

Юридическая квалификация дефектов медицинской помощи

Аннотация. Статья посвящена изучению правовой природы дефектов медицинской помощи и определению критериев их юридической квалификации. Проведен ретроспективный анализ развития института юридической ответственности за ненадлежащее врачевание. Исследованы понятие дефекта медицинской помощи и смежные категории, их природно-онтологические особенности и квалифицирующие правовые признаки, рассмотрены доктринальные подходы к юридической оценке дефектов медицинской помощи. Отмечено, что, несмотря на заметную эволюцию, которую в истории права претерпел вопрос об ответственности врачей, до сих пор в юриспруденции нет единого подхода к пониманию правовой природы дефектов медицинской помощи, а в современном российском законодательстве, как и в уголовных законах большинства зарубежных стран, отсутствуют специальные нормы для квалификации этих дефектов. Вместе с тем в интересах оптимального правового регулирования отношений в сфере медицины сегодня действительно актуальным представляется не столько введение в закон особых статей, устанавливающих уголовную ответственность за ненадлежащее оказание медицинской помощи, сколько легальное определение и систематизация базовых понятий и критериев юридической квалификации различных медицинских инцидентов. Так, объединив все неблагоприятные события в медицинской практике под общим термином «медицинские инциденты», можно для выделения среди них инцидентов, обусловленных ненадлежащим оказанием медицинских услуг, использовать понятие «дефект медицинской помощи». Предложена авторская классификация дефектов медицинской помощи на основе их разделения по характеру отношения субъекта медицинской деятельности к своим профессиональным обязанностям на медицинские деликты (правонарушения) и медицинские казусы (несчастные случаи и медицинские ошибки). Сформулирован концептуальный подход к юридической квалификации дефектов медицинской помощи.

Ключевые слова: дефект медицинской помощи; классификация дефектов медицинской помощи; медицинский инцидент; медицинские деликты; медицинские казусы; врачебная (медицинская) ошибка; несчастный случай; ненадлежащее врачевание; юридическая квалификация; юридическая ответственность медицинских работников.

Для цитирования: Данилов Е. О. Юридическая квалификация дефектов медицинской помощи // Актуальные проблемы российского права. — 2021. — Т. 16. — № 5. — С. 123–138. — DOI: 10.17803/1994-1471.2021.126.5.123-138.

© Данилов Е. О., 2021

* Данилов Егор Олегович, кандидат медицинских наук, доцент, профессор кафедры организации здравоохранения Санкт-Петербургского института стоматологии последипломного образования (СПб.ИНСТОМ), магистр юриспруденции
пр. Металлистов, д. 58, г. Санкт-Петербург, Россия, 195176
Danilov@medi.spb.ru

Legal Classification of Defects in Medical Care

Egor O. Danilov, Cand. Sci. (Medicine), Associate Professor, Professor of the Department of Health Care Organization, St. Petersburg Dentistry Institute of Postgraduate Education, Graduate (Law) pr. Metallistov, d. 58, Saint Petersburg, Russia, 195176
Danilov@medi.spb.ru

Abstract. The paper studies the legal nature of defects in medical care and defines criteria for their legal classification. A retrospective analysis of the development of the institution of legal responsibility for improper medical treatment is carried out. The concept of a defect in medical care and related categories, their natural ontological characteristics and classifying legal features are investigated, doctrinal approaches to the legal assessment of defects in medical care are considered. It is noted that, despite the noticeable evolution that the question of the responsibility of doctors has undergone in the history of law, there is still no single approach to understanding the legal nature of defects in medical care in jurisprudence. In modern Russian legislation, as in the criminal laws of most foreign countries, there are no special standards for such defects classification. At the same time, in the interests of optimal legal regulation of relations in the field of medicine, today it is the legal definition and systematization of basic concepts and criteria for the legal classification of various medical incidents that matters and not the introduction into the law of special articles establishing criminal liability for improper provision of medical care. Thus, by combining all adverse events in medical practice under the general term "medical incidents", one can use the concept of "medical care defect" to distinguish incidents caused by inappropriate provision of medical services. The author proposes his own classification of defects in medical care dividing them into medical torts (offenses) and medical incidents (accidents and medical errors) based on the nature of the attitude of the subject of medical activity to their professional duties. A conceptual approach to the legal classification of medical care defects has been formulated.

Keywords: defect in medical care; classification of medical care defects; medical incident; medical torts; medical cases; medical malpractice; accident; improper healing; legal classification; legal responsibility of medical professionals.

Cite as: Danilov EO. Yuridicheskaya kvalifikatsiya defektov meditsinskoj pomoshchi [Legal Classification of Defects in Medical Care]. *Aktualnye problemy rossiyskogo prava*. 2021;16(5):123-138. DOI: 10.17803/1994-1471.2021.126.5.123-138 (In Russ., abstract in Eng.).

Общество традиционно предъявляет к врачебной деятельности высокие требования, направленные на недопущение в ней дефектов, влекущих неблагоприятные последствия. При этом на разных этапах истории человечества взгляды на суть правомерности того или иного деяния врача существенно различались, и в зависимости от культурных особенностей той или иной цивилизации вопрос об ответственности врачей за результаты проведенного ими лечения решался по-разному.

Еще в XVIII в. до н.э. Законами Хаммурапи было установлено: «Если врач сделает человеку тяжелый надрез бронзовым ножом и причинит смерть этому человеку или снимет бельмо человека бронзовым ножом и повредит глаз человека, то ему должно отрезать пальцы»¹. По мнению И. В. Тимофеева, из-за применения к медикам подобных карательных санкций в Вавилонском государстве активное развитие медицины было фактически остановлено².

Тем не менее уже в некоторых древних цивилизациях применялся не только принцип рав-

¹ Хрестоматия по истории государства и права зарубежных стран : учебное пособие / ред. З. М. Черниловский. М. : Юрид. лит., 1984. С. 22.

² Тимофеев И. В. Дефект медицинской помощи: проблемы и пути правовой формализации понятия // Медицинское право. 2018. № 6. С. 13.

ного возмездия (талион), но и иные меры наказания. Так, в Древней Индии по Законам Ману лекарь за неправильное лечение подвергался штрафу³, а в Древней Греции для врачей, причиняющих по небрежности непоправимый вред больным, была разработана специальная форма наказания — адоксия (бесчестие), решение о назначении которой подлежало опубликованию⁴.

В России, как отмечал Н. С. Таганцев, вплоть до XVIII столетия «общество требовало от врачей благоприятного исхода лечения, несмотря на тот или другой характер болезни, от которых они пользовали, и смерть пациента, хотя бы и неотвратимая, всегда ставилась в вину врачу и нередко имела для него весьма печальные последствия»⁵. Например, в конце XV в. при Иване III было казнено несколько иностранных врачей, безуспешно лечивших монарших особ⁶.

Подобный подход к решению «врачебных» дел, основанный, по сути, на принципе талиона, сохранялся и в законодательстве Петра I. В связи с этим весьма примечателен царский указ от 4 марта 1686 г.: «всем лекарям: буде из них кто нарочно или не нарочно кого уморит, а про то сыщется, и им быть казненным смертью»⁷. Между тем в реальности «эти строгие постановления, не различавшие даже умысла от неосторожности, не всегда применялись»⁸. Например, по указу от 14 февраля 1700 г. человека, давшего своему боярину смертельную дозу лекарства, не казнили, а сослали на каторгу⁹.

В дальнейшем на основании узаконений петровского периода в Своде законов уголов-

ных 1832 г. было закреплено положение о том, что врач, «изобличенный в учинении убийства <...> пропискою <...> ненадлежащего лекарства или в ненадлежащем количестве», подвергается «наказанию, как за неосторожное смертоубийство» (ст. 344)¹⁰.

Однако ситуация коренным образом изменилась в 1845 г., когда в Уложении о наказаниях уголовных и исправительных (далее — Уложение 1845 г.) появилась статья 1080, в соответствии с которой врачам, совершающим «по незнанию своего искусства <...> более или менее важные в оном ошибки», воспрещалась практика «доколе они не выдержат нового испытания и не получат свидетельства в надлежащем знании своего дела». Там же было указано, что «если от неправильного лечения последует кому-либо смерть или важный здоровью вред, то виновный, буде он христианин, предается церковному покаянию по распоряжению своего духовного начальства»¹¹. Иными словами, неосторожное (по незнанию) причинение смерти при оказании медицинской помощи, с учетом характера установленной тогда санкции, было фактически декриминализовано. При этом согласно ст. 7 Уложения 1845 г. случайное причинение вреда без признаков неосторожности вообще признавалось невиновным деянием.

Очередной поворот в подходах к юридической ответственности в российском публичном праве произошел в начале XX в. В Уголовном уложении 1903 г.¹² (далее — Уложение 1903 г.) уже отсутствовала специальная норма, прямо

³ Законы Ману. М. : Эксмо-Пресс, 2002. С. 387.

⁴ Блаватская Т. В. Из истории греческой интеллигенции эллинистического времени. М. : Наука, 1983. С. 160–162.

⁵ Таганцев Н. С. О преступлениях против жизни по русскому праву. 2-е изд. СПб. : Тип. И. Мордуховского, 1873. С. 63.

⁶ См.: Печникова О. Г. Возникновение государственной медицины в России (историко-правовой аспект) // Медицинское право. 2009. № 3. С. 39.

⁷ Именной указ с боярским приговором от 4 марта 1686 г. // ПСЗРИ. СПб. 1830. Т. II. № 1171.

⁸ Таганцев Н. С. Указ. соч. С. 64.

⁹ Именной указ с Боярским приговором от 14 февраля 1700 г. // ПСЗРИ. СПб. 1830. Т. IV. № 1756.

¹⁰ Свод законов уголовных // СЗРИ. СПб. 1832. Т. XV. С. 120.

¹¹ Уложение о наказаниях уголовных и исправительных. СПб. : Тип. II Отд. Собств. Е. И. В. канцелярии, 1845. С. 442.

¹² Уголовное уложение. СПб. : Сенатская тип., 1903. С. 92, 94.

предназначенная для квалификации ненадлежащего оказания медицинской помощи. Уложение 1903 г., как выразился Ю. Г. Малис, «не сочло нужным сохранить особую статью о неправильном врачевании, а раскассировало ее <...> по ст. 464 и 474, предусматривающим неосторожное лишение жизни и неосторожное причинение телесного повреждения»¹³. В диспозициях новых норм был закреплён квалифицирующий признак — «несоблюдение виновным правил, установленных законом или обязательным постановлением для определенного рода деятельности в ограждение личной безопасности». При этом все квалифицированные составы ст. 464 и 474 Уложения 1903 г. с учетом установленных для них санкций были тогда признаны преступлениями (за исключением неосторожного легкого телесного повреждения, которое квалифицировалось как проступок).

Несмотря на то что Уложение 1903 г. никогда не вступило в силу в полном объеме, одним из его несомненных достоинств было дальнейшее развитие института правомерного вреда (обстоятельств, исключающих преступность деяния). В группу ситуаций (оснований), устраняющих виновность, входили, в частности, *заблуждение и случай*¹⁴. Так, в ст. 42 было закреплено: «Не вменяется в вину преступное деяние, коего учинивший не мог предвидеть или предотвратить». При этом к числу причин, вызывающих случайное или не зависящее от воли виновного нарушение закона, «относили незнание условий и обстоятельств деяния, неверное или ошибочное представление о них, присоединение к действиям виновного новых, непредвиденных фак-

торов, полное принуждение действий виновного какой-либо силе или даже другому лицу»¹⁵.

Советское уголовное законодательство (УК РСФСР), подобно Уложению 1903 г., никогда не содержало специальных норм, предназначенных для квалификации ненадлежащего оказания медицинской помощи. Тем не менее при отсутствии прямого указания в законе на те или иные деяния изначально допускалось применение к ним статей УК, предусматривающих наиболее сходные по роду преступления. Это было возможно в силу аналогии закона (ст. 10 УК РСФСР 1922 г.¹⁶; ст. 16 УК РСФСР 1926 г.¹⁷), действовавшей тогда в уголовном праве¹⁸.

В советский период медицинские работники могли привлекаться к уголовной ответственности на общих основаниях за такие преступления против личности, как убийство по неосторожности и неосторожное телесное повреждение (соответственно ст. 147, 154 УК РСФСР 1922 г.; ст. 139, 145 УК РСФСР 1926 г.; ст. 106, 114 УК РСФСР 1960 г.¹⁹). При этом квалифицированный состав по признаку неосторожности в результате сознательного несоблюдения установленных правил предосторожности был предусмотрен для обоих указанных преступлений только в УК РСФСР 1922 г. (ст. 147, 154), уже в УК РСФСР 1926 г. данный признак содержался лишь в диспозиции нормы о неосторожном телесном повреждении (ст. 145), а в соответствующих нормах УК РСФСР 1960 г. (ст. 106, 114) такие квалифицированные составы вообще отсутствовали.

Следует отметить, что в советской судебной практике по вопросу о квалификации преступно-ненадлежащего оказания медицинской помощи отмечался некоторый разнобой, который, по

¹³ Малис Ю. Г. Уголовная ответственность врачей // Право и жизнь. 1926. Кн. 1. С. 79.

¹⁴ Михайлов В. И. Институт правомерного вреда (обстоятельств, исключающих преступность деяния) в Уголовном уложении 1903 г. // Журнал российского права. 2016. № 5. С. 66.

¹⁵ Михайлов В. И. Указ. соч. С. 66–67.

¹⁶ СУ РСФСР. 1922. № 15. Ст. 153.

¹⁷ СУ РСФСР. 1926. № 80. Ст. 600.

¹⁸ Аналогия закона действовала в уголовном праве вплоть до введения Основами уголовного законодательства СССР и союзных республик 1958 г. признака противоправности в понятие преступления (см.: Епифанова Е. В. Аналогия в уголовном праве: история и современность // Актуальные проблемы экономики и права. 2008. № 1. С. 114).

¹⁹ Ведомости ВС РСФСР. 1960. № 40. Ст. 591.

свидетельству Ф. Ю. Бердичевского, особенно усилился с принятием УК РСФСР 1960 г.²⁰ Ненадлежащее (небрежное или недобросовестное) выполнение медицинскими работниками своих обязанностей, повлекшее за собой неблагоприятные последствия, зачастую квалифицировалось в то время как халатность (ст. 108 УК РСФСР 1922 г.; ст. 111 УК РСФСР 1926 г.; ст. 172 УК РСФСР 1960 г.). Поскольку деление преступлений на должностные и профессиональные было тогда весьма условным, врач фактически признавался должностным лицом.

В современном российском уголовном законе, как и в прежних советских УК, отсутствуют специальные «медицинские» составы. Сегодня неосторожные деяния медиков, допустивших дефекты в своей работе, квалифицируются в зависимости от неблагоприятных последствий по разным статьям действующего УК РФ²¹: причинение смерти (ч. 2 ст. 109), причинение тяжкого вреда здоровью (ч. 2 ст. 118), заражение ВИЧ-инфекцией (ч. 4 ст. 122). Несмотря на то что в этих нормах УК РФ нет прямого указания на субъект преступления, содержащаяся в них формулировка «ненадлежащее исполнение лицом своих профессиональных обязанностей» предполагает возможность привлечения к уголовной ответственности представителей самых разных профессий (в том числе и медиков), действия которых привели к тяжким последствиям.

Тем не менее, согласно информации Следственного комитета России, поскольку ни одна из вышеназванных статей УК РФ не учитывает особенности профессиональной медицинской деятельности, в правоприменительной практике возникают проблемы квалификации преступлений, связанных с дефектами медицинской помощи. Поэтому в 2018 г. следственное ведомство предложило ввести в УК РФ новые статьи, в том числе ст. 124.1 «Ненадлежащее оказание медицинской помощи (медицинской услуги)»,

полагая, что «данные изменения позволят минимизировать ошибки правоприменения»²².

В этой связи уместно заметить, что сама идея о введении в уголовный закон специальной нормы, устанавливающей ответственность медиков за профессиональные нарушения, не нова. Например, ранее подобные пожелания неоднократно высказывались в советской юридической литературе²³. Кроме того, соответствующие специальные нормы, касающиеся либо медицинской деятельности, либо профессиональной деятельности вообще, содержались в уголовном законодательстве многих социалистических стран²⁴.

В настоящее время специальные нормы о ненадлежащем оказании медицинской помощи можно обнаружить в уголовных кодексах Китая (ст. 335 УК КНР) и ряда стран ближнего зарубежья (ст. 130 УК Республики Армения, ст. 162 УК Республики Беларусь, ст. 317 УК Республики Казахстан, ст. 152 УК Кыргызской Республики, ст. 138 УК Латвийской Республики, ст. 213 УК Молдовы, ст. 129 Республики Таджикистан, ст. 122 УК Туркменистана, ст. 140 УК Украины). Сходство подходов к уголовно-правовому регулированию медицинской деятельности в этих государствах, очевидно, является признаком определенной идеологической близости их правовых систем.

Вместе с тем в странах западной цивилизации (США, Великобритания, Германия, Франция и др.), где уголовные законы, как правило, не содержат соответствующие медицинские составы, врачи за неосторожное причинение тяжкого вреда здоровью пациента могут привлекаться на общих основаниях к гражданско-правовой ответственности. Там дефекты оказания медицинской помощи крайне редко становятся поводом для уголовного преследования. В этих странах государство традиционно не вмешивается во взаимоотношения врачей и пациентов,

²⁰ Бердичевский Ф. Ю. Уголовная ответственность медицинского персонала за нарушение профессиональных обязанностей. М.: Юрид. литература. 1970. С. 81–82.

²¹ СЗ РФ. 1996. № 25. Ст. 2954.

²² URL: <https://sledcom.ru/news/item/1240870> (дата обращения: 12.12.2019).

²³ См.: Бердичевский Ф. Ю. Указ. соч. С. 83, 87.

²⁴ Бердичевский Ф. Ю. Указ. соч. С. 81.

а возникающие между ними споры если и рассматриваются судами, то в основном в рамках гражданского процесса. Особняком выделяется ситуация в Японии, где дефект медицинской помощи с тяжкими последствиями (смерть или телесное повреждение) зачастую квалифицируется как преступление, совершенное по неосторожности при осуществлении профессиональной деятельности (ст. 211 УК Японии)²⁵.

Таким образом, вопросы об установлении ответственности врачей и о законодательном обособлении соответствующих норм решаются в национальных правовых системах по-разному, причем в большинстве стран уголовные законы не содержат специальные составы о ненадлежащем оказании медицинской помощи. В то же время на международном уровне проблема негативных исходов врачевания уже не первый год находится в центре внимания Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), отмечающей, что сложное сочетание процессов, технологий и человеческих взаимодействий в современной системе оказания медицинской помощи связано с неизбежным риском неблагоприятных событий, которые часто происходят²⁶.

В медицине случаи, когда при оказании медицинской помощи возникают осложнения или смерть пациента, издавна рассматриваются под углом зрения понятия о ее недостатках²⁷. При этом используются и неодинаково толкуются самые разные термины: «дефект», «ошибка», «казус», «недостаток», «погрешность», «негативный исход», «упущение» и т.д.

Представляется, что в интересах оптимального правового регулирования отношений в сфере медицины необходимо установить исходные правовые дефиниции, определив и формально закрепив смысл некоторых ключевых понятий.

В этих целях все неблагоприятные события в медицинской практике, включая те, которые могли повлечь или повлекли причинение вреда пациенту, можно обозначить общим термином «*медицинские инциденты*», а для выделения тех инцидентов, которые обусловлены ненадлежащим оказанием медицинских услуг, можно использовать понятие «*дефект медицинской помощи*».

В специальной литературе встречаются разные определения дефекта оказания медицинской помощи. Например, С. Г. Стеценко рассматривает его как «ненадлежащее осуществление диагностики, лечения больного, организации медицинской помощи, которое привело или могло привести к неблагоприятному исходу медицинского вмешательства»²⁸.

И. В. Тимофеев предлагает понимать под дефектом медицинской помощи «ее недостаток в виде действия или бездействия лица медицинского персонала, являющийся нарушением действующих руководящих документов (порядков оказания и стандартов медицинской помощи, клинических протоколов, правил, инструкций, руководств, положений, постановлений, директив, приказов) и выразившийся в неправильном оказании (неоказании) медицинской помощи (профилактике, диагностике, лечении и реабилитации) в определенный период времени и в конкретных условиях»²⁹. При этом автор обращает внимание на то, что «с учетом характера и степени общественной опасности, в том числе в зависимости от наличия или отсутствия неосторожной формы вины медицинского работника, степени вреда здоровью и причинно-следственной связи с причинением вреда здоровью или смерти, дефект медицинской помощи исключает или, наоборот, определяет

²⁵ Уголовный кодекс Японии / науч. ред. А. И. Коробеев. СПб. : Юридический центр-Пресс, 2002. С. 128 ; Понкина А. А. Врачебная ошибка в контексте защиты прав пациентов. М. : Консорциум специалистов по защите прав пациентов, 2012. С. 82–84.

²⁶ Quality of care: patient safety. Report by the Secretariat to the Fifty-fifth World Health Assembly. WHO/A55/13 // URL: <https://www.who.int/patientsafety/worldalliance/ea5513.pdf> (дата обращения: 12.12.2019).

²⁷ Тимофеев И. В. Указ. соч. С. 8.

²⁸ Стеценко С. Г. Медицинское право : учебник. СПб. : Юридический центр-Пресс, 2004. С. 527.

²⁹ Тимофеев И. В. Указ. соч. С. 14.

возникновение различных видов юридической ответственности»³⁰.

Анализ представленных в литературе определений термина «дефект медицинской помощи» указывает на то, что по юридическому смыслу он близок к понятию «ненадлежащая медицинская помощь». Можно сказать, что выявление дефекта медицинской помощи свидетельствует о том, что она ненадлежащая, объективно неправильная. Следовательно, дефект медицинской помощи, по сути, представляет собой *нарушение правил ее оказания*. При этом в поле зрения правоприменительных органов попадают прежде всего те дефекты медицинской помощи, которые повлекли за собой неблагоприятные для пациента последствия.

Необходимым условием правильной квалификации дефектов является их точное разделение по определенным признакам. В судебной медицине уже достаточно давно используется классификация дефектов медицинской помощи, предложенная Ю. С. Зальмуниным (1949) и получившая широкую известность благодаря монографии И. Ф. Огаркова «Врачебные правонарушения и уголовная ответственность за них» (1966). В данной классификации на основании анализа экспертных материалов и решений судебно-следственных органов по обвинению врачей в упущениях все дефекты в деятельности медицинских работников делятся следующим образом:

- 1) умышленные преступления;
- 2) неосторожные действия;
- 3) врачебные ошибки;
- 4) несчастные случаи³¹.

В первые две группы включены виновные общественно опасные деяния, а к третьей и чет-

вертой группам отнесены действия, в которых не усматривается «наказуемой вины со стороны врача»³².

Следует учесть, что целью научных изысканий Ю. С. Зальмунина, послуживших теоретической основой для данной классификации, было «формирование такого понятия, как врачебная ошибка, и ее отграничение от всех иных проявлений неправильной врачебной деятельности»³³. Однако единое мнение по данному вопросу не сформировано до сих пор, притом что к началу текущего века в литературе уже содержалось не менее 65 промежуточных определений, понятий и признаков врачебных ошибок³⁴.

Ю. Д. Сергеев и А. А. Мохов относят врачебную ошибку к «случайным эмпирическим явлениям, обладающим юридическим значением, которое устанавливается в каждом конкретном случае по ее обнаружению»³⁵.

В многочисленных работах, так или иначе затрагивающих эту тему, разные авторы обычно придерживаются точки зрения И. В. Давыдовского, который называл врачебными ошибками «род добросовестных заблуждений врача в его суждениях и действиях при исполнении им тех или иных специальных врачебных обязанностей», подчеркивая, что отсутствие в этих суждениях и действиях элементов преступления (явной небрежности, невнимательности, неосторожности или очевидного невежества), а равно формально неправильных или незаконных моментов позволяет отграничивать врачебные ошибки от врачебных преступлений³⁶.

Очевидным достоинством предложенной И. В. Давыдовским дефиниции является указание на *сущностный признак врачебной ошибки*,

³⁰ Тимофеев И. В. Указ. соч. С. 14.

³¹ Огарков И. Ф. Врачебные правонарушения и уголовная ответственность за них. Л. : Медицина. 1966. С. 42–44.

³² Огарков И. Ф. Указ. соч. С. 43.

³³ Цит. по: Бердичевский Ф. Ю. Указ. соч. С. 15–16.

³⁴ Сергеев Ю. Д., Ерофеев С. В. Неблагоприятный исход оказания медицинской помощи. М.; Иваново, 2001. С. 21.

³⁵ Сергеев Ю. Д., Мохов А. А. Ненадлежащее врачевание: возмещение вреда здоровью и жизни пациента. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. С. 200.

³⁶ См.: Давыдовский И. В. Врачебные ошибки // Большая медицинская энциклопедия. М., 1928. Т. 5. С. 697.

принципиально отличающий ее от иных дефектов медицинской помощи, а именно — *добросовестное заблуждение*. Примечательно, что с течением времени взгляды на этот основной критерий врачебной ошибки практически не поменялись. Так, в третьем издании Большой медицинской энциклопедии врачебные ошибки были определены как «ошибки врача при исполнении своих профессиональных обязанностей, являющиеся следствием добросовестного заблуждения и не содержащие состава преступления или признаков проступка»³⁷.

Из множества суждений, высказанных на эту тему в современной литературе, заслуживает внимания мнение А. В. Саверского, определяющего врачебную ошибку как «неправильное действие (бездействие) при оказании медицинской помощи (дефект медицинской помощи), совершенное врачом в состоянии обоснованной уверенности в правильности своих действий, притом что по обстоятельствам дела он не мог осознавать неправильности этого действия (бездействия), не предвидел возможности наступления общественно опасных последствий и по обстоятельствам дела не должен был или не мог их предвидеть»³⁸. Нетрудно заметить, что в качестве основы для данной формулировки использована уголовно-правовая норма о невиновном причинении вреда (ч. 1 ст. 28 УК РФ).

А. З. Виноградов и В. А. Рыков предложили применять термин «врачебная ошибка» только при наличии объективных причин ее возникновения, а ошибку по субъективным причинам обозначать термином «медицинский деликт», определяя его как виновное противоправное

деяние врача, причиняющее вред здоровью и(или) жизни пациента³⁹.

А. А. Понкина, проведя анализ разных точек зрения на суть врачебной ошибки, разработала свою концепцию, согласно которой «ценностно-смысловое и юридико-семантическое ядро понятия “врачебной ошибки” (“медицинской ошибки”) — это наличие добросовестного заблуждения врача, которое при юридической квалификации действий врача трактуется как основание признания его невиновности (в гражданско-правовом, административно-правовом и уголовно-правовом аспектах)»⁴⁰.

От врачебных ошибок следует отличать несчастные случаи в медицинской практике, обусловленные независимыми от врача обстоятельствами. В зарубежной литературе такие несчастные случаи рассматриваются как негативные результаты стихийного бедствия или форс-мажора: они возникают независимо от личности врача и их невозможно предсказать или избежать при идентичных обстоятельствах⁴¹. С. Г. Стеценко понимает под несчастным случаем в медицине «дефект оказания медицинской помощи, связанный со случайным стечением обстоятельств, которые врач, действуя правомерно, в рамках должностных инструкций и в соответствии с принятыми в медицине методами и способами лечения (диагностики), не мог предвидеть и предотвратить»⁴². Между тем в отечественной судебно-медицинской литературе в качестве примеров несчастных случаев обычно называются летальные исходы, происходящие в клинике при правильном выполнении различных медицинских вмешательств (смерть при даче наркоза, при введении

³⁷ Врачебные ошибки // Большая медицинская энциклопедия / гл. ред. Б. В. Петровский. 3-е изд. М.: Советская энциклопедия, 1976. Т. 4. С. 442.

³⁸ Саверский А. В. Права пациентов на бумаге и в жизни. М.: Эксмо, 2009. С. 78.

³⁹ Виноградов А. З. Алгоритм правовой квалификации медицинского деликта // Медицинское право. 2003. № 4. С. 34–37; Рыков В. А. Врачебная ошибка: медицинские и правовые аспекты // Медицинское право. 2005. № 1. С. 43.

⁴⁰ Понкина А. А. Указ. соч. С. 58.

⁴¹ Meirelles Gomes J. C., Veloso de Franca G. Erro Médico / Iniciação à bioética. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998. P. 245.

⁴² Стеценко С. Г. Указ. соч. С. 537.

терапевтических доз некоторых лекарственных веществ и т.д.)⁴³, т.е. по существу — без признаков дефекта медицинской помощи.

Более полувека тому назад И. Ф. Огарков констатировал, что «вопрос о несчастном случае в медицинской практике остается до сих пор мало уясненным и почти не изученным»⁴⁴. В то время к несчастным случаям было принято относить «неудачные исходы лечения, при которых создается объективная невозможность предвидеть последствия врачебных действий, т.е. когда неудачи в лечении не зависят от чьих-либо упущений или ошибок, а происходят вследствие трудности случая, особенностей организма больного, неудачной обстановки, например экстренной операции ночью в плохо освещенной комнате»⁴⁵.

Из трех названных в приведенной цитате причин неудачного лечения (трудности случая, особенности организма больного, неудачная обстановка), пожалуй, только последнюю (т.е. неудачную обстановку) можно рассматривать как хотя и вынужденное, но все же отклонение от правил медицинской помощи. В связи с этим, очевидно, следует дифференцировать все возникающие в медицине несчастные случаи, выделяя из них те, которые происходят именно в связи с дефектами медицинской помощи. К такого рода казусам, кроме уже упомянутой экстренной операции в ненадлежащих условиях, можно отнести «ненаходчивость врача в связи с овладевшей им во время оказания помощи растерянностью и даже острым страхом на почве непредвиденных осложнений (“операционный транс”)⁴⁶, а также другие внезапно возникшие исключительные ситуации (в том числе обусловленные неадекватным поведением пациента или третьих лиц), негативные последствия ко-

торых врач не способен предотвратить в силу несоответствия своих психофизиологических качеств требованиям экстремальных условий, созданных помимо его воли. Иными словами, это те ситуации, которые в науке именуются «псиказусом»⁴⁷, а в уголовном праве квалифицируются как вариант невиновного причинения вреда (ч. 2 ст. 28 УК РФ).

Таким образом, к дефектам медицинской помощи следует относить не все несчастные случаи в медицинской практике, а только те, которые происходят во внезапно возникших экстремальных для конкретного врача условиях, в силу которых он объективно не может предотвратить наступления негативных последствий своих действий (бездействия). Все прочие несчастные случаи в медицинской практике имеют иные причины (например, индивидуальные особенности больного, атипичное течение заболевания и др.) и, поскольку они не связаны с нарушением правил и методов медицины, их нельзя относить к категории дефектов медицинской помощи.

Согласно общей теории права юридическая квалификация любого факта заключается в его оценке с точки зрения определенной нормы права, устанавливающей конкретное юридическое значение данного факта⁴⁸. Задача юридической квалификации состоит «в определении юридической природы конкретного фактического обстоятельства, т.е. связано ли с ним наступление правовых последствий»⁴⁹.

Юридическая квалификация конкретного дефекта медицинской помощи есть правовая оценка, устанавливающая соответствие либо несоответствие его признаков признакам правонарушения, предусмотренного конкретной нормой действующего закона. Пра-

⁴³ Судебная медицина : учебник / под ред. Ю. И. Пиголкина. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. С. 368.

⁴⁴ Огарков И. Ф. Указ. соч. С. 159.

⁴⁵ Огарков И. Ф. Указ. соч. С. 162–163.

⁴⁶ Огарков И. Ф. Указ. соч. С. 163.

⁴⁷ См.: Теслицкий И. В. Невинное причинение вреда по психофизиологическому основанию в уголовном праве : автореф. дис. ... канд. юрид. наук. Ставрополь, 2004. С. 6–7.

⁴⁸ Нерсесянц В. С. Общая теория права и государства : учебник. М. : Норма: Инфра-М, 2012. С. 490.

⁴⁹ Власенко В. Н. Юридическая квалификация: критерии деления и виды // Журнал российского права. 2009. № 7. С. 121.

новая оценка дефекта медицинской помощи с негативным исходом предполагает решение нескольких нетривиальных задач, направленных на установление причин дефекта, характера и степени негативного исхода, причинной связи между дефектом и негативным исходом, вины исполнителя (медицинского работника), а также вида дефекта. Однако на данный момент в России отсутствует целостная концепция квалификации медицинских инцидентов вообще и дефектов медицинской помощи в частности, они не систематизированы и не имеют легальных определений. Несмотря на предпринятые в разные годы многочисленные попытки классифицировать дефекты медицинской помощи, их общепризнанной классификации нет до сих пор, что, безусловно, затрудняет проведение правовой оценки медицинских инцидентов и в целом не позволяет обеспечить необходимую эффективность правового регулирования отношений в сфере здравоохранения.

Между тем изучение феномена дефекта медицинской помощи и различных мнений относительно его природы дает богатый материал для разработки современной классификации дефектов по общности наиболее значимых с правовой точки зрения признаков. Итак, представляется

целесообразным все дефекты медицинской помощи в зависимости от степени их опасности и последствий распределить следующим образом:

1. Медицинские деликты:

1.1. Преступления.

1.2. Проступки.

2. Медицинские казусы:

2.1. Медицинские ошибки.

2.2. Несчастные случаи.

3. Дефекты без причинения вреда здоровью пациента.

Данный вариант укрупненной классификации дефектов медицинской помощи может служить основой для детальных классификаций каждого вида дефекта, а также для медико-правовой оценки конкретного дефекта.

В общем виде алгоритм первичной квалификации дефекта медицинской помощи, повлекшего причинение вреда здоровью пациента, предполагает выявление в фактических обстоятельствах данного инцидента юридически значимых признаков, соответствующих той или иной разновидности дефекта, включая его главную причину (в зависимости от характера отношения исполнителя медицинской услуги к своим профессиональным обязанностям) и степень тяжести вреда (см. табл.).

Алгоритм правовой квалификации дефекта медицинской помощи с причинением вреда здоровью пациента

Дефект медицинской помощи (факт нарушения правил оказания медицинской помощи)					
Критерии дефекта и его квалификация	Характер отношения исполнителя к своим профессиональным обязанностям				
	Добросовестное отношение			Недобросовестное отношение	
Главная причина	Форс-мажор	Заблуждение исполнителя	Неосторожность исполнителя		Умысел исполнителя
Степень тяжести вреда	Любая степень тяжести вреда		Нетяжкий вред	Тяжкий вред	Любая степень тяжести вреда
Вид дефекта	Несчастный случай	Медицинская ошибка	Проступок	Признаки преступления	
Род дефекта	Медицинский казус		Медицинский деликт (правонарушение)		

Дефект медицинской помощи — это, как правило, многофакторное явление, представляющее собой результат сочетания разных обстоятельств. Для его точной квалификации исключительно важно выявить основной фак-

тор — решающую движущую силу, ставшую главной причиной дефекта.

Под *медицинским деликтом* (от лат. *delictum* — нарушение, вина) понимается противоправное виновное нарушение правил

медицины. Ему свойственны все признаки правонарушения, включая общественно опасный характер, поскольку это деяние причиняет вред. Медицинские деликты влекут за собой юридическую ответственность и в зависимости от степени общественной опасности делятся на *преступления и проступки*. Преступлениями по действующему уголовному закону при определенных условиях признаются не только умышленные, но и неосторожные деяния с такими тяжкими последствиями, как причинение смерти или тяжкого вреда здоровью. В свою очередь, дефекты медицинской помощи, совершенные неосторожно, но не повлекшие за собой тяжких последствий, могут быть отнесены к категории проступков (административных, гражданских, дисциплинарных).

Под *медицинским казусом* (от лат. *casus* — случай, происшествие) понимается нарушение правил медицинской деятельности, которое не зависит от воли лица и поэтому не может быть предусмотрено в определенных условиях. Такое деяние имеет внешние признаки правонарушения, но лишено элемента вины и, следовательно, не влечет юридической ответственности. В науке гражданского права «случай характеризуется таким отношением субъекта к своему поведению, при котором он не предвидит, а следовательно, не осознает вредности своих действий, не знает и не должен знать о возможных неблагоприятных последствиях»⁵⁰. Медицинские казусы в зависимости от их главной причины можно дифференцировать на *медицинские ошибки и несчастные случаи*. В основе медицинской ошибки лежит добросовестное заблуждение исполнителя медицинской услуги в отношении своих действий и (или) клинических решений, а движущей силой несчастного случая являются чрезвычайные, непреодолимые обстоятельства.

Важнейшим основанием (критерием) деления дефектов медицинской помощи на деликты и казусы является характер отношения

субъекта медицинской деятельности к своим обязанностям, свидетельствующий о наличии либо отсутствии его вины. При этом к категории медицинских казусов следует относить только те дефекты, которые возникают при добросовестном отношении данного субъекта к профессиональным обязанностям.

Рассматривая проблему установления вины в причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг, А. В. Тихомиров отмечает, что суд на основе положений ст. 401 ГК РФ может установить степень заботливости и осмотрительности (в том числе в отношении прогнозируемых вредных последствий медицинской помощи), проявленной работником ответчика (ст. 402 ГК РФ) в конкретных обстоятельствах, пригласив в заседание и заслушав (получив письменные сведения) в качестве мнения (консультации, пояснения) специалиста врачей той же специальности и такого же опыта. При этом нужно учитывать неизбежную вредоносность медицинской помощи, оказание которой всегда происходит в обстоятельствах обоснованного риска (ст. 41 УК РФ), а порой — в состоянии крайней необходимости (ст. 39 УК РФ). «В целом вина при оказании медицинской помощи отсутствует, если врачом проявлена такая мера заботливости и осмотрительности, которая позволяет исключить возможные или минимизировать неизбежные риски от нее для здоровья пациента»⁵¹.

В контексте проблемы установления вины субъекта медицинской деятельности заслуживает внимания опыт правоприменительной практики стран общего (англосаксонского) права по проведению теста на халатность (*test for negligence*), когда суд задается вопросом, как поступил бы благоразумный человек среднего интеллекта, познаний и умудренности, окажись он в аналогичных обстоятельствах. В качестве такового привлекается специалист сравнимых знаний, умений, навыков⁵².

Судопроизводство по «медицинским» делам повсеместно признается одним из самых слож-

⁵⁰ Сергеев Ю. Д., Мохов А. А. Указ. соч. С. 228.

⁵¹ Тихомиров А. В. Организационные начала публичного регулирования рынка медицинских услуг. М. : Статут, 2001. С. 135.

⁵² Тихомиров А. В. Указ. соч. С. 135.

ных. Обычно в таких делах при установлении обязательных условий наступления ответственности (факт вреда здоровью, противоправность поведения, прямая причинная связь между ними, вина) наибольшие затруднения вызывает установление причинной связи, но прежде всего признаков противоправности поведения причинителя вреда.

В общей теории права под противоправностью деяния имеется в виду нарушение соответствующим деянием субъекта требований действующего правового закона⁵³. Признавая противоправным поведение, нарушающее нормы права и субъективное право конкретного лица, А. А. Мохов указывает на характерную для медицинской деятельности «проблему противоправности-правомерности причинения вреда», существующую в силу того, что нередко врач может «достичь поставленной цели (диагностика, профилактика, лечение болезни) только путем причинения вреда, причем по общему правилу с согласия пациента». В то же время такое согласие не является безусловным основанием признания деяний врача правомерными, поскольку «они также должны отвечать предъявляемым требованиям (не нарушать норм законодательства, быть разумными, не противоречить требованиям морали и нравственности)»⁵⁴.

Обращаясь в очередной раз к опыту стран общего права, следует учесть, что вопросы об ответственности врачей за допущенные ими дефекты в работе решаются в этих странах на основе судебных прецедентов. Например, в США таким руководящим прецедентом более 120 лет назад стало решение апелляционного суда штата Нью-Йорк по делу Пайка (1898)⁵⁵. Согласно данному решению врач должен обладать достаточными знаниями и навыками, которыми обычно обладают его коллеги в том

месте, где он практикует, и которые рассматриваются теми, кто знаком с данной профессией, как необходимое условие для занятия медицинской практикой. Осуществляя лечение пациента, врач обязан проявлять разумную заботу и старательность (*reasonable care and diligence*), а также использовать лучшее суждение (*best judgment*) при применении знаний и навыков⁵⁶.

По сути, этим судебным решением был установлен общий стандарт медицинской помощи (*standard of care*), регулирующий поведение американских врачей. Анализ сформулированных в нем правил раскрывает три основных обязательства, которые возлагаются на врача. Во-первых, он должен обладать той разумной степенью знаний и навыков, которой обычно обладают врачи в местности, где он практикует. Во-вторых, врач обязан использовать лучшее суждение на благо пациента. В-третьих, он должен знать, что такое правильная медицинская практика, и следовать одобренным для общего применения методам (*approved methods in general use*)⁵⁷.

В России, где основным источником национального права является нормативный правовой акт, для решения вопроса о признании противоправным поведения субъекта медицинской деятельности прежде всего необходимо установить факт нарушения требований того или иного нормативного акта, регламентирующего эту деятельность, и определить, какой она должна быть в данной ситуации.

Сегодня отечественное медицинское законодательство представлено нормативными правовыми актами разной юридической силы, среди которых центральное место занимает Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»⁵⁸ (далее — Закон № 323-ФЗ).

⁵³ *Нерсесянц В. С.* Указ. соч. С. 523.

⁵⁴ *Мохов А. А.* Проблемы судебного разбирательства дел о возмещении вреда, причиненного здоровью или жизни гражданина при оказании медицинской помощи // *Медицинское право.* 2005. № 4. С. 43.

⁵⁵ См.: *Hogan N. C.* *Unhealed Wounds: Medical Malpractice in the Twentieth Century.* New York : LFB Scholarly Publishing LLC, 2003. P. 26–28.

⁵⁶ *Stryker L. P.* *Courts and doctors.* New York : Macmillan, 1932. P. 16.

⁵⁷ *Stryker L. P.* *Op. cit.* P. 17–21.

⁵⁸ СЗ РФ. 2011. № 48. Ст. 6724.

Согласно ч. 1 ст. 37 данного Закона оказание медицинской помощи должно осуществляться в настоящее время в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения на территории России всеми медицинскими организациями, с учетом стандартов медицинской помощи, а с 1 января 2022 г. также на основе клинических рекомендаций. Эти нормативно-технические документы различаются по своему содержанию, порядку принятия и практическому значению. Так, *порядки оказания медицинской помощи* содержат требования к медицинской организации и определенным видам ее ресурсного обеспечения (табели оснащения, рекомендуемые штатные нормативы), а *стандарты медицинской помощи* включают в себя усредненные показатели частоты предоставления и кратности применения медицинских услуг, лекарственных препаратов (с указанием средних доз), медицинских имплантатов, компонентов крови, видов лечебного питания. В настоящее время указанные порядки и стандарты утверждаются Минздравом России, причем обязательными для исполнения всеми медицинскими организациями в Законе № 323-ФЗ прямо названы только порядки оказания медицинской помощи (п. 2 ч. 1 ст. 37).

В перспективе особая роль отводится *клиническим рекомендациям*, содержащим структурированную информацию по вопросам профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, в том числе протоколы ведения (протоколы лечения) пациента, варианты медицинского вмешательства и описание последовательности действий медицинского работника (п. 23 ст. 2 Закона № 323-ФЗ). Судя по всему, клинические рекомендации обладают серьезным потенциалом регулирующего воздействия на медицинскую практику, несмотря на то, что они, в отличие от порядков и стандартов медицинской помощи, должны разрабатываться и утверждаться не Минздравом России, а медицинскими профессиональными некоммерческими организациями (ч. 3, 6 ст. 37 Закона № 323-ФЗ).

Следует признать, что нормативные документы, официально регламентирующие процесс организации и оказания медицинской помощи, в массе своей весьма далеки от совершенства. Вместе с тем, как отмечает А. В. Тихомиров, «противоправность — вопрос не *соответствия* действий официальным требованиям, предписаниям, правилам, а их *противоречия* объективному и субъективному праву. Применительно к медицинской помощи вопрос противоправности составляющих ее действий дополняется противоречием правилам медицины, неважно, изложены они письменно или передаются из рук в руки»⁵⁹. Поэтому сегодня в правоприменительной практике решение вопросов о противоправном характере тех или иных медицинских действий не ограничивается определением их соответствия лишь требованиям нормативных актов. Для установления признаков противоправности конкретных медицинских вмешательств могут использоваться также обычаи медицинской практики, закрепленные в письменной форме (специальная литература, документы медицинских организаций) либо в традициях медицины, не имеющих документального закрепления⁶⁰.

Подводя итог всему вышеизложенному, следует отметить, что, несмотря на заметную эволюцию, которую в истории права претерпел вопрос об ответственности врачей, до сих пор в юриспруденции нет единого подхода к пониманию правовой природы дефектов медицинской помощи, а в законах России и большинства зарубежных стран отсутствуют специальные нормы для квалификации этих дефектов. Вместе с тем в целях оптимизации правового регулирования отношений в сфере медицины сегодня действительно актуальным представляется не столько вопрос о введении в закон особых статей, устанавливающих уголовную ответственность за ненадлежащее оказание медицинской помощи, сколько законодательное определение базовых понятий и критериев юридической квалификации различных медицинских инцидентов.

⁵⁹ Тихомиров А. В. Указ. соч. С. 134.

⁶⁰ Данилов Е. О. Медицинская деятельность как объект правового регулирования // Журнал российского права. 2019. № 6. С. 134.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Бердичевский Ф. Ю. Уголовная ответственность медицинского персонала за нарушение профессиональных обязанностей. — М. : Юрид. лит., 1970. — 128 с.
2. Блаватская Т. В. Из истории греческой интеллигенции эллинистического времени. — М. : Наука, 1983. — 325 с.
3. Власенко В. Н. Юридическая квалификация: критерии деления и виды // Журнал российского права. — 2009. — № 7. — С. 121–130.
4. Виноградов А. З. Алгоритм правовой квалификации медицинского деликта // Медицинское право. — 2003. — № 4. — С. 34–37.
5. Давыдовский И. В. Врачебные ошибки // Большая медицинская энциклопедия. — М. : Советская энциклопедия, 1928. — Т. 5. — С. 697–700.
6. Данилов Е. О. Медицинская деятельность как объект правового регулирования // Журнал российского права. — 2019. — № 6. — С. 126–136.
7. Епифанова Е. В. Аналогия в уголовном праве: история и современность // Актуальные проблемы экономики и права. — 2008. — № 1. — С. 113–117.
8. Законы Ману. — М. : Изд-во Эксмо-Пресс, 2002. — 496 с.
9. Зальмунин Ю. С. Врачебные ошибки и ответственность врачей (по материалам Ленинградской судебно-медицинской экспертизы) : автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Л., 1950. — 12 с.
10. Малис Ю. Г. Уголовная ответственность врачей // Право и жизнь. — 1926. — Кн. 1. — С. 76–82.
11. Михайлов В. И. Институт правомерного вреда (обстоятельств, исключающих преступность деяния) в Уголовном уложении 1903 г. // Журнал российского права. — 2016. — № 5. — С. 65–72.
12. Мохов А. А. Проблемы судебного разбирательства дел о возмещении вреда, причиненного здоровью или жизни гражданина при оказании медицинской помощи // Медицинское право. — 2005. — № 4. — С. 42–45.
13. Нерсесянц В. С. Общая теория права и государства : учебник. — М. : Норма: Инфра-М, 2012. — 560 с.
14. Огарков И. Ф. Врачебные правонарушения и уголовная ответственность за них — Л. : Медицина, 1966. — 197 с.
15. Печникова О. Г. Возникновение государственной медицины в России (историко-правовой аспект) // Медицинское право. — 2009. — № 3. — С. 37–40.
16. Понкина А. А. Врачебная ошибка в контексте защиты прав пациентов. — М. : Консорциум специалистов по защите прав пациентов. — 2012. — 200 с.
17. Рыков В. А. Врачебная ошибка: медицинские и правовые аспекты // Медицинское право. — 2005. — № 1. — С. 41–45.
18. Саверский А. В. Права пациентов на бумаге и в жизни. — М. : Эксмо, 2009. — 544 с.
19. Сергеев Ю. Д., Ерофеев С. В. Неблагоприятный исход оказания медицинской помощи. — М. ; Иваново, 2001. — 288 с.
20. Сергеев Ю. Д., Мохов А. А. Ненадлежащее врачевание: возмещение вреда здоровью и жизни пациента. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. — 312 с.
21. Стеценко С. Г. Медицинское право : учебник. — СПб. : Юридический центр-Пресс, 2004. — 572 с.
22. Судебная медицина : учебник / под ред. Ю. И. Пиголкина. — 3-е изд., перераб. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. — 496 с.
23. Таганцев Н. С. О преступлениях против жизни по русскому праву. — 2-е изд., испр. — СПб. : Тип. И. Мордуховского, 1873. — 324 с.
24. Теслицкий И. В. Невинное причинение вреда по психофизиологическому основанию в уголовном праве : автореф. дис. ... канд. юрид. наук. — Ставрополь, 2004. — 22 с.
25. Тимофеев И. В. Дефект медицинской помощи: проблемы и пути правовой формализации понятия // Медицинское право. — 2018. — № 6. — С. 8–15.

26. Тихомиров А. В. Организационные начала публичного регулирования рынка медицинских услуг. — М. : Статут, 2001. — 256 с.
27. Хрестоматия по истории государства и права зарубежных стран : учебное пособие / ред. З. М. Черниловский. — М. : Юрид. литература, 1984. — 472 с.
28. Hogan N. C. Unhealed Wounds: Medical Malpractice in the Twentieth Century. — New York : LFB Scholarly Publishing LLC, 2003. — 258 p.
29. Meirelles Gomes J. C., Veloso de Franca G. Erro Médico / Iniciação à bioética. — Brasília : Conselho Federal de Medicina, 1998.
30. Stryker L. P. Courts and doctors. — New York : Macmillan, 1932. — 236 p.

Материал поступил в редакцию 9 июля 2020 г.

REFERENCES (TRANSLITERATION)

1. Berdichevskij F. Yu. Ugolovnaya otvetstvennost' medicinskogo personala za narushenie professional'nyh obyazannostej. — М. : Yuridicheskaya literatura, 1970. — 128 s.
2. Blavatskaya T. V. Iz istorii grecheskoj intelligencii ellinisticheskogo vremeni. — М. : Nauka, 1983. — 325 s.
3. Vlasenko V. N. Yuridicheskaya kvalifikaciya: kriterii deleniya i vidy // Zhurnal rossijskogo prava. — 2009. — № 7. — S. 121–130.
4. Vinogradov A. Z. Algoritm pravovoj kvalifikacii medicinskogo delikta // Medicinskoe pravo. — 2003. — № 4. — S. 34–37.
5. Davydovskij I. V. Vrachebnye oshibki // Bol'shaya medicinskaya enciklopediya. — М. : Sovetskaya enciklopediya, 1928. — Т. 5. — S. 697–700.
6. Danilov E. O. Medicinskaya deyatel'nost' kak ob"ekt pravovogo regulirovaniya // Zhurnal rossijskogo prava. — 2019. — № 6. — S. 126–136.
7. Epifanova E. V. Analogiya v ugovnom prave: istoriya i sovremennost' // Aktual'nye problemy ekonomiki i prava. — 2008. — № 1. — S. 113–117.
8. Zakony Manu. — М. : Izd-vo Eksmo-Press, 2002. — 496 s.
9. Zal'munin Yu. S. Vrachebnye oshibki i otvetstvennost' vrachej (po materialam Leningradskoj sudebno-medicinskoj ekspertize) : avtoref. dis. ... kand. med. nauk. — L., 1950. — 12 s.
10. Malis Yu. G. Ugolovnaya otvetstvennost' vrachej // Pravo i zhizn'. — 1926. — Kn. 1. — S. 76–82.
11. Mihajlov V. I. Institut pravomernogo vreda (obstoyatel'stv, isklyuchayushchih prestupnost' deyaniya) v Ugolovnom ulozhenii 1903 g. // Zhurnal rossijskogo prava. — 2016. — № 5. — S. 65–72.
12. Mohov A. A. Problemy sudebnogo razbiratel'stva del o vozmeshchenii vreda, prichinennogo zdorov'yu ili zhizni grazhdanina pri okazanii medicinskoj pomoshchi // Medicinskoe pravo. — 2005. — № 4. — S. 42–45.
13. Nersesyanc V. S. Obshchaya teoriya prava i gosudarstva : uchebnik. — М. : Norma: Infra-M, 2012. — 560 s.
14. Ogarkov I. F. Vrachebnye pravonarusheniya i ugovnaya otvetstvennost' za nih — L. : Medicina, 1966. — 197 s.
15. Pechnikova O. G. Vozniknovenie gosudarstvennoj mediciny v Rossii (istoriko-pravovoj aspekt) // Medicinskoe pravo. — 2009. — № 3. — S. 37–40.
16. Ponkina A. A. Vrachebnaya oshibka v kontekste zashchity prav pacientov. — М. : Konsorcium specialistov po zashchite prav pacientov. — 2012. — 200 s.
17. Rykov V. A. Vrachebnaya oshibka: medicinskie i pravovye aspekty // Medicinskoe pravo. — 2005. — № 1. — S. 41–45.
18. Saverskij A. V. Prava pacientov na bumage i v zhizni. — М. : Eksmo, 2009. — 544 s.
19. Sergeev Yu. D., Erofeev S. V. Neblagopriyatnyj iskhod okazaniya medicinskoj pomoshchi. — М. ; Ivanovo, 2001. — 288 s.

20. Sergeev Yu. D., Mohov A. A. Nenadlezhashchee vrachevanie: vozmeshchenie vreda zdorov'yu i zhizni pacienta. — M. : GEOTAR-Media, 2007. — 312 s.
21. Stecenko S. G. Medicinskoe pravo : uchebnik. — SPb. : Yuridicheskij centr-Press, 2004. — 572 s.
22. Sudebnaya medicina : uchebnik / pod red. Yu. I. Pigolkina. — 3-e izd., pererab. i dop. — M. : GEOTAR-Media, 2012. — 496 s.
23. Tagancev N. S. O prestupleniyah protiv zhizni po russkomu pravu. — 2-e izd., ispr. — SPb. : Tip. I. Morduhovskogo, 1873. — 324 s.
24. Teslickij I. V. Nevinovnoe prichinenie vreda po psihofiziologicheskomu osnovaniyu v ugovnom prave : avtoref. dis. ... kand. jurid. nauk. — Stavropol', 2004. — 22 s.
25. Timofeev I. V. Defekt medicinskoj pomoshchi: problemy i puti pravovoj formalizacii ponyatiya // Medicinskoe pravo. — 2018. — № 6. — S. 8–15.
26. Tihomirov A. V. Organizacionnye nachala publichnogo regulirovaniya rynka medicinskih uslug. — M. : Statut, 2001. — 256 s.
27. Hrestomatiya po istorii gosudarstva i prava zarubezhnyh stran : uchebnoe posobie / red. Z. M. Chernilovskij. — M. : Yurid. literatura, 1984. — 472 s.
28. Hogan N. C. Unhealed Wounds: Medical Malpractice in the Twentieth Century. — New York : LFB Scholarly Publishing LLC, 2003. — 258 p.
29. Meirelles Gomes J. C., Veloso de Franca G. Erro Médico / Iniciação à bioética. — Brasília : Conselho Federal de Medicina, 1998.
30. Stryker L. P. Courts and doctors. — New York : Macmillan, 1932. — 236 p.