CZU: 343.294:343.347

# ВИКТИМОЛОГИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА ПРЕСТУПЛЕНИЙ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

**Лилия ГЫРЛА**,
*доктор права, доцент Департамента Уголовного права*
*Юридического факультета*
*Молдавского Государственного Университета*

*This scientific report is dedicated to victimological prevention of criminality committed in the sphere of healthcare. Medical activity concerned as an activity associated with the existence of an unavoidable risk of harm to health or death of a person, must be carried out with the aim of eliminating painful conditions and the consequences of injuries that threaten the patient's life or inflict significant harm to his health condition. The modern science of Victimology requires comprehensive measures in the prevention of crimes committed in the field of health care.*

*Victimological forecasting of medical criminality includes the identification of the implicit risks of medical mistakes, which should include the following: poor or poor-quality lighting; high noise level; poor ventilation system of medical premises; inadequate equipping with tools and equipment of the workplace, depending on the specifics of the medical care provided; lack of awareness and training of staff; subjective underestimation of these dangers by the health worker himself.*

***Keywords:*** *Victimological prevention; Victimological forecasting; criminality in the sphere of healthcare; unavoidable risk of harm; medical mistake.*

Жертвой медицинской преступности является пациент, то есть лицо, нуждающееся в диагностической, лечебной, реабилитационной или профилактической медицинской помощи. Такая медицинская помощь может быть как консервативной, так и хирургической. В случае информативно-консультационной медицинской помощи, в качестве пациента может выступать как лицо, страдающее каким-либо недугом (заболеванием, травмой, иным патологическим состоянием), так и здоровое лицо, обратившееся за медицинским советом, к примеру, с целью уточнить режим питания и режим физических нагрузок согласно своему возрасту. Беременные женщины также признаются пациентами медицинских учреждений, не являясь больными, но нуждающимися в силу особых физиологических процессов в квалифицированной медицинской помощи.

Автор И.И. Нагорная подчеркивает: *«Широкое распространение услуг, относящихся к различным видам медицины, их востребованность населением, а также наличие сходных признаков, единой цели, характерной для любого вида медицины, предопределяют социальную*

*потребность в равной уголовно-правовой охране жизни и здоровья человека при их оказании»* [1, с.3-4].

Специфика медицинской деятельности как деятельности, связанной с существованием неизбежного риска причинения вреда здоровью или смерти человека и в то же время осуществляемой с целью устранения болезненных состояний и последствий травм, которые угрожают жизни пациента или существенно ухудшают состояние его здоровья, вызывает необходимость комплексного мер в предупреждении преступлений, совершаемых в сфере здравоохранения. Как справедливо указывает автор Ж.Ж. Нургалиева: *«В реальности итог оказания медицинской помощи оказывается не всегда ожидаемым, и причин тому множество – от сегодняшнего объективного уровня развития медицинских знаний и технического обеспечения до элементарной невнимательности и неквалифицированности медицинского персонала»* [2].

Виктимологическое исследование преступности в сфере здравоохранения представляется актуальным по ряду причин, среди которых следует отметить: постоянно возрастающее внимание общества и государства к проблемам здоровья, формирования здорового образа жизни, качества оказываемых медицинских услуг; повышенный общественный резонанс, вызванный фактами ненадлежащего оказания медицинской помощи; общая неудовлетворенность населения качеством оказания медицинских услуг; общая неудовлетворенность медицинских работников своим социальным положением, чувство правовой незащищенности при осуществлении профессиональных обязанностей.

Пациент обращается в медицинское учреждение с целью распознавания, лечения и предупреждения болезней, сохранения и укрепления здоровья. По мнению ученого И.Г. Галя, «*здоровье являет собой не только отсутствие болезней, дефектов и иных патологий, но и полное физическое и психическое благополучие»* [3, с.3].

Ранее нами было подчеркнуто, что обеспечение здоровья как нематериального блага достигается специализированными субъектами здравоохранения – частными и публичными медицинскими учреждениями [4, с.265]. Как справедливо указывает ученый П.Б. Поликарпов, *«система учреждений здравоохранения представляет собой целостную многоуровневую структурную совокупность взаимосвязанных элементов, включая общественные организация (пациентов или медицинских работников)»* [5, с.5].

В анализируемом криминологическом контексте уместным представляется также мнение правоведа А.В. Тихомирова, поясняющего, что *«медицина неравнозначна здравоохранению, существует по собственным правилам и является международным явлением в отличие от*

*здравоохранения, ограниченного одним государством; медицина, в свою очередь, может обходиться без здравоохранения, а здравоохранение без медицины – нет»* [6, с.10].

Система здравоохранения содержит в своей основе медицинскую деятельность, которая, в свою очередь, является риск-образующей, создавая определенную опасность наступления неблагоприятных последствий, к примеру, риск развития непредотвратимых осложнений медицинских вмешательств.

По мнению Н.Н. Аськова, *«по уголовным делам о преступлениях, связанных с оказанием медицинской помощи, правоприменитель должен разграничивать регламентированное, нерегламентированное и преступное причинение вреда медицинским работником, при этом не отождествлять преступное и нерегламентированное поведение медицинского работника»* [7, с.12]. Цитируемый автор рекомендует, что для правильной квалификации деяния медицинского работника следует избрать особый подход, учитывая допустимость отхождения от установленных законодательством регламентов в целях спасения жизни пациента либо значительного улучшения его состояния [7, с.12]. Необходимо принимать во внимание также профессиональный опыт медицинского работника, характеристики конкретной клинической ситуации, в которой он оказался, поведение самого пациента.

Действительно, медицинская деятельность опасна и рискованна хотя бы потому, что *«в ходе её осуществления используются вещества, организмы, объекты, средства, устройства, инструменты, методы, манипуляции, технологии, которые обладают потенциальной вероятностью нанесения вреда»* [8]. Соответственно, дипломированный специалист не может ссылаться на отсутствие тех или иных теоретических знаний в области медицинской науки. Такое оправдание недопустимо, так как существует ***презумпция***, что *медицинский работник, получивший надлежащее медицинское образование и соответствующую специализацию, обладает необходимыми и достаточными познаниями в соответствии с общепринятыми принципами медицинской практики и медицинской науки, и овладел соответствующими навыками медицинского искусства (lege artis)* [4, с.266].

Вместе с тем медицинская услуга является некачественной и ненадлежащим образом оказанной, если будет установлено, что недостижение целей пациента в поддержании, восстановлении его состояния здоровья произошло вследствие ненадлежащей квалификации медицинского работника и/или нарушения требования договора и существующего государственного стандарта для соответствующей патологии или травмы [4, с.266].

*Управление риском в учреждениях здравоохранения* преследует цель минимизации неблагоприятного влияния на организацию или лицо убытков, вызванных случайными

событиями. По нашему мнению, произошедшие врачебные ошибки следует отнести к *основным областям* управления рисками в здравоохранении наряду со страхованием профессиональной ответственности, а также жалоб пациентов.

С криминологической точки зрения, рисками наступления нежелательных последствий в медицинской деятельности, относящихся, в том числе и к медицинской преступности, следует признавать: хирургические осложнения; случаи интраоперационных летальных случаев; внутрибольничные (нозокомиальные) инфекции; ошибки лекарственной терапии; случаи падений пациентов; пролежни и ожоги, возникшие в медицинском учреждении; попытки самоубийства пациентов; жалобы пациентов [4, с.267].

Соответственно, возникает риск врачебной ошибки. Под *врачебной ошибкой* мы понимаем «*добросовестное заблуждение врача или иного медицинского работника в процессе оказания медицинской помощи, как в рамках медицинской услуги, так и вне таковой, повлекшее наступление отрицательного результата в виде ухудшения состояния здоровья пациента или его смерти»* [4, с.267].

Вопрос о квалификации действий врача как врачебной ошибки является крайне сложным и неоднозначным. К примеру, по ряду заболеваний определенные действия недавнего выпускника медицинского вуза могут быть квалифицированы как врачебная ошибка, тогда как в отношении более квалифицированного врача оснований для признания неблагоприятного исхода лечения врачебной ошибкой может и не оказаться [9, с.62].

Современные авторы (Варданян Г.Д., Аветисян Г.А., Джаноян Г.Дж., Поркшеян К.А., Хачатрян А.Р., Эдилян А.Р., Минасян И.С.), в качестве признаков *добросовестной врачебной ошибки* выделяют: 1) отрицательный результат при надлежащем объеме и содержании медицинской помощи (добросовестное заблуждение медицинского работника); 2) неправильное врачебное мероприятие (ошибка действия) при добросовестном заблуждении; 3) добросовестное заблуждение в отсутствие неосторожности или умысла; 4) непреднамеренное причинение вреда здоровью пациенту в связи с проведением оправданных диагностических, лечебных и профилактических мероприятий [10, с.114]. А.Ш. Гильфанова полагает, что критериями врачебной ошибки являются добросовестное заблуждение врача; отсутствие элементов халатности; отсутствие невнимательности; отсутствие профессионального невежества [11].

Добавим, что в этико-моральном плане врачебные ошибки могут быть извинительны в силу стесненных, неоптимальных условий деятельности врача, исключительной сложности самой врачебной профессии.

При анализе врачебной ошибки необходимо четко различать ***незнание*** и ***невежество***. Если незнание чего-либо не есть преступление, то иначе стоит вопрос в отношении проявления невежества. Если врач не знает элементарных основ анатомии, физиологии и клиники, он должен быть отстранен от работы. Таким образом, полоагаем, что *«необоснованно относить к врачебной ошибке событие, повлекшее причинение вреда здоровью пациента или его смерть вследствие профессионального невежества, незнания или неумения врача, когда врач или иной медицинский работник мог и должен был обладать необходимыми знаниями, навыками, умениями и компетентностями исходя из его подтвержденного документально уровня подготовки и профессиональной квалификации»* [4, с.267].

По нашему мнению, управление рисками врачебных ошибок в медицинских учреждениях публичного и частного секторов включает в себя следующие *этапы*: выявление и оценка угроз и опасностей; принятие решений относительно мер предосторожности; документальная фиксация всего произошедшего; пересмотр системы управления рисками врачебных ошибок.

Виктимологическое прогнозирование медицинской преступности также включает в себя выяснение неявных рисков возникновения врачебных ошибок, к которым следует отнести нижеследующие: слабое или некачественное освещение; высокий уровень шума; плохая система вентиляции медицинских помещений; ненадлежащая оснащенность инструментами и оборудованием рабочего места в зависимости от специфики оказываемой медицинской помощи; недостаточная информированность и подготовка персонала; субъективная недооценка этих опасностей самим медработником [4, с.268].

Исходя из вышеизложенного формулируем рекомендации по снижению риска возникновения врачебных ошибок в медицинских учреждениях публичного и частного секторов: введение дополнительных систем контроля (проверка лекарственных препаратов); выявление обстоятельств, способствующих риску (задержка госпитализации; пожилой возраст пациента); использование альтернативных менее рискованных технологий; использование специальных средств защиты (маски, очки, специальная обувь, специальные средства и т.д.).

**Ссылки:**

**1.** НАГОРНАЯ И.И. *Уголовно-правовая охрана жизни и здоровья человека при оказании медицинских услуг (на примере России, США и Франции).* Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата юридических наук. Специальность 12.00.08 – уголовное право и криминология; уголовно-исполнительное право. Москва: Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики», 2013, с.3-4.

2. НУРГАЛИЕВА Ж.Ж. *О состоянии преступности в сфере здравоохранения Республики Казахстан.* [Дата посещения: 27.11.2021] https://kaznmu.kz/press/wp-content/uploads/2013/01/О-СОСТОЯНИИ-ПРЕСТУПНОСТИ-В-СФЕРЕ-ЗДРАВООХРАНЕНИЯ-РК.pdf
3. ГАЛЬ И.Г. *Обязательство по оказанию медицинской услуги: Диссертация на соискание ученой степени кандидата юридических наук*. Специальность: 12.00.03 – Гражданское право; предпринимательское право; семейное право; международное частное право. Москва, Российская Академия Правосудия, 2014, с.3.
4. ГЫРЛА Л.Г. *Управление рисками врачебных ошибок в медицинских учреждениях публичного и частного секторов*. В: С.265-268. Materiale ale Conferinţei ştiinţifico-practice internaţionale «Contribuţia tinerilor cercetători la dezvoltarea administraţiei publice», , ediţia a 7-a, 26 februarie 2021 / comitetul organizatoric: Balan Oleg [et al.] ; colegiul redacţional: Zelenschi Angela [et al.]. – Chişinău: Tipogr. «Print-Caro»), 2021– 344 p. (ISBN 978-9975-3492-3-9.) [Дата посещения: 25.11.2021] http://aap.gov.md/files/conferinte/26.2.21/ctc21.pdf
5. ПОЛИКАРПОВ П.Б. *Социально-экономические детерминанты развития медицинских услуг в условиях модернизации здравоохранения России и региона:* Диссертация на соискание ученой степени кандидата социологических наук. Специальность 22.00.03 – Экономическая социология и демография. Саратов: Саратовский Государственный Университет им. И.Г. Чернышевского, 2015, с.5.
6. ТИХОМИРОВ А.В. *Теория медицинской услуги и медицинского деликта: учебно-научное пособие*. Москва: Юринфоздрав, 2012, 110 с., с.10.
7. АСЬКОВ Н.Н. *Уголовно-правовые предписания об обстоятельствах, исключающих преступность деяния, в применении к медицинскому работнику*. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата юридических наук. Специальность: 12.00.08 – Уголовное право и криминология; уголовно-исполнительное право. Самара: Самарский национальный исследовательский университет имени академика С.П. Королева, 2021, с.12.
8. ЧЕКМАРЁВ Г.Ф., ШМАРОВ Л.А. *Должна ли медицинская услуга быть безопасной?* В: Либерально-демократические ценности, 2017, Том 1, № 3. [Дата посещения: 25.11.2021] (https://liberal-journal.ru/PDF/04LDZ317.pdf)
9. ПОНКИНА А.А. *Врачебная ошибка в контексте защиты прав пациентов* / Кафедра правового обеспечения государственной и муниципальной службы МИГСУ РАНХиГС. – Москва: Консорциум специалистов по защите прав пациентов, 2012. – (200 с.), ст.62. (ISBN 978-5-4253-0508-4)
10. ВАРДАНЯН Г.Д., АВЕТИСЯН Г.А., ДЖАНОЯН Г.ДЖ., ПОРКШЕЯН К.А., ХАЧАТРЯН А.Р., ЭДИЛЯН А.Р., МИНАСЯН И.С. *Врачебные ошибки: современное состояние проблемы*. В: Медицинская наука Армении, НАН РА, Т LIX, 2019, № 4, с.114.
11. ГИЛЬФАНОВА А.Ш. *Уголовная ответственность медицинских работников за врачебные ошибки.* http://cyberleninka.ru/article/n/ugolovnaya-otvetstvennost-meditsinskih-rabotnikov-za-vrachebnye-oshibki.pdf (дата посещения: 03.11.2021)