М. : Наука, 1970. С. 345.

[128] Уголовное право БССР. Часть общая : учеб. пособие / под ред. И. И. Горелика, И. С. Тишкевича. Минск : Вышэйш. шк., 1973. С. 124.

крайняя необходимость, профессиональный риск и иные виды осуществления права, и социально должные поступки, то есть выполнение правовой обязанности, к которым отнесены исполнение закона, законного приказа, служебного долга и профессиональных функций[129].

Коллективом авторов была разработана теоретическая модель Общей части уголовного кодекса, в которой глава тринадцатая получила название «Обстоятельства, исключающие преступность деяния».

В модели был предусмотрен специальный раздел, статьи располагались за основаниями уголовной ответственности, приводилось общее определение института и предлагался расширенный перечень обстоятельств, включавший малозначительность деяния, необходимую оборону, задержание преступника, крайнюю необходимость, физическое или психическое принуждение, правомерный профессиональный риск и исполнение обязательного приказа[130].

Обусловленность становления отдельного института усматривалась в том, что в действиях лиц могут наличествовать признаки, меняющие характер поведения, но не снимающие его внешнего совпадения с уголовным запретом[131].

Завершающим этапом советского периода стало принятие в июле 1991 г. новых Основ уголовного законодательства Союза ССР и республик.

Данный акт закрепил отдельный раздел «Обстоятельства, исключающие преступность деяния» и расширил законодательно закрепленный перечень таких обстоятельств до четырех, включив наряду с необходимой обороной и крайней необходимостью задержание лица, совершившего преступление, и оправданный профессиональный и хозяйственный риск[132].

В доктрине в этот период была предложена уровневая система

---

[129] Баулин Ю. В. Основания, исключающие преступность деяния: учеб. пособие для спец. «Правоведение» / М-во высш. и сред. спец. образования УССР, Учеб.-метод. каб. по высш. образованию, Харьк. юрид. ин-т им. Ф.Э. Дзержинского. Киев: УМКВО, 1989. С. 40-41.

[130] Уголовный закон. Опыт теоретического моделирования / отв. ред. С. Г. Келина, В. Н. Кудрявцев. М. : Наука, 1987. С. 119.

[131] Курбанов Г. С. Обстоятельства, устраняющие общественную опасность и противоправность деяния. Баку : Гянджлик, 1991. С. 11.

[132] «Основы уголовного законодательства Союза ССР и республик» (приняты ВС СССР 02.07.1991 № 2281-1) [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

обстоятельств, исключающих уголовную ответственность.

Обстоятельства, исключающие преступность деяния, рассматривались как подсистема более широкой системы обстоятельств, исключающих уголовную ответственность. Последняя включала четыре самостоятельные подсистемы. Первую образовали обстоятельства, исключающие общественную опасность, свойственную преступлению, а именно малозначительность деяния. Вторую составили обстоятельства, исключающие противоправность деяния, то есть отсутствие уголовно-правового запрета. Третью образовали обстоятельства, исключающие признаки состава преступления, к которым отнесены невменяемость, непреодолимая сила и случай. Четвертую составили обстоятельства, исключающие общественную опасность и противоправность деяния, то есть правомерные и полезные поступки. Эта подсистема отличается изменчивостью в силу социальных и юридических причин. Особенностью данного подхода стало введение в научный оборот понятия «состав правомерного поступка, исключающего противоправность деяния». Такой состав рассматривался в качестве основания для квалификации деяния как правомерного, исключающего преступность деяния, и включал субъекта, мотив и цель, объект, объективную сторону, а также субъективный контроль[133].

После принятия УК РФ 1996 г., расширившего перечень обстоятельств, исключающих преступность деяния, многие исследователи обратились к анализу их сущности и характерных признаков.

В доктрине сложилось общее понимание того, что такие обстоятельства исключают не просто наказуемость деяния, а именно его преступность, то есть противоправность, общественную опасность и виновность.

Совершенное деяние внешне схоже с преступлением, однако не содержит его состава, является общественно полезным либо социально оправданным и направлено на устранение опасности, угрожающей

[133] Баулин Ю. В. Уголовно-правовые проблемы учения об обстоятельствах, исключающих преступность (общественную опасность и противоправность) : автореф. дис. … д-ра юрид. наук. Харьков, 1991. С. 17–24.

охраняемым общественным отношениям[134].

К общим признакам относят также правомерность таких деяний, их допустимость в силу прямого дозволения закона, причинение вреда при наличии внешнего фактора, наличности и действительности опасности, а также компенсацию причиненного вреда социально полезными последствиями[135].

Наряду с общими положениями в науке были предложены авторские подходы, различающиеся акцентами и терминологией.

Одни исследователи акцентируют внимание на том, что при отсутствии вреда вопрос об уголовной ответственности отпадает самостоятельно, а сами обстоятельства исключают именно преступность деяния, а не только наказуемость[136].

Другие подчеркивают изначальное исключение события преступления и состава преступления, отсутствие признака противоправности в силу прямого дозволения УК РФ и воздействие внешнего фактора на причинителя вреда в ситуации наличности и действительности опасности[137].

Третьи предлагают авторские наименования, в частности «деяния, преступность которых исключается», понимая под ними действие или бездействие, которое хотя формально и содержит признаки какого-либо деяния, предусмотренного Кодексом, но согласно специальному предписанию преступлением не является, либо «негативные признаки, исключающие состав преступления при отсутствии общественной опасности и преступности содеянного», при условии соответствия каждого из них условиям правомерности, предусмотренным уголовным законом[138].

---

[134] Гаухман Л. Д. Квалификация преступлений: закон, теория, практика. 4-е изд., перераб. и доп. Москва : Центр ЮрИнфоР, 2010. С. 259.

[135] Наумов А. В. Российское уголовное право. Общая часть: Курс лекций. 2-е изд., перераб. и доп. М. : Издательство БЕК, 1999. С. 344.

[136] Кауфман М. А. Обстоятельства, исключающие преступность деяния : лекция. Москва : МЮИ МВД России, 1998. С. 4.

[137] Блинников В. А. Обстоятельства, исключающие преступность деяния, в уголовном праве России. Ставрополь : Изд-во СГУ, 2001. С. 30.

[138] Пархоменко С. В. Деяния, преступность которых исключается в силу социальной полезности и необходимости. Санкт-Петербург : Изд-во «Юридический центр Пресс», 2004. С. 85.

С принятием нового УК РФ 1996 г., закрепившего в главе 8 обстоятельства, исключающие преступность деяния, произошел значительный рост научных работ по указанной тематике, что выразилось в защите кандидатских диссертаций.

Работы были посвящены вынужденному причинению вреда при задержании лица[139]; разработке состава правомерного деяния в условиях крайней необходимости[140]; условиям наказуемости и правомерности исполнения приказа или распоряжения[141]; сложным юридическим признакам правомерного и неправомерного вреда при исполнении приказа или распоряжения[142]; исполнению приказа как допустимого поведения, но не общественно полезного[143]; определению состава принуждения[144]; добавлению новых условий правомерности обоснованного риска[145] и т.д.

Тем самым формировалось единое понимание таких обстоятельств, получившее нормативное закрепление в главе 8 УК РФ. Научный интерес оказался сосредоточен преимущественно на предусмотренных ею обстоятельствах, тогда как иные обстоятельства освещались фрагментарно.

Перейдем к рассмотрению опыта зарубежных стран.

Обстоятельства, исключающие уголовную ответственность либо преступность деяния, предусмотрены в большинстве иностранных государств.

Перечень обстоятельств достаточно широк. К ним относят невменяемость, отсутствие возраста уголовной ответственности, отсутствие вины, состояние

---

[139] Пономарь В. Е. Причинение вреда при задержании лица, совершившего преступление, как обстоятельство, исключающее преступность деяния : автореф. дис. … канд. юрид. наук. Москва, 1999. С. 8.

[140] Винокуров В. Н. Крайняя необходимость как обстоятельство, исключающее преступность деяния : автореф. дис. … канд. юрид. наук. Рязань, 1999. С. 7.

[141] Веденин Д. В. Исполнение приказа или распоряжения как обстоятельство, исключающее преступность деяния : автореф. дис. … канд. юрид. наук. Екатеринбург, 1999. С. 8.

[142] Арестов В. В. Уголовно-правовые проблемы исполнения приказа или распоряжения как обстоятельства, исключающего преступность деяния : автореф. дис. … канд. юрид. наук. Саратов, 1999. С. 8.

[143] Старостина Ю. В. Исполнение приказа или распоряжения как обстоятельство, исключающее преступность деяния : автореф. дис. … канд. юрид. наук. Рязань, 2001. С. 8.

[144] Калугин В. В. Физическое или психическое принуждение как обстоятельство, исключающее преступность деяния : автореф. дис. … канд. юрид. наук. М., 2001. С. 10.

[145] Козаев Н. Ш. Обоснованный риск как обстоятельство, исключающее преступность деяния : автореф. дис. … канд. юрид. наук. Москва, 2000. С. 8.

опьянения, ошибку в праве или факте, малозначительность деяния, заблуждение, случай, сроки давности и ряд иных обстоятельств.

Их количество варьируется от одного (необходимая оборона в Антигуа и Барбуде, Вануату, Гайане, Монако, Ямайке; задержание лица в Барбадосе и Доминике) до девяти или десяти (Багамские острова, Белиз, Гренада).

Некоторые страны закрепляют обстоятельства, исключающие уголовную ответственность в общих разделах и главах, посвященных преступлению в целом.

Страны могут быть сгруппированы в зависимости от наименования общей главы или раздела: «Общие правила или принципы уголовной ответственности» (Ботсвана, Кения, Кипр); «Исключение или изменение уголовной ответственности» (Андорра, Венгрия); «Общие положения и исключения» (Лихтенштейн, Пакистан); «Уголовная ответственность» (Дания и Норвегия) и т.д.

В части стран в УК прямо закрепляется отдельная глава или раздел, посвященный только обстоятельствам, исключающим уголовную ответственность.

При этом наблюдается терминологическое разнообразие: «Обстоятельства, исключающие уголовную ответственность» (Литва, Латвия); «Причины или основания оправдания» (Габон, Гватемала); «Обстоятельства, исключающие преступность деяния» (Азербайджан, Армения, Беларусь); «Обстоятельства, исключающие противоправность деяния» (Ангола, Грузия, Киргизия) и т.д.

Общим для зарубежных правопорядков остается признание необходимости нормативного закрепления обстоятельств, что свидетельствует о сложившейся правовой традиции, что также находит свое отражение в главе 8 УК РФ.

Проведенный анализ позволяет сформулировать следующие положения.

В советский период законодательное закрепление получили необходимая оборона и крайняя необходимость. В 1966 г. специальным указом было закреплено причинение вреда при задержании преступника, а Основы 1991 г. выделили отдельный раздел об обстоятельствах, исключающих преступность деяния, и дополнили перечень оправданным профессиональным и хозяйственным риском.

В научной литературе обстоятельства рассматривались двояко. Узкий подход включал в себя анализ только прямо закрепленных в уголовном законодательстве

обстоятельств. Широкий подход включал в себя исполнение приказа, закона, обязанности; принуждение; согласие потерпевшего; осуществление права, профессиональной функции; различные виды риска. Дополнительно также рассматривались заблуждение, ошибка, давность, малозначительность и добровольный отказ от преступления.

Однако большинство обстоятельств, закрепленных в действующем УК РФ и рассматриваемых в научной литературе, не имеет какого-либо отношения к исключению уголовной ответственности в рамках правоотношений «медицинский работник – пациент».

Подавляющее число обстоятельств по своему содержанию и условиям правомерности ориентировано на другие сферы общественных отношений и не охватывают специфику профессиональной медицинской деятельности.

Необходимо сформулировать функциональную систему обстоятельств, исключающих уголовную ответственность за причинение вреда пациенту и обеспечить системный подход к рассматриваемому вопросу.

В данном случае применяется широкий функциональный подход к пониманию термина «обстоятельства, исключающие уголовную ответственность».

Данный подход отличается от узкого законодательного подхода, закрепленного в главе 8 УК РФ, где идет речь об обстоятельствах, исключающих именно преступность деяния.

Понятие «обстоятельства, исключающие уголовную ответственность» является родовым по отношению к видовому понятию «обстоятельства, исключающие преступность деяния».

Первое охватывает случаи, когда уголовная ответственность исключается независимо от юридической природы основания. Второе – те случаи, когда деяние признается правомерным и непреступным в силу указания закона.

Системообразующим признаком включенных в перечень обстоятельств является их единая правовая функция – исключение возможности привлечения медицинского работника к уголовной ответственности за причинение вреда

пациенту. Этот функциональный признак, а не единая юридическая природа, объединяет обстоятельства в рамках настоящего исследования.

Юридическая природа таких обстоятельств может быть различной. Отсутствие причинной связи является обстоятельством, исключающим состав преступления. Медицинская ошибка является обстоятельством, исключающим уголовную ответственность в силу своей объективной природы. Крайняя необходимость и медицинский риск являются обстоятельствами, исключающими преступность деяния, при которых деяние признается правомерным.

Это позволяет охватить правовые конструкции, которые в своей совокупности обеспечивают необходимое представление об исключении уголовной ответственности за причинение вреда пациенту, что создает необходимые механизмы защиты от необоснованного обвинения.

Аналогичный подход встречается в УК ряда зарубежных стран, где объединяются обстоятельства различной правовой природы.

Продолжением сформулированной функциональной системы обстоятельств является концепция последовательной квалификации.

Сначала необходимо установить наличие (отсутствие) причинной связи между деянием медицинского работника и наступившим вредом пациенту. Поскольку составы преступлений, причиняющих вред жизни и здоровью пациента (ч. 2 ст. 109, ч. 2 ст. 118, ч. 4 ст. 122, ст. 124 УК РФ), сконструированы как материальные, причинная связь выступает обязательным признаком объективной стороны. Ее отсутствие исключает состав преступления, и дальнейшая проверка иных обстоятельств не требуется.

Изложенное согласуется с позицией, встречающейся в юридической литературе, о том, что при отсутствии признаков состава преступления применение положений главы 8 УК РФ избыточно, и такое суждение в теоретическом аспекте представляется логически обоснованным[146].

---

[146] Габай П. Г. Непреступные деяния медицинских работников в уголовном праве: правовые и доктринальные аспекты // Право и современные государства. 2025. № 3. С. 44.

При установлении причинной связи необходимо определить, могло ли лицо предвидеть и предотвратить наступление вреда. Если неблагоприятный исход обусловлен объективной невозможностью медицинского работника предвидеть и предотвратить вред пациенту в силу ограниченности современного уровня развития медицинской науки и практики, имеет место медицинская ошибка.

Объективная сторона присутствует, однако отсутствует субъективная сторона, что исключает состав преступления. При наличии медицинской ошибки дальнейший анализ иных обстоятельств также представляется излишним.

Завершающим этапом выступает проверка правомерности деяния. Если состав формально наличествует, необходимо проверить, не совершено ли деяние в условиях крайней необходимости или медицинского риска. Проверка заключается в следующем. Если имелась непосредственная угроза жизни или здоровью пациента, существовавшая в момент причинения вреда «здесь и сейчас», и у медицинского работника отсутствовала альтернатива поведения, содеянное должно быть проверено на условия правомерности крайней необходимости. Если же у медицинского работника имелись альтернативные варианты поведения и угроза носила будущий характер и не было угрозы «здесь и сейчас», деяние оценивается с точки зрения условий правомерности медицинского риска.

Такая проверка соответствует общей логике квалификации преступлений, где сначала устанавливается наличие всех признаков состава преступления, и при их наличии проверяются обстоятельства, исключающие преступность деяния.

Подобный подход имеет высокую практическую значимость. При квалификации деяний медицинских работников следователи, прокуроры, адвокаты и суды сталкиваются с необходимостью последовательной проверки всех возможных оснований для исключения уголовной ответственности.

§ 2. Причинно-следственная связь как обязательный признак объективной стороны преступлений, причиняющих вред пациенту

Причинность в уголовном праве отличается от причинности в ее философском значении. Применительно к уголовному праву причинность

выступает как необходимый признак объективной стороны состава преступления и как объективная связь между деянием и наступившим результатом, подчиненная практической цели применения уголовно-правовой реакции на совершенное деяние.

В доктрине уголовного права сложился подход, согласно которому причинная связь не сводится к объективной обусловленности результата, а требует учета субъективного отношения к наступившим последствиям. Данное правило вытекает из общих принципов и оснований ответственности, установленных отечественным уголовным правом.

Наиболее емкое определение причинности в уголовном праве сформулировал А.Н. Трайнин, понимавший под ней всякое поведение лица, которое было одним из необходимых условий наступления общественно вредного результата, если при этом на стороне лица имелось умышленное или неосторожное отношение к этому результату[147]. Сходной позиции придерживаются и другие ученые, акцентируя внимание на необходимости предвидения лицом развития причинности[148].

Одним из первых отечественных трудов по данной проблематике стала работа Н.Д. Сергеевского «О значении причинной связи в уголовном праве». Он указывал, что для уголовного права значимым является лишь разрешение вопроса о том, когда конкретное действие человека может считаться причиной наступившего и уже констатированного явления[149].

В уголовно-правовой доктрине конца XIX и начала XX вв. сложились два противоположных направления в понимании причинной связи. Первое, субъективное, отождествляло причинную связь с виновностью. Второе основывалось на объективных условиях причинности, не зависящих от виновности субъекта.

---

[147] Трайнин А.Н. Указ. соч. С. 319.

[148] Уголовное право : учебник для юрид. школ / под общ. ред. И. Т. Голякова. 2-е изд., доп. Москва: Юрид. изд-во, 1947. С. 72.

[149] Сергеевский Н. Д. О значении причинной связи в уголовном праве. Ярославль : Типо-лит. Г. Фальк, 1880. С. 26.

Н.С. Таганцев выделял виновную причинность, то есть такую причинную связь, которая комбинирует причинность и виновность, а не отождествляет их. Последующая теоретическая попытка основывалась на различении отношения, в котором находятся действия человека по отношению к иным совпадающим или присоединяющимся силам, совместное действие которых обусловило наступление преступных последствий[150].

Теория объективных условий причинной связи включала три самостоятельных типа таких условий. Первый тип состоит в том, что действие человека признается причиной преступления, когда оно является преобладающим условием, получившим перевес перед противостоящими условиями. Второй тип состоит в том, что преступление выступает неизбежным или вероятным, но не случайным результатом действия человека. Третий тип состоит в том, что действие человека вызывает присоединяющуюся силу, которая совместно с таким действием обусловливает наступившие последствия либо направляет к ним[151].

Буржуазное уголовное право выделяет два диаметрально противоположных взгляда на причинность: материалистический и идеалистический.

Материалистический взгляд основывается на объективной, существующей вне нас связи между явлениями природы и социальной жизни и именуется теорией причинности conditio sine qua non, или теорией эквивалентности. Согласно данной теории, действия человека признаются причиной преступного результата не только при непосредственном его вызове, но и тогда, когда результат мог наступить лишь при наличии особых в данном случае условий. Иными словами, любое явление или действие, предшествовавшее результату, признается одинаково необходимой его причиной. Метод данной теории состоит в мысленном исключении (гипотетическом элиминировании) до тех пор, пока не выяснится, что без исключаемого обстоятельства результат не наступил бы.

---

[150] Таганцев Н. С. Русское уголовное право. Часть общая: лекции. 2-е изд., пересмотр. и доп. СПб.: Гос. тип., 1902. С. 659–673.

[151] Белогриц-Котляровский Л. С. Указ. соч. С. 191.

Идеалистический взгляд на причинность представляет собой условную связь между явлениями, созданную нашим сознанием в целях ориентировки в них. Наиболее известно идеалистическое направление представлено теорией адекватной причинности, согласно которой уголовно-правовое значение имеет поведение, способное вообще, а не только в конкретном случае, вызвать соответствующий результат. При этом для решения вопроса об уголовной ответственности лица значение имеет лишь та причинная связь, которая охватывается или должна охватываться предвидением этого лица[152].

Сходное деление на теорию conditio sine qua non и теорию адекватной причинности представлено также в труде Э.Я. Немировского[153].

В доктрине уголовного права советского периода сложилось несколько устойчивых положений относительно причинной связи. Прежде всего, причинность и вина признаются необходимыми элементами основания уголовной ответственности, а сама причинная связь носит объективный и реальный характер, существуя независимо от сознания человека.

При этом различие между причинами и условиями, как правило, не проводится, однако не все причины признаются равноценными. Для уголовного права значимы лишь те причины, которые, вызывая преступный результат, связаны с таким результатом виной.

В.В. Есипов, описывая причинную связь как соотношение результата с непосредственно предшествовавшим и вызвавшим его явлением, выделял поводы, определяющие происхождение и начало события, условия, определяющие общее направление события, и причины, то есть то, что непосредственно произвело результат[154].

Н.Д. Шаргородский на основании анализа основных положений уголовно-правовой теории советского периода сделал следующие выводы. Причинность и вина являются необходимыми элементами основания уголовной ответственности.

---

[152] Пионтковский А. А. Указ. соч. С. 147 – 149.
[153] Немировский Э. Я. Указ. соч. С. 86- 91.
[154] Есипов В. В. Указ. соч. С. 321.

Причинная связь носит объективный и реальный характер, а различие между причинами и условиями отсутствует, однако не все причины равноценны[155].

В судебной практике 1940-х гг. Пленум Верховного Суда СССР неоднократно указывал на необходимость установления причинной связи между деянием и наступившим преступным результатом в каждом конкретном деле. Было выработано правило, согласно которому последствия, не находящиеся в причинной связи с действием или бездействием обвиняемого, не могут быть поставлены ему в вину. Это правило играет важнейшую роль в преступлениях против личности.

В одном из дел гражданка нанесла несколько ударов по голове пятилетнему ребенку, который через некоторое время скончался. Судебный эксперт заключил, что смерть наступила от перелома теменных костей, возможно полученного от удара рукой. Пленум Верховного Суда СССР пришел к выводу, что опасное повреждение черепа состоит в причинной связи с нанесенными ударами, а, следовательно, и наступившая смерть находится в причинной связи с этими ударами, поскольку причина причины есть причина результата.

В другом деле два должностных лица, ответственных за своевременную разгрузку барж с сеном, были признаны виновными в простое барж. Однако Пленум Верховного Суда СССР указал, что одного факта простоя для признания виновными недостаточно. Необходимо также установить причинную связь между бездействием и наступившим преступным результатом. Дополнительным критерием, как указала Судебная коллегия по уголовным делам Верховного Суда СССР, является вина, то есть установление того, что лицо предвидело или должно было предвидеть последствия своего действия или бездействия[156].

А.А. Пионтковский пришел к аналогичному выводу, обоснованно утверждая, что для уголовной ответственности за причиненный преступный результат требуется, чтобы причинная связь охватывалась или по крайней мере

---

[155] Шаргородский М. Д. Избранные работы по уголовному праву / сост. Б. В. Волженкин. СПб. : Юрид. центр пресс, 2003. С. 114.

[156] Шаргородский М. Д. Вопросы общей части уголовного права (Законодательство и судебная практика). Ленинград : Изд-во Ленингр. ун-та, 1955. С. 71–72.

по обстоятельствам дела должна была и могла охватываться предвидением лица, то есть необходимо установить вину лица в совершенном преступлении[157].

Выделялись также характерные признаки, присущие причинной связи. Деяние должно предшествовать по времени наступлению преступного последствия. Действие или бездействие должно быть главной и в то же время непосредственной причиной наступления последствия. Наступившее последствие должно быть результатом именно этого, а не другого действия или бездействия. Такое действие или бездействие должно быть необходимым, а не случайным[158].

Указанная теория именовалась теорией необходимого причинения и строилась на различии необходимости и случайности как объективных категорий. Итоговый вывод данной теории состоял в том, что вопрос об ответственности за наступившее последствие может быть положительно решен лишь тогда, когда эти последствия были необходимыми, закономерными последствиями совершенного лицом действия и имели в нем свое основание[159].

Случайная причинная связь рассматривалась как влияние на развитие причинной связи постороннего обстоятельства, которое изменяет такое развитие и приводит к иному общественно опасному результату. Примером служит случай лечения раны, причиненной другим лицом, в больнице, когда в результате небрежной перевязки медицинской сестрой произошло заражение крови, вследствие чего пациенту ампутировали руку. Причинная связь формально присутствует, однако эта причина признается случайной, а не необходимой, поэтому лицо, нанесшее первоначальную рану, может быть привлечено к ответственности только за причинение легкого вреда здоровью[160].

Заметный вклад в развитие учения о причинно-следственной связи внес В.Н. Кудрявцев. Он пришел к выводу, что одного лишь деяния человека как необходимого условия наступления вредного последствия недостаточно

---

[157] Пионтковский А. А. Указ. соч. С. 241.

[158] Гришаев П. И. Объективная сторона преступления. Москва : [б. и.], 1961. С. 33–39.

[159] Курс советского уголовного права. Часть общая. Т. 1 / отв. ред. Н. А. Беляев, М. Д. Шаргородский. Л. : Изд-во Ленингр. ун-та, 1968. С. 343.

[160] Загородников Н. И. Советское уголовное право: Общая и особ. части : учебник. Москва : Юрид. лит., 1975. С. 72.

для решения вопроса о привлечении к уголовной ответственности. Причинная связь как признак объективной стороны состава преступления должна обладать дополнительными юридическими признаками. Им критиковались теория conditio sine qua non, теория ближайшей причины и адекватная теория причинности. Он выделял общие и специальные требования. Общие требования включают характер действия, служащего причиной, характер последствий, а также степень протяженности связи между действиями и последствиями. Характер действия должен быть объективно опасным в момент его совершения для охраняемого законом объекта. Наступившие последствия должны быть однородны по своему характеру с опасностью, которой было чревато действие. Временной промежуток должен находиться в пределах создания реальной возможности причинения вреда до момента ее претворения в действительность[161].

Разделяя эту позицию, М.П. Карпушин и В.И. Курляндский отмечают, что причинная связь как признак объективной стороны состава преступления должна отвечать ряду соответствующих требований[162].

Г.В. Тимейко, напротив, указывал, что установление специальных критериев причинной связи в уголовном праве представляется теоретически необоснованным и практически бесполезным, поскольку между преступным поведением и его последствиями не может быть никакой иной специфической для уголовного права связи, кроме той, которая существует в объективной реальности[163].

Т.В. Церетели, относя себя к последователям теории необходимого условия, пришла к выводу, что вопрос об уголовной ответственности не может быть решен на основании установления только причинной связи. Необходимо также установить общественную опасность деяния и виновность лица, причем

---

[161] Кудрявцев В. Н. Объективная сторона преступления. М. : Госюриздат, 1960. С. 207–231.

[162] Карпушин М .П., Курляндский В. И. Уголовная ответственность и состав преступления. Москва: Юрид. лит., 1974. С. 57.

[163] Тимейко Г. В. Общее учение об объективной стороне преступления. Ростов-на-Дону : Изд-во Рост. ун-та, 1977. С. 125–127.

все эти обстоятельства должны приниматься во внимание не отдельно, а в их совокупности[164].

И.С. Самощенко замечает, что причинная связь предполагает существование как причины, так и следствия, однако ни причина, ни следствие сами по себе причинной связью не являются. Причинная связь представляет собой прежде всего зависимость двух явлений, в которой одно явление, выступающее причиной, вызывает и порождает другое явление, выступающее следствием. Поэтому ни действие, ни общественно опасное последствие нельзя включать в категорию причинной связи[165].

Взгляда на причинную связь как на связь явлений, при которой в определенных условиях одно явление необходимо и закономерно порождает и вызывает другое явление, придерживаются также М.И. Ковалев и П.Т. Васьков. Применительно к уголовному праву они различают причинную связь в материальных составах преступления, где она выступает необходимым условием наступления общественно опасных последствий, и причинную связь в формальных составах преступления, где вредные последствия являются обстоятельством, отягчающим вину подсудимого[166].

Продолжая рассмотрение доктринальных подходов к причинной связи, следует обратиться к позициям двух авторских коллективов, развивающих ранее изложенные положения.

Группа авторов под руководством Г.А. Кригера, Н.Ф. Кузнецовой и Ю.М. Ткачевского исходит из наличия множества явлений, предшествующих и сопутствующих совершению преступления. Уполномоченные лица должны изолировать общественно опасное деяние от наступивших вредных последствий и определить характер связи между ними[167].

---

[164] Церетели Т. В. Причинная связь в уголовном праве. Т. : Изд-во Тбил. ун-та, 1957. С. 236

[165] Самощенко И. С. Понятие правонарушения по советскому законодательству. Москва : Юрид. лит., 1963. С. 107–127.

[166] Ковалев М. И., Васьков П. Т. Причинная связь в советском уголовном праве / под ред. А. А. Пионтковского. Москва : Госюриздат, 1958. С. 28.

[167] Советское уголовное право. Общая часть : учебник / под ред. Г. А. Кригера, Н. Ф. Кузнецовой, Ю. М. Ткачевского. 2-е изд., доп. и перераб. М. : Изд-во Моск. ун-та, 1988. С. 115–117.

Вторая группа авторов выделяет признаки, или условия, причинной связи в более обобщенном виде. К ним относятся временная последовательность между деянием и наступившими последствиями, реальная возможность наступления конкретного последствия, неизбежность, при которой результат является необходимым последствием, а также различие необходимой, то есть неизбежной, и случайной связи[168].

Обе позиции развивают ранние положения о причинной связи как объективной категории, требующей установления необходимого условия и закономерного результата. Различие состоит лишь в степени детализации.

В науке уголовного права наряду с теорией необходимого причинения, получившей наиболее широкое признание, представлены и иные концепции, которые не получили широкого признания, однако представляют интерес для понимания общего посыла о причинности в уголовном праве.

Согласно теории реальной возможности, критериями установления причинной связи выступают временной признак, реальная возможность наступления последствий и непосредственная причинность[169].

Теория непосредственных или ближайших причинных связей объединяет теорию непосредственного причинения и теорию необходимой причинной связи, предполагая непрерывную цепь прямых связей между начальным деянием и конечным результатом[170].

Кроме того, выделяются кумулятивная, атипичная и привходящая причинность, объединяемые признаками предшествования деяния результату во времени, необходимости его наступления и осознанности деяния[171], а также теория уголовно-правовой причинности, рассматривающая

---

[168] Уголовное право. Общая часть : учебник / под ред. Б. В. Здравомыслова, Ю. А. Красикова, А. И. Рарога. М. : Юрид. лит., 1994. С. 133–136.

[169] Попов А. Н., Зимирева Л. А., Федышина П. В. Объективная сторона состава преступления : учебное пособие. Санкт-Петербург, 2015. С. 30–33.

[170] Балашов С. К. Причинная связь в уголовном праве: логико-правовой анализ. Ростов н/Д, 2011. С. 100–101.

[171] Есаков Г. А. Причинная связь в сложных ситуациях: уголовно-правовая наука и судебная практика // Право. Журнал Высшей школы экономики. 2016. № 1. С. 89.

причинность как специфически сложный социально-правовой феномен, отличный от философского и естественнонаучного учения[172] и теория риска[173].

Изложенные теоретические концепции причинной связи находят свое применение в судебной практике при разрешении уголовных дел о причинении вреда пациенту.

Суды выносят оправдательный приговор, аргументируя свою позицию тем, что отсутствует такое обстоятельство, как причинно-следственная связь между деянием и наступившими последствиями в виде вреда пациенту.

Поскольку причинно-следственная связь является обязательным признаком объективной стороны в материальных составах преступления, в случае ее отсутствия вынесение оправдательного приговора является несомненным. Как было установлено ранее, перечень преступлений, причиняющих вред жизни и здоровью пациента, охватывает составы, предусмотренные ч. 2 ст. 109, ч. 2 ст. 118, ч. 4 ст. 122 и ст. 124 УК РФ, в рамках которых установление причинной связи между деянием медицинского работника и наступившим вредом пациенту выступает обязательным условием уголовной ответственности.

В качестве примера можно привести приговор, в котором врач-анестезиолог назначил пациенту дозу инсулина, превышающую стандартную в два раза. По версии следствия, указанное действие повлекло наступление смерти пациента. Однако, как установили эксперты, данные действия не являлись главной или основной причиной ухудшения состояния здоровья и не повлияли на итоговый результат в виде смерти, а, следовательно, не находятся в прямой причинно-следственной связи[174].

Проведенный анализ судебной практики, в рамках которого было выявлено более 40 оправдательных приговоров медицинским работникам, подтверждает,

---

[172] Жалинский А. Э. Уголовное право в ожидании перемен: теоретико-инструментальный анализ. 2-е изд., перераб. и доп. Москва : Проспект, 2009. С. 270.

[173] Клепицкий И. А. Причинная связь в праве : монография. Москва : РИОР, ИНФРА-М, 2026. С. 249–253.

[174] Приговор Лискинского районного суда Воронежской области от 22.06.2022 по делу № 1-2/2022 [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

что отсутствие необходимой (в терминологии судебных органов «прямой») причинно-следственной связи исключает наличие объективной стороны состава преступления, а потому служит самостоятельным и безусловным основанием для оправдания медицинского работника.

Использование термина «прямая причинная связь» требует пояснения.

Подобную терминологию можно часто встретить в судебной практике, в том числе в решениях Конституционного Суда Российской Федерации (далее – КС РФ).

В одном из определений КС РФ указано, что в удовлетворении требований о возмещении вреда в связи с потерей кормильца было отказано по причине отсутствия доказанной прямой причинно-следственной связи между наступлением смерти кормильца и бездействием ответчика[175].

В соответствии с Методическими рекомендациями экспертная комиссия в обязательном порядке решает вопрос о наличии или отсутствии прямой связи недостатка оказания медицинской помощи с наступившим неблагоприятным исходом, а при ее отсутствии степень тяжести вреда, причиненного здоровью человека действием или бездействием медицинского работника, не устанавливается[176].

В науке уголовного права отмечается, что теория непосредственной или прямой причины является излюбленной среди практических работников, а Верховный Суд Российской Федерации, вслед за Верховным Судом СССР, в большинстве случаев применяет именно эту теорию[177].

При этом обоснованно указывается, что слова «непосредственная» и «прямая» используются для того, чтобы подчеркнуть юридически значимую причинную связь, то есть выделенное для целей уголовного права причинное

---

[175] Определение Конституционного Суда РФ от 24. декабря 2020 г. № 2905-О «Об отказе в принятии к рассмотрению жалобы гражданки Гришиной Дарьи Дмитриевны на нарушение ее конституционных прав пунктами 1 и 2 статьи 1064, статьей 1069, пунктами 1 и 2 статьи 1088, пунктом 1 статьи 1089 Гражданского кодекса Российской Федерации» [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

[176] Порядок проведения судебно-медицинской экспертизы и установления причинно-следственных связей по факту неоказания или ненадлежащего оказания медицинской помощи. Методические рекомендации" (утв. ФГБУ "РЦСМЭ" Минздрава России 21.06.2017) [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

[177] Малинин В.Б. Указ. соч. С. 99.

отношение. В действительности в силу многозначности причинной связи искомое общественно опасное деяние как изолированная причина не существует, а последствия всегда вызываются сочетанием различных обстоятельств, поэтому теория непосредственной или прямой причины не получила распространения в отечественной уголовно-правовой доктрине[178].

С учетом изложенного под прямой причинной связью (в терминологии судебных органов) понимается юридически значимое причинное отношение между деянием медицинского работника и наступившим вредом, при котором деяние создало реальную возможность наступления последствий и выступило их необходимой и закономерной причиной.

Помимо общих теоретических подходов применительно к преступлениям, причиняющим вред жизни и здоровью пациента, возникают специальные аспекты установления причинной связи, связанные с формой деяния, временным фактором и множественностью воздействующих сил.

Первая группа проблем обусловлена бездействием медицинского работника. В советский период Верховный Суд СССР прямо признавал наличие причинной связи между бездействием и наступившими последствиями. Однако М.Д. Шаргородский не соглашался с этой позицией, полагая, что при бездействии имеет место не причинение, а лишь невоспрепятствование наступлению преступного результата, вызванного иными причинами[179].

В.Б. Малинин, проанализировав основные теории причинности при бездействии, приходит к выводу об отсутствии причинной связи в таких случаях. По его мнению, ответственность наступает за само бездействие, то есть за неисполнение обязанности как таковое, но не за причинение вреда[180].

---

[178] Соктоев З. Б. Причинность и объективная сторона преступления : монография. 2-е изд., перераб. и доп. Москва : Норма: ИНФРА-М, 2024. С. 76–77.

[179] Шаргородский М. Д. Указ. соч. С. 55

[180] Малинин В. Б. Причинная связь в уголовном праве. Санкт-Петербург : Юрид. центр Пресс, 2000. С. 219.

В то же время, как указывает Н.Ф. Кузнецова, одной из основных казуальных квалификационных ошибок является непризнание бездействия причиной наступивших общественно опасных последствий[181].

Разумеется, противоправное бездействие, имеющее уголовно-правовое значение, находится в причинной связи с наступившими последствиями. С точки зрения преобладающих в науке и практике подходов бездействие в уголовном праве понимается как невыполнение возложенной на лицо обязанности совершить определенные действия. Если медицинский работник не выполнил такую обязанность и вследствие этого наступил вред пациенту, то ставится вопрос о наличии причинной связи. При отсутствии соответствующей обязанности вопрос о причинной связи отпадает.

Отмечается, что бездействие самостоятельно либо в совокупности с действием является основной формой общественно опасного поведения в сфере медицины[182].

Процесс установления причинной связи при бездействии включает прежде всего решение вопроса о том, могло ли действие, которое медицинский работник обязан был совершить, предотвратить наступление конкретного вреда пациенту. При положительном ответе причинная связь между бездействием и наступившим вредом пациенту признается существующей[183].

То есть необходимо установить необходимую причинную связь, основанную на достоверных фактах, а не на вероятности наступления неблагоприятных последствий для пациента в том случае, если бы медицинский работник был обязан и мог предотвратить такой вред, однако не совершил надлежащих действий[184].

---

[181] Кузнецова Н. Ф. Проблемы квалификации преступлений: лекции по спецкурсу «Основы квалификации преступлений». Москва : Городец, 2007. С. 183.

[182] Чеботарева Г.В., Подкорытова Л.Н. Объективные критерии преступного бездействия в сфере медицины // Ученые записки Крымского федерального университета имени В.И. Вернадского. Юридические науки. 2016. № 3. с. 138.

[183] Наумов, А. В. Указ. соч. - с. 193.

[184] Глушков В.А., Савич Н.А. Ответственность за преступления в области здравоохранения. Киев: Вища школа, 1987. с. 45.

Таким образом, для привлечения медицинского работника к уголовной ответственности необходимо, чтобы его бездействие и наступивший вред пациенту находились в причинной связи.

Проиллюстрируем это релевантным примером. Суд установил, что в результате бездействия двух врачей, выразившегося в дефектах диагностики (несвоевременное установление гипоксии плода) и тактики (непроведение операции кесарева сечения), не была проведена надлежащая диагностика гипоксии плода, что не позволило достоверно определить время ее начала и степень выраженности. Между указанным бездействием и наступившей смертью пациента суд признал наличие причинно-следственной связи[185].

Помимо бездействия к числу проблемных аспектов при установлении причинной связи относится разрыв во времени между совершенным деянием медицинского работника и наступившим вредом.

В связи с индивидуальностью каждого человеческого организма неблагоприятные исходы лечения могут проявляться не сразу, а через значительный промежуток времени.

В одних случаях имеет место обычное течение неблагоприятного исхода, которое сохраняет причинную связь. В других случаях в этот промежуток вмешивается посторонний фактор, способный повлиять на конечный результат, что порождает на практике сложности для привлечения медицинского работника к уголовной ответственности.

Такие случаи отдаленного наступления вреда пациенту встречаются в судебной практике, например, когда рана, нанесенная врачом на задней стенке трахеи, длительное время (более 20 дней) никак себя не проявляла и не была диагностирована[186].

---

[185] Приговор Сергиево-Посадского городского суда Московской области от 21.08.2023 № 1-354/2023 [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

[186] Апелляционное постановление Калужского областного суда от 09.12.2021 по делу № 22-1541/2021 [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

Важно в таких ситуациях установить, имело ли место в длительном временном промежутке влияние иных сил. Если нет, то можно говорить о наличии необходимой причинной связи.

Случаи же влияния третьих сил подлежат отдельному рассмотрению.

Как нередко отмечается в правоприменительной практике, причиной преступного последствия может выступать не только деятельность одного лица, но и совокупное воздействие нескольких действующих сил[187].

Однако, как верно отмечалось еще в дореволюционных научных трудах, совокупность явлений, предшествующих какому-либо событию, не сводится к сумме одних только причин, то есть предшествующие явления не являются безусловной сутью события[188].

А.В. Наумов настаивает на необходимости проследить характер взаимосвязи всех обстоятельств и объективную значимость каждого из них для конечного результата, поскольку тот факт, что один преступный результат наступил от действий различных сил, не означает, что они все получат единую уголовно-правовую оценку[189].

Еще в 1947 г. Пленум Верховного Суда СССР заключил: «То обстоятельство, что вследствие ошибочного диагноза не было применено правильное лечение, которое, возможно, и могло дать благоприятный результат, не устраняет причинную связь между действиями Егоровой и смертью Жени Самсонова, ибо действия Егоровой создали реальную возможность наступления смерти ребенка»[190].

Судебная практика идет по следующему пути.

Врач, не ознакомившись с историей болезни пациента и назначив препарат при наличии сведений о его непереносимости, был признан виновным, поскольку его действия создали реальную

---

[187] Владимиров Л. Е. Указ. соч. С. 82.
[188] Есипов В. В. Указ. соч. С. 321.
[189] Наумов А. В. Указ. соч. С. 196.
[190] Шаргородский М. Д. Указ. соч. С. 83.

возможность наступления смерти, а непосредственное введение препарата медицинской сестрой не прервало причинную связь[191].

Из приведенного примера видно, что, хотя непосредственной причиной смерти является введение лекарства медицинской сестрой, к ответственности был привлечен врач, так как именно его действия создали реальную возможность наступления смерти пациента.

В другом деле при множественности воздействующих сил виновным был признан лечащий врач, который не обеспечил должного динамического наблюдения и несвоевременно назначил трепанацию черепа, что находилось в причинно-следственной связи с наступившими последствиями, несмотря на участие иных врачей[192].

То есть в таких случаях при множественности воздействующих сил, обусловливающих преступный результат, уголовно-правовое значение имеет не любое предшествующее обстоятельство, а лишь то, которое создало реальную возможность наступления вреда и выступает решающей причиной последствий. Ответственность в таких случаях возлагается на того, чье поведение признается определяющим в механизме причинения вреда.

Также дополнительную сложность установления причинной связи при причинении вреда пациенту представляют случаи, где особую роль играют индивидуальные свойства объекта воздействия.

Такая ситуация возникает прежде всего при редких патологиях пациента, при новых, ранее не изученных заболеваниях, а также при нетипичном течении уже известных болезней.

Согласно позиции, существующей в науке, при наличии особых свойств у потерпевшего юридическое значение имеет лишь такая причинная связь, которая охватывается или должна охватываться предвидением субъекта и осознается им[193].

---

[191] Приговор Печорского городского суда Республики Коми от 25.03.2020 № 1-11/2020 [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

[192] Постановление Лангепасского городского суда Ханты-Мансийского автономного округа - Югры от 03.08.2018 № 1-79/2018 [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

[193] Попов А. Н., Зимарева Л. А., Федышина. П. В. Указ. соч. С. 36.

С такой позицией следует согласиться, однако в медицинской деятельности в силу сложности жизненных процессов человеческого организма такое осознание особенностей пациента не всегда достижимо.

В судебной практике хирург, не приняв во внимание анатомические особенности сердца пациентки (увеличенный размер) и не проведя рентгенографию, выполнил пункцию, в результате чего задел сердечную сорочку и артерию, что повлекло смерть. Между повреждением и наступлением смерти была установлена причинная связь[194].

В данном случае основную роль сыграла неосторожная форма вины, при которой врач должен был проявить необходимую внимательность и предусмотрительность при проведении медицинских манипуляций, что согласуется с позициями, высказанными в научной литературе.

Проведенное исследование позволяет сформулировать комплексный вывод, отражающий историческую эволюцию, теоретическое содержание и практические особенности установления причинной связи как обязательного признака объективной стороны состава преступлений, причиняющих вред жизни и здоровью пациента.

Отсутствие законодательной дефиниции обусловило формирование множества теоретических концепций, среди которых центральное место заняла теория необходимого причинения, получившая признание в советский период.

Ключевым достижением отечественной уголовно-правовой мысли стала выработка юридического понимания причинной связи как необходимой и закономерной связи между общественно опасным деянием и наступившими последствиями, которая, будучи категорией объективной, приобретает уголовно-правовое значение в единстве с виной.

Применительно к преступлениям, причиняющим вред жизни и здоровью пациента, установление причинной связи приобретает особую сложность.

---

[194] Приговор Мегино-Кангаласского районного суда Республики Саха (Якутия) от 05.09.2019 № 1-69/2019 [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

Профессиональный контекст деятельности медицинского работника предопределяет, что противоправность его поведения устанавливается через отклонение от нормативных требований.

Наибольшие трудности при квалификации возникают в случаях временного разрыва между деянием медицинского работника и наступившими последствиями, а также при вмешательстве третьих сил, где правовое значение имеет установление того, являлось ли деяние медицинского работника необходимым условием наступления вреда пациенту в конкретной совокупности обстоятельств.

В свою очередь, индивидуальные свойства организма пациента не отменяют действие причинности, а лишь модифицируют ее применение, например, атипичное течение заболевания или коморбидный фон могут рассматриваться как обстоятельства, видоизменяющие развитие причинности, однако они не прерывают юридически значимую связь, если наступивший вред пациенту стал закономерным, а не случайным следствием деяния и охватывался предвидением медицинского работника.

Отдельного внимания заслуживает причинная связь при бездействии, которая признается существующей, если на медицинского работника была возложена специальная обязанность к действию и ее исполнение предотвратило бы наступление вреда пациенту, при этом следует установить необходимую причинную связь, основанную на достоверных фактах, а не на вероятности наступления неблагоприятных последствий для пациента.

Судебная практика, восполняя пробельность законодательства, требует установления и доказывания наличия именно юридически значимой (прямой) причинной связи, что выступает ключевой гарантией правомерного привлечения медицинского работника к уголовной ответственности и соблюдения принципа справедливости.

Отсутствие причинной связи между деянием медицинского работника и наступившим вредом жизни или здоровью пациента представляет собой самостоятельное обстоятельство, исключающее уголовную ответственность. По своей юридической природе оно отличается от иных обстоятельств,

включенных в функциональную систему. От медицинской ошибки, при которой отсутствует вина медицинского работника, отсутствие причинной связи отличается тем, что исключает состав преступления по иному основанию. В отличие от крайней необходимости и медицинского риска, которые исключают преступность деяния и придают ему правомерный характер, отсутствие причинной связи исключает состав преступления.

В рамках материальных составов преступлений, предусмотренных ч. 2 ст. 109, ч. 2 ст. 118, ч. 4 ст. 122 и ст. 124 УК РФ, причинная связь выступает конструктивным признаком объективной стороны. Ее отсутствие означает, что деяние медицинского работника не выступило необходимым условием наступления вреда, а сам вред имеет иную причину, обусловленную течением заболевания, индивидуальными особенностями организма пациента или иными факторами, не связанными с действиями медицинского работника.

Следовательно, при недоказанности того, что деяние медицинского работника создало реальную возможность наступления вреда и явилось его юридически значимой причиной, уголовная ответственность исключается, а дальнейший анализ иных обстоятельств, обсуждаемых в настоящей работе, представляется излишним. Такой подход соответствует общей логике квалификации преступлений, при которой сначала устанавливается наличие всех признаков состава, и лишь затем проверяются обстоятельства, исключающие преступность деяния.

Изложенное позволяет говорить о том, что в судебной практике сложился самостоятельный подход к оправданию медицинских работников при причинении вреда пациенту, основанный именно на отсутствии причинной связи. Как показывает анализ правоприменительной практики, в подавляющем большинстве случаев оправдание медицинских работников либо прекращение уголовного преследования обусловлены отсутствием причинно-следственной связи между их деянием и наступившим вредом.

Это также дает основание рассматривать отсутствие причинной связи в качестве самостоятельного обстоятельства, исключающего уголовную ответственность медицинского работника за причинение вреда пациенту.

§ 3. Медицинская ошибка и ее отграничение от смежных категорий

Медицинская (врачебная) ошибка представляет собой один из наиболее дискуссионных и многогранных терминов, находящихся на стыке медицины и права. Несмотря на длительную историю изучения данного феномена в отечественной правовой доктрине и законодательстве, до сих пор отсутствует единое, нормативно закрепленное определение, что порождает значительные сложности в правоприменительной практике и теоретическом осмыслении уголовной ответственности за причинение вреда пациенту.

Сложившаяся терминологическая неоднородность актуализирует проблему выработки последовательной юридической концепции, позволяющей четко дифференцировать основания возложения уголовной ответственности и случаи, исключающие уголовную ответственность.

В рамках решения вопроса об уголовно-правовой квалификации ошибочных действий при оказании медицинской помощи исходным пунктом должен стать выбор корректного и исчерпывающего терминологического аппарата.

Точность используемых понятий предопределяет последовательность дальнейшего анализа и обеспечивает адекватность правовых оценок.

Представляется методологически обоснованным использование понятия «медицинская ошибка» в качестве базового термина.

Выбор обусловлен полисубъектным характером современного оказания медицинской помощи, в которую вовлечены не только врачи, но также средний и младший медицинский персонал.

Подобный подход находит свое подтверждение в приказе Министерства здравоохранения РФ № 205н «Об утверждении номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников», который

содержит, помимо должностей врачей-специалистов, также должности среднего и младшего медицинского персонала[195].

Термин «врачебная ошибка» тем самым имплицитно сужает круг потенциально ответственных субъектов, что не соответствует системной реальности оказания медицинской помощи и может порождать проблемы в правовой оценке деяний.

Использование общего понятия «медицинская ошибка» обеспечивает терминологическую универсальность и правовую нейтральность.

Этот термин является необходимым условием для всеобъемлющего уголовно-правового анализа, адекватно определяя круг лиц, чьи действия подлежат оценке на предмет наличия состава преступления.

Похожее мнение можно встретить и в доктринальных источниках[196].

В то же время в науке встречается позиция, отождествляющая термины «врачебная ошибка» и «медицинская ошибка» как синонимичные[197]. Однако с такой точкой зрения согласиться нельзя ввиду ее терминологической неточности.

Уголовно-правовой анализ медицинской ошибки целесообразно начинать с ее противопоставления ситуации виновного причинения вреда жизни и здоровью пациента, которая в правовом поле обычно квалифицируется как дефект оказания медицинской помощи.

На необходимость систематизации подходов к рассматриваемой проблеме указывалось еще в конце 1990-х гг., когда отмечалось, что отсутствие единой общепринятой классификации дефектов оказания медицинской помощи затрудняет правовую оценку и сдерживает системное развитие российского здравоохранения[198].

---

[195] Приказ Министерства здравоохранения РФ от 2 мая 2023 г. № 205н «Об утверждении Номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников» [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

[196] Матейкович М. С., Матейкович Е. А. Юридическая характеристика медицинских ошибок и минимизация рисков их совершения // Журнал российского права. 2021. Т. 25, № 9. С. 65.

[197] Понкина А. А. Врачебная ошибка в контексте защиты прав пациентов. М. : Консорциум специалистов по защите прав пациентов, 2012. С. 41–43.

[198] Тимофеев И. В. Патология лечения (руководство для врачей) / под ред. Ю. Н. Шанина. СПб. : Северо-запад, 1999. С. 478

В последние годы на фоне развития медицинских технологий и методик наблюдается рост числа осложнений, спровоцированных именно дефектами в процессе оказания медицинской помощи, при этом ключевая роль в выявлении и профилактике подобных дефектов должна принадлежать самим субъектам, оказывающим медицинскую помощь[199].

Схожую позицию о потребности в законодательной формализации базового понятия занимает С.А. Повзун, аргументируя это тем, что существующие доктринальные определения дефекта оказания медицинской помощи отличаются терминологической противоречивостью и недостаточной определенностью для последовательного правоприменения[200].

В настоящее время центральный законодательный акт, регулирующий сферу здравоохранения, а именно Закон № 323-ФЗ, не содержит легального определения понятия «дефект оказания медицинской помощи».

В нем отсутствуют как правовые основания для квалификации того или иного действия или бездействия в качестве дефекта, так и установленная критериальная база для его оценки, что порождает состояние нормативной неопределенности в данной сфере.

В 2010 г. Минздравсоцразвития России инициировало разработку проекта федерального закона «Об обязательном страховании гражданской ответственности медицинских организаций перед пациентами».

Статья 1 данного законопроекта содержала одну из первых попыток легального определения, трактуя дефект как «допущенное медицинской организацией нарушение качества или безопасности оказываемой медицинской услуги, а равно иной ее недостаток, независимо от вины такой медицинской организации и ее работников»[201]. Однако данный

---

[199] Багмет А. М. Медицина – во благо или во вред? // Досудебное производство по уголовным делам о профессиональных преступлениях, совершенных медицинскими работниками : материалы Междунар. науч.-практ. конф. / под общ. ред. А. М. Багмета. М. : Моск. академия СК РФ, 2018. С. 7.

[200] Повзун С. А. О необходимости выработки официального определения понятия «дефект в оказании медицинской помощи» // Медицинское право: теория и практика. 2015. Т. 1, № 1(1). С. 315.

[201] Проект Федерального закона «Об обязательном страховании гражданской ответственности медицинских организаций перед пациентами». [Электронный ресурс] URL: https://docs.cntd.ru/document/902235098?section=text (дата обращения 10.06.2025).

законопроект так и не был принят, а предложенные в нем конструкции ответственности вызвали в научной доктрине существенную критику[202].

Отдельные ранее действовавшие нормативные акты косвенно затрагивали понятие дефекта. Так, утративший силу приказ Минздравсоцразвития России от 24 апреля 2008 г. № 194н в п. 25 устанавливал, что ухудшение состояния здоровья пациента, находящееся в причинно-следственной связи с дефектом оказания медицинской помощи, подлежит квалификации как причинение вреда здоровью[203]. Сюда же следует отнести приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 1 декабря 2010 г. № 230, который содержал краткий перечень дефектов[204].

Одним из видных ученых в сфере медицинского права С.Г. Стеценко предложено следующее определение дефекта оказания медицинской помощи: «ненадлежащее осуществление диагностики, лечения пациента, организации процесса оказания медицинской помощи, которое привело или могло привести к неблагоприятному исходу медицинского вмешательства»[205].

Данное определение носит комплексный характер, охватывая как лечебные, так и организационные аспекты медицинской деятельности, и акцентирует внимание на потенциальной опасности дефектов, что важно для целей профилактики. Вместе с тем его широта требует дополнительной конкретизации применительно к задачам уголовно-правовой оценки.

В научной литературе предлагается также понимание дефекта оказания медицинской помощи как ошибочного действия (бездействия) медицинского персонала, выразившегося в неправильном оказании (неоказании)

---

[202] Старченко А. А. Законопроект «Об обязательном страховании гражданской ответственности медицинских организаций перед пациентами»: не защищает интересы ни пациента, ни учреждения здравоохранения // Менеджер здравоохранения. 2012. № 10. С. 63.

[203] Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 24 апреля 2008 г. № 194н «Об утверждении Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека» [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

[204] Приказ ФФОМС от 1 декабря 2010 г. № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

[205] Стеценко С. Г. Медицинское право. СПб. : Юрид. центр Пресс, 2004. С. 467.

медицинской помощи, ошибочной диагностике заболеваний и неверном лечении заболевших (пострадавших), что привело или могло привести к неблагоприятному исходу медицинского вмешательства[206].

Данное определение акцентирует внимание на ошибочном характере деяния, что сближает дефект с категорией медицинской ошибки, однако не позволяет разграничивать виновное и невиновное причинение вреда, что имеет принципиальное значение для уголовно-правовой оценки.

Обращаясь к классификационным подходам, следует отметить, что Ю.Д. Сергеевым предложена модель, включающая умышленный дефект, соответствующий признакам умышленного преступления, неосторожный дефект, соответствующий признакам преступления, совершенного по неосторожности, ошибочный дефект (медицинская ошибка), связанный с добросовестным заблуждением медицинского работника при отсутствии субъективной вины в форме умысла или неосторожности, и случайный дефект (несчастный случай), обусловленный непредвиденным стечением объективных обстоятельств при правомерности действий [207].

Последние две категории на практике сложно поддаются четкой дифференциации. Подобная классификация сформулирована преимущественно с позиции медицинской, а не юридической науки, и ее имманентной целью является ограждение медицинского персонала от привлечения к юридической ответственности при отсутствии в его действиях вины.

В доктрине схожую классификационную модель дефектов предлагает И.Ф. Огарков, который первые две группы, умышленные и неосторожные дефекты, классифицировал как общественно опасные, поскольку они содержат состав деяния, прямо запрещенного уголовным законом[208].

---

[206] Шакиров Р. Р. К вопросу ответственности медицинских работников за дефекты оказания медицинской помощи // Медицинский вестник Башкортостана. 2013. Т. 8, № 2. С. 349.

[207] Сергеев Ю. Д., Ерофеев С. В. Ятрогенная патология, актуальная судебно-медицинская проблема // Судебно-медицинская экспертиза. 1998. № 1. С. 5.

[208] Огарков, И.Ф. Указ. соч. С. 76.

В научной литературе предложена и классификация дефектов по видам медицинской деятельности, к которым отнесены профилактика, лечение, диагностика, реабилитация, а также иные дефекты (например, эвакуации). Параллельно предложена классификация дефектов по условиям оказания медицинской помощи, к которым отнесено ее оказание вне медицинских организаций, в амбулаторных условиях, в дневном и круглосуточном стационаре[209].

Если ранее рассмотренные классификации служили целям разграничения виновного и невиновного причинения вреда, то данные подходы имеют иное назначение. Они позволяют систематизировать дефекты в зависимости от содержания и условий медицинской деятельности, что значимо прежде всего для организации системы здравоохранения и предупреждения дефектов непосредственно в профессиональной медицинской деятельности.

Проведенный анализ доктринальных положений свидетельствует о том, что многообразие предложенных определений и классификаций само по себе отражает сложность и многоаспектность исследуемого явления.

Однако отсутствие единого понятийного аппарата и универсальной классификации дефектов оказания медицинской помощи порождает не только теоретическую, но и сугубо практическую проблему.

В этой связи особый интерес представляет анализ того, как указанная проблема разрешается в судебной практике, поскольку именно правоприменительная деятельность судов позволяет выявить реальные подходы к пониманию дефекта и его уголовно-правовой оценке.

В судебной практике сформировался подход, согласно которому суды дифференцируют дефекты оказания медицинской помощи по ключевым направлениям (диагностические, лечебные, организационные, документальные) и устанавливают причинную связь между конкретными деяниями медицинского персонала и наступившими последствиями.

---

[209] Тимофеев И. В. Дефект медицинской помощи: проблемы и пути правовой формализации понятия // Медицинское право. 2018. № 6. С. 10.

Так, хирург не установил заболевание двенадцатиперстной кишки и не выполнил необходимые диагностические исследования, что не позволило своевременно верифицировать диагноз и привело к смерти пациента[210].

В другом деле суд констатировал комплекс дефектов, включая неполный сбор анамнеза, отсутствие мониторинга жизненных показателей, непринятие решения о госпитализации и организационный дефект[211].

В третьем случае дефект выразился в несвоевременной консультации невролога и отсутствии экстренной магнитно-резонансной томографии, что привело к невыявлению гематомы и ампутации нижних конечностей[212].

Следует констатировать, что даже при отсутствии законодательной дефиниции термин «дефект оказания медицинской помощи» обладает правовой природой, широко используется в юридической доктрине и последовательно применяется в правоприменительной практике, в том числе в судебных актах.

Вместе с тем содержательное наполнение данного понятия, его юридическая сущность и критерии отграничения от смежных правовых категорий остаются предметом научной дискуссии.

Поскольку дефект оказания медицинской помощи может существовать только в рамках легальных правоотношений медицинского работника и пациента, его следует анализировать в рамках перечня преступлений, причиняющих вред жизни и здоровью пациента, а именно составов, предусмотренных ч. 2 ст. 109, ч. 2 ст. 118, ч. 4 ст. 122, ст. 124 УК РФ.

Поддерживая в целом деление дефектов в рамках организации системы здравоохранения по видам, условиям и формам оказания медицинской помощи, следует уточнить, что для уголовного права интерес представляют только те дефекты, которые соотносятся с наличием в деянии медицинского работника состава преступления. Лишь такие дефекты приобретают уголовно-правовое

---

[210] Приговор Ртищевского районного суда Саратовской области от 26.12.2025 по делу № 1-1-124/2025 [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

[211] Приговор Акбулакского районного суда Оренбургской области от 07.08.2025 № 1-42/2025 [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

[212] Приговор Лениногорского городского суда Республики Татарстан от 20.04.2023 по делу № 1-3/2023 [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

значение, поскольку именно они способны повлечь уголовную ответственность за причинение вреда пациенту.

В этой связи нельзя согласиться с определением, данным С.И. Улезько, согласно которому дефект оказания медицинской помощи (услуги) определяется как допущенное медицинским работником нарушение ее безопасности, а также требований информированности пациента о ней, в результате которого причинен вред здоровью пациента, независимо от вины работника или медицинской организации[213].

Такое определение ориентировано прежде всего на организацию системы здравоохранения и не отвечает началам уголовного законодательства, поскольку допускает признание дефектом деяния при отсутствии вины, что противоречит принципу субъективного вменения.

На основании проведенного анализа представляется, что для целей уголовного законодательства под дефектом оказания медицинской помощи следует понимать ненадлежащее исполнение либо неисполнение медицинским работником своих профессиональных обязанностей, выразившееся в отступлении от объективно установленных порядков, стандартов оказания медицинской помощи и клинических рекомендаций, которое при наличии вины причинило вред жизни или здоровью пациента и тем самым образует состав преступления, предусмотренного УК РФ.

Иные категории, определяемые в юридической и медицинской науке, такие как медицинская ошибка или несчастный случай (субъективный казус), должны приобретать самостоятельное значение и подлежать анализу в рамках собственных независимых от дефекта критериев, поскольку не обладают признаком виновности.

При этом для целей организации здравоохранения дефект сохраняет более широкое понимание, отвечающее задачам, стоящим перед системой здравоохранения.

---

[213] Улезько С. И. Понятие дефекта оказания медицинской помощи // Известия Юго-Западного государственного университета. Серия: История и право. 2018. Т. 8, № 3(28). С. 124.

В современной уголовно-правовой доктрине справедливо отмечается, что остается недостаточно исследованным такой значимый аспект ответственности медицинских работников, как классификация медицинских ошибок, детерминирующие их факторы, а также их влияние на квалификацию деяния и наступление ответственности[214].

При этом подчеркивается, что разработка правового понятия медицинской ошибки в качестве доктринальной либо легальной категории должна преследовать главную цель, а именно создание ясных критериев для установления возможности или невозможности привлечения врача к уголовной ответственности[215].

Безусловно, медицинское сообщество в высокой степени заинтересовано в разработке проблематики медицинских ошибок, что продиктовано, прежде всего, целями их минимизации, анализа причинно-следственных связей, а также выяснения правовых последствий, в частности возможности привлечения медицинского работника к ответственности за их совершение. Вследствие этого в специальной литературе встречаются позиции, согласно которым медицинскую ошибку правомерно оценивать исключительно в рамках медицинских критериев, исключая ее правовую квалификацию[216].

Подобная позиция является ошибочной, поскольку игнорирует специфику медицинской деятельности, имманентно сопряженной с профессиональным риском наступления негативного результата.

Данная специфика порождает у медицинских работников объективную заинтересованность в конструировании такого доктринального либо легального определения медицинской ошибки, которое исключало бы любую возможность возложения на них юридической ответственности.

---

[214] Серебренникова А. В. Уголовная ответственность медицинских работников: дискуссионные вопросы // Социально-политические науки. 2021. Т. 11, № 1. С. 56.

[215] Сучкова Т. Е. К вопросу о необходимости определения правовых критериев врачебной ошибки // Вестник ВятГУ. 2014. № 12. С. 116.

[216] Акопов В. И. Медицинское право в вопросах и ответах. Москва: Эксперт. бюро, Приор, 2000. С. 45.

Помимо медицинского и правового измерения, медицинская ошибка обладает также значимым этическим компонентом. Это закономерно приводит к постановке фундаментального вопроса: можно ли признать за медиком в рамках его профессиональной деятельности право на ошибку?

В начале XXI в., по оценке Ю.Д. Сергеева, научная литература содержала около 65 различных трактовок понятия медицинской ошибки[217].

К настоящему времени спектр предлагаемых дефиниций медицинской ошибки существенно расширился, однако единая доктринальная позиция по данному вопросу до сих пор не сформирована.

Содержание и сущность понятия медицинской ошибки остаются в правовой науке дискуссионными, при этом все многообразие существующих точек зрения может быть классифицировано в рамках трех ключевых доктринальных подходов.

Классической и наиболее часто воспроизводимой в научной литературе дефиницией остается определение И.В. Давыдовского, который рассматривал медицинскую ошибку в рамках следующей структуры: «добросовестное заблуждение врача, связанное с несовершенством современного состояния медицинской науки и методов исследования, а также особым течением болезни у определенного больного, недостатком знаний и опыта врача, но без элементов небрежности, халатности и профессионального невежества»[218].

Если большинство критериев медицинской ошибки, выделенных И.В. Давыдовским, носят объективный характер (обусловлены несовершенством науки, методов исследования или особенностями течения болезни), то такой признак, как недостаток знаний и опыта, детерминирован субъективными факторами. При этом И.В. Давыдовский специально подчеркивал, что медицинская ошибка не должна содержать элементов небрежности, халатности и профессионального невежества, то есть недостаток знаний и опыта в его подходе

---

[217] Сергеев Ю. Д., Ерофеев С. В. Неблагоприятный исход оказания медицинской помощи. М., 2001. С. 169.

[218] Давыдовский И. В. Указ соч. С. 3-5.

не является следствием виновного поведения врача, а представляет собой объективную характеристику, обусловленную, например, редкостью патологии.

Впоследствии в доктринальных источниках утвердился сходный концептуальный подход к дефиниции медицинской ошибки. Его системообразующим элементом, как и у И.В. Давыдовского, выступает добросовестное заблуждение, которое, по мнению авторов, трактуется как обстоятельство, исключающее виновность медицинского работника.

В советской уголовно-правовой доктрине, большинство авторов того времени сводили понятие медицинской ошибки исключительно к добросовестному заблуждению, при котором неблагоприятные последствия наступают при добросовестном отношении врача к своим профессиональным обязанностям[219].

Однако данный подход не получил прямого нормативного закрепления в уголовном законодательстве, обладая в большей степени этико-деонтологической, нежели строго юридической природой.

В связи с этим при правовой квалификации следственные и судебные органы будут основывать свою позицию на легальных конструкциях, а именно на формах вины в виде умысла и неосторожности, на обстоятельствах, исключающих преступность деяния, то есть на крайней необходимости и обоснованном риске, а также на институте невиновного причинения вреда, а не на доктринальном понятии медицинской ошибки как добросовестного заблуждения, которое лишено нормативного закрепления.

Еще одной показательной доктринальной конструкцией является подход, в центре которого находится добросовестное заблуждение, трактуемое как профессиональная ошибка.

Однако согласно данному подходу указанное обстоятельство подлежит учету не в качестве основания, освобождающего от уголовной ответственности,

[219] Огарков И. Ф. Указ. соч. с. 135.

а лишь как обстоятельство, смягчающее наказание, которое может быть внедрено в привилегированный состав преступления[220].

В этой связи указанный доктринальный подход, основанный на добросовестном заблуждении, является приоритетным для уголовно-правовой оценки медицинской деятельности. Он нуждается в дальнейшей теоретической разработке и законодательном закреплении в целях предоставления медицинским работникам надлежащих правовых гарантий.

Еще одной доктринальной концепцией является подход, признающий дуалистическую природу медицинской ошибки.

В одной из доктринальных позиций дается определение медицинской ошибки, сходное с классическим подходом, указывающее в качестве отрицательного критерия отсутствие в деянии медицинского работника форм вины, то есть умысла или неосторожности. При этом дифференцируются правовые последствия в зависимости от причин возникновения ошибки: ошибки, обусловленные объективными факторами, должны исключать уголовную ответственность, тогда как ошибки, вызванные субъективными факторами, образуют основание для привлечения к уголовной ответственности[221].

П.С. Дагель предлагает классификацию медицинских ошибок по критерию их генезиса. В ее рамках выделяются добросовестное заблуждение, возникающее, например, вследствие недостатка профессионального опыта, которое исключает уголовную ответственность, преступная небрежность, примером которой является неполный объем диагностических мероприятий, а также преступная самонадеянность, выражающаяся, в частности, в некорректном применении новых методов лечения без достаточных оснований[222].

Сходная классификация медицинских ошибок подразделяет их на релевантные и нерелевантные. Релевантные ошибки влекут уголовную

---

[220] Тяжкова И. М. Уголовная ответственность медицинских работников // Вестник МГУ. 1994. Сер. 11. № 6. С. 16.

[221] Стеценко, С. Г. Врачебная ошибка и несчастные случаи в практике работ учреждений здравоохранения: правовые аспекты // Юрист. 2004. № 2. С. 44

[222] Дагель П. С. Указ. соч. С. 10.

ответственность, например, ошибочная квалификация причинной связи между действиями медицинского работника и наступившими последствиями. Такие случаи получают правовую оценку как деяния, совершенные по неосторожности. Нерелевантные ошибки, напротив, исключают уголовную ответственность, поскольку носят извинительный характер и подпадают под юридическую конструкцию невиновного причинения вреда[223].

Представленные доктринальные классификации и определения, разграничивающие медицинские ошибки на исключающие и влекущие уголовную ответственность в зависимости от объективных или субъективных факторов генезиса, формируют промежуточную концепцию.

Она занимает переходное положение между конструкцией добросовестного заблуждения как основания невиновного причинения вреда и моделью виновного, то есть неосторожного, деяния, признавая за медицинской ошибкой дуалистическую юридическую природу.

Третий подход квалифицирует медицинскую ошибку как виновное деяние. Согласно позиции А.В. Кудакова, под медицинской ошибкой понимается избрание опасных для жизни и здоровья пациента методов и средств диагностики и лечения, вызванное незнанием либо самонадеянным игнорированием специальных юридически значимых требований[224]. В данном определении акцент сделан на субъективных факторах, рассматриваемых в качестве критериев виновности при совершении медицинской ошибки.

Сходным образом в рамках этого же подхода медицинская ошибка определяется как нарушение медицинским работником, выполняющим свои профессиональные обязанности, правил, требований, инструкций, методик диагностирования, лечения и профилактики конкретных заболеваний, повлекшее по неосторожности причинение потерпевшему

---

[223] Кибальник А. Г., Старостина Я. В. Указ. соч. С. 78.

[224] Кудаков А. В. Врачебная ошибка и ее уголовно-правовая оценка: автореферат дис. ... кандидата юридических наук: 12.00.08 // Сарат. гос. акад. права. Саратов. 2011. С. 7.

тяжкого вреда здоровью или смерти[225]. Такое определение идентифицирует рассматриваемое деяние с неосторожным преступлением против жизни и здоровья, отражая узкий уголовно-правовой подход.

В уголовно-правовой доктрине также выделяется позиция, согласно которой медицинская ошибка понимается как юридический факт, устанавливающий возможные правовые основания для привлечения медицинского работника к уголовной ответственности за деяния, выразившиеся в неосторожном причинении вреда жизни и здоровью пациента и обусловленные профессиональным заблуждением относительно правильности избранных лечебных мероприятий[226].

В данной дефиниции заблуждение, выступая каузальным фактором, тем не менее не является обстоятельством, исключающим преступность деяния и уголовную ответственность.

Отдельные авторы, развивая эту позицию, предлагают рассматривать медицинскую ошибку в качестве правонарушения, обладающего всеми элементами состава преступления: объектом, объективной стороной, субъектом и субъективной стороной[227].

В рамках данного подхода в научной литературе высказываются предложения о дополнении УК РФ ст. 109[1], предусматривающей уголовную ответственность за причинение смерти по неосторожности вследствие медицинской (врачебной) ошибки[228].

Подобный подход, по сути, отождествляет медицинскую ошибку с виновным причинением вреда, игнорируя объективные факторы, лежащие в основе добросовестного заблуждения врача. С такой позицией нельзя

---

[225] Сучков А. В. Анализ дефиниций понятий «Врачебная ошибка», «Ятрогения», «Дефект оказания медицинской помощи» как цель установления обстоятельств, подлежащих доказыванию по профессиональным преступлениям, совершенным медицинскими работниками // Вятский медицинский вестник. 2010. №2. С. 73.

[226] Черных Е. Е. Ответственность за неблагоприятные последствия в сфере медицины: теория, техника, практика // Труды Академии управления МВД России. 2020. №4 (56). С. 98.

[227] Манн М. Л. Проблемы закрепления в действующем законодательстве понятия врачебной ошибки // Российское право: образование, практика, наука. 2023. № 1. С. 89.

[228] Идрисов Х .В. Медицинская (врачебная) ошибка как источник ятрогенного вреда: вопросы причинно-следственной связи и юридической ответственности // Lex russica. 2022. Т. 75. № 7. С. 128.

согласиться, поскольку она нивелирует различие между ошибкой и уголовно наказуемым деянием, не учитывает реальные сложности диагностики и лечения, а также ставит медицинского работника в ситуацию, где любой неблагоприятный исход автоматически может быть квалифицирован как виновный, что противоречит принципу субъективного вменения.

Таким образом, в доктринальных источниках как правовой, так и медицинской направленности сформировались три основных подхода к определению медицинской ошибки.

Судебная практика по вопросу о правовой природе медицинской ошибки не позволяет выявить устойчивый подход ввиду крайне незначительного числа соответствующих судебных актов.

Единичные примеры, которыми располагает правоприменительная практика, демонстрируют различный характер принимаемых решений.

В связи с этим приведенные примеры не могут служить основой для обобщения, однако они наглядно иллюстрируют потребность в выработке единых критериев уголовно-правовой оценки медицинской ошибки.

Примечательно, что доктринальное определение, сформулированное И.В. Давыдовским, используется не только в теоретических исследованиях, но и применяется участниками судопроизводства в рамках своей аргументации.

Так, в одном из апелляционных определений позиция защиты основывалась на том, что медицинская ошибка является обстоятельством, исключающим состав преступления, поскольку в действиях осужденного усматривалось «добросовестное заблуждение врача»[229].

В другом случае по гражданскому делу эксперт указал, что при оказании медицинской помощи имела место ошибка, выразившаяся в нераспознании хирургического осложнения, когда желчный перитонит был ошибочно расценен как асцит. В своем заключении эксперт интерпретировал данное деяние в рамках следующего определения:

---

[229] Апелляционное постановление Вологодского областного суда от 17.05.2022 по делу № 22-837/2022 [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

«врачебная ошибка – ошибка врача при исполнении своих профессиональных обязанностей, являющаяся следствием добросовестного заблуждения и не содержащая состава преступления или признаков проступков»[230].

В приведенных судебных актах медицинская ошибка, раскрываемая через конструкцию добросовестного заблуждения, согласно позиции участников процесса, не образует состава преступления и не должна влечь ответственности.

В правоприменительной практике понятие «медицинская ошибка» также используется параллельно с выводом о виновном причинении вреда.

Например, в одном из уголовных дел суд, констатируя факт медицинской ошибки (ошибочный разрез артерии вместо спайки, повлекший смерть пациента), тем не менее установил в действиях медицинского работника состав преступления. Несмотря на мнение эксперта о невозможности избежать летального исхода в конкретных условиях, суд, основываясь на доказанности вины в форме неосторожности, вынес обвинительный приговор[231].

Данный случай демонстрирует, что судебная оценка исходит прежде всего из установления признаков состава преступления, даже если деяние может быть обозначено в материалах дела как медицинская ошибка.

Соответственно, приведенные примеры свидетельствуют о потребности судебной практики в выработке дефиниции медицинской ошибки, установлении ее четких критериев, а также в отграничении данного явления от иных обстоятельств, исключающих уголовную ответственность.

Попытка выработки единой сущности медицинской ошибки на стыке медицины и права представляется методологически проблематичной, поскольку каждая из этих отраслей знания преследует различные цели и оперирует собственным категориальным аппаратом.

---

[230] Решение Балаковского районного суда Саратовской области от 21.03.2024 по делу № 2-44/2024 [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

[231] Приговор Олюторского районного суда Камчатского края от 29.11.2021 по делу № 1-23/2021 [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

Научный интерес медицины сфокусирован на обеспечении надлежащего и безопасного оказания медицинской помощи, тогда как право решает задачи правовой регламентации медицинской деятельноти.

В связи с этим представляется необходимым последовательное доктринальное и легальное разграничение между понятием «ошибка в медицинской практике» (клинический аспект) и понятием «медицинская ошибка в контексте уголовного закона».

Цель медицинской науки заключается в анализе причин возникновения неблагоприятных исходов для их последующего предотвращения.

Целью же права является формирование четких правовых критериев оценки таких случаев, включая законодательное закрепление понятия и его признаков, что составляет основу для разрешения вопросов наказуемости и освобождения от ответственности.

Следовательно, правовая оценка, в отличие от медицинской, должна осуществляться исключительно в рамках собственной юридической конструкции.

В рамках уголовного права медицинскую ошибку целесообразно рассматривать как разновидность (аналог) субъективного казуса.

В обоих случаях отсутствует вина лица в форме умысла или неосторожности, что исключает уголовную ответственность. Ключевое различие лежит в источнике невозможности правильной оценки ситуации.

Субъективный казус имеет место тогда, когда конкретное лицо в силу стечения конкретных обстоятельств дела не осознавало и не могло осознавать общественной опасности своих действий (бездействия) либо не предвидело и не должно было или не могло предвидеть возможность наступления общественно опасных последствий. Здесь неспособность к надлежащей оценке ситуации носит индивидуальный характер.

Роковое стечение фактических обстоятельств нарушает мыслительный процесс конкретного медицинского работника, провоцирует его на неправильный вывод о возможных последствиях своих действий.

При ином стечении обстоятельств (если бы они изменились) ошибка могла бы не наступить, а медицинский работник при должной внимательности мог бы избежать сложившегося результата.

Медицинская ошибка, напротив, детерминирована не личностными особенностями конкретного врача, а общим уровнем развития медицинской науки и практики на текущий момент.

Вред пациенту причиняется вследствие того, что необходимые для правильного лечения знания, технологии или методики отсутствуют в арсенале профессионального медицинского сообщества в целом. Фактически наступивший результат невозможно было предвидеть и предотвратить, поскольку он выходит за пределы достигнутого медицинского познания.

При этом объективные пределы медицинского познания не являются умозрительной или субъективно определяемой категорией.

В системе действующего правового регулирования здравоохранения они объективированы через нормативные медицинские документы: клинические рекомендации, стандарты медицинской помощи и порядки ее оказания. Именно эти документы, как показано в настоящем исследовании, используются судами в качестве критериев оценки качества медицинской помощи и при установлении нарушений со стороны медицинских работников.

В связи с этим точнее было бы говорить не о вине конкретного медицинского работника, а о «вине самой медицины», объективной ограниченности научного знания на текущий момент, которую не может преодолеть даже самый добросовестный и квалифицированный медицинский работник.

Следовательно, если при субъективном казусе заблуждение носит субъективно-ситуативный характер, обусловленный случайным стечением обстоятельств, нарушающим мыслительный процесс медицинского работника, то медицинская ошибка свидетельствует об объективной невозможности правильного предвидения, предопределенной пределами современной медицинской науки.

Предложенное разграничение имеет непосредственное практическое значение для правоприменителя. Если неблагоприятный исход мог быть

предотвращен при надлежащем уровне квалификации и внимательности конкретного медицинского работника, но не был предотвращен в силу его индивидуальной неспособности правильно оценить ситуацию, то имеет место субъективный казус, а не медицинская ошибка. При этом если новые достижения медицинской науки уже закреплены в нормативных документах, но врач не обладает соответствующими знаниями и не применяет их, его неспособность предвидеть вред не является объективной, а представляет собой профессиональное упущение. Такое упущение при наличии вины влечет квалификацию содеянного как дефекта оказания медицинской помощи и уголовную ответственность по соответствующим статьям Особенной части УК РФ.

Напротив, если новые достижения еще не прошли апробацию, не включены в клинические рекомендации и стандарты и не стали общепринятыми, то даже самый квалифицированный медицинский работник не может быть привлечен к ответственности за неприменение метода, который еще не признан медицинским сообществом. Это и есть объективная невозможность, образующая медицинскую ошибку.

На основе представленного анализа можно сформулировать следующее уголовно-правовое понятие медицинской ошибки:

Медицинская ошибка – это невиновное деяние медицинского работника, причинившее вред жизни или здоровью пациента при добросовестном выполнении профессиональных обязанностей и повлекшее неблагоприятный исход в силу объективной невозможности предвидеть и предотвратить этот вред, обусловленной современным уровнем развития медицинской науки и практики.

В свою очередь, под объективной невозможностью предвидения и предотвращения вреда понимается ситуация, при которой ни один добросовестный и квалифицированный медицинский работник, действующий в полном соответствии с существующими на момент нормативными документами, не мог бы предотвратить наступление вреда, поскольку необходимые для правильного лечения знания, технологии и методики отсутствуют в арсенале профессионального медицинского сообщества.

Следовательно, эксперт при даче заключения должен установить не индивидуальную невозможность для конкретного врача, а объективную невозможность, обусловленную уровнем развития медицинской науки на текущий момент. Это существенно снижает зависимость уголовно-правовой оценки от экспертной риторики и обеспечивает единообразие правоприменения.

В то же время в рамках уголовного права дефект оказания медицинской помощи представляет собой понятие, охватывающее виновные нарушения порядков, стандартов и клинических рекомендаций, повлекшие вред пациента.

Разграничение между дефектом оказания медицинской помощи и медицинской ошибкой является краеугольным камнем для справедливой уголовно-правовой оценки деяния.

Правильное применение этого разграничения на практике обеспечивает соблюдение принципа виновности и защищает медицинских работников от необоснованного уголовного преследования в объективно сложных условиях осуществления профессиональной медицинской деятельности.

В пределах выделяемой функциональной системы обстоятельств, исключающих уголовную ответственность за причинение вреда пациенту, квалификация осуществляется последовательно, что предполагает переход к анализу субъективной стороны состава преступления лишь после установления необходимой юридически значимой причинно-следственной связи между деянием медицинского работника и наступившим вредом пациенту.

При анализе субъективной стороны устанавливается наличие либо отсутствие медицинской ошибки, которая рассматривается как объективная категория, связанная с ограничениями медицинской практики и науки и подлежащая отграничению от субъективного казуса.

Если ни медицинская ошибка, ни субъективный казус не установлены, деяние квалифицируется как дефект оказания медицинской помощи, после чего анализ продолжается применительно к обстоятельствам, исключающим противоправность деяния, а именно к крайней необходимости в медицинской деятельности и медицинскому риску.

§ 4. Крайняя необходимость при причинении вреда пациенту

Крайняя необходимость как обстоятельство, исключающее преступность деяния, является одним из наиболее дискуссионных в уголовном праве, поскольку ее применение сопряжено с необходимостью сопоставления охраняемых законом благ и выбора меньшего зла.

Особую актуальность данная проблематика приобретает в сфере медицинской деятельности, где врач в экстренной ситуации вынужден причинять вред здоровью пациента для спасения его жизни.

Сложность правовой оценки таких действий обусловлена высокой социальной значимостью медицинской помощи, рисковым характером медицинских вмешательств, а также отсутствием единообразных критериев правомерности в доктрине и судебной практике.

Первые законодательные упоминания крайней необходимости относятся к Соборному уложению 1649 г., которое предусматривало освобождение от ответственности за убийство собаки при защите от нее.

Артикулы Петра I 1715 г. смягчали наказание за кражи, совершенные вследствие голодной нужды[232].

В Своде законов Российской империи последовательно закреплялись нормы о деяниях, совершенных под влиянием непреодолимой силы принуждения, а также о крайней нужде и бедности. Отдельные специальные положения допускали принудительный заем припасов на море при их критическом недостатке[233].

Уложения о наказаниях 1845 г. и 1885 г. выделяли условия правомерности крайней необходимости, к которым относились наличная

---

[232] Артикул Воинский 1715 г. [Электронный ресурс]. URL: https://www.hist.msu.ru/ER/Etext/articul.htm (дата обращения 14.06.2025).

[233] Свод Законов Российской Империи 1832 года. [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс»; Свод Законов Российский Империи 1842 года. [Электронный ресурс]. URL: https://www.prlib.ru/section/1307438 (дата обращения 15.06.2025); Свод Законов Российский Империи 1857 года. [Электронный ресурс]. URL: https://runivers.ru/bookreader/book388215/#page/1/mode/1up (дата обращения 15.06.2025).

и действительная опасность, превосходящая сила принуждения, а также невозможность избежать вреда иными средствами.

Уложение 1903 г. расширило перечень защищаемых благ, включив жизнь, здоровье, свободу и целомудрие, и закрепило общее правило соразмерности, согласно которому причиненный вред должен быть меньше предотвращенного, за исключением случаев спасения жизни, где такое сопоставление не требовалось.

В дореволюционной доктрине вопрос о юридической природе крайней необходимости вызывал оживленные дискуссии.

Ряд исследователей, в частности, С.М. Будзинский[234] и А.О. Кистяковский[235], связывали возникновение этого состояния с действиями сил природы, физиологическими или психологическими процессами внутри самого деятеля, а также с противоправными действиями других лиц или невменяемых.

При этом особое внимание уделялось коллизии правовых благ, и классическим примером такого столкновения признавалось «цесарское сечение», когда спасение матери оправдывало причинение вреда плоду. Данный случай рассматривался как абсолютно дозволительный[236].

В науке также сформировались две теории обоснования ненаказуемости, подробно рассмотренные Э.Я. Немировским. Субъективная теория исходит из отсутствия преступного настроения у лица, тогда как объективная теория акцентирует преобладание спасаемого интереса над приносимым в жертву[237].

Кроме того, подчеркивалось, что крайняя необходимость представляет собой вынужденное причинение вреда при отсутствии иного выхода, а ее правомерность не зависит от источника опасности, который может иметь как природное, так и человеческое происхождение[238].

---

[234] Будзинский С. М. Указ. соч. С. 140–144.
[235] Кистяковский А. О. Указ. соч. С. 104-108.
[236] Мартынов Н. К. Указ. соч. С. 48.
[237] Немировский Э. Я. Указ. соч. С. 110–113.
[238] Гернет М. Н. Указ. соч. С. 183.

В качестве еще одного признака крайней необходимости доктрина называет требование, согласно которому состояние крайней необходимости не должно быть вызвано умыслом лица, специально поставившего себя в такое состояние[239].

Один из первых тематических трудов по крайней необходимости, изданный в 1899 г., обобщил ее основные условия. Согласно данной работе, наличная опасность может угрожать как самому деятелю, так и третьим лицам, при этом она признается неотвратимой и непреодолимой иными средствами, кроме причинения вреда третьим лицам. Коллизия интересов, выступающая поводом для правоотношения, носит юридический характер и находится в сфере права, а в психической сфере крайняя необходимость совпадает с понятием выгодности, полезности и преимущества одного решения перед другим. Деяние при крайней необходимости рассматривается как деликт, в котором отсутствует момент объективной правомерности, в связи с чем оно может быть признано наказуемым, однако ненаказуемо по политико-правовым соображениям. Защита при этом возможна для всех благ без исключения, поскольку доля эгоизма и самолюбия находит место везде. Источник опасности чрезвычайно разнообразен и подразделяется на две группы, к первой из которых относятся факты, не имеющие юридического характера, например, силы природы, а ко второй – источники с юридическим характером, а именно абсолютное принуждение[240].

Впервые крайняя необходимость была закреплена в УК РСФСР 1922 г., где условиями признавались спасение жизни, здоровья и иных благ от опасности, неотвратимой иными средствами, при причинении вреда менее важного, чем предотвращенный.

По сравнению с Уложением 1903 г. из этого определения исчезло указание на причины и наличность опасности.

---

[239] Владимиров Л. Е. Указ. соч. С. 70.

[240] Розин Н. Н. О крайней необходимости: уголовно-юридическое исследование. Санкт-Петербург: типография М. Стасюлевича, 1899. С. 178–245.

В Основных началах 1924 г. и Уголовном кодексе РСФСР 1926 г. перечень защищаемых благ был исключен, и положения свелись к исключению мер социальной защиты при отвращении опасности, неотвратимой иными средствами с условием о менее важном вреде. Эти же условия были сохранены в Основах 1958 г. и УК РСФСР 1960 г.

В доктрине советского периода сложилось деление условий правомерности крайней необходимости на две группы, одни из которых относились к характеристикам самой опасности, а другие к действиям по ее устранению. Так, А.А. Пионтковский[241] и Н.Н. Паше-Озерский[242] разделяли условия, относящиеся к угрожающей опасности, и условия, относящиеся к защите, а С.А. Домахин, в свою очередь, предлагал именовать их условиями возникновения и прекращения состояния крайней необходимости и условиями правомерности действий[243].

Судебная практика того времени, как показывал А.Н. Трайнин, признавала наличие крайней необходимости в различных ситуациях, включая содействие преступлению под угрозой оружия, нарушение правил дорожного движения, а также хищения, совершенные вследствие голода[244].

Основы уголовного законодательства 1958 г. и УК РСФСР 1960 г. содержали аналогичные положения об условиях ненаказуемости деяний, совершенных в состоянии крайней необходимости.

К условиям правомерности и ненаказуемости относились следующие. Прежде всего, действия подпадали под признаки деяния, предусмотренного Особенной частью Уголовного кодекса РСФСР. При этом опасность угрожала интересам Советского государства, общественным интересам, интересам личности как самого деятеля, так и других лиц. Кроме того, опасность

---

[241] Пионтковский А. А. Указ. соч. С. 166–169.

[242] Паше-Озерский Н. Н. Необходимая оборона и крайняя необходимость по советскому уголовному праву. Москва: Госюриздат, 1962. С. 147.

[243] Домахин С. А. Крайняя необходимость как обстоятельство, исключающее уголовную ответственность в советском уголовном праве: автореф. дис. … канд. юрид. наук / Ленингр. юрид. ин-т им. М.И. Калинина. Ленинград, 1953. С. 9–14.

[244] Трайнин А. Н. Состав преступления по советскому уголовному праву / Всесоюз. ин-т юрид. наук М-ва юстиции СССР. Москва: Гос. изд-во юрид. лит., 1951. С. 343–344.

при данных обстоятельствах не могла быть устранена иными средствами, кроме причинения вреда. Наконец, причиненный вред являлся менее значительным, чем предотвращенный.

Закрепление подобных положений в уголовном законодательстве СССР должно было формировать у советских граждан уверенность в том, что в подобных ситуациях они действуют правомерно и находятся под полной защитой Советского государства[245].

Некоторые авторы рассматривают состояние крайней необходимости через объективные и субъективные элементы состава проступка, исключающего общественную опасность и противоправность деяния[246].

Действующий УК РФ в ст. 39 закрепил крайнюю необходимость в качестве обстоятельства, исключающего преступность деяния, при условии, что опасность является непосредственной и неустранимой иными средствами, а причиненный вред меньше предотвращенного.

В отличие от предшествующего законодательства, УК РФ прямо определил превышение пределов крайней необходимости как причинение вреда, явно несоответствующего характеру и степени угрожавшей опасности, а также равного или более значительного, чем предотвращенный вред.

В современной теории уголовного права[247] сложился устоявшийся перечень условий правомерности крайней необходимости, который включает наличность и действительность опасности, ее непосредственный характер,

---

[245] Козак В. Н. Вопросы теории и практики крайней необходимости. Саратов: Изд-во Сарат. ун-та, 1981. С. 32.

[246] Баулин Ю. В. Обстоятельства, исключающие преступность деяния. Харьков: Основа, 1991. С. 350; Винокуров В. Н. Крайняя необходимость как обстоятельство, исключающее преступность деяния: автореф. дис. … канд. юрид. наук: 12.00.08. Рязань, 1999. С. 16–23; Гарбатович Д. А.Понятие состава правомерного причинения вреда в состоянии крайней необходимости // Проблемы права. 2016. № 2(56). С. 162–165.

[247] Клюев А. А. Практика применения судами Российской Федерации положений об обстоятельствах, исключающих преступность деяния: научно-практическое пособие. Москва: Юрлитинформ, 2016. С. 186; Хаметдинова Г. Ф. Уголовно-правовая характеристика крайней необходимости: монография / М-во внутренних дел Российской Федерации, Тюменский ин-т повышения квалификации сотрудников МВД России. Тюмень: ТИПК МВД России, 2015. С. 155; Смирнов А. М. Оправдание зла: уголовно-правовое и криминологическое исследование: монография. Москва: Юрлитинформ, 2022. С. 75–79. и т.д.

разнообразие возможных источников опасности, а также то, что опасность должна угрожать охраняемым законом интересам.

При этом вред причиняется интересам третьих лиц, и устранение опасности иными средствами, кроме как причинением вреда, невозможно, что рядом авторов относится к сущностным условиям крайней необходимости[248].

К отдельным положениям, в отличие от преобладающих в науке, можно отнести соответствие опасности уровню общественной опасности преступления[249] или возможность произвольного определения варианта поведения[250].

В литературе неоднократно предпринимались попытки определить особенности крайней необходимости в медицинской деятельности. С.Н. Трегубов отмечал, что в отличие от обыденных ситуаций врач сталкивается с необходимостью действовать в условиях крайности регулярно, особенно когда пациент находится в бессознательном состоянии и требуется неотложное вмешательство, а при сохраненном сознании обязательным условием становится согласие пациента. По его мнению, если мать отказывается от кесарева сечения, врач вправе произвести прерывание беременности, руководствуясь предпочтением более ценного блага в виде жизни матери[251].

В литературе обсуждалась также возможность расширения условий крайней необходимости при производстве аборта, включая совершение этой процедуры лицом без врачебного статуса либо вне больничных условий[252], однако высказывалась и противоположная точка зрения, согласно которой в действиях врача при аборте усматривается не крайняя необходимость, а исполнение профессиональных обязанностей, и только действия роженицы могут быть оценены как состояние необходимости[253].

---

[248] Станкевич А. М., Наумов В. В., Фоменко Е. В. Пределы правомерности крайней необходимости: монография. Тула: Полином, 2015. С. 126.

[249] Благов Е. В. Квалификация обстоятельств, исключающих преступность деяния: монография. М.: Юрлитинформ, 2024. С. 132.

[250] Блинников В. А. Обстоятельства, исключающие преступность деяния в уголовном праве России: монография. Москва: Юрлитинформ, 2014. С. 119.

[251] Трегубов С. Н. Указ. соч. С. 38-39.

[252] Шаргородский М. Д. Ответственность за преступления против личности. Ленинград: Изд-во Ленинградского гос. ун-та им. А.А. Жданова, 1953. С. 80.

[253] Познышев С. В. Указ. соч. С. 66.

Ряд авторов связывают крайнюю необходимость в медицине с критическим состоянием здоровья пациента, возникшим вследствие физиологических или патологических процессов, когда спасение жизни возможно исключительно путем причинения вреда, причем причиненный вред должен быть меньше предотвращенного. В качестве необходимых условий называются неотложный характер медицинской помощи и наличие тяжелой клинической ситуации, свидетельствующей о реальной угрозе жизни и здоровью пациента, а также требование о технически правильном выполнении вмешательства в соответствии с оперативными технологиями[254].

Согласно иной позиции, состояние крайней необходимости медицинских работников предполагает наличие определенных ресурсов для устранения опасности крайним способом с неизбежным причинением вреда организму, но при обязательном соблюдении соразмерности[255].

Отдельные исследователи не выделяют каких-либо особенностей крайней необходимости применительно к медицинской деятельности, рассматривая общие условия как универсальные[256].

Другие полагают, что условия крайней необходимости применимы не во всей медицинской деятельности, а лишь при конфликте правовых интересов нескольких пациентов, пациента и иного лица, а также при принудительной госпитализации[257]. Согласно еще одной точке зрения, крайняя необходимость в медицине может иметь место в трех группах ситуаций, а именно при столкновении юридических обязанностей, при физиологических или патологических процессах в организме человека и при воздействии природных и стихийных сил[258].

---

[254] Глушков В. А. Проблемы уголовной ответственности за общественно опасные деяния в сфере медицинского обслуживания: автореф. дис. … д-ра юрид. наук: 12.00.08. Киев, 1990. . 28.

[255] Аськов Н. Н. Обстоятельства, исключающие преступность деяния, при оказании медицинской помощи: монография / под ред. д-ра юрид. наук, проф. Т.В. Кленовой. Москва: Юрлитинформ, 2022. С. 64.

[256] Акопов В. И. Медицинское право: книга для врачей, пациентов и юристов. Москва; Ростов н/Д: МарТ, 2004. С. 293.

[257] Дунин О. Н. Уголовная ответственность медицинских работников за преступления против жизни: автореф. дис. … канд. юрид. наук: 5.1.4. Казань, 2023. С. 21.

[258] Павлова Н. В. Указ. соч. С. 161.

Проведенный анализ доктринальных подходов позволяет констатировать, что в науке уголовного права отсутствует единообразное понимание крайней необходимости в медицинской деятельности, в частности при причинении вреда пациенту.

Разрозненность позиций и отсутствие единых систематизированных признаков правомерности причинения вреда пациенту обуславливают необходимость формирования теоретической модели, которая могла бы служить основой для дальнейших научных исследований.

В иностранных правопорядках институт, соответствующий российской крайней необходимости, закрепляется под различными наименованиями, среди которых наиболее распространены necessity, extreme necessity, estado de necessidade, state of necessity.

Несмотря на терминологические различия, анализ зарубежного уголовного законодательства позволяет выделить общие условия правомерности, к которым относятся непризнание деяния преступлением или освобождение от наказуемости, наличие реальной, непосредственной или неминуемой опасности, угрожающей охраняемым законом интересам лица, других лиц, общества или государства, а также безальтернативность причинения вреда как единственного способа преодоления опасности и соразмерность, предполагающую, что вред должен быть меньше предотвращенного, хотя в Мексике, Сальвадоре и Уругвае допускается и равный вред.

В ряде государств, в частности, в Италии и Колумбии, законодательно закреплен запрет провокации крайней необходимости, то есть сознательного и добровольного создания ситуации, обосновывающей причинение вреда.

Кроме того, в большинстве иностранных юрисдикций, например, в Китае, Польше и Японии, положения о крайней необходимости не применяются к лицам, на которых в силу профессиональных или служебных обязанностей возложена обязанность подвергать себя опасности либо противостоять ей.

Отдельные уголовные законы, как в Беларуси и Киргизии, предусматривают, что недостижение цели спасения при крайней необходимости не влияет

на правомерность деяния, а также выделяют коллизию обязанностей как самостоятельное обстоятельство, исключающее противоправность, что закреплено, например, в законодательстве Восточного Тимора, при условии защиты равного или более значимого интереса по сравнению с приносимым в жертву, за исключением случаев, когда такое поведение приводит к совершению преступления.

Соответственно, зарубежный подход отличается большей детализацией условий правомерности, что может быть учтено при совершенствовании российского уголовного законодательства.

Наряду с доктринальными разработками и законодательными конструкциями, существенное значение для уяснения содержания условий крайней необходимости имеет судебная практика, которая формирует правоприменительные ориентиры.

Суды указывают, что ситуации причинения вреда в таком состоянии могут возникать в различных сферах, включая реализацию конституционных прав и свобод[259]. А при анализе характеристик опасности акцентируется ее непосредственный характер, стихийность и неуправляемость, а также то, что состояние крайней необходимости не может длиться почти два года[260].

Кроме того, судебные инстанции разграничивают действительность опасности как ее объективное существование и наличность как момент возникновения, когда опасность уже наступила, но еще не миновала[261].

Судебная практика содержит единичные случаи оценки условий правомерности крайней необходимости при причинении вреда пациенту.

Это объясняется тем, что, как показывает анализ судебной практики по данной категории дел, оправдание медицинского работника или прекращение уголовного преследования, как правило, связаны с отсутствием

---

[259] Апелляционное постановление Краснофлотского районного суда города Хабаровска от 04.03.2020 № 10-2/2020 [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

[260] Приговор Бессоновского районного суда Пензенской области от 11.05.2023 №1-1/2023 [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

[261] Приговор Верхнебуренского районного суда Хабаровского края от 26.01.2023 по делу №1-4/2023 [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

причинно-следственной связи между его деянием и наступившим вредом пациенту, что исключает объективную сторону преступления.

В отличие от этого, при крайней необходимости причинная связь между деянием и вредом присутствует, однако противоправность деяния исключается в силу ст. 39 УК РФ.

Констатировав отсутствие причинной связи, суды не переходят к проверке условий правомерности деяний, предусмотренных главой 8 УК РФ, в том числе к оценке условий крайней необходимости, что и обусловливает отсутствие сформировавшейся судебной практики по применению ст. 39 УК РФ в данной сфере.

В тех немногочисленных делах, где суды все же обращаются к оценке крайней необходимости, выявляется проблема смешения правовых и медицинских понятий. В одном из приговоров заключение экспертов содержало указание на то, что анестезиолог действовал в условиях крайней необходимости и обоснованного риска в медицинском понимании, однако содержание этих категорий раскрыто не было, что свидетельствует о необходимости применения исключительно правовых дефиниций[262].

В другом деле суд признал правомерными действия фельдшера, который самостоятельно госпитализировал пациента на его автомобиле для ускорения доставки в стационар, расценив это как крайнюю необходимость при условии верно установленного диагноза[263].

На основании проведенного анализа исторического и действующего отечественного законодательства, зарубежных уголовно-правовых норм, судебной практики и доктринальных подходов представляется возможным выделить характерные теоретические общие и специальные условия правомерности крайней необходимости при причинении вреда пациенту.

---

[262] Приговор Ленинского районного суда города Новосибирска от 28.08.2020 №1-234/2020 [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

[263] Приговор Шекснинского районного суда Вологодской области от 21.02.2022 № 1-27/2022 [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

В отличие от абстрактных доктринальных конструкций, ориентированных на широкий круг ситуаций, в рамках настоящего исследования данные условия систематизированы и конкретизированы с учетом клинической медицинской практики, что позволяет определить их содержание применительно к действиям медицинского работника при причинении вреда пациенту.

Общие условия правомерности крайней необходимости, закрепленные в уголовно-правовой доктрине, применительно к причинению вреда пациенту не утрачивают своего классического содержания, однако приобретают специфическое наполнение, обусловленное особенностями медицинской деятельности.

К общим условиям относятся следующие.

1. Опасность должна быть наличной, то есть существующей в настоящий период времени, и реальной, то есть существующей в объективной действительности. Это означает установление обоснованного клинического диагноза пациенту на основе данных анамнеза, осмотров и консультаций врачей-специалистов, а также результатов лабораторных и инструментальных методов обследования, причем указанный диагноз должен подтверждать наличие угрозы охраняемым законом интересам пациента в данный конкретный момент.

В науке высказывается мнение о том, что в профессиональной деятельности медицинских работников встречаются ситуации, когда состояние опасности может длиться продолжительное время, что может быть обусловлено характером заболевания и его клиническим течением[264].

Подобный подход не учитывает уголовно-правовое содержание наличности опасности как условия правомерности крайней необходимости. Опасность, которая лишь возможна в будущем либо имеет отдаленный прогнозируемый характер, не может породить состояние крайней необходимости, поскольку отсутствует непосредственная угроза охраняемым законом интересам в конкретный период

[264] Замалеева С. В. Крайняя необходимость как обстоятельство, исключающее преступность деяния в медицинской деятельности // Вестник Дальневосточного юридического института МВД России. 2012. № 2(23). С. 44.

времени. Продолжительное клиническое течение заболевания само по себе не свидетельствует о длящемся состоянии крайней необходимости, так как временные пределы этого состояния определяются периодом существования непосредственной угрозы. В связи с этим для крайней необходимости значим не общий прогноз заболевания, а конкретная клиническая ситуация, в которой опасность существует «здесь и сейчас».

2. Объектами охраны в медицинской деятельности являются жизнь и здоровье пациента. В уголовно-правовом смысле жизнь представляет собой неотъемлемое, невосполнимое и абсолютное по своей ценности благо, охраняемое государством на протяжении всего периода физиологического существования человека от рождения до смерти.

Медицинские критерии рождения и порядок констатации смерти, закрепленные соответственно в Приложении № 1 к приказу Минздрава России № 1687н от 27 декабря 2011 г.[265] и в ст. 66 Закона № 323-ФЗ, а также в постановлении Правительства РФ № 950 от 20 сентября 2012 г.[266], определяют временные границы уголовно-правовой охраны жизни, но не ее сущностное содержание.

Жизнь не является «временным промежутком», а представляет собой длящееся состояние физиологического существования личности. Временные границы (рождение и смерть) выступают в данном случае юридическими фактами, устанавливающими момент начала и момент окончания ее охраны, но не определяют саму жизнь как объект посягательства.

В уголовно-правовом смысле здоровье как объект преступного посягательства представляет собой фактически существующее состояние анатомо-физиологической целостности организма человека и его функциональных

---

[265] Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 27 декабря 2011 г. № 1687н «О медицинских критериях рождения, форме документа о рождении и порядке ее выдачи» [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

[266] 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» [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

возможностей, охраняемое уголовным законом от противоправных посягательств, направленных на его нарушение или ухудшение. При этом уголовно-правовая охрана распространяется на любое состояние здоровья лица как на состояние полного физического благополучия, так и на состояние, уже осложненное наличием заболевания или расстройства функций организма.

Легальное определение здоровья (п. 1 ст. 2 Закона № 323-ФЗ), рассматривающее здоровье как состояние полного благополучия, сохраняет свое значение для целей организации системы здравоохранения и профилактики заболеваний, но не может быть использовано для определения здоровья как объекта уголовно-правовой охраны.

Если следовать легальному определению здоровья, то лицо, уже имеющее хроническое заболевание, не обладает «здоровьем» в смысле Закона № 323-ФЗ, что создало бы абсурдную ситуацию, при которой причинение вреда такому лицу не подлежало бы уголовно-правовой защите. Это очевидно противоречит сущности уголовного закона и правоприменительной практике, где вред здоровью определяется через нарушение анатомической целостности или физиологических функций, а не через утрату «благополучия».

Следует исходить из уголовно-правового понимания жизни и здоровья, а не из их легальных дефиниций, предназначенных для иных целей правового регулирования.

3. Невозможность устранения опасности иначе, кроме как причинением вреда здоровью пациента, означает, что причинение вреда является последним и исключительным средством при отсутствии альтернатив, а медицинское вмешательство проведено надлежащим образом.

Данное условие конкретизируется в требованиях к поведению медицинского работника, которое должно полностью соответствовать официальным предписаниям, установленным в сфере профессиональной деятельности, а именно порядкам, стандартам и клиническим рекомендациям оказания медицинской

помощи, а также критериям качества медицинской помощи, содержащимся в приказе Министерства здравоохранения от 14 апреля 2025 г. № 203н[267].

В подтверждение сказанному можно сослаться на обзор судебной практики Верховного Суда Российской Федерации № 3 за 2015 г., согласно которому поведение лица должно соответствовать официальным требованиям к профессиональной деятельности[268].

В качестве примера можно обратиться к делу, в котором суд не признал действия врача совершенными в состоянии крайней необходимости. Пациенту, находившемуся в экстренной ситуации с угрозой жизни из-за невозможности обеспечения проходимости дыхательных путей, была проведена трахеотомия, но при ее выполнении врач допустил ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей, что повлекло массивную кровопотерю и смерть пациента. Аргументация суда, сославшегося на ненадлежащее исполнение обязанностей как на основание для отказа, представляется ошибочной. Правильным основанием для отказа должно служить несоблюдение условия соразмерности вреда, так как причиненный вред оказался равным предотвращаемому, что в соответствии с ч. 2 ст. 39 УК РФ признается превышением пределов крайней необходимости[269].

4. Неотвратимость причинения вреда пациенту означает, что вред будет нанесен неизбежно, поскольку причинение вреда выступает единственным выходом из сложившейся клинической ситуации, и медицинский работник не имеет иной возможности, кроме как причинить вред законным интересам личности.

---

[267] Приказ Минздрава России от 14 апреля 2025 г. № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

[268] «Обзор судебной практики Верховного Суда Российской Федерации № 3 (2015)» (утв. Президиумом Верховного Суда РФ 25.11.2015)» [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

[269] Постановление Кировского районного суда города Томска от 03.07.2015 №1-3/2015 [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

5. Соразмерность причиняемого вреда, то есть причиненный вред должен быть меньше, чем предотвращенный. Данное условие следует рассматривать в рамках трех самостоятельных ситуаций.

Ситуация соразмерности вреда, когда вред меньше предотвращенного, рассматривается как классический вариант крайней необходимости. В таком случае врач причиняет определенный вред пациенту для спасения его жизни. Например, при некрозе миоматозного узла или перекруте ножки узла миомы во время беременности по экстренным показаниям рекомендуется оперативное лечение миомы матки путем ее удаления[270].

Оценка соразмерности при угрозе здоровью (в отличие от угрозы жизни) представляет повышенную сложность, поскольку требует сопоставления различных по своей природе благ. В таких случаях правоприменителю следует исходить из того, что необратимая утрата функции жизненно важного органа или системы организма по своей значимости может быть приравнена к угрозе жизни, а причиняемый вред должен быть заведомо менее значительным, чем предотвращаемый.

Ситуацию причинения вреда здоровью, равного или большего, чем вред предотвращенный, можно раскрыть через судебную практику. Так, суд установил, что соотношение охраняемого блага, а именно жизни потерпевшей и причинения смерти по неосторожности, являлось равноценным, что свидетельствует о несоблюдении условий крайней необходимости[271].

Ситуация коллизии жизней двух или более пациентов не является разновидностью превышения пределов крайней необходимости, а представляет собой самостоятельную правовую ситуацию, к которой условия правомерности крайней необходимости неприменимы.

Это обусловлено тремя обстоятельствами. Во-первых, при коллизии жизней отсутствует соразмерность, поскольку жизни двух людей равноценны

---

[270] Клинические рекомендации Минздрава России. Миома матки, 2024 г.[Электронный ресурс]. URL: https://diseases.medelement.com/ (дата обращения 18.03.2025).

[271] Приговор Ново-Савинского районного суда города Казани от 19.05.2020 № 1-149/2020 [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

как охраняемые блага и невозможно определить, какая из них является «более ценной» или «менее значимой». Во-вторых, отсутствует «меньшее зло», поскольку в обоих случаях результатом является смерть одного из пациентов, что является невосполнимой утратой, не поддающейся количественному или качественному сопоставлению. В-третьих, источник опасности при коллизии жизней, как правило, носит внешний характер (отсутствие необходимого оборудования, лекарственных средств, недостаток времени для оказания помощи обоим пациентам), тогда как при классической крайней необходимости при причинении вреда пациенту источник опасности локализован в организме самого пациента.

Предложенная системная аргументация, основанная на трех самостоятельных критериях, позволяет обосновать вывод о невозможности применения крайней необходимости к коллизии жизней и о необходимости самостоятельного правового регулирования таких ситуаций на основе иных критериев, например, принципов медицинской сортировки, исключающих оценку действий медицинского работника через призму сопоставления равноценных охраняемых благ.

6. Запрет провокации означает, что предпосылками крайней необходимости не должны являться умышленные действия медицинского работника, желающего наступления такого состояния.

В медицинской деятельности данный признак коррелирует с благородной целью врачевания, когда любые действия медицинских работников должны быть направлены на поддержание или восстановление должного уровня здоровья пациента.

К специальным условиям правомерности крайней необходимости при причинении вреда пациенту относятся следующие.

1. Особый статус потерпевшего, которым выступает пациент. Понятие пациента закреплено в п. 9 ст. 2 Закона № 323-ФЗ и охватывает любое физическое лицо, обратившееся за медицинской помощью или получающее ее независимо от наличия заболевания и состояния, при этом именно

наличие заболевания и состояние здоровья пациента в экстренной ситуации приобретают решающее значение.

2. Право на причинение вреда в условиях крайней необходимости имеется исключительно у легального медицинского работника.

В таком случае одним из требований законодательства является наличие аккредитации специалиста, которая позволяет осуществлять медицинскую деятельность по определенной медицинской специальности.

Указанный подход прослеживается, в частности, в одном из судебных решений, где осужденный гражданин ссылался в апелляционной жалобе на то, что его действия, а именно причинение смерти по неосторожности, были совершены в состоянии крайней необходимости. Суд отметил, что действия лица были связаны с ошибкой в принятии решения о самостоятельном проведении реанимационных мероприятий при отсутствии каких-либо навыков, специальных познаний и при оказании неквалифицированной первой доврачебной помощи, а также с невызовом бригады скорой помощи[272].

3. Особая обстановка «крайность» возникает при оказании медицинской помощи в экстренной форме, то есть при внезапных острых заболеваниях и обострениях хронических заболеваний, создающих непосредственную угрозу жизни пациента либо необратимой утрате функции жизненно важного органа или системы организма.

Заболевания, опасность которых носит потенциальный, отдаленный либо прогнозируемый характер, но не проявляется в конкретной клинической ситуации, не образуют состояние крайней необходимости.

Следует обратить внимание, что деление на опасные и неопасные заболевания является в известной мере условным и зависит от конкретных обстоятельств[273].

---

[272] Аппелляционное постановление Пермского краевого суда от 23.08.2022 № 22-5427/2022 [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

[273] Маслова Е. Н., Буянова Л. В., Токмаков В. С. Крайняя необходимость в медицинской деятельности // Международный журнал гуманитарных и естественных наук. 2024. № 3-1. С. 97

В науке встречается утверждение о том, что медицинское вмешательство при крайней необходимости осуществляется по неотложным показаниям[274]. Однако с подобной терминологией едва ли можно согласиться. Вмешательство в таком состоянии происходит по экстренным показаниям, то есть при наличии угрозы жизни или необратимой утраты функции жизненно важного органа либо системы организма, которая при отсутствии своевременного медицинского вмешательства способна привести к летальному исходу.

Экстренная помощь, в свою очередь, может оказываться при нарушениях сознания, дыхания, кровообращения, психических расстройствах, болевом синдроме, травмах, отравлениях, ожогах, кровотечениях, родах и угрозе прерывания беременности[275].

В приведенном перечне обращает на себя внимание то, что ряд состояний (травмы, ожоги, кровотечения) могут представлять угрозу не только жизни, но и необратимой утраты функции жизненно важных органов или систем организма.

Сущностным критерием, объединяющим все перечисленные случаи, является именно наличие внезапной угрозы жизни пациента либо внезапной угрозы необратимой утраты функции жизненно важного органа или системы организма.

Угроза необратимой утраты функции жизненно важного органа или системы организма должна быть подтверждена объективными медицинскими критериями, закрепленными в клинических рекомендациях и стандартах оказания медицинской помощи.

Подобные положения находят отражение, например, в клинических рекомендациях по лечению различных ожогов, где указано, что величина тканевого давления при ожогах выше 40 миллиметров ртутного столба является абсолютным показанием к некротомии, то есть иссечению некротических тканей, которая выполняется по экстренным показаниям и причиняет вред кожным

---

[274] Сариев О. М. Крайняя необходимость в медицинской деятельности и условия ее правомерности // Вестник Тамбовского университета. Серия: Гуманитарные науки. 2014. № 11(139). С. 242.

[275] Приказ Минздрава России от 20 июня 2013 г. № 388н «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи» [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

покровам пациента[276]. В данном случае экстренность обусловлена не столько непосредственной угрозой жизни, сколько угрозой необратимого повреждения тканей и развития компартмент-синдрома, что может привести к утрате конечности.

В других клинических рекомендациях по поводу отморожения и иных воздействий низких температур сказано, что по жизненным показаниям при риске развития или наличии инфекционных осложнений, например, сепсиса или анаэробной инфекции, врачам рекомендуется проводить экстренные ампутации и экзартикуляции конечностей[277].

В этих случаях экстренное вмешательство направлено на предотвращение распространения инфекции, которое при отсутствии своевременного вмешательства может привести как к летальному исходу, так и к необратимой утрате функции нескольких органов и систем организма.

Анализ позволяет сделать вывод, что экстренность в медицинской деятельности может быть обусловлена не только угрозой жизни, но и угрозой необратимой утраты функции жизненно важного органа или системы организма.

Отдельно следует отметить, что с 1 сентября 2025 г. вступил в силу приказ Минздрава России от 11 апреля 2025 г. № 193н[278]. Его ключевое значение для крайней необходимости состоит в том, что телемедицинские технологии становятся легальным инструментом дистанционной фиксации наличной опасности: консультации в экстренной форме проводятся при угрозе жизни пациента в сроки от 30 мин. до 2 ч., а при критическом отклонении показателей предусмотрено экстренное реагирование.

---

[276] «Клинические рекомендации "Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей» (одобрены Минздравом России) [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

[277] «Клинические рекомендации "Отморожение. Гипотермия. Другие эффекты воздействия низкой температуры» (одобрены Минздравом России) [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

[278] Приказ Минздрава России от 11 апреля 2025 г. № 193н «Об утверждении Порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий» // Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

Постановка диагноза и назначение лечения по-прежнему требуют очного осмотра, что исключает подмену традиционного вмешательства дистанционным консультированием.

Следовательно, внедрение телемедицинских технологий не изменяет сущности условий правомерности крайней необходимости по ст. 39 УК РФ, а лишь влияет на способы фиксации экстренности. Основополагающие критерии: реальность, наличность опасности, невозможность устранения иными средствами и соразмерность остаются неизменными при использовании телемедицинских технологий.

4. Характерной особенностью крайней необходимости при причинении вреда пациенту является эндогенный источник опасности, локализованный в патологических или физиологических процессах организма самого пациента и совпадение субъекта, которому угрожает опасность, с субъектом, которому причиняется вред, тогда как при общих условиях опасность исходит из внешних источников и вред направлен третьим лицам.

В литературе высказывается мнение, что источниками опасности при крайней необходимости в медицинской деятельности могут выступать коллизия обязанностей, физиологические (патологические) процессы и природные силы[279]. Однако с подобным расширительным подходом нельзя согласиться.

Коллизия обязанностей, в частности выбор между двумя пациентами, не может обосновывать крайнюю необходимость, поскольку источник опасности в таких случаях носит внешний характер (недостаток времени, ресурсов) и при коллизии жизней отсутствует соразмерность ввиду равноценности охраняемых благ, что уже было обосновано ранее.

Воздействие природных сил также не образует крайней необходимости, поскольку в этих случаях медицинский работник действует в условиях

[279] Сычев В. Г., Кашуба Е. В., Глазунова Ю. Н. Понятие обстоятельств, исключающих преступность деяния в деятельности медицинского персонала // Медицинская наука и образование Урала. 2013. Т. 14, № 2(74). С. 159.

чрезвычайной ситуации, а вред причиняется не самому пациенту, чьи интересы охраняются, а направлен на спасение третьих лиц.

Тем самым применительно к вреду пациенту источником опасности выступают исключительно патологические или физиологические процессы в организме самого пациента, поскольку только в этом случае опасность является эндогенной, а вред причиняется тому же субъекту, которому угрожает опасность.

5. Субъективное отношение медицинского работника характеризуется осознанием обстановки крайности, отсутствием желания причинить более тяжкий вред, чем тот, который он стремится предотвратить, а также отсутствием факта допущения или безразличия к наступлению такого вреда.

Действия врача при крайней необходимости носят осознанный и волевой характер, они направлены на причинение вреда исключительно для спасения жизни конкретного пациента в ситуации угрозы этой жизни.

При этом действия обусловлены желанием причинить только благородный вред, то есть такой вред, благодаря которому будет спасена жизнь пациента.

6. При причинении вреда пациенту в условиях крайней необходимости наличествует специальная цель, а именно излечение пациента или спасение его жизни. В некоторых приказах региональных министерств здравоохранения, утверждающих соответствующие кодексы медицинской этики, содержатся положения о том, что целью профессиональной деятельности медицинского работника является сохранение жизни человека, проведение мероприятий по охране здоровья, качественное оказание всех видов медицинской помощи[280].

7. Информированное добровольное согласие пациента является обязательным предварительным условием вмешательства, за исключением случаев, прямо предусмотренных законом.

Исключением из данного правила выступает ситуация, при которой в ходе хирургической операции по поводу одного заболевания врач прибегает к лечению

[280] Приказ Минздрава Амурской области от 5 мая 2016 г. №120 [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс»; Приказ Минздрава Республики Саха (Якутия) от 1 марта 2017 г. №01-07/287 [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

иной патологии, обнаруженной лишь во время оперативного вмешательства, в отсутствие согласия пациента, если фактическое состояние здоровья пациента делает такое расширение вмешательства необходимым[281].

Правовым основанием для подобного расширения объема вмешательства служит ч. 9 ст. 20 Закона № 323-ФЗ, допускающая медицинское вмешательство без согласия пациента при наличии экстренных показаний для устранения угрозы жизни и невозможности выразить волю.

Нарушение же этого требования, как и невыяснение возможных аллергических реакций, может повлечь уголовную ответственность даже при наличии экстренности, что подтверждается судебной практикой[282].

На основании изложенного крайняя необходимость в рамках настоящего исследования представляет собой правомерное причинение вреда здоровью конкретного пациента, выступающего в качестве особого потерпевшего, в условиях оказания медицинской помощи в экстренной форме для устранения наличной и действительной опасности, установленной обоснованным клиническим диагнозом и угрожающей жизни пациента либо необратимой утрате функции жизненно важного органа или системы организма (в том числе стойкой утрате трудоспособности или инвалидности), если эта опасность не могла быть устранена иным медицинским вмешательством, при этом источником опасности выступают патологические или физиологические процессы в организме самого пациента, а совершенное медицинское вмешательство проведено надлежащим образом, и перед вмешательством, если для этого существовала возможность, было получено информированное добровольное согласие пациента и не было допущено превышения пределов крайней необходимости.

Превышением пределов крайней необходимости признается несоблюдение условия соразмерности вреда, то есть причинение вреда, равного или большего, чем предотвращенный.

---

[281] Савич Н. А., Коломийцев А. Ю. Ошибка или преступление: грань правомерности // Сибирский медицинский журнал (г. Томск). 2007. Т. 22, № 2. С. 69.

[282] Приговор Симоновского районного суда города Москвы от 27.03.2023 N 1-298/2023 [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

Коллизия жизней двух или более пациентов не является превышением пределов крайней необходимости, а представляет собой самостоятельную правовую ситуацию, к которой условия правомерности крайней необходимости неприменимы ввиду отсутствия соразмерности и невозможности выбора «меньшего зла», а также в силу внешнего характера источника опасности.

Предложенная дефиниция крайней необходимости при причинении вреда пациенту носит теоретический характер и может быть использована для последующего совершенствования уголовного законодательства.

Она обоснованно включается в функциональную систему обстоятельств, исключающих уголовную ответственность за причинение вреда пациенту, поскольку отражает специфику медицинской деятельности и позволяет отграничить крайнюю необходимость при причинении вреда пациенту от смежных правовых конструкций.

Правоприменителю следует переходить к оценке условий правомерности крайней необходимости лишь в том случае, если ранее было установлено наличие причинной связи между деянием медицинского работника и наступившим вредом пациенту, а также отсутствие медицинской ошибки в деянии медицинского работника.

Только при совокупном соблюдении указанных предпосылок возможно соотнесение деяния медицинского работника с условиями правомерности крайней необходимости при причинении вреда пациенту.

В случае если хотя бы одно из условий правомерности крайней необходимости не соблюдено, правоприменителю следует перейти к оценке условий правомерности медицинского риска, который также характеризуется собственными особенностями, рассмотренными в настоящем исследовании[283].

[283] Выриков Ю. А. Крайняя необходимость при причинении вреда пациенту // Вопросы безопасности. 2026. № 3. С. 103–120.

§ 5. Медицинский риск

В условиях неопределенности, ограниченности времени и неполноты информации медицинский работник вынужден принимать решения, которые могут повлечь неблагоприятные последствия для пациента.

Как отмечается в научной литературе, в профессиональной медицинской деятельности на правила обоснованного риска можно ссылаться практически всегда, поскольку ни одно вмешательство врача не свободно от угрозы наступления вредных последствий, и иногда только ценой риска такое вмешательство может быть осуществлено[284].

Подобное обусловливает потребность в точном определении конкретных условий правомерности применительно к вреду пациенту для обеспечения единообразного подхода в ситуациях, когда условия правомерности были соблюдены медицинским работником.

В досоветском уголовном праве обоснованный риск не являлся предметом законодательного регулирования.

Отдельные упоминания встречаются в постановлениях Совета Народных Комиссаров СССР 1928 г.[285] и 1929 г.[286], которые допускали элементы риска в научно-исследовательской работе и исключали ответственность за ущерб в рамках производственно-хозяйственного риска.

В научной доктрине советского периода основное внимание уделялось прежде всего необходимой обороне, крайней необходимости и принуждению, тогда как проблематике правомерности различных видов риска было посвящено незначительное количество работ.

---

[284] Красуцких Л. В., Евстратенко Е. В. Субъективные признаки общественно обоснованного риска в сфере медицинской деятельности // Вестник ЮУрГУ. Серия: Право. 2014. № 3. С. 37.

[285] Постановление Совета Народных Комиссаров. «Об организации научно-исследовательской работы для нужд промышленности». 7 августа 1928 г. // Распубликовано в № 200 Известий ЦИК Союза ССР и ВЦИК от 29 августа 1928 г. [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

[286] Постановление ЦИК СССР, СНК СССР от 12 июня 1929 г. «Об имущественной ответственности рабочих и служащих за ущерб, причиненный ими нанимателям». [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

И.И. Слуцкий выделял оправданный производственный риск при внедрении новой техники, а в судебной практике того времени встречается решение о необоснованности осуждения механика, допустившего аварию при ремонте, обусловленном производственным риском[287].

М.С. Гринберг определял такой риск как действия, ставящие под угрозу интересы предприятия для достижения иными средствами недоступного производственного результата. К условиям правомерности он относил невозможность достижения цели нерискованными средствами, вероятный характер вреда, соответствие риска цели и отсутствие явной опасности для жизни и здоровья[288].

А.А. Пионтковский понимал под риском действия, сопряженные с опасностью для охраняемых интересов при стремлении к производственному результату, и исключал случаи с угрозой жизни и здоровью либо нарушением техники безопасности[289].

Таким образом, в советской уголовно-правовой науке рискованные действия связывались прежде всего с достижением полезных целей производства.

Активная разработка теоретических воззрений относительно обоснованного риска началась в связи с подготовкой нового УК РФ.

Как отмечается в литературе, отсутствие законодательной регламентации правомерного риска приводило к тому, что при схожих фактических обстоятельствах квалификация таких деяний осуществлялась со ссылкой на иные обстоятельства, например, на крайнюю необходимость[290].

Коллективом авторов была разработана теоретическая модель уголовного закона, которая в ст. 54 содержала нормы о правомерном профессиональном риске.

---

[287] Слуцкий И. И. Указ. соч. С. 18.

[288] Гринберг М. С. Значение производственно-хозяйственного риска по советскому уголовному праву: автореф. дис. … канд. юрид. наук / Ленингр. ордена Ленина гос. ун-т им. А.А. Жданова. Ленинград, 1957. С. 6–11.

[289] Пионтковский А. А. Учение о преступлении по советскому уголовному праву. Курс советского уголовного права: Общая часть. М.: Госюриздат, 1961. С. 476.

[290] Чистяков А. А., Онгарбаев Е. А. Обоснованный риск в уголовном праве Российской Федерации: монография. М.: Юнити-Дана, 2007. С. 6.

Сущность данного обстоятельства складывалась из двух взаимосвязанных признаков: такой риск возможен в сфере профессиональной деятельности при условии отсутствия прямых нарушений предписаний закона, а право на такой риск имеет специалист соответствующей профессиональной области, способный обеспечить соблюдение условий правомерности[291].

Основы уголовного законодательства Союза ССР и республик 1991 г. в ст. 27 закрепили нормы об оправданном профессиональном и хозяйственном риске. К условиям правомерности относилось подпадание деяния под признаки преступления при отсутствии его преступного характера, совершение действия для достижения общественно полезной цели, соответствие действия современным научно-техническим знаниям и опыту, недостижимость поставленной цели иными нерискованными действиями, принятие лицом всех возможных мер для предотвращения вреда и отсутствие заведомой сопряженности риска с угрозой экологической катастрофы либо угрозой здоровью или жизни людей.

Действующая редакция ст. 41 УК РФ устанавливает, что обоснованный риск признается правомерным при условии причинения вреда охраняемым законом интересам для достижения общественно полезной цели, недостижимой иными действиями или бездействием, при принятии лицом достаточных мер для предотвращения вреда и при отсутствии заведомой сопряженности риска с угрозой для жизни многих людей, экологической катастрофы или общественного бедствия.

При сравнении двух перечней условий правомерности следует заключить, что УК РФ дополнил регламентацию указанием не только на действие, но и на бездействие при обоснованном риске.

В то же время из закона было исключено условие о соответствии деяния современным научно-техническим знаниям и опыту, что может предоставлять лицу большую свободу, однако одновременно несет в себе дополнительные угрозы для охраняемых интересов, поскольку из закона прямо

---

[291] Уголовный закон. Опыт теоретического моделирования / Анашкин Г. З., Гальперин И. М., Загородников Н. И. и др.; отв. ред. С .Г. Келина, В. Н. Кудрявцев. М.: Наука, 1987. С. 134–135.

не вытекает, что такое деяние должно отвечать современной практике, сложившейся в определенной сфере деятельности.

Необходимость уголовно-правовой оценки, то есть квалификации действий, совершенных в условиях обоснованного риска, связывают в науке прежде всего с законодательным закреплением данного обстоятельства в главе 8 УК РФ[292].

В науке выделяются классификации риска.

По субъекту различают профессиональный риск, субъектом которого является лицо, осуществляющее профессиональные функции, технико-эксплуатационный риск, субъектом которого выступает лицо, обладающее специальными познаниями, и спортивный риск, субъектами которого являются лица, занимающиеся спортом[293].

По функциональному значению риск делится на экспериментальный, или новаторский, являющийся двигателем прогресса, и риск при осуществлении профессиональных функций, когда такой риск представляет собой правовую обязанность лица[294].

Основные научно-теоретические признаки правомерности обоснованного риска можно свести к следующему[295].

Вред причиняется охраняемым уголовным законом интересам, причем такой вред возможен, но не обязателен.

Право на рискованное деяние имеет любое лицо, за исключением деяний в сфере определенной профессиональной деятельности, где от лица требуется обладание характерными навыками, знаниями и опытом.

---

[292] Колосовский, В. В. Теоретические проблемы квалификации уголовно-правовых деяний: монография / В. В. Колосовский. Москва: Статут, 2011. С. 72.

[293] Козаев, Н. Ш. Указ. соч С. 16.

[294] Захарова С. С. Обоснованный риск в уголовном праве Российской Федерации: автореф. дис. … канд. юрид. наук: 12.00.08. Рязань, 2005. С. 18–20.

[295] Клюев А. А. Практика применения судами Российской Федерации положений об обстоятельствах, исключающих преступность деяния: научно-практическое пособие. Москва: Юрлитинформ, 2016. С. 172; Бабурин В. В. Риск как основание дифференциации уголовной ответственности: автореф. дис. … д-ра юрид. наук: 12.00.08. Омск, 2009. С. 11; Орехов В. В. Необходимая оборона и иные обстоятельства, исключающие преступность деяния: монография. Санкт-Петербург: Юридический центр, 2003. С. 147; Шурдумов А. Ю. Обоснованный риск как обстоятельство, исключающее преступность деяния: автореф. дис. … канд. юрид. наук: 12.00.08. Москва, 2003. С. 18; Гарбатович Д. А. Квалификация непреступных уголовно-правовых деяний: монография. Москва: Юрлитинформ, 2017. С. 26.

Действия лица направлены на достижение общественно полезной цели.

Лицо осознает возможность причинения такого вреда и осознает достижение задуманной общественно полезной цели.

Указанная цель не могла быть достигнута иными, не связанными с рискованными действиями, способами, при этом у лица остается возможность выбора поведения и альтернативы риску.

Лицо предприняло достаточные меры для предотвращения вреда, причем не требуется, чтобы лицо предприняло все возможные меры, а только те, что возможны в условиях «среднего человека», то есть доступные данному лицу.

Риск возможен как в форме действия, так и в форме бездействия.

Рискованные действия заведомо не связаны с угрозой тяжких последствий интересам государства, общества и личности.

В зарубежных правопорядках институт обоснованного риска получил закрепление преимущественно в государствах постсоветского пространства, а также в ряде европейских стран и Монголии.

Терминологические различия отражают особенности национальных правовых традиций. Наиболее распространенным является наименование «обоснованный риск», используемое в законодательстве Азербайджана, Армении, Казахстана, Киргизии, Молдовы, Таджикистана и Туркменистана.

В Республике Беларусь и на Украине применяется формулировка «деяние, связанное с риском», в Болгарии предусмотрен «оправданный экономический риск», в Грузии закреплен «правомерный риск», в Латвии «оправданный профессиональный риск», в Литве и Узбекистане «оправданный профессиональный или хозяйственный экономический риск», в Монголии «обоснованный риск производства, исследования или изучения», а в Словакии и Чехии «допустимый риск».

При всем разнообразии формулировок зарубежное уголовное законодательство демонстрирует похожесть подходов к условиям правомерности.

В большинстве стран рискованное деяние не признается преступлением либо исключает уголовную ответственность.

Обязательным элементом выступает причинение вреда охраняемым законом интересам исключительно для достижения общественно полезной цели либо существенного общественно полезного результата.

При этом достижение такой цели не должно быть осуществимо иными, не связанными с риском средствами.

В ряде государств, включая Республику Беларусь, Литву, Словению, Узбекистан и Чехию, дополнительным требованием является соответствие деяния современным научно-техническим знаниям, опыту и достижениям науки.

Лицо, осуществляющее риск, обязано принять все необходимые либо, как в Республике Беларусь и на Украине, все возможные в данной ситуации меры для предотвращения вреда.

Законодательство большинства стран исключает риск, заведомо сопряженный с угрозой жизни множества людей, экологической или иной катастрофы, общественного бедствия либо иных тяжких последствий, а в Словении и Чехии дополнительно требует не противоречия общественным интересам, принципам гуманности и добрым нравам.

В Республике Беларусь и Чехии при возникновении угрозы жизни и здоровью человека обязательным условием становится получение его согласия.

Особый интерес представляют положения о правомерности эксперимента, закрепленные в уголовных законах Литвы и Польши.

Оба государства устанавливают сходные требования, а именно законность эксперимента, его соответствие научно обоснованным методам, исключительное научное или практическое значение ожидаемых результатов, обязанность исследователя принять меры предосторожности для предотвращения ущерба и обязательное получение добровольного информированного согласия участника[296].

При этом литовский законодатель прямо запрещает проведение экспериментов в отношении беременных женщин, их плода, малолетних детей,

[296] Gąsior M. Medical experiments in the light of the amendment of the act on the profession of a physician and a dentist //Wiad Lek. – 2021. – T. 74. – №. 8. – C. 1988-1994.

психически больных и заключенных. Польское законодательство, напротив, не содержит абсолютных запретов, но устанавливает, что условия медицинских экспериментов регулируются специализированными законами[297].

Анализ зарубежного уголовного законодательства свидетельствует о сходстве базовых условий правомерности риска с положениями ст. 41 УК РФ.

Наряду с этим зарубежные правопорядки закрепляют и отличные условия, не предусмотренные российским уголовным законом, а именно соответствие деяния современным научно-техническим знаниям и опыту, непротиворечие общественным интересам и принципам гуманности, обязательное получение согласия лица при угрозе его жизни и здоровью, а также развернутую регламентацию условий правомерности эксперимента. Указанные положения могут быть учтены российским законодателем при разработке специальной нормы о медицинском риске.

Наряду с законодательными конструкциями, как отечественными, так и зарубежными, существенное значение для уяснения содержания обоснованного риска имеет судебная практика, которая формирует необходимые правоприменительные ориентиры.

В научной литературе на основе изучения уголовных дел за период 2009-2014 гг. выделяются три группы решений. В первой группе суды отклоняли доводы о риске без какой-либо аргументации, во второй также отклоняли, но с обоснованием причин отказа, а в третьей оправдывали лицо со ссылкой на нормы об обоснованном риске[298].

Анализ актуальной судебной практики с учетом судебного толкования и оценки фактических обстоятельств позволяет выделить ряд устойчивых правовых позиций.

Определяющим фактором для признания обоснованного риска обстоятельством, исключающим преступность деяния, выступает наличие

---

[297] Kulikowska-Kulesza J., Kosciuk D. The Rules of Medical Experimentation on People in the Light of the Polish Law and Administrative Solutions //Pub. Governance, Admin. & Fin. Rev. 2020. Т. 5. с. 32.

[298] Щелконогова Е. В. Обстоятельства, исключающие преступность деяния: монография // М.: Юрлитинформ, 2015. С. 94-96.

в действиях лица общественно полезной цели[299]. Ее отсутствие, напротив, исключает ссылку на обоснованный риск[300]. В частности, полезная цель отсутствует при совершении корыстного преступления[301].

Равным образом исключают применение положений обоснованного риска состояние алкогольного опьянения[302] и предоставление заведомо ложных сведений об объеме и стоимости произведенных работ[303].

Судебная практика выработала и иные критерии.

Так, если лицо допустило существенные нарушения при строительстве жилого дома, в результате которых дом не подлежит вводу в эксплуатацию, а пребывание людей в таком доме небезопасно, общественно полезная цель признается недостигнутой, а риск сопряженным с угрозой для жизни многих людей[304]. Риск должен быть вынужденным, а цель недостижимой иными действиями[305].

Если у лица имеется реальная возможность достижения полезного результата без совершения рискованных действий, оно обязано ею воспользоваться. При этом степень мер для предотвращения вреда определяется исходя из конкретных обстоятельств[306].

Анализ правоприменительной практики показывает, что судебные решения, содержащие оценку положений ст. 41 УК РФ при причинении вреда пациенту, носят единичный характер.

---

[299] Апелляционное постановление Ульяновского областного суда от 03.04.2019 № 22-539/2019 [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

[300] Постановление 7 кассационного суда общей юрисдикции от 2001.2023 № 77-324/2023 [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

[301] Определение 6 кассационного суда общей юрисдикции от 11.12.2024 № 777-3996/2024 [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

[302] Постановление 6 кассационного суда общей юрисдикции от 03.08.2023 № 77-3076/2023 [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

[303] Апелляционное определение Верховного суда Республики Мордовия от 10.06.2019 № 22-922/2019 [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

[304] Апелляционное постановление Ивановского областного суда от 17.03.2017 по делу № 22-267/2017 [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

[305] Апелляционное определение Санкт-Петербургского городского суда от 25.02.2019 № 22-680/2019 [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

[306] Определение 1 кассационного суда общей юрисдикции от 20.10.2022 № 77-5192/2022 [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

Как было показано ранее, при отсутствии причинной связи суды не переходят к оценке условий правомерности, поскольку необходимость в такой оценке утрачивается.

В результате единообразный подход к применению ст. 41 УК РФ при причинении вреда пациенту не сформирован, а материалы обобщения судебной практики по данной категории дел отсутствуют.

В научной литературе обоснованно ставится вопрос о принятии «специализированного» постановления Пленума Верховного Суда Российской Федерации о практике рассмотрения указанных уголовных дел[307], необходимость которого представляется назревшей.

Единичные случаи, в которых суды все же обращаются к анализу ст. 41 УК РФ при причинении вреда пациенту, иллюстрируют следующее.

При катетеризации подключичной вены, повлекшей смерть пациента, суд указал, что для проведения манипуляции имелись абсолютные медицинские показания, конечной целью которых являлось спасение жизни, что значительно превышает риск возможных осложнений, учитывая, что манипуляция выполняется вслепую по анатомическим ориентирам, а осложнения возможны даже при технически правильном выполнении. Поскольку медицинским работником были предприняты достаточные меры для предотвращения неблагоприятных последствий, суд признал его действия совершенными в условиях обоснованного риска[308].

В данном случае суд последовательно проанализировал признаки правомерности риска, предусмотренные ст. 41 УК РФ, что служит показательным примером судебного толкования данного института.

В другом уголовном деле при обильном носовом кровотечении врач-отоларинголог провел оперативное лечение, которое не привело к остановке

---

[307] Самиулина Я. В., Буравов И. С. Проблемы установления обстоятельств, исключающих преступность действий медицинских работников при причинении вреда здоровью пациента // Вестник Самарского юридического института. 2023. № 2 (53). С. 147.

[308] Постановление 1 кассационного суда общей юрисдикции от 11.05.2022 № 77-2196/2022 [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

кровотечения, поскольку источник кровотечения не был определен, однако пациент был выписан, а при повторном поступлении скончался. Суд указал, что удаление ткани оперативным путем не свидетельствует о наличии обоснованного риска, поскольку операция не была показана пациенту, а в ходе вмешательства допущено отступление от методики, чем потерпевший был поставлен в опасное для жизни состояние[309].

В данном случае суд прямо связывает отсутствие правомерности обоснованного риска с ненадлежащим оказанием медицинской помощи. Однако требование надлежащего осуществления деятельности не вытекает из содержания ст. 41 УК РФ и не отнесено законодателем к условиям правомерности обоснованного риска. Тем самым суд фактически дополнил указанную норму самостоятельным условием, не предусмотренным уголовным законом.

В третьем примере при оказании паллиативной помощи на дому врач провел лапароцентез без ультразвукового контроля, в результате чего был поврежден кишечник. Суд установил, что полезная цель улучшения качества жизни пациента могла быть достигнута средствами, не связанными с риском, а именно путем выполнения лапароцентеза под ультразвуковым контролем на дому либо в медицинском учреждении, что позволило бы избежать осложнений, поэтому в действиях врача также отсутствовали признаки обоснованного риска[310].

В данном случае суд, отказывая в признании риска обоснованным, ограничился проверкой условий, прямо предусмотренных ст. 41 УК РФ, и не расширил их перечень. Установив, что общественно полезная цель была достижима иным способом, суд обоснованно констатировал отсутствие одного из законодательных условий правомерности, что свидетельствует о применении нормы в пределах ее буквального содержания.

---

[309] Приговор Октябрьского районного суда города Белгорода от 12.08.2019 № 1-19/2019 [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

[310] Апелляционное определение Ярославского областного суда от 23.07.2024 № 22-1520/2024 [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

Применительно к медицинской деятельности рискованные действия в доктрине именуются преимущественно медицинским или врачебным риском, который наиболее часто соответствует критериям обоснованного риска[311].

Однако более точным представляется использование категории «медицинский риск», поскольку субъектами медицинской деятельности выступают не только врачи, но и средний и младший медицинский персонал, а отнесение к субъектам профессионального риска исключительно врачей существенно сужает пределы применения рассматриваемого института[312].

В науке сложилось деление медицинского риска на два основных вида.

Первый вид представляет собой научно-экспериментальный риск, направленный на решение исследовательских задач. Второй вид связан с оказанием медицинской помощи конкретному пациенту и направлен на его излечение.

Такое деление разделяют многие авторы, в частности, А.А. Ильюхов[313], А.В. Серова[314], В.А. Глушков[315] и Н. В. Павлова[316].

Предложенное в доктрине деление медицинского риска на два вида представляется корректным и заслуживает поддержки.

В свою очередь, доктринальные подходы к условиям правомерности медицинского риска, несмотря на многообразие, обнаруживают общие закономерности.

К числу таковых относятся обоснованность вмешательства данными медицинской науки и практического опыта, недостижимость поставленной цели иными, не связанными с риском средствами,

---

[311] Ившин И. В. Судебно-медицинские аспекты профессиональных преступлений медицинских работников против жизни и здоровья: автореф. дис. … канд. мед. наук: 14.00.24 / Моск. гос. мед.-стоматолог. ун-т. Москва, 2005. С. 22.

[312] Огнерубов Н. А., Зелепукин Р. В., Большакова В.М. Профессиональные медицинские риски: условия правомерности в контексте действующего уголовного законодательства // Siberian Journal of Life Sciences and Agriculture. 2021. Т. 13, № 6. С. 273.

[313] Ильюхов А. А. Обоснованный риск как обстоятельство, исключающее преступность деяния: автореф. дис. … канд. юрид. наук: 12.00.08 / Юрид. ин-т МВД России. М., 2001. С. 13-14.

[314] Серова А. В. Профессиональный риск медицинских работников как вид обоснованного риска: автореф. дис. … канд. юрид. наук: 12.00.08 / Уральская гос. юрид. академия. Екатеринбург, 1999. С. 20-21.

[315] Глушков В. А. Указ. соч. С. 27.

[316] Павлова Н. В. Обоснованный риск в медицинской деятельности // Вестник Московского университета. Серия 11: Право. 2006. № 3. С. 74.

вероятный, а не неизбежный характер возможного вреда, а также обязанность медицинского работника предпринять все возможные меры для предотвращения неблагоприятных последствий.

Право на риск признается исключительно за медицинским работником, обладающим соответствующей квалификацией и достаточным практическим опытом, при этом риск не должен осуществляться для коммерческой или иной личной выгоды.

Наряду с технически правильным выполнением медицинского вмешательства необходимы соответствующие предпосылки его проведения, полнота и тщательность обследования пациента, а также соответствие нормативным предписаниям в сфере медицинской деятельности.

Обязательным условием является получение добровольного информированного согласия пациента, которому надлежит разъяснить возможные последствия вмешательства, а при невозможности получения согласия допускается согласие ближайших родственников.

Указанные условия в схожих вариация выделяются П.С. Дагелем[317], А.И. Рарогом и Т.Г. Понятовской[318], А.Г. Кибальником и Я.В. Старостиной[319], А.Г. Блиновым[320], О.М. Сариевым[321], Н.Н. Аськовым[322], В.А. Казаковой[323] и Т.М. Лопатиной[324].

Представляется необходимым обратить внимание на то, что условия правомерности, выделяемые в доктрине, в своей совокупности выходят за рамки законодательной конструкции обоснованного риска, закрепленной в ст. 41 УК РФ.

---

[317] Дагель П. С. Указ. соч. С. 12.

[318] Рарог А. И., Понятовская Т. Г. Медицинский риск в уголовном праве // Всероссийский криминологический журнал. 2021. Т. 15, № 3. С. 326-331.

[319] Кибальник А. Г., Старостина Я. В. Актуальные проблемы уголовной ответственности медицинских работников: монография. Москва: Илекса, 2006. С. 68.

[320] Блинов А. Г. Уголовно-правовая охрана прав пациента: учеб. пособие / М-во образования Рос. Федерации, Сарат. гос. акад. права. Саратов: Сарат. гос. акад. права, 2004. С. 160.

[321] Сариев О. М. Обоснованный риск в медицинской деятельности и условия его правомерности // Вестник Тамбов. университета. Серия: Гуманитарные науки. 2015. № 5. . 217.

[322] Аськов Н. Н. Указ. соч. – С. 65-75.

[323] Казакова В. А. Уголовно-правовое противодействие причинению вреда жизни и здоровью по профессиональной неосторожности // Уголовно-исполнительное право. 2019. Т. 14 № 1. С. 76.

[324] Лопатина Т. М. Пределы уголовной ответственности при медицинском риске // Российский юридический журнал. 2023. № 5(152). С. 95-96.

Соответствие вмешательства данным медицинской науки и практического опыта не является условием, предусмотренным указанной нормой. Наряду с технически правильным выполнением медицинского вмешательства доктрина обоснованно требует наличия соответствующих предпосылок его проведения, а также полноты и тщательности обследования пациента, что также не находит прямого отражения в тексте ст. 41 УК РФ. Получение добровольного информированного согласия пациента как выражение его волеизъявления представляет собой самостоятельное условие, которое не вытекает из содержания действующей нормы ст. 41 УК РФ. Самостоятельным условием выступает и соответствие рискованного деяния нормативным предписаниям, поскольку ст. 41 УК РФ не обязывает лицо обеспечивать соответствие своих действий действующим в этой сфере нормативным актам.

Сторонники применения ст. 41 УК РФ к медицинской деятельности без создания самостоятельной нормы могут возразить, что не все условия правомерности должны быть прямо поименованы в законе, поскольку часть из них может вытекать из существа законодательной конструкции и раскрываться в процессе толкования.

С таким подходом в целом можно согласиться, однако он не опровергает необходимости самостоятельной регламентации медицинского риска.

Разграничение следует проводить по критерию производности условия от содержания нормы. Если доктринальное условие представляет собой конкретизацию уже законодательно закрепленного условия применительно к медицинской сфере, оно действительно может быть установлено путем толкования. Если же условие вводит требование, качественно отличное от предусмотренных законом, оно не может быть выведено из содержания ст. 41 УК РФ. Условия, выделяемые в доктрине применительно к медицинскому риску, как правило, относятся ко второй группе, поскольку они представляют собой самостоятельные условия, изменяющие характер правоотношения и придающие ему персонифицированный характер, не свойственный конструкции обоснованного риска.

Следовательно, доктринальные условия правомерности медицинского риска шире не только по количеству, но и по своей правовой природе, что исключает их учет в рамках действующей нормы.

Учитывая изложенные ранее доктринальные подходы, анализ зарубежного законодательства и судебное толкование рискованных действий, можно сформулировать итоговое понимание медицинского риска.

В содержание медицинского риска следует включать две самостоятельные ситуации.

Первая представляет собой непосредственное оказание медицинской помощи посредством осуществления рискованного медицинского вмешательства. Вторая охватывает медицинский эксперимент, который включает клиническую апробацию методов медицинской помощи[325], клиническое исследование лекарственных препаратов[326] и клиническое испытание медицинских изделий[327] (далее – Решение Совета ЕЭК № 79, Приказ № 245н, Приказ № 885н соответственно).

Указанные медицинские ситуации обладают как общими условиями правомерности, связанными с условиями правомерности обоснованного риска, содержащимися в ст. 41 УК РФ, так и специальными условиями правомерности, присущими исключительно медицинскому риску.

Общие условия медицинского риска соответствуют условиям ст. 41 УК РФ, при этом профессиональные медицинские нормы служат раскрытию их содержания, что позволяет учесть специфику медицинской деятельности в рамках уголовно-правового анализа.

---

[325] Приказ Минздрава России от 19. Мая 2023 г. № 245н «Об утверждении Положения об организации клинической апробации» [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

[326] Решение Совета ЕЭК от 3. Октября 2016 г. №79 «Об утверждении Правил надлежащей клинической практики Евразийского экономического союза» [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

[327] Приказ Минздрава России от 30 августа 2021 г. №885н «Об утверждении Порядка проведения оценки соответствия медицинских изделий» [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

1. К общим условиям правомерности медицинского риска относится прежде всего то, что вред причиняется охраняемым уголовным законом интересам, которыми являются жизнь и здоровье конкретного пациента.

В ситуации клинической апробации вред выражается в прогнозируемых и непрогнозируемых тяжелых осложнениях, угрожающих жизни и здоровью пациента.

При исследовании лекарственных препаратов вред может проявляться в нежелательной реакции при наличии связи с введением препарата либо в нежелательном явлении вне такой связи, а также в серьезном нежелательном явлении, создающем угрозу жизни пациента, при этом охраняемым интересом выступает благополучие субъектов исследования.

В случае исследования медицинских изделий соприкосновение с телом пациента происходит только при клинических испытаниях, поскольку при технических испытаниях и токсикологических исследованиях такое соприкосновение отсутствует. Вред при этом может быть выражен в ухудшении состояния пациента в связи с неблагоприятным или нежелательным событием, а охраняемыми интересами также будут жизнь и здоровье конкретного пациента, участвующего в клиническом испытании.

Указанные варианты причинения вреда охватываются общими условиями правомерности обоснованного риска, предусмотренными ст. 41 УК РФ, и конкретизируются применительно к особым охраняемым интересам.

2. Причинение такого вреда пациенту допускается лишь при условии, что ожидаемая цель не может быть достигнута иными, не связанными с риском средствами.

При оказании медицинской помощи такой целью выступает полное излечение пациента либо поддержание должного состояния его здоровья.

Клиническая апробация проводится для подтверждения эффективности разработанных и ранее не применявшихся методов оказания медицинской помощи согласно ст. 36.1 Закона № 323-ФЗ.

Клиническое исследование лекарственного препарата направлено на установление безопасности препаратов для больных и здоровых лиц, подбор оптимальных дозировок и выявление неизвестных побочных действий в соответствии с ч. 1 ст. 38 Федерального закона «Об обращении лекарственных средств» от 12 апреля 2010 г. № 61-ФЗ (далее – Закон № 61-ФЗ).

Клиническое испытание медицинского изделия осуществляется для оценки его безопасности и эффективности.

Рискованные действия при оказании медицинской помощи могут быть вызваны необходимостью установления окончательного диагноза, нетипичностью заболевания, отсутствием эффекта от проводимой терапии, осложнениями, присоединением сопутствующего заболевания и иными обстоятельствами, когда апробированные методы не дают должного эффекта.

Риск при клинической апробации может выражаться в выборе вида, формы, условий оказания помощи, перечня вмешательств, лекарственных препаратов, их дозировок, частоты приема или способа введения в пределах принятой клинической практики.

При клинических исследованиях лекарственных препаратов рискованная практика может выходить за рамки рутинных процедур, а при клиническом испытании медицинских изделий рискованные действия могут выходить за пределы стандартного течения обследований и операций при условии технически правильного выполнения манипуляций.

Изложенные цели и рискованные действия также корреспондируют условиям обоснованного риска, закрепленным в ст. 41 УК РФ, и раскрыты через специфику медицинской деятельности.

3. Вред пациенту при риске является возможным, но не неизбежным, а медицинский работник, осуществивший рискованное деяние, обязан предпринять все возможные и осуществимые (в редакции ст. 41 УК РФ – достаточные) действия для предотвращения вреда интересам пациента.

Это понимается в субъективном смысле, то есть медицинский работник предвидит возможные негативные последствия и принимает все зависящие от него меры для их предотвращения.

Предотвращение выражается в возможности приостановления или прекращения клинической апробации при превышении частоты прогнозируемых осложнений тридцати процентов либо при возникновении непрогнозируемых тяжелых осложнений согласно пункту 24 приказа № 245н.

Приостановление или прекращение предусмотрено также при клинических исследованиях лекарственных препаратов и при клинических испытаниях медицинских изделий в случае ухудшения состояния пациента в соответствии с пунктом 4.12 Решения Совета ЕЭК № 79 и пунктом 42 приказа № 885н.

Изложенное условие также соотносится с требованиями ст. 41 УК РФ и конкретизируется применительно к медицинской деятельности через обязанность медицинского работника предвидеть возможные неблагоприятные последствия для пациента и принимать необходимые меры к их предотвращению.

Терминологически более точно следует говорить о том, что в медицинской деятельности ввиду индивидуальности течения каждого заболевания критерием правомерности должна быть не достаточность мер, как того требует ст. 41 УК РФ, а субъективная возможность медицинского работника принять меры, осуществимые в конкретной клинической ситуации, с учетом объективной ограниченности медицинской науки и практики на момент заболевания.

При проведении медицинского эксперимента указанное условие должно учитывать индивидуальную реакцию организма пациента на экспериментальное вмешательство, зависящую от состояния здоровья конкретного пациента, что требует оценки субъективной возможности медицинского работника осуществить необходимые меры применительно к конкретным клиническим условиям.

4. Наконец, риск заведомо не должен быть сопряжен с угрозой для жизни многих людей, экологической катастрофы или общественного бедствия.

Категория «многие люди» является оценочной, ее содержание определяется применительно к конкретной ситуации[328].

КС РФ признал Чернобыльскую катастрофу экологической катастрофой, повлекшей невосполнимый вред для конституционных прав граждан, включая право на благоприятную окружающую среду, жизнь и здоровье[329].

Пленум Верховного Суда Российской Федерации относил к общественному бедствию землетрясения, наводнения, пожары и иные подобные явления[330].

В медицинской практике данное требование утрачивает свое значение, поскольку медицинское вмешательство всегда направлено на конкретного пациента и возможные негативные последствия по определению локализованы в пределах вреда его жизни и здоровью, а угроза для неопределенного круга лиц либо наступление экологической катастрофы или общественного бедствия не свойственны медицинской деятельности как таковой и не охватываются ее целями.

Что касается экспериментальной деятельности, то участие заранее ограниченного числа лиц в клинических испытаниях лекарственных средств и медицинских изделий с их информированным добровольным согласием такой угрозы не образует, поскольку круг таких лиц является строго определенным и контролируемым, а каждый участник добровольно принимает на себя риск в рамках надлежащей клинической практики.

Следовательно, признаки медицинского риска не совпадают с признаками обоснованного риска, закрепленными в ст. 41 УК РФ, что обусловливает необходимость выделения специальных условий правомерности.

Специальные условия правомерности медицинского риска имеют самостоятельное значение и в совокупности с общими условиями образуют уголовно-правовую характеристику медицинского риска.

---

[328] Кобзева Е. В. Глава 16. Обстоятельства, исключающие преступность деяния // Российское уголовное право. Общая и Особенная части: В 3 т. Учебник / Под ред. Н. А. Лопашенко. М.: Юрлитинформ, 2014. Т. 1. С. 364 - 405.

[329] Постановление Конституционного Суда РФ от 1 декабря 1997 г. № 18-П [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

[330] Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 22 декабря 1992 г. № 15 «О судебной практике по делам об умышленных убийствах» [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

Поскольку конструкция ст. 41 УК РФ не позволяет в полной мере учесть специфику медицинской деятельности, возникает необходимость выделения специальных условий, содержание которых раскрывается через профессиональные медицинские требования. Именно эти требования позволяют установить, какие действия медицинского работника являются правомерными в конкретной клинической ситуации.

1. К специальным условиям правомерности медицинского риска относится прежде всего особый статус потерпевшего, в качестве которого выступает пациент.

В соответствии с п. 9 ст. 2 Закона № 323-ФЗ медицинская помощь оказывается лицу, вступившему в общественные отношения в сфере здравоохранения, независимо от наличия у него заболевания и от его состояния. При клинической апробации также оказывается медицинская помощь, в связи с чем такая деятельность направлена в отношении пациента.

При клиническом исследовании лекарственных препаратов субъектами выступают пациенты или субъекты исследования, то есть физические лица, участвующие в исследовании в составе группы, получающей исследуемый препарат, либо в составе контрольной группы.

Клинические испытания медицинских изделий проводятся в отношении людей, которые именуются пациентами согласно пункту 36 приказа № 885н.

Данное специальное условие правомерности не имеет аналога в ст. 41 УК РФ, поскольку обоснованный риск не предполагает конкретного потерпевшего. В медицинском же риске вред всегда причиняется конкретному пациенту или субъекту исследования.

2. Право на риск имеет исключительно уполномоченное лицо, а именно медицинский работник или субъект профессиональной исследовательской деятельности.

В соответствии с законодательством медицинскую помощь пациентам вправе оказывать лица, отвечающие требованиям закона для допуска к такой деятельности, предусмотренным п. 5, 10, 13 ст. 2, ст. 69 и ст. 100 Закона № 323-ФЗ.

Медицинская помощь при клинической апробации оказывается врачами-специалистами соответствующего профиля, работающими в федеральных медицинских организациях и имеющими стаж работы по специальности не менее пяти лет согласно пункту 43 приказа № 245н.

Клиническое исследование лекарственных препаратов проводится врачом либо исследователем, то есть физическим лицом, отвечающим за проведение исследования в исследовательском центре.

Клиническое испытание медицинского изделия с участием пациента осуществляется членами комиссии, работающими в соответствующей медицинской организации, которой поручено проведение такого испытания.

Изложенные требования к субъекту медицинского риска свидетельствуют, что, в отличие от ст. 41 УК РФ, не ограничивающей круг лиц, медицинский риск предполагает специального субъекта его осуществления.

3. Особая обстановка риска заключается в том, что медицинский риск связан с оказанием медицинской помощи в неотложной форме, то есть при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента.

Существует не реальная, а потенциальная опасность для жизни или здоровья пациента с возможностью прибегнуть к альтернативным вариантам оказания медицинской помощи.

Как отмечается в медицинских документах, неотложность предполагает оказание помощи в наиболее ранние сроки для купирования острых нарушений и предупреждения их дальнейшего развития, а неотложная хирургия направлена на предотвращение необратимых функциональных или анатомических нарушений[331].

В качестве примера также можно привести клинические рекомендации по лечению иммунной тромбоцитопении, то есть снижения числа тромбоцитов ниже ста на десять в девятой степени на литр, в которых указано, что

---

[331] Клинические рекомендации - Открытая травма глаза: клиника, диагностика, лечение. Утверждено: «…» 2017 г, Москва, Заседание Президиума Общероссийской общественной организации «Ассоциация врачей-офтальмологов»[Электронный ресурс] URL: https://library.mededtech.ru/rest/documents/OTG_klin_rekom_18042017/ (дата обращения 04.05.2024)

иммуноглобулин человека, высокие дозы глюкокортикоидов или их комбинация способны эффективно и быстро повысить количество тромбоцитов[332].

При проведении клинической апробации, клинических исследований лекарственных препаратов и клинических испытаний медицинских изделий обстановка характеризуется состоянием медицинской науки и практики, а рискованное деяние направлено на получение нового знания.

В соответствии со стратегическими нормативными правовыми актами указанная деятельность связывается с созданием высокотехнологичных инновационных продуктов и внедрением их в практическое здравоохранение[333].

Приведенная характеристика обстановки свидетельствует о том, что, в отличие от ст. 41 УК РФ, не ограничивающей сферу рискованной деятельности, медицинский риск локализован в строго определенных областях медицинской деятельности.

4. Рискованное деяние должно соответствовать объективно-субъективной действительности, то есть обстановке совершения рискованного деяния, включая достижения медицинской науки и практики, научно-техническому прогрессу, современным тактикам лечения, а также субъективной возможности конкретного уполномоченного лица, обладающего необходимыми умениями, знаниями, квалификацией, опытом и стажем для выполнения требуемых действий.

Приобретенный опыт врача при этом оказывает прямое влияние на принимаемые им юридически значимые решения и выбор тактики ведения пациента, включая осуществление медицинского вмешательства[334].

Например, для проведения клинической апробации врач должен иметь стаж работы по специальности не менее пяти лет, а для исследователя

---

[332] Клинические рекомендации – Иммунная тромбоцитопения – 2021-2022-2023 (10.11.2021) – Утверждены Минздравом РФ [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

[333] Распоряжение Правительства РФ от 28 декабря 2012 г. №2580-р «Об утверждении Стратегии развития медицинской науки в Российской Федерации на период до 2025 года»; Указ Президента РФ от 6 июня 2019 г. №254 «О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года» [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

[334] Аськов Н. Н. Причинение вреда медицинскими работниками при исполнении профессиональных обязанностей: особенности субъективной стороны // Юридический вестник Самарского университета. 2019. Т. 5. № 2. С. 134.

устанавливаются требования к квалификации, образованию, профессиональной подготовке и опыту, позволяющие ему принять на себя ответственность за надлежащее проведение клинического исследования.

Приведенное условие соотносится с требованием соответствия рискованного деяния современным научно-техническим знаниям и опыту, которое, как отмечалось ранее, содержалось в ст. 27 Основ уголовного законодательства Союза ССР и республик 1991 г., но было в последующем исключено из ст. 41 УК РФ.

В медицинской деятельности такое требование приобретает решающее значение, поскольку указанная деятельность осуществляется на основе знаний, опыта и практики, сложившихся на момент планируемого рискованного деяния.

В отличие от обоснованного риска, регламентированного ст. 41 УК РФ, где жизнь и здоровье лица не выступают в качестве обязательного объекта угрозы, медицинский риск всегда сопряжен с причинением вреда именно этим благам. Это обусловливает необходимость соблюдения профессиональных стандартов, что в совокупности и образует рассмотренное ранее требование соответствия рискованного деяния объективно-субъективной действительности.

Кроме того, вряд ли пациент даст добровольное информированное согласие на участие в экспериментальной деятельности, если она не отвечает современным медицинским знаниям и сложившемуся опыту, тем самым подвергая свои жизнь или здоровье непрогнозируемой опасности.

5. Рискованное деяние должно соответствовать нормативным требованиям в сфере профессиональной деятельности.

Такая деятельность прежде всего должна соответствовать Конституции Российской Федерации и федеральному законодательству, в частности Законам № 323-ФЗ и № 61-ФЗ, а также актам органов государственной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления.

Применительно к оказанию медицинской помощи рискованная деятельность должна соответствовать порядкам оказания медицинской помощи, клиническим рекомендациям, стандартам медицинской помощи, актам Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Клиническая апробация должна соответствовать заключению этического комитета и экспертного совета Минздрава, а также утвержденному протоколу проведения такой апробации. Клиническое исследование лекарственного препарата осуществляется на основе надлежащей клинической практики, применимых требований и соответствующего протокола. Клиническое испытание медицинского изделия должно соответствовать принятой программе испытания.

Приведенные требования свидетельствуют о том, что медицинская деятельность осуществляется на основе детально разработанных нормативных документов, определяющих порядок проведения медицинских вмешательств и исследований, которыми обязан руководствоваться медицинский работник.

В отличие от ст. 41 УК РФ, допускающей значительную свободу усмотрения, медицинский риск предполагает строгую нормативную регламентацию, поскольку она служит критерием разграничения правомерности и ненадлежащего оказания медицинской помощи и проведения экспериментальной деятельности, а также обеспечивает единообразие правоприменительной оценки действий медицинского работника.

6. Согласие пациента является обязательным условием правомерности медицинского риска. Это обусловлено тем, что медицинский риск связан с оказанием медицинской помощи в неотложной форме, когда, как правило, пациент находится в сознании и способен выразить свою волю.

Закон предусматривает ситуации, когда получение согласия объективно невозможно. Если невозможность получения согласия обусловлена экстренными показаниями, предусмотренными п. 1 ч. 9 ст. 20 Закона № 323-ФЗ, правомерность вмешательства определяется по правилам крайней необходимости и не относится к медицинскому риску.

Экстренный характер медицинского вмешательства в данном случае свидетельствует о наличии состояния крайней необходимости, для которого характерны наличность и действительность опасности, непосредственно угрожающей жизни пациента «здесь и сейчас», и не соответствует условиям

медицинского риска, поскольку последний предполагает оказание помощи в неотложной форме.

Во всех иных случаях, когда получение согласия объективно невозможно, условия его получения могут анализироваться в рамках медицинского риска.

Правовое регулирование получения добровольного информированного согласия пациента в рамках оказания медицинской помощи осуществляется ст. 20 и ч. 6 ст. 36.1 Закона № 323-ФЗ, согласно которым медицинская помощь, а также медицинская помощь в рамках клинической апробации, оказывается при наличии информированного добровольного согласия пациента, если существует возможность дать такое согласие.

При экспериментальной деятельности в рамках клинических исследований лекарственных препаратов и клинических испытаний медицинских изделий согласие пациента является предварительным условием участия в ней. Пациенту в доступной форме предоставляется полная информация о целях, методах, рисках и возможных вариантах медицинского вмешательства, его последствиях и предполагаемых результатах экспериментальной деятельности, что прямо вытекает из требований российского законодательства и международных норм.

При клинических исследованиях лекарственных препаратов добровольное информированное согласие должно быть получено у каждого субъекта до его включения в исследование, что закреплено в п. 2.9 и 4.8 Решения Совета ЕЭК № 79. Информированное согласие также требуется для проведения клинического испытания медицинского изделия с участием пациента, что отражается в акте по итогам проведения такого испытания.

В отличие от обоснованного риска, который не предполагает волеизъявления лица, которому может быть причинен вред, и допускает совершение рискованного деяния вопреки его воле, медицинский риск основан на добровольном и сознательном волеизъявлении пациента (когда это возможно), что отражает специфику медицинской деятельности и особый характер охраняемых отношений медицинский работник–пациент.

Уголовный закон не дает исчерпывающего представления о специфике сферы оказания медицинской помощи как таковой. Для получения полного представления о правовой природе необходимо привлекать как теоретические разработки, так и практический опыт в сочетании с действующей законодательной базой. Это необходимо прежде всего для целей практической деятельности по разграничению преступных и непреступных деяний медицинских работников[335].

На основе выработанных общих и специальных условий правомерности может быть сформулирована теоретическая дефиниция медицинского риска, условия которой могут быть восприняты при последующей законодательной регламентации.

Медицинский риск представляет собой причинение вреда жизни и здоровью конкретного пациента, выступающего в качестве особого потерпевшего, для достижения полезной цели как в интересах данного пациента, так и в интересах системы здравоохранения в целом, осуществляемое путем оказания медицинской помощи в неотложной форме либо в процессе проведения клинической апробации, клинического исследования лекарственных средств или клинического испытания медицинских изделий, при условии, что такая деятельность соответствует объективно-субъективной действительности и нормативным требованиям, предъявляемым к ней, а указанная цель недостижима иными средствами, и уполномоченное лицо, то есть медицинский работник или исследователь, предпринимает все возможные и осуществимые действия для предотвращения вреда с получением информированного добровольного согласия пациента, когда его получение объективно возможно, до осуществления рискованного деяния.

Переходя к вопросу о законодательной регламентации медицинского риска, следует учитывать, что в свою очередь, условия, закрепленные в ст. 41 УК РФ, сформулированы универсально и не содержат указаний на ряд обстоятельств, имеющих определяющее значение для медицинской

---

[335] Сенокосова Е. К. Обстоятельства, исключающие преступность деяния, совершенного при оказании медицинской помощи // Вестник ОмГУ. Серия. Право. 2019. № 1. С. 199.

деятельности, что порождает потребность в их специальной нормативной конкретизации применительно к медицинскому риску.

Такая универсальность, обеспечивающая ее применимость к разнородным сферам деятельности, оборачивается недостаточной определенностью применительно к медицине, где цена ошибки несоизмеримо выше, а требования к обоснованности риска носят повышенный характер.

Объектом угрозы в медицинском риске выступают жизнь и здоровье конкретного пациента. В иных сферах риск может затрагивать различные по своей сути охраняемые законом интересы, в медицине же угроза всегда носит персонифицированный характер.

Это исключает применение предусмотренного ст. 41 УК РФ условия заведомой сопряженности риска с угрозой для многих людей, экологической катастрофы или общественного бедствия.

Субъектом риска является специальное лицо, а именно медицинский работник или исследователь, обладающий необходимой квалификацией. Напротив, ст. 41 УК РФ не ограничивает круг лиц, имеющих право на риск.

Потерпевшим при медицинском риске выступает пациент, что порождает особое правоотношение «медицинский работник–пациент», в отличие от указанной нормы, не конкретизирующей потерпевшего.

Обстановка медицинского риска ограничена рамками неотложной медицинской помощи и проведения медицинских экспериментов, между тем ст. 41 УК РФ не устанавливает требований к обстановке совершения риска.

Наконец, медицинский риск предполагает добровольное и осознанное волеизъявление пациента, в то время как ст. 41 УК РФ не предполагает волеизъявление лица, которому может быть причинен вред.

Наиболее существенное отличие состоит в том, что ст. 41 УК РФ не предъявляет требований к соответствию рискованного деяния объективно-субъективной действительности (актуальным знаниям, опыту и сложившейся практике) и, что особенно важно для безопасности пациента,

нормативным предписаниям, представляя медицинскому работнику или исследователю значительную свободу усмотрения.

Из этих требований вытекают все иные особенности медицинского риска, рассмотренные ранее (конкретный субъект и конкретный потерпевший, определенная обстановка рискованного деяния, получение информированного добровольного согласия).

В ст. 41 УК РФ указанные требования отсутствуют, тогда как для медицинской деятельности, представляющей собой строго регламентированный комплекс медицинских вмешательств, соблюдение нормативных предписаний является обязательным условием обоснованности риска. При этом такие условия правомерности обоснованного риска, как общественно полезная цель, недостижимость ее иными средствами и достаточность предпринятых мер, носят оценочный характер и не поддаются однозначной верификации без обращения к конкретным нормативным предписаниям, регулирующим соответствующую сферу деятельности.

Прямое указание в норме на необходимость соответствия рискованного деяния нормативным требованиям в сфере профессиональной медицинской деятельности позволяет проверить соблюдение указанных оценочных условий на правомерность, поскольку соответствие или несоответствие деяния установленным правилам поддается объективному установлению.

Исходя из того, что суд обязан рассматривать уголовные дела в строгом соответствии с законом, он принимает во внимание лишь те обстоятельства, которые прямо указаны в законе. В результате требование о соответствии деяния нормативным предписаниям, имеющее определяющее значение для медицинской деятельности, может оставаться за рамками судебной оценки.

Подобная оценка должна стать обязанностью для суда, а требование о соответствии риска нормативным предписаниям в сфере профессиональной медицинской деятельности подлежит прямому закреплению в уголовном законе.

Тем самым уголовно-правовая квалификация действий медицинских работников должна осуществляться на основании четко сформулированных,

заранее установленных нормативных предписаний, что исключает возможность произвольной и ретроспективной уголовной ответственности[336].

Следовательно, медицинский риск требует самостоятельной законодательной регламентации, поскольку выявленные сущностные условия его правомерности не могут быть учтены посредством применения ст. 41 УК РФ и требуют прямого закрепления в уголовном законе.

Следует отметить, что в научной литературе уже высказывалось предложение о дополнении УК РФ самостоятельной нормой о медицинском риске с определением условий его правомерности[337].

Данное предложение заслуживает поддержки, поскольку заложило основу для дальнейшего научного осмысления рассматриваемого института.

Вместе с тем оно не в полной мере раскрывает содержание медицинского риска и его условий правомерности, что свидетельствует о необходимости его дальнейшего уточнения.

Предлагаемый подход развивает указанную идею, дополняя ее систематизацией общих и специальных условий правомерности.

При этом возможны два варианта законодательного решения.

Первый вариант предполагает дополнение существующей ст. 41 УК РФ частью, устанавливающей особенности медицинского риска.

Однако такой подход может привести к перегруженности нормы и нарушению ее логической структуры, поскольку медицинский риск обладает определенными специальными условиями, не применимыми к иному риску.

Второй вариант заключается во введении новой статьи, например, «Медицинский риск», расположенной в главе 8 УК РФ, что позволит детально регламентировать все общие и специальные условия правомерности медицинского риска применительно как к лечебной, так и к экспериментальной медицинской деятельности. Данный вариант

---

[336] Габай П. Г. Указ. соч. С. 50.
[337] Рарог А. И. Указ. соч. С. 328.

представляется более предпочтительным с точки зрения юридической техники, поскольку обеспечивает системность правового регулирования.

Наряду с рассмотренными вариантами в научной литературе высказывается предложение о закреплении в ст. 61 УК РФ такого смягчающего обстоятельства, как «медицинский риск», поскольку действия медицинских работников направлены на достижение социально полезной цели[338]. Однако перечень смягчающих обстоятельств является открытым, что позволяет суду и так учесть указанную цель при назначении наказания без дополнительного закрепления в законе. Более того, п. «ж» ч. 1 ст. 61 УК РФ уже предусматривает в качестве смягчающего обстоятельства совершение преступления при нарушении условий правомерности обоснованного риска, что охватывает случаи социально полезной цели.

В связи с этим такое предложение представляется излишним.

В рамках законодательной регламентации медицинского риска представляется возможным сформулировать соответствующую норму, которая могла бы быть включена в главу 8 УК РФ в следующей редакции.

«Статья 41^1. Медицинский риск.

1. Не является преступлением причинение вреда жизни и здоровью пациента при оказании медицинской помощи в неотложной форме либо при проведении клинической апробации медицинской помощи, клинического исследования лекарственных средств или клинического испытания медицинских изделий, если вред причинен медицинским работником или исследователем, обладающими необходимой квалификацией, для достижения общественно полезной цели, не достижимой иными средствами, при условии, что рискованное деяние соответствует нормативным требованиям в сфере профессиональной медицинской деятельности, а также достижениям науки, научно-техническому прогрессу и современным тактикам лечения, а медицинский работник или исследователь предпринял возможные и осуществимые в конкретной клинической ситуации меры

[338] Ишигеев В. С., Лапша В. Л. Правовая оценка действий медицинских работников с позиции уголовного закона // Закон и право. 2022. № 2. С. 158.

для предотвращения вреда, и было получено добровольное информированное согласие пациента, когда его получение объективно возможно.

2. Причинение вреда жизни и здоровью пациента вследствие ненадлежащего исполнения медицинским работником своих профессиональных обязанностей не образует медицинского риска и влечет уголовную ответственность на общих основаниях».

Изложенное позволяет обоснованно включить медицинский риск в функциональную систему обстоятельств, исключающих уголовную ответственность за причинение вреда пациенту.

В рамках выделяемой функциональной системы обстоятельств, исключающих уголовную ответственность за причинение вреда пациенту, квалификация медицинского риска осуществляется при условии установления причинно-следственной связи между деянием медицинского работника и наступившим вредом пациенту, отсутствия медицинской ошибки в деянии медицинского работника, а также при несоответствии деяния условиям правомерности крайней необходимости[339].

[339] Выриков Ю. А. Медицинский риск как обстоятельство, исключающее уголовную ответственность за причинение вреда пациенту // Полицейская и следственная деятельность. 2026. № 3. С. 158–187.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В ходе исследования установлено, что уголовная ответственность медицинских работников за причинение вреда пациенту существовала на протяжении всей истории развития отечественного уголовного законодательства. Сравнительно-правовой анализ УК зарубежных стран позволил выявить характерные особенности правового регулирования уголовной ответственности за причинение вреда пациенту. Было выявлено два основных подхода такого регулирования и соответствующей систематизации норм: в одном деяния медицинских работников квалифицируются как общеуголовные преступления против личности, во втором – как профессиональные преступления. Были исследованы составы преступлений, имеющие аналоги в УК РФ (незаконное производство аборта, ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей, неоказание помощи больному (пациенту) и заражение ВИЧ-инфекцией) и не имеющие аналогов (оказание медицинской помощи без согласия, некорректное медикаментозное лечение и проведение калечащих операций на половых органах). В части сущностных различий, в отличие от УК РФ, законодательство зарубежных стран закрепляет специального субъекта (медицинского работника, врача, хирурга и т.д.), специального потерпевшего (больного или пациента), статус медицинского работника как отягчающее обстоятельство и обязательное дополнительное наказание.

На основе анализа признаков: специального потерпевшего (пациента); специального субъекта (медицинского работника); объекта посягательства; объективной стороны (материальной конструкции состава); неосторожной формы вины был сформулирован теоретический перечень преступлений, причиняющих вред жизни и здоровью пациента, который включает в себя ч. 2 ст. 109, ч. 2 ст. 118, ч. 4 ст. 122 и ст. 124 УК РФ.

В рамках указанных составов свое значение приобретают обстоятельства, исключающие уголовную ответственность за причинение вреда пациенту.

К таким обстоятельствам следует относить отсутствие причинно-следственной связи между деянием медицинского работника и наступившим вредом жизни и здоровью пациента, наличие медицинской ошибки, крайнюю необходимость при причинении вреда пациенту и медицинский риск.

В совокупности они образуют функциональную систему обстоятельств, исключающих уголовную ответственность за причинение вреда пациенту, системообразующим критерием которой выступает их единая правовая функция исключения уголовной ответственности медицинского работника за причинение вреда пациенту. Именно этот функциональный критерий, а не единая правовая природа, объединяет указанные обстоятельства в рамках настоящей работы.

Функциональная система позволяет последовательно проверить все возможные обстоятельства, исключающие уголовную ответственность за причинение вреда пациенту.

Рассмотрение причинной связи как обязательного признака объективной стороны составов преступлений, причиняющих вред жизни и здоровью пациента, показало, что отечественное законодательство воздержалось от прямого закрепления причинной связи в УК, что предопределило развитие в доктринальной плоскости. Такое рассмотрение привело к синтезу объективного и субъективного оснований уголовной ответственности.

В преступлениях, причиняющих вред жизни и здоровью пациента, причинная связь имеет свои особенности, обусловленные необходимостью учета индивидуальных свойств организма пациента, возможным временным разрывом между деянием медицинского работника и наступившим вредом пациенту, а также возможностью влияния множества воздействующих сил.

В рамках функциональной системы обстоятельств, исключающих уголовную ответственность за причинение вреда пациенту, отсутствие причинной связи имеет самостоятельное значение, поскольку при ее отсутствии исключается вменение медицинскому работнику наступившего вреда пациенту.

Предложено авторское уголовно-правовое понятие медицинской ошибки, отграничивающее ее от дефекта оказания медицинской помощи и субъективного

казуса. Медицинская ошибка представляет собой деяние медицинского работника, причинившее вред жизни или здоровью пациента при добросовестном выполнении профессиональных обязанностей в силу объективной невозможности для медицинского работника предвидеть и предотвратить этот вред, обусловленной современным уровнем развития медицинской науки и практики. При субъективном казусе неспособность к надлежащей оценке носит индивидуальный характер для каждого конкретного медицинского работника в конкретной клинической ситуации.

Сформулировано авторское теоретическое понятие крайней необходимости при причинении вреда пациенту с выделением соответствующих общих и специальных условий ее правомерности. Обосновано, что превышением ее пределов является несоблюдение условий соразмерности вреда пациенту, в частности, причинение равного вреда или причинение смерти. В случае коллизии жизней двух или более пациентов условия правомерности крайней необходимости неприменимы, и такая ситуация приобретает самостоятельное правовое значение.

Медицинский риск включает в себя две самостоятельные ситуации: непосредственное оказание неотложной медицинской помощи; медицинский эксперимент, охватывающий клиническую апробацию методов медицинской помощи, клиническое исследование лекарственных препаратов и клиническое испытание медицинских изделий.

В работе выделены общие условия правомерности медицинского риска, корреспондирующие ст. 41 УК РФ, и специальные отличительные условия, характерные только для медицинского риска. К ним отнесены: особый потерпевший (пациент); особый субъект (медицинский работник или исследователь); особая обстановка риска; соответствие деяния объективно-субъективной действительности (современные достижения науки и практики, субъективная возможность конкретного лица); соответствие нормативным требованиям; наличие информированного добровольного согласия пациента.

На этом основании предложено оригинальное теоретическое определение медицинского риска как обстоятельства, исключающего уголовную

ответственность за причинение вреда пациенту, и предложено законодательное изменение путем внесения в УК РФ ст. 41^1. «Медицинский риск».

Разработано последовательное рассмотрение обстоятельств, исключающих уголовную ответственность за причинение вреда пациенту. Изначально следует установить наличие (отсутствие) причинно-следственной связи между деянием медицинского работника и наступившим вредом пациенту. При ее отсутствии состав преступления исключается, и дальнейшая квалификация не требуется. В случае же ее наличия следует перейти к анализу субъективной стороны состава преступления. Необходимо установить наличие (отсутствие) медицинской ошибки. Если имеется медицинская ошибка, то состав преступления исключается ввиду отсутствия субъективной стороны, и дальнейший анализ прекращается. При наличии в действиях (бездействии) медицинского работника вины анализ продолжается в рамках условий правомерности деяния. При наличии непосредственной угрозы жизни или здоровью пациента, существовавшей в момент причинения вреда, и отсутствии альтернативы содеянное может быть рассмотрено на предмет соблюдения условий правомерности крайней необходимости, а при угрозе жизни и здоровью в будущем и при наличии у медицинского работника альтернативных вариантов поведения деяние оценивается с точки зрения условий правомерности медицинского риска.

Разработанные теоретические положения и практические рекомендации могут быть использованы в законотворческой деятельности, в работе следственных и судебных органов при квалификации деяний медицинских работников, а также в учебном процессе по дисциплинам «Уголовное право» и «Медицинское право».

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

Нормативные правовые акты

1. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» — Собрание законодательства РФ: 28.11.2011, № 48, ст. 6724.

2. Федеральный закон «Об обращении лекарственных средств» от 12.04.2010 № 61-ФЗ. — Собрание законодательства РФ. 19.04.2010, № 16, ст. 1815.

3. Указ Президента РФ от 6 июня 2019 г. № 254 «О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года» [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

4. Постановление Правительства РФ от 20 сентября 2012 г. № 950 «Об утверждении Правил определения момента смерти человека, включая критерии и процедуры установления смерти человека, Правил прекращения реанимационных мероприятий и формы протокола установления смерти человека» [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

5. Приказ Минздрава России от 14 апреля 2025 г. № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

6. Приказ Минздрава России от 2 мая 2023 г. № 205н «Об утверждении Номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников» [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

7. Приказ Минздрава России от 19 мая 2023 г. № 245н «Об утверждении Положения об организации клинической апробации» [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

8. Приказ Минздрава России от 30 августа 2021 г. № 885н «Об утверждении Порядка проведения оценки соответствия медицинских изделий» [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

9. Приказ Минздрава России от 7 октября 2015 г. № 700н «О номенклатуре специальностей специалистов, имеющих высшее медицинское и фармацевтическое образование» [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

10. Приказ Минздрава России от 20 июня 2013 г. № 388н «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи» [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

11. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 27 декабря 2011 г. № 1687н «О медицинских критериях рождения, форме документа о рождении и порядке ее выдачи» [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

12. Приказ ФФОМС от 1 декабря 2010 г. № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

13. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 24 апреля 2008 г. № 194н «Об утверждении Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека» [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

14. Приказ Минздрава Республики Саха (Якутия) от 1 марта 2017 г. № 01-07/287 [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

15. Приказ Минздрава Амурской области от 5 мая 2016 г. № 120 [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

Иные документы международных организаций, органов государственной власти Российской Федерации и должностных лиц

16. Решение Совета ЕЭК от 3 октября 2016 г. № 79 «Об утверждении Правил надлежащей клинической практики Евразийского экономического союза» [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

17. Распоряжение Правительства РФ от 28 декабря 2012 г. № 2580-р «Об утверждении Стратегии развития медицинской науки в Российской Федерации на период до 2025 года».

Исторические акты

18. «Основы уголовного законодательства Союза ССР и республик» (приняты ВС СССР 02.07.1991 № 2281-1) [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

19. Указ Президиума ВС СССР от 26 июля 1966 г. № 5362-VI «Об усилении ответственности за хулиганство» [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

20. Уголовный кодекс РСФСР (утв. ВС РСФСР 27.10.1960) [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

21. Закон СССР от 25 декабря 1958 г. «Об утверждении Основ уголовного законодательства Союза ССР и союзных республик» [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

22. Постановление ЦИК СССР, СНК СССР от 12 июня 1929 г. «Об имущественной ответственности рабочих и служащих за ущерб, причиненный ими нанимателям» [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

23. Постановление Совета Народных Комиссаров «Об организации научно-исследовательской работы для нужд промышленности» от 7 августа 1928 г. // Распубликовано в № 200 Известий ЦИК Союза ССР и ВЦИК от 29.08.1928 [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

24. Свод Законов Российской Империи 1857 года [Электронный ресурс]. — URL: https://runivers.ru/bookreader/book388215/#page/1/mode/1up (дата обращения 15.06.2025).

25. Свод Законов Российской Империи 1842 года [Электронный ресурс]. — URL: https://www.prlib.ru/section/1307438 (дата обращения 15.06.2025).

26. Свод Законов Российской Империи 1832 года [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

27. Артикул Воинский 1715 г. [Электронный ресурс]. — URL: https://www.hist.msu.ru/ER/Etext/articul.htm (дата обращения 14.06.2025).

Судебная практика

1. Решения международных судов

28. Постановление ЕСПЧ от 19 декабря 2017 г. «Дело «Лопеш де Соуза Фернандеш (Lopes de Sousa Fernandes) против Португалии» (жалоба № 56080/13) [Электронный ресурс]. – Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

29. Inter-American Court of Human Rights Case of Albán-Cornejo et al. v. Ecuador. Judgment of November 22, 2007 (Merits, Reparations, and Costs).

2. Обзоры и решения высших судов

30. Постановление Конституционного Суда РФ от 1 декабря 1997 г. № 18-П [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

31. Определение Конституционного Суда РФ от 24 декабря 2020 г. № 2905-О «Об отказе в принятии к рассмотрению жалобы гражданки Гришиной Дарьи Дмитриевны на нарушение ее конституционных прав пунктами 1 и 2 статьи 1064, статьей 1069, пунктами 1 и 2 статьи 1088, пунктом 1 статьи 1089 Гражданского кодекса Российской Федерации» [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

32. Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 22 декабря 1992 № 15 «О судебной практике по делам об умышленных убийствах» [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

33. «Обзор судебной практики Верховного Суда Российской Федерации № 3 (2015)» (утв. Президиумом Верховного Суда РФ 25.11.2015) [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

3. Акты апелляционной и кассационной инстанции

34. Определение 6 кассационного суда общей юрисдикции от 11.12.2024 № 777-3996/2024 [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

35. Апелляционное определение Ярославского областного суда от 23.07.2024 № 22-1520/2024 [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

36. Апелляционное постановление Пермского краевого суда от 23.08.2022 № 22-5427/2022 [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

37. Апелляционное постановление Вологодского областного суда от 17.05.2022 по делу № 22-837/2022 [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

38. Апелляционное постановление Ивановского областного суда от 12.05.2021 по делу № 22-0705/2021 [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

39. Апелляционное постановление Рязанского областного суда от 05.04.2022 № 22-175/2022 [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

40. Апелляционное постановление Калужского областного суда от 09.12.2021 по делу № 22-1541/2021 [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

41. Апелляционное постановление Краснофлотского районного суда города Хабаровска от 04.03.2020 № 10-2/2020 [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

42. Апелляционное определение Верховного суда Республики Мордовия от 10.06.2019 № 22-922/2019 [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

43. Апелляционное определение Санкт-Петербургского городского суда от 25.02.2019 № 22-680/2019 [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

44. Апелляционное постановление Ульяновского областного суда от 03.04.2019 № 22-539/2019 [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

45. Апелляционное постановление Ивановского областного суда от 17.03.2017 по делу № 22-267/2017 [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

46. Постановление 7 кассационного суда общей юрисдикции от 20.01.2023 № 77-324/2023 [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

47. Постановление 6 кассационного суда общей юрисдикции от 03.08.2023 № 77-3076/2023 [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

48. Постановление 1 кассационного суда общей юрисдикции от 11.05.2022 № 77-2196/2022 [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

49. Определение 1 кассационного суда общей юрисдикции от 20.10.2022 № 77-5192/2022 [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

4. Акты судов первой инстанции

50. Приговор Ртищевского районного суда Саратовской области от 26.12.2025 по делу № 1-1-124/2025 [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

51. Приговор Акбулакского районного суда Оренбургской области от 07.08.2025 № 1-42/2025 [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

52. Решение Балаковского районного суда Саратовской области от 21.03.2024 по делу № 2-44/2024 [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

53. Приговор Магаданского городского суда Магаданской области от 16.02.2024 № 1-118/2024 [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

54. Приговор Чегемского районного суда Кабардино-Балкарской Республики от 05.02.2024 по делу № 1-51/2024 [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

55. Приговор Александровского районного суда Ставропольского края от 29.02.2024 по делу № 1-37/2024 [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

56. Приговор Симоновского районного суда города Москвы от 27.03.2023 № 1-298/2023 [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

57. Приговор Одинцовского городского суда Московской области от 13.02.2023 по делу № 1-141/2023 [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

58. Приговор Кировского городского суда Мурманской области от 15.03.2023 по делу № 1-20/2023 [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

59. Приговор Лениногорского городского суда Республики Татарстан от 20.04.2023 по делу № 1-3/2023 [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

60. Приговор Бессоновского районного суда Пензенской области от 11.05.2023 № 1-1/2023 [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

61. Приговор Ленинск-Кузнецкого городского суда Кемеровской области от 18.09.2023 по делу № 1-712/2023 [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

62. Приговор Сергиево-Посадского городского суда Московской области от 21.08.2023 № 1-354/2023 [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

63. Приговор Бузулукского районного суда Оренбургской области от 28.07.2023 по делу № 1-49/2023 [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

64. Приговор Нижнегорского районного суда Республики Крым от 04.08.2023 по делу № 1-29/2023 [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

65. Приговор Верхнебуренского районного суда Хабаровского края от 26.01.2023 по делу № 1-4/2023 [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

66. Приговор Центрального районного суда города Читы от 07.02.2023 № 1-199/2023 [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

67. Приговор Шахтинского городского суда Ростовской области от 16.06.2022 № 1-29/2022 [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

68. Приговор Волжского городского суда Волгоградской области от 22.07.2022 по делу № 1-879/2022 [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

69. Приговор Шекснинского районного суда Вологодской области от 21.02.2022 № 1-27/2022 [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

70. Приговор Белогорского городского суда Амурской области от 10.11.2022 № 1-582/2022 [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

71. Приговор Замоскворецкого районного суда города Москвы от 30.06.2021 N 01-0189/2021 [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

72. Приговор Лискинского районного суда Воронежской области от 22.06.2022 по делу № 1-2/2022 [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

73. Приговор Тоцкого районного суда Оренбургской области от 21.04.2021 № 1-5/2021 [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

74. Приговор Медвежьегорского районного суда Республики Карелия от 11.01.2021 по делу № 1-18/2021 [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

75. Приговор Олюторского районного суда Камчатского края от 29.11.2021 по делу № 1-23/2021 [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

76. Приговор Гусиноозерского городского суда Республики Бурятия от 11 декабря 2020 г. по делу № 1-345/2020 [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

77. Приговор Высокогорского районного суда станицы Высокая Гора от 03.07.2020 по делу № 1-25/2020 [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

78. Приговор Ленинского районного суда города Новосибирска от 28.08.2020 № 1-234/2020 [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

79. Приговор Печорского городского суда Республики Коми от 25.03.2020 № 1-11/2020 [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

80. Приговор Ново-Савинского районного суда города Казани от 19.05.2020 № 1-149/2020 [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

81. Приговор Октябрьского районного суда города Белгорода от 12.08.2019 № 1-19/2019 [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

82. Приговор Мегино-Кангаласского районного суда Республики Саха (Якутия) от 05.09.2019 № 1-69/2019 [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

83. Постановление Лангепасского городского суда Ханты-Мансийского автономного округа – Югры от 03.08.2018 № 1-79/2018 [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

84. Приговор Кировского районного суда города Томска от 03.07.2015 № 1-3/2015 [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

Монографии, книги, учебники и учебные
и научно-практические пособия

85. Акопов, В. И. Медицинское право в вопросах и ответах / В. И. Акопов. – Москва : Эксперт. бюро, Приор, 2000. – 204 с.

86. Акопов, В. И. Медицинское право: книга для врачей, пациентов и юристов / В. И. Акопов. – Москва ; Ростов-на-Дону : МарТ, 2004. – 366 с.

87. Аськов, Н. Н. Обстоятельства, исключающие преступность деяния, при оказании медицинской помощи : монография / Н. Н. Аськов ; под ред. Т. В. Кленовой. – Москва : Юрлитинформ, 2022. – 183 с.

88. Балашов, С. К. Причинная связь в уголовном праве: логико-правовой анализ / С. К. Балашов. – Ростов-на-Дону : [б. и.], 2011. – 242 с.

89. Баулин, Ю. В. Обстоятельства, исключающие преступность деяния / Ю. В. Баулин. – Харьков : Основа, 1991. – 359 с.

90. Белогриц-Котляревский, Л. С. Учебник русского уголовного права. Общая и особенная части / Л. С. Белогриц-Котляревский. – Киев [и др.] : Южно-Русское кн-во Ф.А. Иогансона, 1903. – 618 с.

91. Бердичевский, Ф. Ю. Уголовная ответственность медицинского персонала за нарушение профессиональных обязанностей : монография / Ф. Ю. Бердичевский. – Москва : Юридическая литература, 1970. – 128 с.

92. Благов Е.В. Квалификация обстоятельств, исключающих преступность деяния: монография. М.: Юрлитинформ, 2024. 215 с.

93. Блинов, А. Г. Уголовно-правовая охрана прав пациента : учеб. пособие / А. Г. Блинов. – Саратов : Сарат. гос. акад. права, 2004. – 286 с.

94. Блинников, В. А. Обстоятельства, исключающие преступность деяния в уголовном праве России : монография / В. А. Блинников. – Москва : Юрлитинформ, 2014. – 212 с.

95. Блинников, В. А. Обстоятельства, исключающие преступность деяния, в уголовном праве России / В. А. Блинников. – Ставрополь : Изд-во СГУ, 2001. – 236 с.

96. Брайнин, Я. М. Уголовная ответственность и ее основание в советском уголовном праве / Я. М. Брайнин. – Москва : Юрид. лит., 1963. – 275 с.

97. Брусиловский, А. Е. Медицинские ошибки по судебным материалам / А. Е. Брусиловский, А. М. Левин. – Харьков : Юрид. изд-во НКЮ УССР, 1930. – 20 с.

98. Будзинский, С. М. Начала уголовного права / С. М. Будзинский. – Варшава : тип. И. Яворского, 1870. – 362 с.

99. Вермель, И. Г. Судебно-медицинская экспертиза лечебной деятельности (вопросы теории и практики) / И. Г. Вермель. – Свердловск : Изд-во Уральского университета, 1988. – 112 с.

100. Владимиров, Л. Е. Учебник русского уголовного права: Общ. часть / Л. Е. Владимиров. – Харьков : тип. Каплана и Бирюкова, 1889. – 253 с.

101. Гарбатович, Д. А. Квалификация непреступных уголовно-правовых деяний : монография / Д. А. Гарбатович. – Москва : Юрлитинформ, 2017. – 320 с.

102. Гаухман, Л. Д. Квалификация преступлений: закон, теория, практика / Л. Д. Гаухман. – 4-е изд., перераб. и доп. – Москва : Центр ЮрИнфоР, 2010. – 557 с.

103. Гернет, М. Н. Уголовное право. Часть общ.: Лекции, чит. в Нар. ун-те Моск. о-ва нар. ун-тов / М. Н. Гернет. – Херсон : Н. А. Ходушин, 1913. – 202 с.

104. Горелик, И. И. Избранные труды / И. И. Горелик. – Минск : Юр. Спектр, 2021. – 480 с.

105. Гришаев, П. И. Объективная сторона преступления / П. И. Гришаев. – Москва : [б. и.], 1961. – 45 с.

106. Громов, А. П. Врачебная деонтология и ответственность медицинских работников / А. П. Громов. – Москва : Медицина, 1969. – 78 с.

107. Дурманов, Н. Д. Понятие преступления / Н. Д. Дурманов. – Москва ; Ленинград : Изд-во Акад. наук СССР, 1948. – 311 с.

108. Есипов, В. В. Очерк русского уголовного права: часть общая: преступление и преступники: наказание и наказуемые / В. В. Есипов. – Варшава : Тип. Варшавского учебного округа, 1894. – 419 с.

109. Жалинский, А. Э. Уголовное право в ожидании перемен: теоретико-инструментальный анализ / А. Э. Жалинский. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва : Проспект, 2009. – 399 с.

110. Загородников, Н. И. Советское уголовное право: Общая и особ. части : учебник / Н. И. Загородников. – Москва : Юрид. лит., 1975. – 568 с.

111. Карпушин, М. П. Уголовная ответственность и состав преступления / М. П. Карпушин, В. И. Курляндский. – Москва : Юрид. лит., 1974. – 231 с.

112. Кассирский, И. А. О врачевании: Проблемы и раздумья / И. А. Кассирский. – Москва : Медицина, 1970. – 270 с.

113. Кауфман, М. А. Обстоятельства, исключающие преступность деяния: лекция / М. А. Кауфман. – Москва : МЮИ МВД России, 1998. – 47 с.

114. Кибальник, А. Г. Актуальные проблемы уголовной ответственности медицинских работников : монография / А. Г. Кибальник, Я. В. Старостина. – Москва : Илекса, 2006. – 91 с.

115. Кистяковский, А. Ф. Элементарный учебник общего уголовного права. Т. 1. Часть общая / А. Ф. Кистяковский. – Киев : [б. и.], 1875. – 438 с.

116. Клепицкий, И. А. Причинная связь в праве : монография / И. А. Клепицкий. – Москва : РИОР, ИНФРА-М, 2026. – 200 с.

117. Клюев, А. А. Практика применения судами Российской Федерации положений об обстоятельствах, исключающих преступность деяния : науч.-практ. пособие / А. А. Клюев. – Москва : Юрлитинформ, 2016. – 198 с.

118. Ковалев, М. И. Причинная связь в советском уголовном праве / М. И. Ковалев, П. Т. Васьков ; под ред. А. А. Пионтковского. – Москва : Госюриздат, 1958. – 72 с.

119. Козак, В. Н. Вопросы теории и практики крайней необходимости / В. Н. Козак. – Саратов : Изд-во Сарат. ун-та, 1981. – 154 с.

120. Колосовский, В. В. Теоретические проблемы квалификации уголовно-правовых деяний : монография / В. В. Колосовский. – Москва : Статут, 2011. – 396 с.

121. Краковский, Н. И. Ошибки в хирургической практике и пути к их предупреждению / Н. И. Краковский, Ю. Я. Грицман. – Москва : Медгиз, 1959. – 210 с.

122. Крылов, И. Ф. Врач и закон: Правовые вопросы врачебной деятельности / И. Ф. Крылов. – Ленинград : [б. и.], 1972. – 47 с.

123. Кудрявцев, В. Н. Объективная сторона преступления / В. Н. Кудрявцев. – Москва : Госюриздат, 1960. – 244 с.

124. Кузнецова, Н. Ф. Проблемы квалификации преступлений: лекции по спецкурсу «Основы квалификации преступлений» / Н. Ф. Кузнецова. – Москва: Городец, 2007. – 184 с.

125. Курбанов, Г. С. Обстоятельства, устраняющие общественную опасность и противоправность деяния / Г. С. Курбанов. – Баку : Гянджлик, 1991. – 124 с.

126. Левенсон, С. М. К вопросу об уголовной ответственности врача / С. М. Левенсон. – Одесса : тип. «Одес. вестника», 1888. – 39 с.

127. Лейбович, Я. Л. Судебная ответственность врачей / Я. Л. Лейбович. – Ленинград : Рабочий суд, [б.г.]. – 96 с.

128. Лист, Ф. фон. Учебник уголовного права: Общая часть / Ф. фон Лист ; пер. с 12-го перераб. изд. Ф. Ельяшевич. – Москва : т-во тип. А.И. Мамонтова, 1903. – 334 с.

129. Малинин, В. Б. Причинная связь в уголовном праве / В. Б. Малинин. – Санкт-Петербург : Юрид. центр Пресс, 2000. – 316 с.

130. Малинин, В. Б. Философские, исторические и теоретические основы причинной связи в уголовном праве : учеб. пособие / В. Б. Малинин. – Санкт-Петербург : Изд-во Юридического ин-та, 1999. – 179 с.

131. Мокринский, С. П. Медицина в ее конфликтах с уголовным правом / С. П. Мокринский. – Санкт-Петербург : Сенат. тип., 1914. – 104 с.

132. Наумов, А. В. Российское уголовное право. Общая часть: Курс лекций / А. В. Наумов. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва : БЕК, 1999. – 590 с.

133. Немировский, Э. Я. Советское уголовное право: пособие к изучению науки уголовного права и действующего Уголовного кодекса СССР: ч. общая и особенная / Э. Я. Немировский. – Одесса : [б. и.], 1924. – 292 с.

134. Овезов, Н. А. К вопросу об обстоятельствах, устраняющих общественную опасность и противоправность деяния в советском уголовном праве / Н. А. Овезов. – Ашхабад : Ылым, 1972. – 103 с.

135. Огарков, И. Ф. Врачебные правонарушения и уголовная ответственность за них / И. Ф. Огарков. – Ленинград : Ленингр. отд-ние, 1966. – 196 с.

136. Оноприенко, П. А. Исследование по вопросу об ответственности врачей / П. А. Оноприенко. – Санкт-Петербург : тип. Э. Арнгольда, 1899. – 132 с

137. Орехов, В. В. Необходимая оборона и иные обстоятельства, исключающие преступность деяния : монография / В. В. Орехов. – Санкт-Петербург : Юридический центр, 2003. – 217 с.

138. Пархоменко, С. В. Деяния, преступность которых исключается в силу социальной полезности и необходимости / С. В. Пархоменко. – Санкт-Петербург : Юридический центр Пресс, 2004. – 267 с.

139. Паше-Озерский, Н. Н. Необходимая оборона и крайняя необходимость по советскому уголовному праву / Н. Н. Паше-Озерский. – Москва : Госюриздат, 1962. – 181 с.

140. Пионтковский, А. А. Уголовное право Р.С.Ф.С.Р. Общая часть / А. А. Пионтковский. – Москва : Гос. изд-во, 1924. – 235 с.

141. Плющевский-Плющик, Я. А. Об ответственности врачей / Я. А. Плющевский-Плющик. – Санкт-Петербург : Журн. «Вестн. обществ. гигиены, судеб. и практ. медицины», 1913. – 23 с.

142. Познышев, С. В. Учебник уголовного права: очерк основных начал общей и особенной части науки уголовного права. I. Общая часть / С. В. Познышев. – Москва : Юридическое издательство Наркомюста, 1923. – 280 с.

143. Понкина, А. А. Врачебная ошибка в контексте защиты прав пациентов / А. А. Понкина. – Москва : Консорциум специалистов по защите прав пациентов, 2012. – 198 с.

144. Розин, Н. Н. О крайней необходимости: уголовно-юридическое исследование / Н. Н. Розин. – Санкт-Петербург : типография М. Стасюлевича, 1899. – 250 с.

145. Сергеев, Ю. Д. Неблагоприятный исход оказания медицинской помощи / Ю. Д. Сергеев, С. В. Ерофеев. – Москва : [б. и.], 2001. – 285 с.

146. Сергеевский, Н. Д. О значении причинной связи в уголовном праве / Н. Д. Сергеевский. – Ярославль : Типо-лит. Г. Фальк, 1880. – 205 с.

147. Сергеевский, Н. Д. Русское уголовное право. Часть общая: Пособие к лекциям / Н. Д. Сергеевский. – 8-е изд. – Санкт-Петербург : тип. М. Стасюлевича, 1910. – 386 с.

148. Сергеевский, Н. Д. Русское уголовное право. Часть общая: Пособие к лекциям / Н. Д. Сергеевский. – Санкт-Петербург : [б. и.], 1887. – 434 с.

149. Смирнов, А. М. Оправдание зла: уголовно-правовое и криминологическое исследование : монография / А. М. Смирнов. – Москва : Юрлитинформ, 2022. – 141 с.

150. Соктоев, З. Б. Причинность и объективная сторона преступления : монография / З. Б. Соктоев. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва : Норма: ИНФРА-М, 2024. – 256 с.

151. Станкевич, А. М. Пределы правомерности крайней необходимости : монография / А. М. Станкевич, В. В. Наумов, Е. В. Фоменко. – Тула : Полином, 2015. – 127 с.

152. Стеценко, С. Г. Медицинское право / С. Г. Стеценко. – Санкт-Петербург : Юрид. центр Пресс, 2004. – 570 с.

153. Сук, И. С. Врач как личность / И. С. Сук. – Москва : Медицина, 1984. – 64 с.

154. Таганцев, Н. С. Русское уголовное право. Часть общая: лекции / Н. С. Таганцев. – 2-е изд., пересмотр. и доп. – Санкт-Петербург : Гос. тип., 1902. – 659–673 с.

155. Тимейко, Г. В. Общее учение об объективной стороне преступления / Г. В. Тимейко. – Ростов-на-Дону : Изд-во Рост. ун-та, 1977. – 215 с.

156. Тимофеев, И. В. Патология лечения (руководство для врачей) / И. В. Тимофеев ; под ред. Ю. Н. Шанина. – Санкт-Петербург : Северо-запад, 1999. – 656 с.

157. Трайнин, А. Н. Уголовное право: Общая часть / А. Н. Трайнин. – Москва : изд-во 1-го Моск. госуд. ун-та, 1929. – 511 с.

158. Утевский, Б. С. Уголовное право / Б. С. Утевский. – Москва : Гос. изд-во юрид. лит., 1949. – 46 с.

159. Хаметдинова, Г. Ф. Уголовно-правовая характеристика крайней необходимости : монография / Г. Ф. Хаметдинова. – Тюмень : ТИПК МВД России, 2015. – 155 с.

160. Церетели, Т. В. Причинная связь в уголовном праве / Т. В. Церетели. – Тбилиси : Изд-во Тбили. ун-та, 1957. – 276 с.

161. Чистяков, А. А. Обоснованный риск в уголовном праве Российской Федерации : монография / А. А. Чистяков. – Москва : Юнити-Дана, 2007. – 157 с.

162. Шаргородский, М. Д. Вопросы общей части уголовного права: (Законодательство и судебная практика) / М. Д. Шаргородский. – Ленинград : Изд-во Ленингр. ун-та, 1955. – 256 с.

163. Шаргородский, М. Д. Избранные работы по уголовному праву / М. Д. Шаргородский ; сост. Б. В. Волженкин. – Санкт-Петербург : Юрид. центр пресс, 2003. – 432 с.

164. Шаргородский, М. Д. Ответственность за преступления против личности / М. Д. Шаргородский. – Ленинград : Изд-во Ленингр. гос. ун-та, 1953. – 106 с.

165. Щегловитов, И. Г. Основания и пределы ответственности врача пред уголовным законом / И. Г. Щегловитов. – Санкт-Петербург : тип. Спб. АО «Слово», 1903. – 36 с.

166. Щелконогова, Е. В. Обстоятельства, исключающие преступность деяния : монография / Е. В. Щелконогова. – Москва : Юрлитинформ, 2015. – 176 с.

167. Эльштейн, Н. В. Диалог о медицине / Н. В. Эльштейн. – 5-е изд., доп. и перераб. – Таллин : Валгус, 1986. – 253 с.

168. Эпштейн, Т. Д. Правовое положение и судебная ответственность врачей / Т. Д. Эпштейн. – Казань : Гос. ин-т для усовершенствования врачей им. В.И. Ленина, 1927. – 105 с.

169. Эстрин А.Я. Начало советского уголовного права (сравнительно с буржуазным) / А. Я. Эстрин. – Москва : Издательство Первого Московского государственного университета, 1930. – 116 с.

170. Якубович, М. И. Обстоятельства, исключающие общественную опасность и противоправность деяния : учеб. пособие / М. И. Якубович. – Москва : Акад. МВД СССР, 1979. – 64 с.

171. Дело д-ра Модлинского: Уголовная ответственность хирургов: Совершение операций без согласия больного. – Санкт-Петербург : тип. т-ва «Обществ. Польза», 1903. – 80 с.

172. Курс советского уголовного права. Часть общая. Т. 1 / отв. ред. Н. А. Беляев, М. Д. Шаргородский. – Ленинград : Изд-во Ленингр. ун-та, 1968. – 648 с.

173. Курс советского уголовного права: Преступление. В 6 т. Т. 2. Часть общая / редкол.: А. А. Пионтковский, П. С. Ромашкин, В. М. Чхиквадзе. – Москва : Наука, 1970. – 516 с.

174. Советское уголовное право. Общая и особенная части : учебник / под ред. В. Д. Меньшагина. – Москва : Госюриздат, 1958. – 515 с.

175. Советское уголовное право: Часть общая : учеб. пособие / отв. ред. Б. В. Здравомыслов, П. Ф. Тельнов. – Москва : ВЮЗИ, 1983. – 207 с.

176. Уголовное право : учебник для юрид. школ / под общ. ред. И. Т. Голякова. – 2-е изд., доп. – Москва : Юрид. изд-во, 1947. – 358 с.

177. Уголовное право БССР. Часть общая : учебное пособие / под ред. И. И. Горелика, И. С. Тишкевич. – Минск : Вышэйш. шк., 1973. – 365 с.

Научные статьи и тезисы докладов

178. Аськов, Н. Н. О согласии лица на причинение ему вреда при медицинском вмешательстве для целей исключения преступности деяния / Н. Н. Аськов // Юридический вестник Самарского университета. – 2020. – Т. 6, № 3. – С. 60–65.

179. Аськов, Н. Н. Причинение вреда медицинскими работниками при исполнении профессиональных обязанностей: особенности субъективной стороны / Н. Н. Аськов // Юридический вестник Самарского университета. – 2019. – Т. 5, № 2. – С. 131–135.

180. Белоусова, А. А. Защита права на здоровье в рамках Межамериканской системы защиты прав человека / А. А. Белоусова, В. И. Михеева // Вопросы российского и международного права. – 2018. – Т. 8, № 10А. – С. 90–95.

181. Берсенева, Е. А. Проблемы использования Международной статистической классификации болезней (МКБ-10) при кодировании заболеваемости и смертности / Е. А. Берсенева, З. Х. Агамов, Д. Ю. Михайлов // Профилактическая медицина. – 2021. – Т. 24, № 4. – С. 132–137.

182. Берчанский, К. А. Неоказание помощи больному (ст. 124 УК РФ) как умышленное преступление: «и да, и нет» / К. А. Берчанский // Актуальные проблемы борьбы с преступностью: вопросы теории и практики : материалы XXIV междунар. науч.-практ. конф. – Красноярск : СибЮИ МВД России, 2021. – Ч. 2. – С. 176–178.

183. Бимбинов, А. А. Медицинские преступления: понятие и состояние / А. А. Бимбинов // Юридический вестник Дагестанского государственного университета. – 2019. – Т. 32, № 4. – С. 136–140.

184. Бриль, Ю. А. Калечащие традиции / Ю. А. Бриль, Х. Ю. Симоновская // StatusPraesens. Педиатрия и неонатология. – 2018. – № 4(52). – С. 26–32.

185. Виноградова, Е. В. Субъект медицинских преступлений. Новые грани / Е. В. Виноградова // Евразийская адвокатура. – 2022. – № 2(57). – С. 75–77.

186. Воронин, М. Н. Инновационные формы научной и образовательной деятельности в сфере юридической компаративистики / М. Н. Воронин // Вестник Университета имени О.Е. Кутафина. – 2017. – № 4. – С. 152–159.

187. Воропаев, А. В. Профессиональная ответственность медицинских работников (сообщение I) / А. В. Воропаев, А. Д. Диллис, Ю. С. Исаев // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 2005. – Т. 50, № 1. – С. 107–112.

188. Выриков, Ю. А. Уголовная ответственность за причинение вреда жизни и здоровью пациентов в зарубежных странах / Ю. А. Выриков // Право и государство: теория и практика. – 2026. – № 4. – С. 389–393.

189. Выриков, Ю. А. Медицинский риск как обстоятельство, исключающее уголовную ответственность за причинение вреда пациенту / Ю. А. Выриков // Полицейская и следственная деятельность. – 2026. – № 3. – С. 158–187.

190. Выриков, Ю. А. Крайняя необходимость при причинении вреда пациенту / Ю. А. Выриков // Вопросы безопасности. – 2026. – № 3. – С. 103–120.

191. Выриков, Ю. А. К вопросу о перечне преступлений, причиняющих вред жизни и здоровью пациента / Ю. А. Выриков // Мониторинг правоприменения. – 2026. – № 1(58). – С. 188–196.

192. Выриков, Ю. А. Преступления, причиняющие вред жизни и здоровью пациента: эмпирический анализ и проблемы учета / Ю. А. Выриков // Полицейская и следственная деятельность. – 2026. – № 1. – С. 226–236.

193. Выриков, Ю. А. Развитие научных идей относительно уголовной ответственности за причинение вреда пациенту / Ю. А. Выриков // Уголовное право: стратегия развития в XXI веке. – 2026. – № 1. – С. 149–157.

194. Выриков, Ю. А. Квалификация преступлений, причиняющих вред пациенту: как изменения в законе влияют на практику / Ю. А. Выриков // Уголовный процесс. – 2025. – № 11(251). – С. 65–69.

195. Габай, П. Г. Непреступные деяния медицинских работников в уголовном праве: правовые и доктринальные аспекты / П. Г. Габай // Право и современные государства. – 2025. – № 3. – С. 33–54.

196. Гайдар, А. А. Наивысший достижимый уровень здоровья как неотъемлемое право человека и его уголовно-правовая защита / А. А. Гайдар // Вестник Волжского университета им. В.Н. Татищева. – 2019. – Т. 1, № 3. – С. 157–162.

197. Гарбатович, Д. А. Понятие состава правомерного причинения вреда в состоянии крайней необходимости / Д. А. Гарбатович // Проблемы права. – 2016. – № 2(56). – С. 160–165.

198. Гусев, А. Д. Врачебные ошибки и врачебные преступления. Источники врачебных ошибок и пути их устранения: прения по докладам / Т. Д. Эпштейн, А. Д. Гусев ; Науч.-мед. ассоциация Татарской АССР. – Казань : [б. и.], 1935. – 44 с.

199. Давыдовский, И. В. Врачебные ошибки / И. В. Давыдовский // Советская медицина. – 1941. – № 3. – С. 3–10.

200. Дагель, П. С. Об уголовной ответственности врачей / П. С. Дагель // Советская юстиция. – 1964. – № 19. – С. 12–14.

201. Есаков, Г. А. Причинная связь в сложных ситуациях: уголовно-правовая наука и судебная практика / Г. А. Есаков // Право. Журнал Высшей школы экономики. – 2016. – № 1. – С. 81–102.

202. Замалеева, С. В. К вопросу о субъекте преступления, предусмотренного ст. 124 УК РФ / С. В. Замалеева // Актуальные проблемы юридической науки и судебной практики : сб. материалов Всерос. науч.-практ. конф. – Хабаровск : ДВЮИ МВД России, 2016. – С. 68–72.

203. Замалеева, С. В. Крайняя необходимость как обстоятельство, исключающее преступность деяния в медицинской деятельности / С. В. Замалеева // Вестник Дальневосточного юридического института МВД России. – 2012. – № 2(23). – С. 43–48.

204. Запевалин, П. В. Методические подходы к оценке соответствия деятельности медицинских организаций порядкам оказания медицинской помощи

/ П. В. Запевалин, И. С. Кицул // Менеджер здравоохранения. – 2019. – № 1. – С. 15–23.

205. Иванченко, Р. Б. Уголовно-правовой анализ ятрогенных преступлений и практика применения норм уголовного законодательства об ответственности за их совершение / Р. Б. Иванченко, В. А. Заряев // Правосудие/Justice. – 2020. – Т. 2, № 3. – С. 33–61.

206. Идрисов, Х. В. Медицинская (врачебная) ошибка как источник ятрогенного вреда: вопросы причинно-следственной связи и юридической ответственности / Х. В. Идрисов // Lex russica. – 2022. – Т. 75, № 7. – С. 120–130.

207. Ишигеев, В. С. Правовая оценка действий медицинских работников с позиции уголовного закона / В. С. Ишигеев, В. Л. Лапша // Закон и право. – 2022. – № 2. – С. 156–158.

208. Казакова, В. А. Уголовно-правовое противодействие причинению вреда жизни и здоровью по профессиональной неосторожности / В. А. Казакова // Уголовно-исполнительное право. – 2019. – Т. 14, № 1. – С. 73–78.

209. Кобзева, Е. В. Глава 16. Обстоятельства, исключающие преступность деяния / Е. В. Кобзева // Российское уголовное право. Общая и Особенная части : в 3 т. / под ред. Н. А. Лопашенко. – Москва : Юрлитинформ, 2014. – Т. 1. – С. 364–405.

210. Красуцких, Л. В. Субъективные признаки общественно обоснованного риска в сфере медицинской деятельности / Л. В. Красуцких, Е. В. Евстратенко // Вестник ЮУрГУ. Серия: Право. – 2014. – № 3. – С. 36–40.

211. Крылова, Н. Е. Субъект преступлений, совершаемых в сфере медицинской деятельности / Н. Е. Крылова, Н. В. Павлова // Современное право. – 2006. – № 4. – С. 77–82.

212. Лопатина, Т. М. Пределы уголовной ответственности при медицинском риске / Т. М. Лопатина // Российский юридический журнал. – 2023. – № 5(152). – С. 91–98.

213. Магомедов, М. Р. Некоторые проблемы применения ч. 4 ст. 122 УК РФ / М. Р. Магомедов // Традиции и новации в системе современного российского права

: материалы XX Междунар. конф. молодых ученых. – Москва : МГЮА, 2021. – Т. 3. – С. 79–80.

214. Мазур, Е. С. Криминалистическая характеристика ятрогенных преступлений / Е. С. Мазур, Р. Л. Ахмедшин, Я. Д. Александрова // Вестник Томского государственного университета. – 2020. – № 451. – С. 220–225.

215. Малис, Ю. Г. Уголовная ответственность врачей / Ю. Г. Малис // Право и Жизнь. – Москва, 1926. – Кн. 1. – С. 76–82.

216. Малышева, Ю. Ю. «Неотложные аспекты» ятрогенных преступлений / Ю. Ю. Малышева // Судья. – 2020. – № 2(110). – С. 23–27.

217. Мамаева, С. А. Многогранный Манассеин (к 180-летию со дня рождения) / С. А. Мамаева, А. А. Кормилицына // Клиническая патофизиология. – 2021. – Т. 27, № 1. – С. 59–67.

218. Мамонтов, Д. Ю. Актуальные вопросы применения нормы, устанавливающей уголовную ответственность за неоказание помощи больному / Д. Ю. Мамонтов // Проблемы экономики и юридической практики. – 2009. – № 3. – С. 105–107.

219. Манн, М. Л. Проблемы закрепления в действующем законодательстве понятия врачебной ошибки / М. Л. Манн // Российское право: образование, практика, наука. – 2023. – № 1. – С. 83–90.

220. Маслова, Е. Н. Крайняя необходимость в медицинской деятельности / Е. Н. Маслова, Л. В. Буянова, В. С. Токмаков // Международный журнал гуманитарных и естественных наук. – 2024. – № 3-1. – С. 97–99.

221. Марковин, И. В. К вопросу о судебной ответственности врачей / И. В. Марковин // Судебно-медицинская экспертиза. – 1928. – № 8. – С. 81–95.

222. Матейкович, М. С. Юридическая характеристика медицинских ошибок и минимизация рисков их совершения / М. С. Матейкович, Е. А. Матейкович // Журнал российского права. – 2021. – Т. 25, № 9. – С. 61–77.

223. Мурашко, М. А. Современные подходы к обеспечению качества медицинской помощи / М. А. Мурашко // Вестник Росздравнадзора. – 2015. – № 6. – С. 7–11.

224. Мыц, Я. Неоказание помощи больному / Я. Мыц // Законность. – 2006. – № 11(865). – С. 34–36.

225. Нагорная, И. И. Неоказание помощи больному: трудности квалификации (ст. 124 УК РФ) / И. И. Нагорная // Уголовное право. – 2023. – № 6(154). – С. 51–61.

226. Нейштубе, П. Т. Ответственность врача-акушера перед судом совести и уголовным законом: речь, произнесенная на заключительном собрании 2 Акушерско-гинекологического съезда в Киеве / П. Т. Нейштубе. – Киев : скоропеч. Ш. Абтихеса, 1910. – 16 с.

227. Огнерубов, Н. А. Проблемы и основания дифференциации преступлений в сфере медицинской деятельности / Н. А. Огнерубов // Вестник Тамбовского университета. Серия: Гуманитарные науки. – 2010. – № 8(88). – С. 253–258.

228. Озова, Н. А. Уголовно-правовое понятие неоказания помощи больному / Н. А. Озова // Российский судья. – 2022. – № 6. – С. 33–38.

229. Омельяновский, В. В. Клинические рекомендации: от разработки к внедрению / В. В. Омельяновский, М. В. Сура, Е. В. Деркач, М. В. Авксентьева // Медицинские технологии. Оценка и выбор. – 2020. – № 4(42). – С. 45–51.

230. Павлова, Н. В. Обоснованный риск в медицинской деятельности / Н. В. Павлова // Вестник Московского университета. Серия 11: Право. – 2006. – № 3. – С. 73–83.

231. Пархоменко, С. В. Проблемы уголовно-правовой оценки субъективных признаков халатности медицинских работников при осуществлении профессиональной деятельности / С. В. Пархоменко, В. А. Демченко // Сибирский юридический вестник. – 2019. – № 3(86). – С. 58–64.

232. Пашинян, Г. А. Судебно-медицинская экспертиза профессиональных правонарушений медицинских работников / Г. А. Пашинян, И. В. Ившин // Проблемы экспертизы в медицине. – 2006. – Т. 6, № 3(23). – С. 11–14.

233. Повзун, С. А. О необходимости выработки официального определения понятия «дефект в оказании медицинской помощи» / С. А. Повзун // Медицинское право: теория и практика. – 2015. – Т. 1, № 1(1). – С. 313–317.

234. Полковникова, В. С. Проблемы квалификации ятрогенных преступлений по субъекту и субъективной стороне / В. С. Полковникова, О. Н. Егоров // Вестник Челябинского государственного университета. Образование и здравоохранение. – 2022. – № 4. – С. 33–40.

235. Пристансков, В. Д. Основы формирования криминалистической теории расследования ятрогенных преступлений / В. Д. Пристансков // Вестник СПбГУ. Серия 14. Право. – 2015. – № 4. – С. 57–70.

236. Рарог, А. И. Медицинский риск в уголовном праве / А. И. Рарог, Т. Г. Понятовская // Всероссийский криминологический журнал. – 2021. – Т. 15, № 3. – С. 321–331.

237. Рарог, А. И. Объект и система медицинского уголовного права / А. И. Рарог, Т. Г. Понятовская // Всероссийский криминологический журнал. – 2019. – Т. 13, № 5. – С. 816–824.

238. Савич, Н. А. Ошибка или преступление: грань правомерности / Н. А. Савич, А. Ю. Коломийцев // Сибирский медицинский журнал (г. Томск). – 2007. – Т. 22, № 2. – С. 66–72.

239. Сенокосова, Е. К. Обстоятельства, исключающие преступность деяния, совершенного при оказании медицинской помощи / Е. К. Сенокосова // Вестник ОмГУ. Серия. Право. – 2019. – № 1. – С. 192–202.

240. Саноцкая, И. В. Понятие, история становления и тенденции развития правового регулирования здравоохранения в Европейском союзе / И. В. Саноцкая // Юридическая наука. – 2017. – № 6. – С. 180–186.

241. Сариев, О. М. Обоснованный риск в медицинской деятельности и условия его правомерности / О. М. Сариев // Вестник Тамбовского университета. Серия: Гуманитарные науки. – 2015. – № 5(145). – С. 246–251.

242. Сариев, О. М. Крайняя необходимость в медицинской деятельности и условия ее правомерности / О. М. Сариев // Вестник Тамбовского университета. Серия: Гуманитарные науки. – 2014. – № 11(139). – С. 239–245.

243. Серебренникова, А. В. Уголовная ответственность медицинских работников: дискуссионные вопросы / А. В. Серебренникова // Социально-политические науки. – 2021. – Т. 11, № 1. – С. 53–58.

244. Стародубов, В. И. Стандарты медицинской помощи в системе здравоохранения Российской Федерации: состояние и перспективы / В. И. Стародубов, Т. А. Ефремова, Н. В. Коробов, Л. А. Лошаков // Здравоохранение Российской Федерации. – 2015. – Т. 59, № 4. – С. 4–9.

245. Стаценко, В. Г. Проблемные вопросы правового регулирования проверки сообщения о ятрогенном преступлении / В. Г. Стаценко // ЮП. – 2018. – № 2(85). – С. 66–71.

246. Стеценко, С. Г. Врачебная ошибка и несчастные случаи в практике работ учреждений здравоохранения: правовые аспекты / С. Г. Стеценко // Юрист. – 2004. – № 2. – С. 44–48.

247. Сучкова, Т. Е. К вопросу о необходимости определения правовых критериев врачебной ошибки / Т. Е. Сучкова // Вестник ВятГУ. – 2014. – № 12. – С. 112–121.

248. Сычев, В. Г. Понятие обстоятельств, исключающих преступность деяния в деятельности медицинского персонала / В. Г. Сычев, Е. В. Кашуба, Ю. Н. Глазунова // Медицинская наука и образование Урала. – 2013. – Т. 14, № 2(74). – С. 158–162.

249. Талан, М. В. Медицинская деятельность как объект уголовно-правовой охраны / М. В. Талан // Ученые записки Казанского университета. Серия: Гуманитарные науки. – 2019. – Т. 161, № 1. – С. 141–150.

250. Татаринцев, А. В. «Врачебные дела» в первой половине XX столетия: история вопроса / А. В. Татаринцев, Е. Х. Баринов // ПЭМ. – 2010. – № 3-4. – С. 51–54.

251. Тимофеев, И. В. Дефект медицинской помощи: проблемы и пути правовой формализации понятия / И. В. Тимофеев // Медицинское право. – 2018. – № 6. – С. 8–15.

252. Трегубов, С. Н. Уголовная ответственность врача за врачевание без согласия больного: докл., прочит. в заседании Уголов. отд-ния Юрид. о-ва при С.-Петерб. ун-те / С. Н. Трегубов. – Санкт-Петербург : Сенат. тип., 1904. – 54 с.

253. Тяжкова, И. М. Уголовная ответственность медицинских работников / И. М. Тяжкова // Вестник МГУ. Серия 11. – 1994. – № 6. – С. 14–21.

254. Улезько, С. И. Понятие дефекта оказания медицинской помощи / С. И. Улезько // Известия Юго-Западного государственного университета. Серия: История и право. – 2018. – Т. 8, № 3(28). – С. 120–126.

255. Улезько, С. И. Понятие ятрогенных преступлений / С. И. Улезько // Общество и право. – 2018. – № 2(64). – С. 46–51.

256. Хазизулин, В. Б. Понятие преступлений, совершаемых при оказании медицинской помощи / В. Б. Хазизулин // Вестник Академии Следственного комитета Российской Федерации. – 2022. – № 3(33). – С. 106–121.

257. Чеботарева, Г. В. Объективные критерии преступного бездействия в сфере медицины / Г. В. Чеботарева, Л. Н. Подкорытова // Ученые записки Крымского федерального университета имени В.И. Вернадского. Юридические науки. – 2016. – № 3. – С. 136–143.

258. Черных, Е. Е. Ответственность за неблагоприятные последствия в сфере медицины: теория, техника, практика / Е. Е. Черных // Труды Академии управления МВД России. – 2020. – № 4(56). – С. 94–104.

259. Шакиров, Р. Р. К вопросу ответственности медицинских работников за дефекты оказания медицинской помощи / Р. Р. Шакиров // Медицинский вестник Башкортостана. – 2013. – Т. 8, № 2. – С. 346–349.

260. Шаповалов, К. Г. Клинические рекомендации как юридическая основа уголовного преследования медработника / К. Г. Шаповалов, С. А. Сумин, Р. А. Ярославкин // Забайкальский медицинский вестник. – 2021. – № 1. – С. 68–73.

Диссертации и авторефераты диссертаций

261. Арестов, В. В. Уголовно-правовые проблемы исполнения приказа или распоряжения как обстоятельства, исключающего преступность деяния : автореф. дис. ... канд. юрид. наук / Арестов Виталий Владимирович. – Саратов, 1999. – 21 с.

262. Бабурин, В. В. Риск как основание дифференциации уголовной ответственности : автореф. дис. ... д-ра юрид. наук / Бабурин Василий Васильевич. – Омск : Омская акад. МВД РФ, 2009. – 38 с.

263. Баулин, Ю. В. Уголовно-правовые проблемы учения об обстоятельствах, исключающих преступность (общественную опасность и противоправность) : автореф. дис. ... д-ра юрид. наук / Баулин Юрий Васильевич. – Харьков, 1991. – 25 с.

264. Веденин, Д. В. Исполнение приказа или распоряжения как обстоятельство, исключающее преступность деяния : автореф. дис. ... канд. юрид. наук / Веденин Дмитрий Владимирович. – Екатеринбург, 1999. – 22 с.

265. Винокуров, В. Н. Крайняя необходимость как обстоятельство, исключающее преступность деяния : автореф. дис. ... канд. юрид. наук / Винокуров Виктор Николаевич. – Рязань : РИПЭ, 1999. – 28 с.

266. Глушков, В. А. Проблемы уголовной ответственности за общественно опасные деяния в сфере медицинского обслуживания : автореф. дис. ... д-ра юрид. наук / Глушков Виктор Алексеевич. – Киев, 1990. – 40 с.

267. Гринберг, М. С. Значение производственно-хозяйственного риска по советскому уголовному праву : автореф. дис. ... канд. юрид. наук / Гринберг Марк Семенович. – Ленинград : ЛГУ, 1957. – 16 с.

268. Домахин, С. А. Крайняя необходимость как обстоятельство, исключающее уголовную ответственность в советском уголовном праве : автореф. дис. ... канд. юрид. наук / Домахин Сергей Александрович. – Ленинград : ЛЮИ, 1953. – 15 с.

269. Дунин, О. Н. Уголовная ответственность медицинских работников за преступления против жизни : автореф. дис. ... канд. юрид. наук / Дунин Олег Николаевич. – Казань : КФУ, 2023. – 26 с.

270. Зальмунин, Ю. С. Врачебные ошибки и ответственность врачей (по материалам Ленинградской судебно-медицинской экспертизы) : дис. ... канд. мед. наук / Зальмунин Юлий Соломонович. – Ленинград, 1948. – 426 с.

271. Захарова, С. С. Обоснованный риск в уголовном праве Российской Федерации : автореф. дис. ... канд. юрид. наук / Захарова Светлана Сергеевна. – Рязань : АПУ ФСИН, 2005. – 26 с.

272. Ившин, И. В. Судебно-медицинские аспекты профессиональных преступлений медицинских работников против жизни и здоровья : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Ившин Игорь Владимирович. – Москва : МГМСУ, 2005. – 26 с.

273. Ильюхов, А. А. Обоснованный риск как обстоятельство, исключающее преступность деяния : автореф. дис. ... канд. юрид. наук / Ильюхов Алексей Александрович. – Москва : ЮИ МВД России, 2001. – 22 с.

274. Калугин, В. В. Физическое или психическое принуждение как обстоятельство, исключающее преступность деяния : автореф. дис. ... канд. юрид. наук / Калугин Виктор Викторович. – Москва : Ин-т междунар. права и экономики, 2001. – 28 с.

275. Козаев, Н. Ш. Обоснованный риск как обстоятельство, исключающее преступность деяния : автореф. дис. ... канд. юрид. наук / Козаев Николай Шотаевич. – Москва : Моск. акад. МВД России, 2000. – 24 с.

276. Красиков, А. Н. Согласие потерпевшего как обстоятельство, исключающее уголовную ответственность и наказуемость деяния по советскому уголовному праву : автореф. дис. ... канд. юрид. наук / Красиков Анатолий Николаевич. – Саратов : СЮИ, 1972. – 18 с.

277. Кудаков, А. В. Врачебная ошибка и ее уголовно-правовая оценка : автореф. дис. ... канд. юрид. наук / Кудаков Алексей Валерьевич. – Саратов : СГАП, 2011. – 22 с.

278. Можайская, Л. А. Социально-правовые проблемы профилактики ВИЧ-инфекции / СПИДа (уголовно-правовые и медицинские аспекты) : автореф. дис. ... канд. юрид. наук / Можайская Лидия Алексеевна. – Екатеринбург, 1993. – 24 с.

279. Павлова, Н. В. Уголовно-правовое регулирование медицинской деятельности : автореф. дис. ... канд. юрид. наук / Павлова Наталья Валерьевна. – Москва : МГУ, 2006. – 24 с.

280. Паше-Озерский, Н. Н. Обстоятельства, исключающие ответственность по советскому уголовному праву : автореф. дис. ... д-ра юрид. наук / Паше-Озерский Николай Николаевич. – Москва, 1954. – 25 с.

281. Пономарь, В. Е. Причинение вреда при задержании лица, совершившего преступление, как обстоятельство, исключающее преступность деяния : автореф. дис. ... канд. юрид. наук / Пономарь Валерий Евгеньевич. – Москва, 1999. – 27 с.

282. Серова, А. В. Профессиональный риск медицинских работников как вид обоснованного риска : автореф. дис. ... канд. юрид. наук / Серова Алевтина Викторовна. – Екатеринбург : УрГЮА, 1999. – 22 с.

283. Слуцкий, И. И. Обстоятельства, исключающие общественную опасность деяния по советскому уголовному праву : автореф. дис. ... д-ра юрид. наук / Слуцкий Иосиф Ильич. – Ленинград : ЛГУ, 1954. – 27 с.

284. Старостина, Ю. В. Исполнение приказа или распоряжения как обстоятельство, исключающее преступность деяния : автореф. дис. ... канд. юрид. наук / Старостина Юлия Владимировна. – Рязань : АПУ Минюста России, 2001. – 24 с.

285. Шурдумов, А. Ю. Обоснованный риск как обстоятельство, исключающее преступность деяния : автореф. дис. ... канд. юрид. наук / Шурдумов Артур Юрьевич. – Москва : МГУ, 2003. – 18 с.

Методические рекомендации

286. Порядок проведения судебно-медицинской экспертизы и установления причинно-следственных связей по факту неоказания или ненадлежащего оказания медицинской помощи. Методические рекомендации" (утв. ФГБУ "РЦСМЭ" Минздрава России 21.06.2017) [Электронный ресурс]. — Доступ из СПС «КонсультантПлюс».

Иностранная литература

287. Gąsior, M. Medical experiments in the light of the amendment of the act on the profession of a physician and a dentist // Wiadomości Lekarskie. 2021. T. 74, № 8. P. 1988-1994.

288. Kulikowska-Kulesza, J. The Rules of Medical Experimentation on People in the Light of the Polish Law and Administrative Solutions // Public Governance, Administration and Finances Law Review. 2020. T. 5. P. 32.

Сайты в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»

289. Федеральная служба государственной статистики. Здравоохранение // [Электронный ресурс]. URL: https://rostat.gov.ru/folder/13721 (дата обращения: 18.02.2026).

290. Проект Федерального закона «Об обязательном страховании гражданской ответственности медицинских организаций перед пациентами» [Электронный ресурс]. — URL: https://docs.cntd.ru/document/902235098?section= text (дата обращения 22.03.2025)

291. Клинические рекомендации Минздрава России. Миома матки, 2024 г. [Электронный ресурс]. — URL: https://diseases.medelement.com/ (дата обращения 18.03.2024).

292. Клинические рекомендации. Открытая травма глаза: клиника, диагностика, лечение. Утверждено: 2017 г., Москва, Заседание Президиума Общероссийской общественной организации «Ассоциация врачей-офтальмологов» [Электронный ресурс]. — URL: https://library.mededtech.ru/rest/documents/OTG_klin_rekom_18042017/ (дата обращения 04.05.2024).