

# О судебных делах врачей<sup>1)</sup>.

Т. Д. Эпштейна,

ассистента кафедры социальной гигиены Гос. Института для усов. врачей  
в Казани.

Еще совсем недавно, всего 2—3 года тому назад, врачебная общественность нашей страны была встревожена стихийным ростом судебных дел против врачей. К сожалению, мы не располагаем сколько-нибудь достоверной статистикой, которая позволила бы судить о характере и размерах этого явления во всей его полноте. Более или менее обстоятельно разработаны данные по Ленинграду, и они дают возможность сделать некоторые общие выводы по интересующему нас вопросу. Статистика, приводимая д-ром Н. Ижевским в его статье „О привлечении к ответственности медицерсонала за неправильное врачевание“<sup>2)</sup>, дает следующую картину „врачебных дел“ по Ленинграду:

в 1921 году возникло	1	дело, прекращено	1,	передано суду	1.
в 1922 "	2	"	1,	"	1,
в 1923 "	11	"	7,	"	4,
в 1924 "	35	"	28,	"	7,
в 1925 "	48	"	42,	"	6.
За 1921-1925 г.г.	97	"	79 (81,4%)	"	18 (18,6%).

Если рассмотреть эти судебные дела по специальностям, то окажется, что на долю акушерства и гинекологии приходится 44,3% всех случаев, на хирургию—20,7%, на терапию—15,4%, на все остальные специальности—19,6%.

Эти весьма красноречивые цифры говорят прежде всего об интенсивном росте из года в год судебных процессов против врачей. Далее, обращают на себя внимание поразительные результаты этих дел: 81,4% прекращено в стадии следствия, а из остающихся 18,4% дел, переданных в суд, большая часть заканчивается, как известно, оправданием, и только очень незначительная доля процессов сопровождается той или иной мерой наказания или условным осуждением. Следует, наконец, отметить, что судебные дела, о которых идет речь, имеют свою специфическую природу: это—дела о неправильном врачевании, о врачебных ошибках, небрежности, неосторожности или несчастном случае при выполнении врачебного действия.

Рост судебных дел против врачей и, в частности, очевидная бесплодность подавляющего большинства обвинений (81,4%) вызвали естественное беспокойство во врачебной среде. Можно было опасаться, что

<sup>1)</sup> Доклад на расширенном заседании Бюро Врачебной Секции в г. Казани 12/XII 1927 г.

<sup>2)</sup> Бюлл. НКЗ РСФСР, 1926 г., № 10, стр. 15.

любое недовольство врачем, любой случай неудачного лечения, затяжного течения болезни, смерти больного и других неудач и несчастий, естественных во врачебной деятельности, могут послужить поводом для возбуждения судебного дела против врача. Легкость и доступность судебного преследования в руках людей, мало ориентирующихся во врачебном искусстве и в ограниченных возможностях медицинской науки и в то же время переоценивающих свои права по отношению к врачу, грозили поставить в чрезвычайно тяжелые условия работу врачей. Хотя суды разрешали большую часть дел в пользу врачей, не доводя <sup>4/5</sup> дел даже до зала судебных заседаний, но самая процедура привлечения к суду, допросы у следователя, хлопоты и переписка по возбужденному делу, связанные со всем этим волнениями—настолько выбивают врача из колеи и расстраивают его нервную систему, что эта судебная „травма“ надолго оставляет след на его душевном состоянии даже в случае благоприятного исхода дела.

Вот почему на протяжении последних лет можно наблюдать повышенный интерес среди врачей к вопросу об их судебной ответственности. На эту тему устраиваются диспуты с участием врачей и наиболее видных представителей юриспруденции (таков, напр., диспут в Ленинграде, по поводу „Заявления Акушерско-гинекологического Общества“ <sup>1)</sup> в 1925 г. с участием врачей, профессоров и юристов; на таком же широком и квалифицированном совещании обсуждался и у нас, в Казани, доклад проф. В. С. Груздева „К вопросу об ответственности врачей-гинекологов и хирургов за оставление инструментов и др. предметов в брюшной полости больных при чревосечениях“ <sup>2)</sup>; по этому вопросу говорят на врачебных съездах, пишутся статьи в медицинских и юридических журналах. Вопрос этот сохраняет всю свою остроту и актуальность и в настоящее время, так как ни один врач не застрахован от судебной ответственности в такой же мере, в какой медицинская наука и врачебное искусство не гарантируют его от ошибок и несчастных случаев.

Следует все же отметить, хотя для этого у нас и нет подтверждения в точных статистических данных, что за 1926—1927 г.г. судебные преследования врачей по приведенным выше поводам дали некоторое понижение. Насколько можно судить по впечатлениям от врачебной хроники в наших медицинских журналах, сейчас как-будто значительно уменьшился процент тех судебных дел, которые возбуждались раньше вследствие, главным образом, непонимания населением границ врачебной ответственности в сфере осуществляемого врачом врачебного действия, и большая часть судебных преследований врачей в области их чисто-медицинской деятельности повернулась в сторону преимущественно действительных правонарушений по отношению к жизни и здоровью обращающихся за медицинскую помощью (таково, например, дело московского абортмахера Готлиба, дело минского врача Львовича, не оказавшего помощи пострадавшим при крушении дрезины, и т. п.).

Такого рода поворот этих дел можно в известной мере обяснить тем, что в результате внимания, которое вопросу о врачебной ответственно-

<sup>1)</sup> См. сборник „Судебная ответственность врачей“, изд. „Рабочий Суд“, 1926 г.

<sup>2)</sup> Казанский Медицинский Журнал, 1926 г., № 2, стр. 215—227.

сти было уделено врачебной мыслью, органами здравоохранения и юстиции, а также нашей общей прессой, население стало более осмотрительно относиться к своему праву на привлечение врача к судебной ответственности. Громадную воспитательную роль сыграли те судебные процессы, которые закончились прекращением дела или оправданием врачей. Благодаря участию на судебных заседаниях компетентной и высоко-авторитетной экспертизы, эти суды становились высоко-квалифицированной школой, в которой получали свое освещение весьма тонкие и сложные вопросы медицинской науки и врачебного искусства, и публика, переполнявшая зал судебных заседаний, уносила весьма поучительные сведения и представления об особенностях профессии врача. Возможно, что на уменьшении судебных дел против врачей по чисто-медицинским поводам сказалось и значительное улучшение условий оказания медицинской помощи в наших лечебных учреждениях за последние два года.

Так или иначе, было бы весьма отрадно, если бы удалось подкрепить приведенные выше впечатления и соображения более или менее точными статистическими данными.

Казуистика судебных преследований врачей далеко не исчерпывается, однако, той категорией случаев, о которых только что шла речь. Врачебная деятельность есть не только деятельность лечащего врача, врача-специалиста в той или иной области медицины. Конфликты с населением могут возникать не только вследствие погрешностей во врачебном действии, не только потому, что на врача население перелагает ответственность за неточность и несовершенства медицинской науки. Врач в советском государстве, строящем дело здравоохранения на началах широкой трудовой общественности, несет целый ряд общественных функций и теснейшим образом связан с населением узами общественных отношений. Ни в одной из стран мира и никогда еще в истории человеческого общества врач не находился в условиях такого тесного контакта с населением, как в СССР за последние годы. В капиталистических государствах, где частная практика и врачебная деятельность неотделимы друг от друга, не может быть условий для широкого и планомерного участия врачей в государственной и общественной системе здравоохранения. Там врачи—сами по себе, население—само по себе.

В советском государстве мы видим другое: врач существует для населения, а не население для врача. Врачи—не разрозненные представители свободной профессии, а большая организованная армия специалистов, состоящих на государственной службе здравоохранения. И в этой работе на новой, общественной базе у врача устанавливаются самые разнообразные связи с населением. Нити, связующие врача с населением, протягиваются из больницы и амбулатории на производство, в домашнюю обстановку больного, в врачебно-контрольную комиссию, в страховую, в школу и в другие самые разнообразные сферы жизни населения. Врач участвует в предоставлении больному различных мероприятий лечебной помощи, он же определяет характер и размеры социальной помощи, на нем же лежат обязанности оздоровления условий жизни населения в городе и деревне, в быту и в обстановке труда. Врач должен хорошо знать население обслуживаемого им района, установить организационную связь с общественными и другими учреждениями, представляющими собою органы профессионального, экономического и политиче-

ского об'единения населения. Врач прежде всего должен знать состояние здравоохранения и его ресурсы в данной местности, а затем и в стране, так как и направление его деятельности, и все возможности его работы теснейшим образом зависят от базы органов здравоохранения. Отсюда— следующая ступень: так как здравоохранение целиком определяется уровнем экономического благосостояния страны и общим политическим положением, врач должен быть на высоте понимания экономических и социально-политических задач государства и свою работу, как деятеля здравоохранения, строить на этих реальных предпосылках, увязывая ее с общим курсом всей хозяйственной, политической и культурной жизни страны.

Уже из этого беглого, далеко не исчерпывающего очерка личности врача в новых условиях нашей социальной жизни видно, что деятельность врача, а, стало быть, и его общественные взаимоотношения, нельзя ставить в плоскость изолированной оценки только таких моментов, как правильная или неправильная постановка диагноза, искусное или неумелое оперативное вмешательство, ошибка или небрежность при лечении больного, знание или невежество врача и т. д., и т. д. Кроме этих,—конечно, чрезвычайно важных—сторон врачебной деятельности следует принять во внимание и все те условия, которые вытекают из положения врача, как общественного деятеля, и брать всю его деятельность, в том числе и чисто-медицинскую, в разрезе общественных функций врача и обусловленных ими общественных взаимоотношений. Если принять это положение за исходный пункт, нам придется встретиться с большой группой недоразумений и конфликтов с населением, где общественный признак играет доминирующую роль. В этих случаях на сцену выступают не частные казусы из многообразной врачебной практики, а животрепещущие вопросы общественного характера, актуальные не только для врачебной массы, но и для правосознания широких масс населения. Эти процессы с общественным оттенком имеют громаднейшее значение и с точки зрения правовой охраны врачебного труда, и с точки зрения воспитания здоровых взглядов населения на обязанности врача.

Каковы же те судебные коллизии, которые возникают из общественных источников врачебной деятельности? Здесь можно наметить следующие, наиболее важные группы случаев: 1) конфликты на почве отказа врача от оказания помощи, 2) привлечение врачей к ответственности за нарушение служебного долга (обвинение в халатном отношении к служебным обязанностям) и 3) оскорбления врачей (эксцессы против личности врача). Последняя группа—наиболее серьезная и многочисленная.

Если, как мы отметили выше, за последние годы и наблюдается тенденция к уменьшению судебных дел чисто-медицинского характера, то зато значительно возросли конфликты, характеризующиеся общественным признаком. С другой стороны, создается совершенно определенное впечатление, что эта своеобразная „судебная болезнь“ составляет в настоящее время в большей мере зло и несчастье нашей провинции, чем столичных центров.

Если эти соображения не лишены основания,—а мы в этом убеждены,—то следовало бы попытаться найти обяснения этому явлению.

Несомненно, что корни этого явления следует искать в общих экономических условиях и в частности—в материальной базе и общественных организационных формах деятельности нашего советского врача.

При всем своем внимании к вопросам здравоохранения и всяческому поощрению социально-гигиенического и профилактического направления советской медицины, государство все же не имеет возможности уделять делу здравоохранения достаточных средств. Будучи вынуждено жить и строить социалистическое хозяйство собственными средствами, без чьей бы то ни было поддержки извне, наше государство ставит в основу своей экономической политики принцип социалистического накопления и индустриализации: каждая государственная копейка должна расходоваться экономно и рационально и давать возможно более эффективные результаты. Дело же здравоохранения, в особенности в своей лечебной части, есть сфера, можно сказать, непроизводительного потребления: средства, затраченные на эти нужды, безвозвратно уходят из государственной казны. Естественно, что в условиях ограниченности государственного бюджета на долю здравоохранения приходятся средства, далеко непропорциональные его потребностям. Отсюда и все затруднения и осложнения. Рост лечебных заведений, особенно специальных, идет медленным темпом, резко отстающим от роста потребностей населения в специальной и квалифицированной помощи; ощущается недостаток во врачах-специалистах, а на широкой периферии нашей страны — и во врачах вообще; существующие лечебные учреждения всегда переполнены, и получить койку больному удается лишь после долгих ожиданий и мытарств; такое же явление наблюдается в амбулаториях, где очереди растягиваются на несколько дней. Недостаток страховых средств вызывает необходимость жесткой политики в отношении выдачи бюллетеней и отпусков по болезни, что опять-таки осложняет взаимоотношения врачей с населением. Все это вместе взятое создает т. н. *ноясницы*, — резкое расхождение между колоссально высоким спросом населения, идущим в геометрической прогрессии, и возможностями органов здравоохранения, ростущими лишь в прогрессии арифметической. Эти противоречия особенно остро дают себя чувствовать в провинции, где экономические предпосылки для развития здравоохранения еще очень слабы после пережитых во время революции потрясений. В то же самое время нельзя еще считать устоявшимися в нашей провинции и общественные взаимоотношения населения с врачами. Сюда с запозданием доходят законодательные нормы, определяющие обязанности врачей, и с еще большей медленностью и трудом они усваиваются правосознанием населения. Требуется несколько жертв со стороны врачей, несколько судебных преследований, чтобы на общественном значении этих дел проросли ростки новых понятий в среду населения. При той близости и доступности, — совершенно исключительной, — которою отличается современный советский врач, население само должно обладать известным уровнем общей культуры и понимать условия работы врача для того, чтобы не получилось обратных результатов этой близости с врачом, когда население лезет врачу на голову и расправляется с ним привлечением к суду или различными видами самосуда при первом случае недовольства им. Между тем культурный уровень и населения в массе, и в лице отдельных его представителей, иногда даже обличенных властью, к сожалению, еще недостаточно высок. Вот почему у нас так часты расправы с врачами, совершаемые и несознательными рабочими, и интеллигентами с высшим образованием; вот почему спесивые „начальники“ различных рангов, в особенности на селе, показывают врачу свою власть

и при первом случае находят способ привлечь его к судебной ответственности, или оскорбить его, не находя в этом никакого особенного преступления и не опасаясь наказания.

Охарактеризованные выше моменты вполне достаточны для того, чтобы сделать понятным *социальный* характер тех судебных процессов, которые возникают против врачей за последние годы. Понятен и естествен их рост, поскольку они питаются такими источниками, как обективные условия здравоохранения. Вместе с тем изучение этого вопроса может позволить нам в рамках существующих возможностей устраниć целый ряд совершенно ненужных затруднений и урегулировать с наибольшей продуктивностью не одно болезненное явление в атмосфере, окружающей работу наших врачей.

Вот почему было бы уместно рассмотреть в этой плоскости весь материал, который, несомненно, в изобилии имеется на территории СССР. К сожалению, это далеко не так просто, потому что на местах этот материал обычно не собирается и не разрабатывается, а тем более не посыпается в Центр, в Наркомздрав, несмотря на циркулярные предписания о представлении сведений и даже копий судебных дел против врачей. Туда большей частью попадают дела, по которым нужно авторитетное заступничество Наркомздрава перед местными или высшими судебными инстанциями. В силу этого обстоятельства при настоящих условиях возможна пока разработка только местного материала.

Желая сделать некоторый шаг на этом пути и расчитывая, что мой пример побудит другие врачебные секции отнести с должным вниманием к имеющемуся у них материалу, я счел полезным попытаться рассмотреть и систематизировать „врачебные дела“ по г. Казани и Татресцублике за 1927 год. Должен оговориться, что речь будет идти лишь о тех делах, которые попали в поле зрения нашего Бюро Врачебной Секции,—следовательно, о более или менее значительных случаях. Несомненно, что ряд столкновений и недоразумений повседневного характера не доходит до официальных инстанций, и с ними придется лишь считаться, как с фоном, на котором следует представлять условия работы многих врачей.

Рассмотрение материала о „врачебных делах“ по Казани и Татресцублике нам кажется поучительным еще с той точки зрения, что в условиях национальной республики, пережившей голод и гражданскую войну и только сейчас восстанавливающей свою экономическую жизнь, работа органов здравоохранения переплетается с громадными национально-культурными задачами края и специфическими особенностями их осуществления. В этом крае причудливо сочетаются крупнейшие очаги культуры и учреждения высококвалифицированной медицинской помощи (старый Казанский Университет, молодой Институт для усовершенствования врачей и др. учреждения) с такими медвежьими углами, которые никогда не знали врача и увидели его только после революции. Казань, имеющая около 600 врачей в городе и массу специальных лечебных и профилактических учреждений, мощную страховую организацию, средние и высшие медицинские учебные заведения, тем не менее так же, как и другие районы нашей страны, находится в условиях „ножниц“ в отношении удовлетворения спроса населения на медицинскую помощь. Работа участкового врача в Татресцублике, сохраняя все черты участковых условий СССР, в то же время в ряде мест осложняется недостаточным взаимным

пониманием вследствие недостаточного знания врачам языка и местных бытовых особенностей населения с одной стороны и вследствие культурной отсталости национальных меньшинств—с другой стороны. К этому следует добавить, что значительная часть участков Татарской республики до сих пор еще не замещена врачами, а, следовательно, население кантонов вынуждено перегружать функционирующие участки, а также и лечебные заведения города Казани. Все это, вместе взятое, обуславливает временами недоразумения и недовольства, выливающиеся в различные формы конфликтов населения с врачами.

Имеющаяся в нашем распоряжении казуистика может быть расположена в том порядке, который мы выше приводили. Чрезвычайно интересно, что за весь 1927 год не было ни одного случая привлечения к ответственности за неправильное врачевание по всей Татарской республике.

Возьмем I группу случаев — случаев *неоказания врачебной помощи*. В этой плоскости нам известны четыре дела: 1) проф. Ч. и М. и д-ра Б. (Казань), 2) д-ра Г. (Казань), 3) д-ра П. (ст. Свияжск) и 4) д-ра Ж. (участкового врача Мензелинского кантонов).

Из этих дел первое не дошло до суда, по второму суд состоялся, врач был обвинен, но кассационная инстанция приговор отменила, не найдя состава преступления, по третьему врач был оправдан судом, и по четвертому врач признан виновным. Мы видим, таким образом, в этой группе случаев все те вариации, которые могут встретиться в ходе и производстве подобного рода дел.

Приступая к изложению этой группы дел, мы должны оговориться, что действующее в нашей стране законодательство<sup>1)</sup> предусматривает строго определенный порядок обязательного оказания врачебной помощи: это — помочь в неотложных случаях, к которым отнесены „тяжелые травматические повреждения, отравления и внезапные заболевания, угрожающие опасностью для жизни“. Отказ во врачебной помощи считается уголовно-наказуемым деянием лишь в том случае, когда он „заведомо мог иметь опасные для больного последствия“ (ст. 157 У. К.).

1) Дело проф. Ч. и М. и д-ра Б. вкратце состоит в том, что некий гр. Макаров, проживающий на ст. Аракчино, в 14 верстах от Казани, вызвал к себе из города д-ра Б. к ребенку, страдающему хронической экземой правого глаза. Врач отказался ехать. Тогда отец привез ребенка в город и потребовал к себе на квартиру проф. Ч., который в посещении на дому отказал. После таких неудач отец пришел с ребенком на домашний прием к проф. Ч. и д-ру В., ребенок был должным образом осмотрен и получил лечение. Через неделю, в виду простуды ребенка, злополучный отец вызывает к себе в Аракчино по телефону проф. М., но получает от него отказ ехать за город. Тогда отец обращается с рапортом по начальству по поводу отказа врачей ехать к нему по вызову. Начальство пересыпает заявление в Татарском комитете здравоохранения, а последний — в Бюро Врачебной Секции. По поручению Бюро мною была составлена мотивированная записка в НКЮ ТССР, в которой подробно, на основании существующих законоположений, разъяснена вся неосновательность претензий гр. Макарова. Это заключение, повидимому, удовлетворило НКЮ, так как дело на этом и прекратилось.

<sup>1)</sup> См. 1) Постановление ВЦИК и СНК РСФСР от 1/XII 1924 „О профессиональной работе и правах медицинских работников“, п. 8 (Бюлл. НКЗ РСФСР, 1925, № 1); 2) „Инструкцию о порядке и правилах оказания первой неотложной помощи“ от 11/III 1926 г. (Бюлл. НКЗ, 1926, № 5); 3) „Инструкцию о правах и обязанностях участкового медперсонала“ от 11/III 1926 г., п. 5 в (Бюлл. НКЗ, № 5, 1926 г.); 4) Уг. Кодекс РСФСР, ст. 157.

Приведенный случай чрезвычайно интересен и поучителен в том отношении, что он показывает, насколько неясно представляет себе население свои права на обязательный вызов врача. Случай этот приобретает особый колорит еще и потому, что по такому пустяковому поводу, как экзема на коже у глаза, вызывали за город двух виднейших профессоров г. Казани и, очевидно, чистосердечно считали, что эти профессора обязаны были выехать и своим отказом совершили правонарушение.

2) Дело д-ра Г. возникло в городе. Летом 1927 г., во время дежурства в Адмиралтейской рабочей больнице, к нему в больницу был доставлен милиционером больной рабочий с переломом плеча, при записке дежурного врача Устья, что первая помощь больному оказана, и что больного необходимо положить на койку для наложения гипсовой повязки и дальнейшего лечения. Так как в тот день все койки в больнице были заняты, врачом было предложено отвезти больного для лечения в одну из больниц города, где имеются свободные койки. Тогда милиционер стал настаивать на том, чтобы больному была все же сделана вновь перевязка. Находя, что лишняя перевязка в условиях невозможности поместить больного на койку могла лишь причинить вред больному, врач в этом отказал. На этом основании в милиции был составлен протокол, и против врача возбуждено преследование по 157 ст. Суд состоялся, врач был признан виновным в неоказании помощи и приговорен к 3 месяцам лишения свободы. В Главсуде Татарской Республики, куда это дело поступило по кассации, приговор был аннулирован, ввиду явного отсутствия состава преступления.

3) Дело д-ра П. (участкового транспортного врача на ст. Свияжск, Моск.-Казанск. ж. д.) представляет большой интерес, как показатель тех затруднений, в которых протекает работа врача в деле обслуживания застрахованных. Это дело состоит из ряда претензий к врачу со стороны лиц, недовольных строгим режимом в отношении предоставления отпусков по болезни, и стремлением врача упорядочить работу на участке в смысле часов записи, правил вызова на дом и т. п.

В деле фигурировали следующие заявления:

а) Стрелочника Ларионова, пришедшего к врачу с под кожным нарывом. Врач отказал ему в выдаче больничного листка и предложил лечиться амбулаторно. Больной был дерзок с врачом, больше не являлся и подал в суд.

б) Смазчика Иванова, не предъявившего врачу документов об отношении к транспорту, в силу чего врач, основываясь на существующих по дорогам порядках, отказал в посещении на дому членов его семьи, болевших гриппом.

в) Рабочего Десятинова, пришедшего на прием после установленных часов записи и после окончания приема, с легким случаем, не требовавшим отнюдь немедленной помощи.

г) Слесаря Панушкина, получившего отказ в освобождении по поводу жалоб на боли в спине. Врач ограничился выпиской мази.

д) Электротехника Борисова, сын которого, с кожным хроническим заболеванием, не был принят во внеслужебные часы.

е) Слесаря Фомина, сын которого болел инфлюэнцией; врач послал вместо себя опытного фельдшера (с 20-летним стажем), которому дал соответствующие инструкции. За время болезни врач был у больного один раз, нашел лечение правильным, больной выздоровел. Все же было подано заявление в неоказании помощи.

ж) Электротехника Етеева, семья которого угорела. Врач, сам страдавший приступом малярии и лежавший с лихорадкой, чего не отрицает и жалобщик, послал фельдшерицу, которая и оказала помощь. Все же была подана претензия за неоказание помощи.

Суд, рассматривавший это дело в совокупности всех заявленных претензий, постановил дело ликвидировать за недоказанностью преступления и врача считать невиновным. Все же это решение суда не может, конечно, устраниТЬ тех трений, которые неизбежны в условиях работы участкового страхового врача, и врачу приходится и сейчас прилагать

много усилий и такта, чтобы обеспечить себе нормальные условия работы.

4) Последнее дело в этой группе,—д-ра Ж,—разбиралось в народном суде Мензелинского кантона. Состоит оно в следующем:

В деревне, подшefной участку врача Ж., после родов заболела родильной горячкой жена наследователя гр. Хабибуллина. По просьбе последнего врач осмотрела больную, нашла у нее тяжелое состояние и сделала ей соответствующие назначения. Фельдшер, проживающий в этой деревне, будучи у врача на участке через неделю, сообщил, что у больной состояние тяжелое. Через несколько дней врач Ж. проездом через эту деревню остановилась на короткое время у фельдшера. Муж больной, узнав, что врач в деревне, обратился к ней с просьбой навестить больную, но врач попросила фельдшера передать, что больную необходимо везти в больницу, навестить же, несмотря на тяжелое состояние больной, не нашла целесообразным и уехала на свой участок. Муж больной пригласил к своей жене врача из соседнего участка, больной были проделаны необходимые лечебные процедуры, и через полтора месяца она поправилась. Врача Ж. гр. Хабибуллин привлек к судебной ответственности по 157 ст., и народный суд признал ее виновной и приговорил к штрафу в 25 руб.

Этот случай уже более сложен, чем предыдущие, и для суда он также представляет более трудное испытание. С чисто-формальной точки зрения—со стороны врача нет преступления: здесь отсутствуют признаки (внезапность заболевания, опасные последствия для больного вследствие отказа врача в посещении и т. п.), которые составляют основания для уголовной квалификации этого деяния по нашему закону. В то же время, так как этическая сторона здесь далеко небезупречна, поскольку врач знал о тяжелом состоянии больной и все же не павестил ее, суду весьма трудно стать на узко-формальную точку зрения и оправдать врача, по крайней мере в первой инстанции. Этим, по всей вероятности, и обясняется характер судебного приговора: врач призначен виновным и приговорен лишь к небольшому штрафу,—суд этим самым как бы высказал свое моральное осуждение. Поскольку дело обжаловано в кассационном порядке, приговор по формальным поводам, возможно, будет отменен. Но с этого самого момента должно начаться суждение об этической стороне этого случая. Врачебная среда не может одобрить такого формального, неврачебного отношения к судьбе тяжело-больного человека, и доказательством, что не все врачи так смотрят на свой долг, служит хотя бы то обстоятельство, что врач с соседнего участка счел все же необходимым посетить больную и оказать ей помощь и не в больничной обстановке.

Заканчивая наш обзор этой группы случаев, мы должны отметить, что дела по привлечению к ответственности врачей за неоказание помощи возникают вследствие неясного представления об условиях обязательности этой помощи, причем у нас в Казани оказался весьма интересный случай (дело доктора Г.), когда сам народный суд совершил ошибку, общую для всего населения, не разобравшись в сравнительно-несложных особенностях случая.

Из этого вытекает, что было бы полезно несколько детализировать текст 157 ст., внеся перечисление тех случаев, когда отказ в помощи больному может повлечь опасные для его жизни последствия.

(Окончание в след. №).