

СЛЕДСТВЕННЫЙ КОМИТЕТ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

---

МОСКОВСКАЯ АКАДЕМИЯ СЛЕДСТВЕННОГО КОМИТЕТА  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

**ДОСУДЕБНОЕ ПРОИЗВОДСТВО ПО УГОЛОВНЫМ ДЕЛАМ  
О ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ПРЕСТУПЛЕНИЯХ, СОВЕРШЕННЫХ  
МЕДИЦИНСКИМИ РАБОТНИКАМИ**

материалы Международной научно-практической конференции

(Москва, 15 февраля 2018 года)

Под общей редакцией исполняющего обязанности ректора  
Московской академии Следственного комитета Российской Федерации,  
Почётного сотрудника Следственного комитета Российской Федерации,  
кандидата юридических наук, доцента, генерал-майора юстиции

**Багмета Анатолия Михайловича**

Москва, 2018

Д70  
УДК 343.1  
ББК 67.408

Досудебное производство по уголовным делам о профессиональных преступлениях, совершенных медицинскими работниками: материалы Международной научно-практической конференции (Москва, 15 февраля 2018 года) / под общ. ред. А.М. Багмета. М.: Московская академия Следственного комитета Российской Федерации, 2018. – 288 с.

*Редакционная коллегия:*

*Багмет А.М.* – исполняющий обязанности ректора Московской академии Следственного комитета Российской Федерации, Почётный сотрудник Следственного комитета Российской Федерации, кандидат юридических наук, доцент, генерал-майор юстиции.

*Бычков В.В.* – проректор Московской академии Следственного комитета Российской Федерации, Почётный сотрудник Следственного комитета Российской Федерации, кандидат юридических наук, доцент, полковник юстиции.

*Дмитриева Л.А.* – ученый секретарь Московской академии Следственного комитета Российской Федерации, кандидат психологических наук, доцент, полковник юстиции.

*Саркисян А.Ж.* – руководитель редакционно-издательского отдела Московской академии СК России, кандидат юридических наук, капитан юстиции.

ISBN 978-5-95-00724-9-9

Сборник сформирован по материалам, представленным на Международную научно-практическую конференцию в Московской академии Следственного комитета Российской Федерации 15 февраля 2018 года.

Сборник представляет интерес для юристов, медицинских работников – учёных и практиков.

Редакционная коллегия обращает внимание на то, что научные подходы и идейные взгляды, изложенные в статьях сборника, отражают субъективные оценки их авторов.

**Международная научно-практическая конференция  
«Досудебное производство по уголовным делам о профессиональных  
преступлениях, совершенных медицинскими работниками»  
(15 февраля 2018 г.)**

15 февраля 2018 года в Московской академии Следственного комитета Российской Федерации проведена Международная научно-практическая конференция «Досудебное производство по уголовным делам о профессиональных преступлениях, совершенных медицинскими работниками».

Одним из почетных гостей конференции стал президент Союза медицинского сообщества «Национальная медицинская палата», доктор медицинских наук, профессор **Леонид Михайлович Рошаль**.

Открывая пленарное заседание конференции, и.о. ректора Московской академии СК России генерал-майор юстиции **Анатолий Михайлович Багмет** подчеркнул важность объективного расследования случаев ненадлежащего оказания медицинской помощи и деликатного подхода к их уголовно-правовой оценке. Ректор опроверг сложившееся в медицинском сообществе мнение об усилении внимания правоохранителей к неблагоприятным исходам лечения, о так называемой развернувшейся «охоте на ведьм», указав, что Председатель Следственного комитета А.И. Бастрыкин требует от следователей объективного и беспристрастного, квалифицированного разбирательства в каждом конкретном случае.



В своем выступлении **Л.М. Рошаль** сообщил о необходимости пересмотра подходов к представлениям о совершении врачами преступлений. Им отмечено, что в настоящее время наблюдается общемировая тенденция к увеличению претензий пациентов к медицинским работникам на некачественное лечение или неблагоприятные исходы лечения. Главное, о чем всегда необходимо помнить, – медицина невозможна без неблагоприятных исходов лечения. Здравоохранение знает о своих проблемах, одной из центральных проблем является подго-

товка и повышение квалификации медицинских работников, что в ряде случаев является причиной ненадлежащего оказания медицинской помощи, врачи должны учиться постоянно. Леонид Михайлович отметил, что совместный диалог в направлении разрешения проблемных вопросов – это только начало междисциплинарной дискуссии и предложил в дальнейшем организовать круглый стол со специалистами обоих направлений для выработки и обсуждения конкретных предложений по совершенствованию работы правоохранителей и медиков в деле объективной оценки медицинских происшествий.



С докладами выступили представители стран СНГ:

- следователь по особо важным делам отдела по расследованию преступлений против личности и общественной безопасности управления по Гомельской области Следственного комитета Республики Беларусь, подполковник юстиции **Трофименко Александр Михайлович**;

- заместитель директора по науке Костанайского филиала Челябинского государственного университета (Республика Казахстан), кандидат юридических наук, доцент, член Оксфордского академического союза, эксперт Комиссии по правам человека при Президенте Республики Казахстан. **Бекмагамбетов Алимжан Бауржанович**.

На пленарном заседании выступили:

**Вазюлин Сергей Анатольевич** – руководитель Московского межрегионального следственного управления на транспорте Следственного комитета Российской Федерации, Почетный работник Следственного комитета при прокуратуре Российской Федерации, генерал-майор юстиции.

**Ковалев Андрей Валентинович** – директор Российского центра судебно-медицинской экспертизы Министерства здравоохранения России, доктор медицинских наук.

**Гирько Сергей Иванович** – главный научный сотрудник Научно-исследовательского института ФСИН России, доктор юридических наук, профессор, Заслуженный деятель науки Российской Федерации.

**Морозов Юрий Евсеевич** – профессор кафедры судебной медицины Первого Московского государственного медицинского университета имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации; врач-судебно-медицинский эксперт, доктор медицинских наук.

**Колкутин Виктор Викторович** – профессор кафедры уголовно-правовых дисциплин юридического факультета Российского государственного социального университета, доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный врач Российской Федерации.

**Спиридонов Валерий Александрович** – руководитель отделения судебно-медицинских исследований экспертно-криминалистического отдела Следственного управления СК России по Республике Татарстан; заведующий кафедрой судебной медицины Казанского медицинского университета Минздрава РФ, доктор медицинских наук, доцент, Заслуженный врач Республики Татарстан.

**Кильдюшов Евгений Михайлович** – заведующий кафедрой судебной медицины лечебного факультета Российского национального исследовательского медицинского университета имени Н.И. Пирогова Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор.

**Самищенко Сергей Степанович** – главный научный сотрудник Российского федерального центра судебной экспертизы при Минюсте России, кандидат медицинских наук, доктор юридических наук, профессор, Почетный работник высшего профессионального образования.

**Гаврилов Борис Яковлевич** – профессор кафедры управления органами расследования преступлений Академии управления МВД России, доктор юридических наук, профессор, Заслуженный юрист РФ, генерал-майор юстиции в отставке.

В ходе работы форума обсудили проблемы обоснованности привлечения медицинских работников к уголовной ответственности, роль судебно-медицинской экспертизы в оценке дефектов оказания медицинской помощи и установлении причинно-следственных связей, процессуальные проблемы расследования, связанные со сроками следствия и сроками давности привлечения к уголовной ответственности, вопросы участия специалистов, обладающих специальными медицинскими познаниями, и многие другие.

Особый интерес вызвали выступления практиков – следователей Следственного комитета и судебно-медицинских экспертов, которые обратили внимание участников конференции не только на проблемные моменты, в том числе и взаимодействия правоохранителей, экспертов, врачей, ученых, но и поделились положительным опытом решения возникших проблем.



## Медицина – во благо или во вред?

**Аннотация.** Несмотря на резко возросший за последний год поток обращений граждан о ненадлежащем оказании медицинской помощи, подтверждение нашли менее одной трети фактов, по которым возбуждены уголовные дела, находящиеся в производстве следователей СК России.

В статье исследуется одна из основных причин массового обращения в правоохранительные органы – конфликт в системе «врач – пациент». Небесспорной является оценка правоприменителями самого факта ненадлежащего оказания медицинской помощи, в том числе посредством привлечения специалиста и проведения судебно-медицинской экспертизы дефектов медицинской помощи. В связи с этим предлагается внедрить систему оценки профессиональных упущений медицинских работников, в том числе дефектов оказания медицинской помощи, профессиональными медицинскими сообществами до начала проведения процессуальной проверки и досудебного производства.

**Ключевые слова:** профессиональная медицинская деятельность, ненадлежащее оказание медицинской помощи, неблагоприятные исходы диагностики и лечения.

В современных условиях доступного и гарантируемого в Российской Федерации бесплатного здравоохранения, особую остроту приобретает каждый случай неоказания или ненадлежащего оказания медицинской помощи больному. Такие факты, безусловно, не должны замалчиваться, они требуют тщательной проверки и оценки, в первую очередь – со стороны профессионалов, именно медиков. Ведь врачей во все времена отличала смелость признавать свои ошибки, даже трагические, умение обнародовать их и сделать из этого правильные выводы, которые не допустят их повторения впредь. Тогда ошибки одних становятся наукой для других.

Сегодня проблема ненадлежащего оказания медицинской помощи достигла пика напряженности, став самой злободневной. Нельзя не признать, что в последние годы, одновременно с развитием медицинской науки и техники, расширившими пределы возможностей диагностики и лечения, фиксируется рост медицинских осложнений, обусловленных дефектами оказания медицинской помощи и их последствиями. В этом заключается некий парадокс, когда прогресс и новейшие высокотехнологичные достижения (современная медицина), направленные во благо (лечение больного), причиняют больший вред, нежели мог наступить до подобных «прорывов» в медицине.

Медицина как особая область знания вобрала в себя все новейшие достижения из различных областей науки, создала высокоэффективные, действенные и в то же время агрессивные лекарственные препараты и методы диагностики и лечения, сопряженные с высокими рисками. Поэтому наряду с несомненными достижениями в области медицины значительно возросла и опасность причинения вреда пациенту в процессе оказания медицинской помощи. Сам процесс неизбежно усложняется, расширяя тем самым не только границы «допустимого вреда» – осложнений, но и порождая новые и более сложные дефекты оказания медицинской помощи.

Профессиональная медицинская деятельность, к сожалению, повсеместно и во все времена сопровождалась неблагоприятными исходами – без осложнений медицины не бывает. Правоприменители же начинают интересоваться лишь теми неблагоприятными исходами, которые стали результатом ненадлежащего отношения медиков к своему профессиональному долгу и породили дефекты оказания медицинской помощи. Повышенное внимание преступлениям, связанным с дефектами оказания медицинской помощи, объяснимо. Право гражданина на охрану здоровья и медицинскую помощь является частью конституционно-правового статуса

личности. Соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья, доступность и качество медицинской помощи, недопустимость отказа в оказании медицинской помощи, приоритет охраны здоровья детей – это основные принципы охраны здоровья, гарантируемые государством.

Большая часть преступлений, совершаемых в сфере профессиональной медицинской деятельности, расследуется следователями Следственного комитета Российской Федерации.

В последнее время сложилось мнение об усилении уголовного преследования представителей врачебного сообщества именно за профессиональные правонарушения, однако такая позиция не вполне соответствует действительности.

Согласно статистике Следственного комитета, наблюдается почти двукратное увеличение числа возбужденных уголовных дел по фактам ненадлежащего оказания медицинской помощи по сравнению с предыдущим периодом: в 2017 г. возбуждено 1791 уголовное дело (в 2016 г. – 878). Из них в суд направлено 175 уголовных дел (в 2016 г. – 164), то есть менее одной десятой части от всех возбужденных. Судами рассмотрены уголовные дела в отношении всего 199 медицинских работников – в сравнении с 205, оказавшихся на скамье подсудимых в прошлом году.

По-прежнему значительная часть возбужденных уголовных дел обоснованно прекращается: в 2017 г. это 869 дел в отношении 1613 медиков (в 2016 г. – 675 дел в отношении 975 медиков). Таких показателей нет больше ни по одной группе преступлений! Эти цифры наглядно свидетельствуют о всестороннем и особо тщательном досудебном разбирательстве по уголовным делам о преступлениях, совершенных медицинскими работниками в процессе их профессиональной деятельности.

Сотрудники Следственного комитета с глубоким уважением относятся к медицинским работникам, понимая всю глубину ответственности, которая ложится на их плечи, особенно сейчас, когда от медицины требуют большего, чем она может дать. Потому профессиональные правонарушения медицинских работников требуют тщательного расследования случаев ненадлежащего оказания медицинской помощи и крайне деликатного подхода к их уголовно-правовой оценке. Учитывая специфику профессиональной деятельности и высокую ответственность медицинских работников за свой повседневный труд, направленный на спасение жизни и здоровья людей, они не должны подвергаться чрезмерному преследованию со стороны правоохранителей. Все, что требуется в такой ситуации, – это объективное и беспристрастное, квалифицированное и всестороннее разбирательство в каждом конкретном случае.

Вместе с тем расследование таких дел представляет особую сложность: следователи работают в тесном взаимодействии с судебно-медицинскими экспертами, на профессиональную оценку которых полагаются при решении сугубо медицинских вопросов, связанных с использованием специальных знаний, проверяют действия медицинского работника в условиях обостренного риска, крайней необходимости, учитывают объективные причины невыполнения медиком требований нормативно-правовых документов, регламентирующих процесс оказания медицинской помощи, проверяют версии самих медицинских работников и их взгляд на профессиональное происшествие. Это сложная, кропотливая и многоаспектная деятельность следствия. Именно поэтому расследованием таких преступлений занимаются наиболее опытные и подготовленные следователи.

Московской академией Следственного комитета проводится углубленная профессиональная подготовка, повышение квалификации следственных работников, специализирующихся на расследовании преступлений в профессиональной медицинской деятельности, ориентация их на особое внимание к делам данной категории как к требующим тщательного объективного разбирательства. В подготовке следователей, наряду с юристами, принимают участие судебно-медицинские эксперты и медицинские работники, в частности врачи-клиницисты.

На Следственный комитет надеются как на последнюю инстанцию: люди уверены, что здесь помогут. Их можно понять, ведь боль утраты близких, особенно детей или родителей, несоизмерима ни с чем. Человек просто не в состоянии смириться с постигшим его горем. У него появляются вопросы: «Почему не смогли?», «Все ли сделали, чтобы спасти?». Он ищет

ответы у тех, кто пытался, но не смог помочь. К сожалению, некоторые врачи, вероятно, подверженные профессиональной деформации, не хотят с разговаривать с больными и их родственниками. Утрата способности к коммуникации – очевидная причина конфликта. Как следствие: жалобы и недовольства, предвзятость и зарождение недоверия ко всем медикам и в результате – открытое противостояние: «очернение» конкретного врача, стигматизация его «врачом-убийцей», удар по репутации медучреждения, общественный резонанс, а возможно (что подтверждается действительностью) и противоправные действия в отношении самих медицинских работников.

Сегодня, чтобы изменить ситуацию на сторону нормализации отношений, отдельных точечных решений будет недостаточно. Помогут только глобальные совместные выверенные действия, меры, которые позволят одновременно защитить врача от действительно необоснованных преувеличенных претензий и привлечения к ответственности, но и не оставлять без наказания грубые виновные проступки, которые есть в медицине, как и в любой отрасли.

Одним из эффективных путей решения назревшего кризиса отношений в системах «врач – пациент» и «врач – правоохранитель» может стать закрепление на законодательном уровне положения о том, что оценку действиям медицинского работника при неблагоприятном исходе диагностики и лечения должно давать, в первую очередь, профессиональное медицинское сообщество, а не правоохранительные органы или суд, и не потерпевший. Именно специалисты должны первыми высказаться о наличии в действиях коллеги профессиональных упущений, дефектов оказания медицинской помощи и возможных вариантах правильного поведения с учетом возможностей конкретного медицинского учреждения. Только после такой оценки к разбирательству при наличии оснований должны подключиться правоохранители и суд.

Волнения медиков понятны: медицина сегодня – это высокотехнологичный, сложный и многоаспектный процесс, который регламентирован недостаточно разработанной нормативной базой и отличается огромным разнообразием клинических случаев, требующих от медицинского работника оперативного, адекватного и надлежащего исполнения им своих профессиональных обязанностей – оказания медицинской помощи.

Судебно-медицинские эксперты, медики по образованию, вместе с тем не врачи-клиницисты. Кроме того, множество клинических специализаций, новейшие применяемые в клинической практике методики, средства и способы диагностики и лечения отдельных заболеваний не могут быть охвачены знаниями только судебных медиков. Одна лишь их оценка будет недостаточна и неубедительна. Неслучайно клинические протоколы лечения отдельных нозологий разрабатывают профессиональные медицинские сообщества по каждой клинической специальности. Вы не встретите врача-эндокринолога, написавшего алгоритм действий для врача-стоматолога. По этой же причине моральное право оценивать действия коллеги, тем более неправомерные, может принадлежать только врачу этой же клинической специальности, более опытному и знающему. Известный фразеологизм «Кесарю – кесарево...», означающий «каждому своё», здесь применим как нельзя более точно. Только в этом случае можно быть уверенным в самой адекватной, научно и клинически обоснованной оценке неблагоприятного исхода оказания медицинской помощи.

Предвосхищая возможные возражения такому подходу об ограничении права граждан на доступ к правосудию, следует пояснить, что предлагаемое положение не дифференцирует граждан на тех, кто сможет, и тех, кто не сможет обратиться к правоохранителям или в суд в зависимости от результатов оценки профессионального медицинского сообщества. Смогут все! И это право неотъемлемо. Но таким образом результаты оценки будут предопределять исход судебного рассмотрения или процессуальной проверки. Никакого противоречия здесь нет, так как и сейчас суды и правоохранительные органы при рассмотрении сообщений о ненадлежащем оказании медицинской помощи опираются на мнение специалистов или заключение КСМЭ, однако в указанных случаях профессиональное мнение выражается, как пра-



вило, мнением лишь одного специалиста (клинициста соответствующего профиля), не отражает позицию всего сообщества, потому и не может быть полностью объективным и доказанным.

Таким образом, в целях оптимизации правовой оценки фактов ненадлежащего оказания медицинской помощи, необходимо снизить поток поступающих жалоб, большая часть которых, как показывает практика, является несостоятельной. Для этого до обращения в суд или правоохранительные органы следует ввести обязательную оценку спорного клинического случая профессиональным медицинским сообществом.

### *Литература*

1. *Багмет А.М., Черкасова Л.И.* Криминалистические особенности расследования преступлений, совершенных медицинскими работниками // Российский следователь. 2014. № 1. С. 10–14.
2. *Багмет А.М., Черкасова Л.И.* Особенности расследования профессиональных преступлений медицинских работников // Эксперт-криминалист. 2014. № 1. С. 3–5.
3. *Багмет А.М., Черкасова Л.И.* Особенности проведения проверки сообщений о преступлениях, совершенных медицинскими работниками // Российский следователь. 2014. № 7. С. 51–55.
4. *Багмет А.М., Черкасова Л.И.* Процессуальное значение проведения следственного эксперимента по делам о преступлениях, совершенных медицинскими работниками // Российский следователь. 2014. № 10. С. 17–19.
5. *Багмет А.М., Черкасова Л.И.* Некоторые вопросы квалификации преступлений, совершаемых медицинскими работниками // Юридический мир. 2014. № 6(210). С. 8–10.
6. *Багмет А.М., Черкасова Л.И.* Составы преступлений, совершаемых медицинскими работниками // Юридический мир. 2014. № 12(216). С. 56–58.
7. *Багмет А.М., Черкасова Л.И.* Врачебные ошибки при оказании медицинской помощи детям: уголовно-правовая оценка // Уголовный процесс. 2015. № 1. С. 44–47.
8. *Багмет А.М., Черкасова Л.И.* Профессиональные ошибки и дефекты при оказании медицинской помощи детям: уголовно-правовая оценка // Российский следователь. 2015. № 1. С. 15–17.
9. *Багмет А.М., Черкасова Л.И.* К вопросу о совершенствовании уголовно-правового регулирования профессиональных преступлений медицинских работников при оказании медицинской помощи детям // Образование. Наука. Научные кадры. 2014. № 6. С. 92–94.
10. *Багмет А.М., Петрова Т.Н.* Совершенствование уголовного законодательства о преступлениях, совершенных медицинскими работниками // Расследование преступлений: проблемы и пути их решения. 2016. № 1. С. 19–24.
11. *Багмет А.М., Петрова Т.Н.* Оптимизация расследования преступлений, совершенных медицинскими работниками // Библиотека криминалиста. Научный журнал. 2016. № 5(28). С. 67–71.
12. *Багмет А.М.* Тактика допроса при расследовании преступлений, совершенных медицинскими работниками // Расследование преступлений: проблемы и пути их решения. 2017. № 1. С. 25–30.

# Раздел 1

## «Проблемные вопросы криминологического и уголовно-правового противодействия преступлениям, совершенными медицинскими работниками»

Я.В. Алексеева  
А.Г. Овсянников  
А.В. Алексеев

### Правовые сложности трактовки действий медицинских работников

**Аннотация.** Увеличение контроля за качеством оказания медицинской помощи медицинскими организациями актуализировало имевшиеся многие годы множественные несоответствия в медицинской сфере. Несоответствие между теоретическими образовательными подходами и ответственностью за их практическое применение. Несоответствие обязанностей и возможностей, а также требований к медицинским работникам и их нормативно-правового обеспечения. Несоответствие между задачами и ответственностью работников практического здравоохранения и научно-педагогических кадров, занимающихся подготовкой работников практического здравоохранения.

**Ключевые слова:** контроль качества медицинской помощи, ответственность медицинских работников.

Обеспечение должного качества оказания медицинской помощи является одной из текущих задач, стоящих перед медицинскими организациями, выполнение этой задачи регулярно проверяется контролирующими органами и страховыми организациями.

В последнее время стали актуализироваться вопросы ответственности медицинских работников. Эта неоднозначная тема и привела к расколу общества, на тех, кто ищет «врачебную мафию» и тех, кто считает, что врачи должны быть лишены уголовной ответственности за все свои действия. В то же время, если можно обсуждать декриминализацию ответственности за медицинские действия, встает вопрос, как оценивать, какие действия были медицинскими, а какие немедицинскими, ~~не~~ допустим в рабочее время или в отношении пациента?

Отношение медицины к сфере услуг распространило на деятельность медицинских работников применение законодательства о защите прав потребителей<sup>1</sup>. К примеру, результатом покупки автомобиля или кирпича является получение товара должного качества, и за ненадлежащее качество, т.е. не соответствие товара заявленным пользовательским характеристикам производитель несет ответственность.

В то же время, здоровье не является товаром. Здоровье является конечной целью ряда процессов, из которых надо отметить врожденные особенности организма, которые не всегда легко выявляются, то есть исходный уровень здоровья, условия жизни и труда, условия среды, режим питания, влияющие на уровень здоровья, и текущие изменения, находящиеся во взаимодействии с исходным уровнем здоровья, и только на фоне этих двух процессов возникает болезнь. Срок, развитие и форма течения заболевания во многом зависят от перечисленных же факторов, и только на этой фазе пациент может обратиться за медицинской помощью, будь то профилактический осмотр, выявивший раннюю стадию заболевания, или обращение в связи с выраженными симптомами заболевания. На фоне уже имеющихся особенностей исходного уровня здоровья и текущих факторов, составляющих понятие индивидуальности, врач может проводить лечение.

---

<sup>1</sup> Закон РФ от 07.02.1992 № 2300-1 (ред. от 01.05.2017) «О защите прав потребителей» // Ведомости СНД и ВС РФ. 1992. № 15. Ст. 766.

При этом лечение пациента со сферой услуг тоже соотносится плохо. Так, покраска стен или выполнение ремонта, или постройка дома не учитывает поведение заказчика. Таким образом, если, например, в момент постройки дома заказчик работ его же крушит кувалдой, по логичным и понятным причинам вины строителей в этих действиях не будет. Однако с медициной этот принцип несопоставим. Лечебный процесс – это еще и выполнение пациентом предписаний. Таким образом, применение норм защиты прав потребителей возможно в медицине только условно.

Сравнение медицины возможно только с процессом обучения, где есть учебный план и приемы обучения. Странно было бы обвинять учителей или тренеров в отсутствии желаемого конечного результата, когда бы человек без голоса не стал звездой (опустим труд продюсеров), актерский бездарь не получил звезду на «аллее славы», человек, не умеющий плавать или боющийся воды, не стал олимпийским чемпионом, а лишенный физической подготовки не победил на легкоатлетическом турнире. От тренеров или учителей в данном случае будет требоваться реалистичная оценка состояния ученика (индивидуальности) и действие в соответствии с принятыми приемами обучения, а от ученика – следование наставлениям.

В медицине ситуация аналогична. Помимо обязанностей врачей, которые мы еще обсудим, есть и обязанности пациентов, описанные в одном из базовых для здравоохранения Федеральных законах<sup>1</sup>.

Многие из правозащитников исходят из того, что пациент, болея, испытывает страдание и не может отвечать за негативные исходы лечебного процесса, как бы расплачиваясь за это полученными страданиями. Но в таком случае моральные страдания медицинского работника также могут быть достаточной мерой наказания. При этом ответственность человека, прыгнувшего с моста, за его действия не вызывает сомнений, даже несмотря на все полученные им страдания. Говоря об ответственности медицинского работника, необходимо отталкиваться от ответственности за нарушение принятых норм и приемов, не приведшее к негативному результату (пациент поправился, хотя лечили его неправильно, – никто же не исключает возможности спонтанного выздоровления), а также за нарушение принятых норм, приведшее к негативному результату (пациент не поправился, и лечили его в то же время неправильно).

Следует отметить, что вариант негативного результата при соблюдении принятых норм лечения – не может рассматриваться как повод для взыскания. В то же время встает вопрос о нормах, на которые врач может опираться при оказании медицинской помощи. Ответ на этот вопрос нормативно – правовыми актами не раскрывается, в связи с чем остается на усмотрение врача, на какие источники он будет опираться в первую очередь, если не разработано соответствующего медицинского источника кроме сложившейся клинической практики (это могут быть национальные руководства, учебники и монографии). За основу можно взять нормы, закрепленные для осуществления работы судебно-медицинских экспертов. Так, заключение эксперта должно основываться на положениях, дающих возможность проверить обоснованность и достоверность сделанных выводов на базе общепринятых научных и практических данных<sup>2</sup>.

Что может являться нормой лечения в медицинском обществе, где программы обучения и учебные пособия или устарели морально, или написаны без должного контроля со стороны научного же сообщества, исходя из коллегиального братства; встречаются учебные пособия для студентов с упоминанием коммерческих наименований лекарственных средств, а на научных конференциях даже на лекциях, заявленных как учебная программа, в открытую проводится реклама коммерческих продуктов; где учебные программы во многом состояются не из принципов целесообразности, а из принципов коллегиальности научно-педагогического сообщества. При этом, механизм обучения, казалось бы, напрямую связан с формированием тех самых норм, но как мы видим нормы эти продиктованы корпоративными задачами. С другой

<sup>1</sup> Ст. 27 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 29.12.2017) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Российская газета. 2011. 23 ноября.

<sup>2</sup> Часть 2 ст. 8 Федерального закона от 31.05.2001 № 73-ФЗ (ред. от 08.03.2015) «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» // Парламентская газета. 2001. 2 июня.

стороны, клинические рекомендации являются ориентиром для проведения лечебно-диагностического процесса<sup>1</sup>. Таким образом, проведение научно-практических мероприятий без ссылки на порядки оказания помощи по специальностям или клинические рекомендации по заболеваниям не отвечают запросам практических медицинских работников ибо назначение средств, упомянутых в лекциях, но не внесенных в порядки или клинические протоколы является нарушением качества оказания медицинской помощи (при отсутствии необходимых назначений). В то же время доведение до медицинского сообщества содержания принятых и утвержденных порядков оказания медицинской помощи, а также содержание клинических рекомендаций (протоколов) является задачей как юридических служб медицинских организаций, так и руководителей медицинских организаций и, наконец, задачей самообразования медицинских работников.

Ориентиром в разработке клинических протоколов является официально не принятая доктрина доказательной медицины, при этом в ряде протоколов, уже принятых и одобренных Минздравом РФ, содержатся ложные утверждения, выставлены неверные уровни доказательности, или ссылки на первоисточники не соответствуют заявленным цитатам, что является проявлением, с одной стороны, корпоративного научно-педагогического безразличия, а с другой стороны, «покрытыванием своих». Отчасти, подобное является отражением безответственности. Результатом подобной деятельности без каких-либо четких ориентиров и модернизации, является снижение качества обучения и, как следствие, снижение качества медицинской помощи. Но ответственность за оказание помощи несет практическое звено здравоохранения, обучающееся у научно-педагогического медицинского сообщества, нередко в силу традиции возглавляющего в том числе и медицинские организации, не имея при этом организационных навыков в силу совершенно иной системы обучения. Отчасти этим продиктована развивающаяся в последние годы тенденция создания учебных центров при частных медицинских учреждениях.

Должностные инструкции, утверждаемые внутри каждой медицинской организации и разрабатываемые на основе имеющихся Квалификационных справочников<sup>2</sup>, являются одним из элементов внутренней (в МО) защиты врача, но в то же время зачастую, не воспринимаются ни самими работниками, ни руководством медицинских организаций как документ требующий серьезного подхода.

При отсутствии должной системы ориентиров врачи могут нести ответственность за действие или бездействие в любом исходе лечебного процесса в соответствии со ст. 238 Уголовного кодекса РФ<sup>3</sup>.

При этом необходимость формирования четких ориентиров во врачебной деятельности, принятых и понятых медицинским сообществом, является необходимым условием правильной трактовки действий медицинских работников. Так, при производстве каких-либо товаров и услуг в сфере потребления в течение многих лет существуют понятия, как ГОСТ (введены в 1992 году<sup>4</sup>) или ТУ (введены в 1995 году<sup>5</sup>). В медицине же аналогичные понятия отсутствуют, а имеющиеся нормативно-правовые акты крайне неоднородны и во многом содержат теории и предположения, а не современное видение подходов к диагностике и лечению.

Так даже в трактовке распространенного, но юридически не существующего термина «врачебная ошибка» существует понятие норм. Среди обязательных критериев для определения наличия «врачебной ошибки» внесенных судебно-медицинским экспертом и учёным Израи-

<sup>1</sup> Приказ Минздрава России от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» // Официальный интернет-портал правовой информации <http://www.pravo.gov.ru>.

<sup>2</sup> Приказ Минздрава СССР от 21.07.1988 № 579 (ред. от 25.12.1997) «Об утверждении квалификационных характеристик врачей-специалистов».

<sup>3</sup> Статья 238 УК РФ.

<sup>4</sup> Соглашение о проведении согласованной политики в области стандартизации, метрологии и сертификации // Бюллетень международных договоров. 1993. № 4. С. 21-26.

<sup>5</sup> Поправка к ГОСТ 2.114-95 «Единая система конструкторской документации. Технические условия» // ИУС «Национальные стандарты». 2006. № 10.

лем Гамшеевичем Вермелем было названо три условия, при наличии которых (всех одновременно), с его точки зрения, должна наступать уголовная ответственность медицинских работников за ненадлежащее лечение:

1. Действия медицинского работника в конкретном случае были объективно неправильными, находящимися в противоречии с общепризнанными и общепринятыми правилами медицины.

2. Медицинский работник в силу полученного образования и занимаемой должности должен был сознавать, что действия его являются неправильными и потому могут причинить вред больному.

3. Эти объективно неправильные действия способствовали наступлению неблагоприятных последствий – смерти больного или причинение существенного вреда его здоровью<sup>1</sup>.

Исходя из подобного перечисления условий – получается, что определение объективно неправильных действий медицинских работников не совсем очевидно на чем основывается. В то же время обязательность и достаточность знаний и навыков перечислена в стандартах профессионального образования и должностных инструкциях, а связь действий и наступивших неблагоприятных последствий лежит в рамках деятельности судебно-медицинских экспертов.

Таким образом, формирование необходимых, современных и качественно разработанных клинических рекомендаций является необходимым условием появления «норм медицинской деятельности», которые будут выступать, как механизмом защиты, так и механизмом определения нарушений в лечебной деятельности. Ввиду большой неоднородности и противоречий в действующих нормативно-правовых актов, регламентирующих работу медицинских организаций, разработка клинических рекомендаций самим медицинским сообществом маловероятна, такой запрос необходимо направить медицинскому сообществу от проверяющих и контролирующих органов.

Р.И. Аминев

### **Особенности проведения доследственных проверок и первоначального этапа расследования уголовных дел о профессиональных преступлениях медицинских работников**

**Аннотация.** В статье автор делится практическим опытом проведения процессуальных проверок и расследования уголовных дел о совершении медицинскими работниками преступлений в профессиональной деятельности в г. Уфе Республики Башкортостан, где специализируется на расследовании указанной группы преступлений. Отмечены также региональные подходы к назначению и проведению судебно-медицинских экспертиз дефектов оказания медицинской помощи.

**Ключевые слова:** ненадлежащее оказание медицинской помощи, Республика Башкортостан, сообщение о преступлении, ятрогенные преступления, комиссия судебно-медицинская экспертиза.

В Следственном управлении Следственного комитета Российской Федерации по Республике Башкортостан введена внутренняя специализация следователей по расследованию преступлений, совершенных медицинскими работниками в процессе своей профессиональной деятельности. На территории Кировского района г. Уфы Республики Башкортостан за указанной группой преступлений закреплена автор статьи, который проводит проверки по заявлениям и сообщениям о преступлениях ятрогенного характера и расследует данные уголовные дела. На территории Кировского района города находится 21 лечебное учреждение, 7 из которых - республиканского масштаба. Количество поступающих обращений по фактам ненадлежащего оказания гражданам медицинской помощи, к сожалению, нельзя назвать небольшим. Так, за

<sup>1</sup> Вермель И. Г. Судебно-медицинская экспертиза лечебной деятельности (вопросы теории и практики): учеб. пособие. Свердловск, 1988.

2017 год автором проведены проверки в порядке ст.ст. 144-145 УПК РФ по 156 заявлениям и сообщениям о совершении ятрогенных преступлений. По результатам проведенных проверок по 19 обращениям возбуждены уголовные дела, изъято и осмотрено 92 медицинские карты пациентов. Автор обратил внимание на тот факт, что привлекаемым по находящимся в его производстве уголовным делам к уголовной ответственности медицинским работниками, в среднем, от 27 до 32 лет.

Известно, что ключевым доказательством виновности медицинского работника в совершении ятрогенного преступления является заключение комиссионной судебно-медицинской экспертизы (далее - КСМЭ) дефектов оказания медицинской помощи. Практически обоснованным является решение о назначении КСМЭ по возбужденным уголовным делам сразу в другие регионы, без проведения экспертизы в Башкортостане, предвосхищая возможные ходатайства от потерпевших о недоверии местным Бюро СМЭ в связи с высоким уровнем профессиональной корпоративности в медицинском сообществе. В части распределения КСМЭ необходимо отметить, что по находящимся в производстве уголовным делам 19 КСМЭ назначены для проведения в другие регионы страны: 2 экспертизы назначены в отделение судебно-медицинского исследования экспертно-криминалистического отдела следственного управления Следственного комитета Российской Федерации по Республике Татарстан, 5 - в Бюро СМЭ МЗ по Удмуртской Республике, 7 - в Бюро СМЭ МЗ по Оренбургской области, 5 - в Бюро СМЭ МЗ по Кировской области. В негосударственные судебно-экспертные организации мы КСМЭ не назначаем.

По приблизительным подсчетам автора около 90 % жалоб пациентов и их родственников на медицинских работников связаны с несоблюдением последними общеизвестных принципов медицинской деонтологии. В связи с этим хотелось бы в очередной раз обратить внимание медицинских работников на необходимость, в первую очередь, уважительного отношения к пациентам. То же самое касается и следователей, специализирующихся на расследовании такой этически сложной категории дел – взаимное уважение участников расследования друг к другу, внимательное отношение к потерпевшим и медицинским работникам, только обоснованные решения – залог успеха расследования и установления объективной истины.

Хотелось бы поделиться собственным опытом общения с разными участниками процесса: я, как бы ни был занят, всегда нахожу время, чтобы просто выслушать обе стороны (особенно активны в этом потерпевшие – с ними нужно постоянно общаться, всегда отвечать на их звонки, неоднократно выслушивать и разъяснять что-то); сам выезжаю в лечебные учреждения, чтобы опросить или допросить врачей (в некоторых у меня уже есть специально представленные для этого отдельные помещения), и не сильно отвлекать их от работы; при проведении КСМЭ стараюсь в качестве внешних экспертов привлекать специалистов с большим опытом клинической работы и высшей квалификацией, обладающих профессиональным авторитетом. Результатом избранной тактики являются сложившиеся у меня очень уважительные отношения со всеми врачами, руководителями медицинских учреждений и потерпевшими по уголовным делам.

Начиная с сентября 2017 года новые уголовные дела указанной категории не возбуждались. По моим предположениям (и мне искренне хочется в это верить!) это связано, наконец, с осознанием руководителями лечебных учреждений и Минздрава Республики Башкортостан того факта, что лучше полчаса-час потратить на общение с потерпевшими и подробно объяснить им все обстоятельства, провести качественную врачебную комиссию с детальным разбором клинического случая, если нужно - должным образом извиниться, чем потом всем коллективом врачей и руководителей регулярно посещать следователя (и это после многих совместных совещаний и приводимых примеров).

На высоком профессиональном уровне мною расследовано находящееся на особом контроле Председателя Следственного комитета Российской Федерации уголовное дело, возбужденное 04.07.2013 по признакам преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 109 УК РФ, по факту смерти ребенка 25.04.2000 г.р., в ГБУЗ «Республиканская детская клиническая больница». Длительное время по уголовному делу невозможно было принять окончательное решение

ввиду противоречивости выводов заключений проведенных экспертиз. После принятия уголовного дела к своему производству мною были изъяты и представлены необходимые дополнительные объекты экспертного исследования (препараты и документы) для завершения экспертизы в ФГБВОУ ВО «Военная медицинская академия имени С.М. Кирова Министерства обороны Российской Федерации». В результате должного взаимодействия с экспертным учреждением получено заключение с исчерпывающими ответами на поставленные вопросы с указанием дефектов оказания медицинской помощи конкретными врачами и установлением причинно-следственной связи с наступившими последствиями. После получения экспертного заключения оперативно допрошены независимые специалисты и эксперты, осмотрено значительное количество медицинских документов и на основании полученных объективных доказательств 09.02.2017 предъявлено обвинение врачу-эндоскописту ГБУЗ «Республиканская детская клиническая больница» Г. в совершении преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 109 УК РФ. Обвиняемый Г. отстранен от работы до вступления в силу приговора суда. В ходе предварительного расследования следователем рассмотрено 39 ходатайств обвиняемого Г. и его защитника, Кировским районным судом г. Уфы Республики Башкортостан в порядке ст. 125 УПК РФ рассмотрено 3 жалобы обвиняемого Г. и его защитника, которые оставлены без удовлетворения. 21.03.2017 уголовное дело с обвинительным заключением направлено прокурору Кировского района г. Уфы, 27.03.2017 обвинительное заключение утверждено и в соответствии со ст. 222 УПК РФ уголовное дело направлено в суд. 10.10.2017 Кировским районным судом г. Уфы Республики Башкортостан в отношении Г. постановлен обвинительный приговор. 28.12.2017 Верховный суд Республики Башкортостан обвинительный приговор в отношении Г. оставил без изменения.

В настоящее время мною ведется предварительное следствие по иным уголовным делам о преступлениях, связанных с некачественным оказанием медицинских услуг, совершенных в условиях неочевидности, которые представляют особую сложность в расследовании. Так, в моем производстве находится 12 уголовных дел: 7 – по ч. 2 ст. 109 УК РФ и 5 – по разным частям и пунктам ст. 238 УК РФ, из которых 7 уголовных дел находятся на особом контроле Председателя Следственного комитета Российской Федерации.

**И.А. Асеева**  
**Научный руководитель – О.Ю. Антонов**

**Об опыте обучения следователей по программе повышения  
квалификации «Расследование преступлений, связанных с ненадлежащим  
оказанием медицинской помощи» в Московской академии СК России**

**Аннотация.** Статья посвящена опыту реализации в Московской Академии СК России программы курсов повышения квалификации «Расследование преступлений, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи» в рамках дополнительного профессионального образования сотрудников следственных органов. Указаны структура программы, ключевые темы, формы проведения занятий, а также итоги обучения, в том числе выявленные практические проблемы, связанные с расследованием ятрогенных преступлений, и возможные пути их решения.

**Ключевые слова:** ненадлежащее оказание медицинской помощи, медицинский работник, ятрогенные преступления, повышение квалификации, дополнительное профессиональное образование, Следственный комитет Российской Федерации.

Увеличение роста обращения граждан в правоохранительные органы по причине ненадлежащего оказания медицинской помощи представляет собой актуальную проблему, разрешаемую путем привлечения специалистов со стороны как медицинского, так и юридического общества. Большая часть противоправных деяний медицинских работников охватывается со-

ствами преступлений, относящихся к подсудности Следственного комитета Российской Федерации, в связи с чем 04.10.2017 г. на оперативном совещании, при Председателе СК России, образовательным учреждениям системы Следственного комитета было поручено разработать специальные программы и проводить учебно-методические занятия с сотрудниками следственных органов в Институтах повышения квалификации на тему: «Тактика и методика проведения процессуальных проверок расследования уголовных дел о ятрогенных преступлениях»<sup>1</sup>.

Во исполнение данного поручения в Московской академии СК России (далее – Академия) с привлечением специалистов Минздрава России была разработана дополнительная профессиональная программа – программа повышения квалификации «Расследование преступлений, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи». Реализация данной программы была запланирована в период с 22.01.2018 по 02.02.2018 и в период с 26.03.2018 по 06.04.2018.

Практически программа была реализована в период с 22.01.2018 по 02.02.2018 с привлечением профессорско-преподавательского состава Академии, а также специалистов в сфере медицинской деятельности, а именно представителей Департамента здравоохранения города Москвы, ФГБУ «Российский центр судебно-медицинских экспертиз Минздрава России», ГБУЗ МО «Бюро СМЭ», НИИ стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, ГКБ № 52 г. Москвы и др. Всего к проведению занятий было привлечено 20 докторов и 15 кандидатов юридических и медицинских наук.

Программа повышения квалификации включала в себя различные формы проведения занятий: лекции и практические занятия, проводимые в формате семинаров, дискуссий, круглых столов, а также выездных практических занятий на базе учреждений здравоохранения. Объем программы равен 90 академическим часам, из которых 38 часов было посвящено юридическим дисциплинам, 20 часов – на изучение клинической медицины, 14 часов выделено на особенности назначения и проведения судебно-медицинских экспертиз, 18 часов были отведены вопросам организации работы, учреждений здравоохранения, функционирования лечебных учреждений, а также организации деятельности Следственного комитета. Таким образом, тематически учебный курс был составлен из четырех блоков: правового, клинического, судебно-медицинского и организационного.

Наибольшее количество часов было выделено на блок, посвященный актуальным вопросам уголовного права, уголовного процесса и криминалистики. Были рассмотрены теоретические и практические проблемы, связанные с разграничением юридического и медицинского подходов к понятиям «ятрогенная», «ятрогенный дефект», «ятрогенные преступления», «врачебная ошибка» и т.д.; определены правила квалификации и разграничения составов преступлений, связанных с не оказанием и ненадлежащим оказанием медицинской помощи, изучены криминалистические и процессуальные особенности проведения тактики следственных действий по делам данной категории, методика расследования ятрогенных преступлений и т.д.

В рамках данного блока были проведены круглые столы, где слушатели смогли произвести обмен опытом в проведении отдельных следственных действий, назначении экспертиз, изучению психологического портрета пострадавшего и субъекта преступления. Формат круглых столов был единогласно воспринят следователями как оптимальная форма выявления положительного опыта и проблемных вопросов следственной деятельности, существующей непосредственно в регионах. Были приведены конкретные примеры взаимодействия правоохранительных органов и медицинских учреждений, так, в Республике Башкортостан по делам о ненадлежащем оказании медицинской помощи выезд на место происшествия, особенно в тех случаях, когда это лечебное учреждение, осуществляется в составе следственно-оперативной группы с обязательным участием следователя-криминалиста, судебно-медицинского эксперта, эксперта-криминалиста и сотрудника полиции, то есть как на любое общеуголовное преступление.

---

<sup>1</sup> Протокол поручений Председателя СК России от 04.10.2017 №55–17.



Одним из горячо обсуждаемых вопросов стало назначение судебно-медицинских экспертиз: следователи единогласно пришли к мнению, что для достижения наибольшей объективности необходимо назначать экспертизы в соседние регионы, однако делать это на условиях взаимозачета, поскольку экспертные учреждения не могут предоставлять помощь в одностороннем порядке в виду высокой загруженности специалистов. На примере Сибирского федерального округа было предложено осуществлять данное взаимодействие на уровне руководителей следственных управлений субъектов и руководителей экспертных учреждений. Также на круглых столах была затронута проблематика преемственности оказания медицинской помощи в случае возникновения неблагоприятного последствия, а именно вопрос распределения ответственности между медицинскими сотрудниками в тех ситуациях, когда было допущено несколько дефектов разными врачами. По итогам работы круглых столов профессорско-преподавательским составом Академии при участии слушателей были разработаны конкретные алгоритмы осуществления межведомственного взаимодействия и предварительного расследования в целом и следственных действий в частности.

Судебно-медицинский и клинический блок были представлены специалистами в области судебной медицины и врачами – специалистами различных клинических профилей, а также организаторами здравоохранения. Так, в рамках данных блоков занятия проводили руководитель ФГБУ «Российский центр судебно-медицинских экспертиз Минздрава России», д.ю.н. Ковалев А.В. и его заместители Момот Д.В. и Шмаров Л.А., главный редактор журнала «Consilium medicum», к.м.н. Филимонов Б.А., начальник отдела сложных экспертиз ГБУЗ МО «Бюро СМЭ», к.м.н. Веселкина О.В., главный врач ООО «Мед-Альянс» Ведменко Ф.В., генеральный директор ООО «Офтальмологический центр Коновалова» Инкарова М.В. и другие.

Клинический блок был посвящен базовым вопросам анатомии и физиологии человека, а также особенностям течения конкретных заболеваний, осложнения от которых наиболее часто встречаются в качестве неблагоприятных исходов для пациента, специфике проведения медицинских манипуляций, появлению ятрогенных процессов и их развитию.

Судебно-медицинский блок был проведен с участием специалистов бюро СМЭ и включал рассмотрение вопросов о правовых и организационных особенностях назначения и проведения экспертиз.

Организационный блок занятий включал изучение вопросов работы следственных органов, их взаимодействие с лечебными и экспертными учреждениями; в теоретическом аспекте были рассмотрены понятия «медицинского работника», «представителя системы здравоохранения», «медицинской помощи» и др. Слушателями была изучена классификация лечебных учреждений, лекарственных средств, видов лечения, оказания медицинской помощи. Особое внимание на занятиях было уделено проблемам, касающимся ведения медицинской документации, регулирования сбыта контрафактной и фальсифицированной фармацевтической продукции, изучение требований к образовательному уровню врачей. В рамках занятий были изучены основные нормативно-правовые акты, положения Минздрава, отраслевые стандарты и требования, предъявляемые к медицинской документации.

По итогам курсов было проведено анкетирование слушателей, в ходе которого сотрудники следственных органов высказали пожелания приглашать больше специалистов из медицинских учреждений, в частности по вопросам акушерства и гинекологии, педиатрии, а также по инфекционным заболеваниям. Было предложено увеличить количество практических занятий, проводимых в формате круглых столов с участием различных специалистов с целью определения единой позиции по тем или иным вопросам расследования, а также делать упор на изучение региональной практики расследования уголовных дел данной категории.

Наибольший интерес среди слушателей вызывали вопросы, посвященные проведению и назначению судебно-медицинских экспертиз, владению и использованию медицинской терминологии как тактического приема при проведении следственных действий, деонтологической этике медицинских работников и особенности их поведения.

Все 23 слушателя, прошедшие повышение квалификации в Академии, дали высокую положительную оценку представленной образовательной программе.

Таким образом, в целях повышения качества проверок сообщений о преступлениях и расследования уголовных дел, связанных с неоказанием или ненадлежащим оказанием медицинской помощи, необходимо обеспечить должный уровень профессиональной подготовки следователей. Для этого требуется реализация и последующее совершенствование специально разработанных образовательных программ дополнительного профессионального образования, в рамках которых слушатели будут получать знания, касающиеся как общих основ медицины и здравоохранения, так и узкоспециализированных медицинских сфер. В свою очередь, проблемы, с которыми сталкиваются следователи в своей практической деятельности, могут служить эмпирическим материалом для дальнейших научных исследований профессорско-преподавательского состава Московской академии СК России. Так, два слушателя данных курсов приняли участие в научно-практической конференции «Досудебное производство по уголовным делам о профессиональных преступлениях, совершенных медицинскими работниками».

**А.А. Бессонов**

### **Актуальные вопросы разработки методик расследования ятрогенных преступлений**

**Аннотация.** Необходимость защиты человека от распространившихся в последнее время преступных дефектов в оказании медицинской помощи обуславливает высокие требования к качеству расследования таких фактов. В этой связи перед современной криминалистической наукой стоит задача разработки актуальных и полных методик расследования ятрогенных преступлений.

**Ключевые слова:** криминалистическая характеристика ятрогенных преступлений, расследование ятрогенных преступлений, ятрогенные преступления.

Несмотря на очевидный прогресс современной медицины, практика её применения всё ещё далека от желаемых результатов по сохранению жизни и здоровья людей. Постоянно отмечается увеличивающееся количество фактов преступно-недоброкачественной медицинской помощи, существенную роль в профилактике которых призвана решать деятельность по их расследованию и привлечению виновных к справедливой уголовной ответственности.

Вместе с тем, как справедливо отмечается в литературе, существует недостаточная полнота, логическая незавершённость проводимых ранее и ведущихся в настоящее время криминалистических исследований по разработке методик расследования преступлений, совершаемых в сфере лечебно-медицинской деятельности<sup>1</sup>. Также следует отметить, что существующие методики расследования ятрогенных преступлений не содержат весь комплекс необходимых криминалистических рекомендаций, поскольку не основываются на актуальных криминалистических характеристиках этих преступных деяний. На это накладывается незнание следственными работниками криминалистических особенностей рассматриваемых преступлений и низкий уровень навыков практического применения методики их расследования.

Анализ научных публикаций, посвящённых вопросам расследования преступлений, связанных с дефектами при оказании медицинской помощи (изучено 6 диссертационных исследований, 4 учебно-практических издания, 45 научных статей), и следственной практики позволил выявить ряд следующих конкретных проблем, требующих своего первоочередного разрешения.

Прежде всего, бросается в глаза недостаточная разработанность криминалистических характеристик этих преступлений. Более того, во многих работах, посвящённых методике их расследования, такие характеристики и вовсе отсутствуют.

---

<sup>1</sup> Пристансков В.Д. Основы формирования криминалистической теории расследования ятрогенных преступлений // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 14. 2015. Вып. 4. С. 62.

Во-первых, существует явная неопределённость элементов системы криминалистической характеристики ятрогенных преступлений, в структуру которой предлагается включать информацию о следующих элементах: 1) особенности личности потерпевшего (В.Д. Пристансков<sup>1</sup>, Л.А. Сухарникова,<sup>2</sup> М.В. Тузлукова<sup>3</sup>); 2) субъект преступления (В.Д. Пристансков, Л.А. Сухарникова, М.В. Тузлукова, М.М. Яковлев<sup>4</sup>); 3) действия (бездействие) субъекта (В.Д. Пристансков, Л.А. Сухарникова, М.В. Тузлукова); 4) психическая деятельность субъекта посягательства (В.Д. Пристансков, Л.А. Сухарникова, М.В. Тузлукова); 5) способ преступления (Л.А. Сухарникова, М.М. Яковлев); 6) фактически наступившие последствия (В.Д. Пристансков, Л.А. Сухарникова, М.В. Тузлукова, М.М. Яковлев); 7) обстановка преступления, в том числе пространственно-временные её характеристики (В.Д. Пристансков, Л.А. Сухарникова, М.В. Тузлукова, М.М. Яковлев); 8) общественная опасность и противоправность посягательства (В.Д. Пристансков, Л.А. Сухарникова); 9) объективные обстоятельства, повлиявшие на ненадлежащее оказание медицинской помощи (Л.А. Сухарникова); 10) уголовно-релевантная информация, её отражение, носители и источники (М.М. Яковлев); 11) специфика механизма профессиональной деятельности по оказанию медицинской помощи и его нормативно-правовое регулирование (М.М. Яковлев).

Обращает на себя внимание тот факт, что указанными авторами не выделен такой элемент, как информация о типичных следах преступления и вероятных местах их обнаружения. Общественная опасность и противоправность посягательства относится не к структуре криминалистической характеристики, а к свойствам преступления. Второй элемент по сути включает в себя четвёртый, а всё вместе это – характеристика личности преступника. Шестой элемент неразрывно связан с характеристикой личности потерпевшего. Третий элемент входит в содержание способа преступления. Содержание девятого элемента, исходя из специфики рассматриваемых деяний, требует своего расширения до характеристики предшествующих и сопутствующих преступлению обстоятельств, его обуславливающих и с ним связанных. Закономерности механизма профессиональной деятельности по оказанию медицинской помощи, несомненно, должны изучаться криминалистической наукой в рамках своего предмета<sup>5</sup>, но включая их в криминалистическую характеристику ятрогенных преступлений вряд ли стоит.

Исходя из изложенного, думается, что систему криминалистической характеристики ятрогенных преступлений должна составлять информация о следующих элементах: 1) обстановка преступления (место, время, другие элементы); 2) способ преступления; 3) типичные следы преступления и вероятные места их нахождения; 4) личность потерпевшего; 5) личность преступника; 6) обстоятельства, предшествующие и сопутствующие преступлению, его обуславливающие и с ним связанные.

Во-вторых, следует отметить, что в рамках обозначенных элементов криминалистической характеристики этих преступлений на данный момент криминалистически значимая информация в необходимом объёме не накоплена, не установлены закономерные связи между составляющими её систему элементами.

Что касается комплексов конкретных криминалистических рекомендаций, составляющих соответствующие частные методики расследования ятрогенных преступлений, то возможно отметить следующие проблемы: во-первых, они в большей своей части строятся без учёта криминалистических особенностей этих преступных деяний; во-вторых, имеет место неполнота

<sup>1</sup> Пристансков В.Д. Теоретические и методологические проблемы расследования ятрогенных преступлений: дис. ... канд. юрид. наук. СПб, 2000. С. 26.

<sup>2</sup> Сухарникова Л.В. Особенности расследования неосторожного причинения вреда жизни и здоровью граждан медицинскими работниками в процессе профессиональной деятельности: дис. ... канд. юрид. наук. СПб., 2006. С. 59.

<sup>3</sup> Тузлукова М.В. Использование специальных знаний при расследовании ятрогенных преступлений: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. Ростов-на-Дону, 2013. С. 12–13.

<sup>4</sup> Яковлев М.М. Проблемы теории и практики выявления и расследования преступлений, связанных с профессиональной деятельностью: автореф. дис. ... д-ра юрид. наук. Краснодар, 2008. С. 22.

<sup>5</sup> Бессонов А.А. К вопросу о современных взглядах на предмет и объекты российской криминалистики // Библиотека криминалиста. Научный журнал. 2017. № 6 (35). С. 154–163.

их совокупности в качестве содержания соответствующей методики (например, отсутствуют рекомендации по взаимодействию следователя с органами, осуществляющими оперативно-разыскную деятельность); в-третьих, не разработан адекватный механизм их внедрения в практическую деятельность и адаптации к ней.

Между тем, объективно существуют следующие криминалистические особенности рассматриваемых преступлений, обуславливающие специфику криминалистических рекомендаций по методике их расследования:

- зависимость получения информации об обстоятельствах совершённого деяния от привлечения к расследованию лиц, обладающих специальными познаниями;
- содержание большого объёма информации об оказанной медицинской помощи и её дефектах в медицинских и иных документах, информационных базах лечебных и иных учреждений;
- принятие преступником комплекса специфических мер к сокрытию информации о преступлении и последующему противодействию его расследованию;
- их латентный характер, не позволяющий реализовывать методику расследование «по горячим следам».

В этой связи требуют детальной разработки как общие рекомендации по взаимодействию следователя со специалистами, обладающими соответствующими познаниями в сфере оказания медицинской помощи, при производстве предварительного расследования по таким преступлениям, так и в части тактики производства отдельных следственных действий (допросов, осмотров, выемок, обысков и др.).

Необходим комплекс рекомендаций по взаимодействию следователя с работниками органов, осуществляющих оперативно-разыскную деятельность, прежде всего для выявления обстоятельств сокрытия преступления и преодоления противодействия расследованию.

Методика расследования ятрогенных преступлений должна строиться с обязательным учётом их криминалистической характеристики и реальной практики их расследования.

В связи с изложенным, представляется заслуживающим внимания предложение В.Д. Пристанкова о необходимости разработки криминалистической теории расследования ятрогенных преступлений<sup>1</sup>. На основе научных положений этой теории в дальнейшем предстоит сформировать криминалистические методики расследования различных групп и видов ятрогенных преступлений (например, совершаемых при оказании отдельных видов медицинской помощи, при лечении определённой групп пациентов и т.д.).

Учитывая незнание следователями особенностей методики расследования этих преступлений и отсутствие необходимых умений и навыков её реализации в практической деятельности, требуется разработка комплекса мер по реальному внедрению в практическую деятельность всех достижений криминалистики в части методики расследования преступных ятрогений.

### *Литература*

1. Бердичевский Ф.Ю. Основные вопросы расследования преступных нарушений медицинским персоналом профессиональных обязанностей (криминалистические и уголовно-правовые исследования): автореф. дис. ... канд. юрид. наук. М., 1966.
2. Кудряшов В.К. Расследование преступных нарушений профессиональных обязанностей медицинскими работниками: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. Л., 1987.
3. Пристанков В.Д. Основы формирования криминалистической теории расследования ятрогенных преступлений // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 14. 2015. Вып. 4. С. 57–70.
4. Пристанков В.Д. Теоретические и методологические проблемы расследования ятрогенных преступлений: дис. ... канд. юрид. наук. СПб., 2000.

---

<sup>1</sup> Пристанков В.Д. Основы формирования криминалистической теории расследования ятрогенных преступлений // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 14. 2015. Вып. 4. С. 57–70.

5. *Сухарникова Л.В.* Особенности расследования неосторожного причинения вреда жизни и здоровью граждан медицинскими работниками в процессе профессиональной деятельности: дис. ... канд. юрид. наук. СПб., 2006.
6. *Тузлукова М.В.* Использование специальных знаний при расследовании ятрогенных преступлений: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. Ростов-на-Дону, 2013.
7. *Яковлев М.М.* Проблемы теории и практики выявления и расследования преступлений, связанных с профессиональной деятельностью: автореф. дис. ... д-ра юрид. наук. Краснодар, 2008.

**С.Н. Боков**

### **Актуальные проблемы расследования преступлений, совершённых медицинскими работниками**

**Аннотация.** В статье освещены некоторые актуальные проблемы расследования преступлений, совершённых медицинскими работниками. Обсуждены сложные теоретические и организационные вопросы организации расследования таких преступлений. Показана необходимость участия специалиста в проведении расследования. Предложены отдельные практические рекомендации, направленные на повышения качества расследования преступлений, совершаемых в сфере профессиональной медицинской деятельности.

**Ключевые слова:** медицина; право; медицинская деятельность; медицинское право; криминалистика; судебная экспертиза.

Проблема ответственности медицинских работников за некачественное оказание ими медицинской помощи в последнее время в нашей стране приобретает небывалую остроту<sup>1</sup>. Недовольство качеством оказания медицинской помощи среди всех слоёв населения очень высока. Согласно исследованию Ассоциации агентств мониторинга качества обслуживания (АМКО) при содействии исследовательского холдинга Ромир государственные медицинские услуги жители нашей страны оценили на 3,4 балла, а частные - на 3,9 балла из пяти возможных. Положительные отзывы в адрес государственных медучреждений были даны лишь 49% участниками опроса. По мнению 47% опрошенных медицинских персонал в госсекторе имеет низкую квалификацию и недостаточный профессионализм<sup>2</sup>.

Подобная ситуация не остаётся без внимания правоохранительных органов, в первую очередь – Следственного комитета РФ. На состоявшейся ещё в 2016 году коллегии по вопросам организации работы по расследованию ятрогенных преступлений председатель СК России Александр Бастрыкин привел статистические данные о преступлениях указанной категории, отметив, что в 2015 году потерпевшими от ятрогенных преступлений признаны 888 человек. Из них вследствие врачебных ошибок и ненадлежащего оказания медицинской помощи погибло 712 человек, в том числе 317 детей. В 2016 году из 352 человек, погибших вследствие врачебных ошибок и ненадлежащего оказания медицинской помощи – 142 ребенка. В первом полугодии 2016 года в следственные органы Следственного комитета РФ поступило 2 516 сообщений о преступлениях, связанных с врачебными ошибками и ненадлежащим оказанием медицинской помощи, по результатам их рассмотрения возбуждено 419 уголовных дел<sup>3</sup>.

Разумеется, подобное положение дел, напрямую угрожающее здоровью всего населения страны, не может оставаться без реагирования соответствующих государственных институтов, и права в частности.

---

<sup>1</sup> Справедливости ради, необходимо сказать, что подобное положение в здравоохранении в настоящее время складывается в абсолютном большинстве стран мира (включая США, Германию, Великобританию и др.), но это уже тема других исследований.

<sup>2</sup> URL: <http://riaami.ru>.

<sup>3</sup> URL: <http://riaami.ru>.

В качестве одной из законодательных мер, призванной повысить объективность исследования преступлений, совершаемых медицинскими работниками в сфере их профессиональной деятельности и более полного выяснения обстоятельств их совершения, предлагается ввести в Уголовный кодекс отдельную статью, предусматривающую ответственность за такие преступления<sup>1</sup>. Однако при разработке и введении такой статьи неизбежно возникнут значительные сложности. Что в неё будет включено и на основании каких критериев?

В настоящее время преступления, совершаемые в сфере профессиональной медицинской деятельности квалифицируются, исходя из действующего законодательства, либо как причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей (ст. 109 УК РФ) (иными словами – вследствие профессиональной некомпетентности медицинских работников), либо как халатность (иными словами – безразличия к выполняемой профессиональной деятельности). И это полностью соответствует действительности, охватывая абсолютное большинство профессиональных медицинских преступлений. То есть как такового умысла на совершение преступления медицинский работник не имеет – он либо элементарно некомпетентен в своей деятельности и не знает, как и что правильно делать, либо ему полностью безразлична его профессиональная деятельность и он выполняет свои профессиональные обязанности «спустя рукава». Но такие ситуации могут возникать абсолютно в любой профессии. И если следовать логике введения особой статьи за преступления в сфере медицинской деятельности, то следует ввести аналогичные статьи за профессиональные преступления в каждом из видов профессий. Целесообразно ли такое?

Однако имеют место и ситуации, которые в настоящее время принято квалифицировать как преступления, но в основе которых лежит то, что Министр здравоохранения РФ В. И. Скворцова совершенно справедливо называет искренними заблуждениями, связанными с особенностями процесса постановки диагноза и особенно лечением заболеваний конкретных больных<sup>2</sup>.

В настоящее время всё большее число учёных рассматривают медицину не столько как науку в её истинном понимании, сколь как социально ориентированную практику. Медицина сегодня действительно располагает достаточным естественно-научным и научно-гуманитарным потенциалом для воздействия на человека и его здоровье. Однако, образно выражаясь, для медицины пока ещё не наступил такой звёздный час, когда она по уровню теоретической зрелости стала бы в один ряд с физикой, математикой, химией, биологией и другими науками<sup>3</sup>. Не случайно во всех инструкциях и руководствах к применению медикаментозных и иных способов лечения ВСЕГДА! имеется указание на возможную индивидуальную непереносимость того или иного препарата или метода.

Выводить ситуацию призван так называемый доказательный подход в медицине с его стандартами (протоколами) лечения, но он ни в одной стране мира совершенного развития ещё не достиг. Медицина всё ещё остаётся в большей степени искусством, нежели наукой, в обязательном порядке учитывающим индивидуальные биологические и психологические особенности пациента, и классическая формула «лечить больного, а не болезнь», вероятно, никогда не трансформируется в формулу «лечить болезнь».

Два примера показывают справедливость такого подхода.

Недавние исследования доказали, что причиной дислексии (одной из достаточно широко распространённых форм нарушений речи) может быть индивидуальное строение сетчатки глаза, а не сугубо неврологические особенности, как принято считать сейчас<sup>4</sup>. Поэтому врач во многих случаях не может нести ответственность за неэффективность лечения дислексии, так как пока нет технологий изменений строения сетчатой оболочки глаза, как и фактически организационно недоступна диагностика таких случаев.

<sup>1</sup> URL: <http://tass.ru/proisshestiya>.

<sup>2</sup> URL: <http://tass.ru/obschestvo>.

<sup>3</sup> URL: <http://vmede.org/sait>.

<sup>4</sup> URL: <https://riaa.ru>.

Фактически окончательно доказана причинно-следственная связь формы тела с развитием болезней<sup>1</sup>. В частности, установлено, что телосложение человека определяет риск развития сердечно-сосудистых заболеваний и диабета второго типа, а в случае наличия таких заболеваний, возможно, модифицирует их течение. Что из этого следует? То, что у лиц с определённым типом телосложения отклик на стандартные медицинские рекомендации при данных заболеваниях может быть совершенно иным. Понятны трудности квалификации ситуаций, если в ходе лечения возникают различные осложнения.

Поэтому совершенно необходим тщательный, взвешенный подход к квалификации преступлений, совершаемых медицинскими работниками, тщательная комплексная разработка основ расследования таких преступлений с участием как юристов, так и медицинских работников (и не только – столько! – специалистов в области судебной медицины, а представителей всех медицинских специальностей, в том числе специалистов в области общей патологии).

Совершенно справедливой является реакция президента Национальной медицинской палаты Леонида Рошаля на предложение прокуратуры города Новосибирска организовать в медицинских организациях приём граждан по вопросам охраны здоровья граждан, который будут проводить представители надзорного ведомства: «Я поддерживаю инициативу прокуратуры Новосибирска организовать приём прокурора в поликлинике по вопросам охраны здоровья граждан в медицинской организации, - иронически заявил доктор Рошаль. - Одновременно предлагаем организовать в каждой поликлинике кабинет следственного комитета для приёма граждан и конференц-зал для выездных заседаний суда. Хорошо было бы выделить в поликлинике еще изолятор с клеткой и наручники для заключения медицинских работников и кроме машины неотложной помощи - машину «Воронок» с сотрудниками за счёт средств ОМС. А ещё лучше все это организовать в банях. Там после парной и кружки пива люди становятся более разговорчивыми. Совсем не смешно. Приехали!»<sup>2</sup>.

Надо настойчиво и последовательно проводить комплексные научные исследования в данной области (которые займут значительное время) с целью нахождения гармоничного решения проблемы, при котором виновные не ушли бы от ответственности (вопрос – всегда ли целесообразна именно уголовная ответственность?), но и не было бы необоснованного обвинения медицинских работников.

В качестве предложений, которые могли бы быть реализованными уже в настоящее время, можно указать на следующие:

- 1) необходима своего рода специализация следователей на делах, связанных с преступлениями в области медицины. Следователь, не имеющий определённых познаний в этой сфере, не сможет профессионально реализовать расследование. В этой связи целесообразно послеузовское повышение квалификации следователей по специально разработанным программам;

- 2) предусмотреть обязательно участие в каждом расследовании в отношении профессиональной деятельности медицинских работников не только судебного медика-эксперта, но и в качестве специалиста представителя той области медицины, которая непосредственно связана с расследуемым делом, так как судебный медик совершенно не обязан знать тонкости и нюансы отдельных отраслей медицины;

- 3) необходимо, принимая во внимание опыт других стран, проведение системных отечественных исследований с целью определения наиболее эффективных форм ответственности (административной, гражданско-правовой или уголовно-правовой) медицинских работников за совершённые ими профессиональные преступления, а также проведение комплексного юридико-психологического исследования проблемы корпоративной солидарности медицинских работников и её влияния на процесс расследования (отечественных исследований данной проблемы фактически нет).

---

<sup>1</sup> URL: <http://riaami.ru/read>.

<sup>2</sup> URL: <https://riaami.ru>.

## Проблемные аспекты расследования преступлений, совершенных медицинскими работниками

**Аннотация.** В статье рассматриваются проблемные и сложные вопросы с которыми следователь сталкивается как при производстве первоначальных следственных действий, так и в процессе всего расследования преступлений, совершенных медицинскими работниками.

Противодействие правоохранительным органам по этой категории дел начинается сразу после совершения преступных деяний, так как, медицинский персонал до прибытия следственных органов успевает предпринять меры к сокрытию следов преступления. Широк спектр мероприятий, направленных на уничтожение фактов неправомерности действий медицинских работников, от уничтожения медицинских документов пациента, искажения их содержания путем вписывания ложных сведений, исправления в истории болезни до прямого оказания психологического и физического воздействия на участников уголовного судопроизводства.

**Ключевые слова:** здоровье человека, преступления, совершенные медицинскими работниками, пациент, медицинская помощь.

Целью профессиональной деятельности медицинских работников является улучшение качества жизни пациента и ее продление, избавление от физических и психологических страданий не только больного, но и его родных. Обще признанным является тот факт, что с момента рождением основным достоинством человека является его здоровье. Поэтому вполне понятным становится горе людей потерявших близкого из-за халатности или некомпетентности лиц, в обязанности которых входит спасение жизни.

В 20-21 веке медицина продвинулась далеко вперед. За последние десятилетия разработано огромное количество различных фармацевтических препаратов, **систематически улучшаются антибактериальные вещества**, постоянно развиваются, совершенствуются и усложняются методы диагностики и лечения, совершили переворот в медицине инновационные лазерные аппараты для хирургии, стоматологии, флебологии, косметологии. Так почему же участились случаи халатного отношения врачей к своим обязанностям, почему «Клятва Гиппократа» сегодня становится для врачей не актуальной. Многие пациенты становятся инвалидами, некоторые умирают. От рук врачей страдают и взрослые и будущее нации – дети.

Расследование уголовных дел о преступлениях совершенных медицинскими работниками представляет собой крайне сложный процесс, где следователь не будучи специалистом в области медицины сталкивается со сложными вопросам оказания медицинской помощи, вынужден преодолевать активное противодействие, в ряде случаев организованное еще до возбуждения уголовного дела.

Для привлечения к уголовной ответственности следователь должен выяснить несколько специфичных вопросов, касающихся правильности и своевременности оказания пациенту квалифицированной помощи, установить причинно-следственную связь между смертью человека и нарушениями, допущенными медицинским персоналом во время лечения.

Затрудняют расследование и другие аспекты, в частности, это профессиональная корпоративность медиков, проблема выбора врачей-экспертов узкой специализации.

Медицинская документация, в которой зафиксированы история болезни, клинические исследования, назначенное лечение и его результаты является одним из основных источников доказательств при расследовании преступлений, совершенных медицинскими работниками в процессе профессиональной деятельности, и именно с ее изъятием у следственных органов возникают особые сложности. На эти документы в первую очередь направлены действия виновных с целью уничтожения или фальсификации медицинских данных.

Препятствует законному решению по таким делам длительность проведения комиссионных судебно-медицинских экспертиз, отсутствие конкретных выводов о виновности врача, наличии причинно-следственной связи между действиями медика и наступившими последствиями,



что вынуждает следователя назначать повторные экспертизы, которое длится также не один месяц.

Вызывают у следственных органов и затруднения при «изучение большого массива несистематизированных нормативных актов органов государственной власти в области охраны здоровья»<sup>1</sup>.

Не облегчает работу и широкий общественный резонанс, который присутствует при данной категории дел, фактически оказывая давление на следователя.

Ученые проводившие исследование причин совершения преступлений медицинскими работниками пришли к выводу о том, что наиболее часто причины заключаются в следующем: недостаточная квалификация медицинского работника – 37,3 %; неполноценное обследование больных 31,6 %; невнимательное отношение к больному – 12,1 %; недостатки в организации лечебного процесса – 10,2 %; недооценка тяжести больного – 8,8 %<sup>2</sup>.

В сложных и порой конфликтных следственных ситуациях, возникающих при рассматриваемой категории преступлений следователю следует выстроить следующий алгоритм действий при получении информации о возможном преступлении, совершенном медицинскими работниками.

1. Необходимо в кратчайшие сроки изъять медицинскую документацию, свидетельствующую об объеме и характере оказанной медицинской помощи, содержащуюся на бумажных и электронных носителях. Целесообразно пригласить как специалиста в области медицина, так и специалиста по компьютерным технологиям.

2. Определить правовой статус медицинского учреждения, наличие всех необходимых документов, дающих разрешения на осуществление той или иной медицинской помощи. В своем диссертационном исследовании Тузлукова М.В. по данному вопросу считает необходимым установить «Каковы особенности организации работы лечебного учреждения, силами и средствами которого оказывалась медицинской помощи: объем оказываемых медицинских услуг; структура и порядок работы ЛПУ; какими правовыми нормами, приказами и должностными инструкциями регламентируется его деятельность; укомплектован ли штат, как организуется замещение должностей; достаточно ли оно технически оснащено для оказания медицинской помощи; преювенность оказания медицинской помощи внутри учреждения и с другими ЛПУ; ведение медицинской документации; организация работы по повышению квалификации работников; порядок ознакомления сотрудников с нормативными документами, должностными инструкциями»<sup>3</sup>.

3. Установить профессиональные обязанности медицинского работника, чьи действия привели к тяжелым последствиям, наличие у него соответствующих лицензий, сертификатов, свидетельств о повышении квалификации, обладал ли он достаточными знаниями и квалификацией для осуществления конкретной медицинской помощи.

4. Изучить правила (стандарты), регламентирующие врачебный процесс, при конкретном заболевании, каков алгоритм действий медицинского персонала в данном случае оказания медицинской помощи. Осуществлен ли этот алгоритм врачом в полном объеме, безопасными методами, использовался ли весь арсенал средств имеющихся в распоряжении лежащего врача и лечебного учреждения.

5. Каковы фактические действия были осуществлены в ходе оказания медицинской помощи, соответствовали ли эти действия установленным правилам (стандартам).

6. Установить своевременно ли пострадавший обратился за медицинской помощью, причины длительного не обращения в медицинское учреждение (это может быть связано с соци-

<sup>1</sup> Кошелева И.С. Значение категорий понятийного аппарата при расследовании преступлений, совершённых медицинскими работниками. URL: <http://www.iuaj.net/node>.

<sup>2</sup> Казанев С.А., Тузлукова М.В. Специфика причин совершения ятрогенных преступлений // Вестник Московского университета МВД России. 2014. № 12. С. 168.

<sup>3</sup> Тузлукова М.В. Использование специальных знаний при расследовании ятрогенных преступлений: дис. ... канд. юрид. наук. Казань, 2015. С. 123.

альным положением, удаленностью места работы и жительства от поликлиник и больниц, образом жизни, в том числе антиобщественным), какие перенесенные заболевания, травмы, операции ранее отмечались, наличие хронических заболеваний, был ли человек болен или здоров на момент выполнения медицинских вмешательств.

7. Выяснить, что явилось поводом для обращения за медицинской помощью, в том числе именно в это лечебное учреждение (например, в г. Н. Новгороде пациент «К» сделал операцию в частной клинике платно, в последующем был доставлен в машину скорой помощи в федеральное бюджетное лечебное учреждение с осложнениями, где скончался. В этом случае следственным органам пришлось установить, чьи неправомерные действия частной клиники или бюджетной повлекли смерть пациента).

8. Установить сколько специалистов были лечащими врачами, сколько привлекалось дополнительно для консультации сложных случаев, какова роль дополнительно приглашенных медицинских работников в постановке диагноза.

9. Выяснить имеются ли свидетели среди медицинского персонала, готовые к сотрудничеству со следствием.

10. Установить специалисты какого профиля будут необходимы для проведения судебно-медицинской экспертизы, есть ли эти специалисты в данном субъекте федерации.

11. Принять своевременные меры защиты свидетелей. Так, при расследовании уголовного дела следователем было принято решение о применении мер государственной защиты к свидетелю, присутствующему при операции, в результате которой пациентка скончалась. Своевременное принятие мер в последующем было оправдано, так на свидетеля было оказано психологическое воздействие в виде угроз физической расправы со стороны заинтересованных лиц.

С целью принятия решения о наличии состава преступления в действиях лечащего врача необходимо дать аргументированную оценку действиям медицинского персонала, принять во внимание, ряд объективных условий, которые могли повлиять на результаты лечения, например, таких как, научно-практические возможности российской медицины, своевременность обращения пострадавшего за помощью в лечебное учреждение, тяжесть заболевания и наличие возможности у современной медицины его излечить.

Чтобы избежать ошибки, установить истину произошедшего следователь должен обладать серьезными познаниями не только в области юриспруденции, но и в области медицины, владеть методикой расследования этой категории преступлений, обладать моральными и высоконравственными качествами, а также умением организовать и планировать расследование преступлений, совершенных медицинскими работниками.

**Е.Г. Быкова**

### **Ненадлежащее исполнение своих профессиональных обязанностей как обязательный признак объективной стороны ятрогенного преступления**

**Аннотация.** Статья посвящена характеристике ненадлежащего исполнения медицинским работником своих профессиональных обязанностей. Автор анализирует типичные ошибки медицинских работников и на основании примеров судебной практики иллюстрирует особенности их правовой оценки.

**Ключевые слова:** ятрогения, объективная сторона, ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей, врачебная ошибка, бездействие.

Расследование профессиональных преступлений, совершенных медицинскими работниками, является одним из основных направлений в деятельности Следственного комитета Российской Федерации. При этом возникает множество проблемных вопросов, связанных с юридической оценкой ненадлежащего исполнения профессиональных обязанностей указанными субъектами.

В процессе доследственной проверки и осуществления предварительного следствия по данной категории уголовных дел нужно учитывать, что ятрогения - это любые нежелательные или неблагоприятные последствия профилактических, диагностических и лечебных вмешательств либо процедур, которые приводят к нарушениям функций организма, ограничению привычной деятельности, инвалидизации или смерти; осложнения медицинских мероприятий, развившиеся в результате как ошибочных, так и правильных действий или бездействий врача<sup>1</sup>.

В связи с этим не во всех случаях причинения вреда здоровью или наступления смерти пациента может потребоваться уголовно-правовая оценка содеянного медицинским работником. Для принятия правильного процессуального решения следователь, в первую очередь, должен проанализировать фактические обстоятельства на предмет наличия ошибочных действий или бездействия последнего. С этой целью необходимо получить информацию у различных свидетелей. Круг медицинских работников, которых целесообразно допросить, довольно широк, его можно определить после изучения медицинской документации, а также после допроса специалиста и (или) после получения у него консультации или заключения судебно-медицинской экспертизы<sup>2</sup>.

Как правило, заявления о совершении ятрогенного преступления поступают в следственные органы в случаях отказа в оказании медицинской помощи или ненадлежащего ее оказания.

Если лицо, обязанное оказывать медицинскую помощь, бездействует без уважительных причин, то содеянное при наличии к тому оснований надлежит оценивать по соответствующей части ст. 124 или ст. 293 УК РФ<sup>3</sup>.

Следует иметь в виду, что несвоевременность оказания медицинской помощи не может являться основанием для квалификации по ст. 124 УК РФ, поскольку относится к профессиональным дефектам и определяет ненадлежащее оказание медицинской помощи<sup>4</sup>.

Выделяется четыре вида врачебных ошибок, которые могут быть допущены в результате ненадлежащего оказания медицинской помощи пациенту<sup>5</sup>. Одна или несколько взаимосвязанных ошибок образуют состав преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 118 либо ч. 2 ст. 109 УК РФ.

Во-первых, медицинские работники нарушают требование ст. 37 ФЗ от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»<sup>6</sup>, согласно которому медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии с порядками и стандартами ее оказания. Если наступление смерти или причинение вреда здоровью пациента состоит в причинно-следственной связи с нарушением этого требования, в содеянном усматривается состав ятрогенного преступления. Так, по приговору Буйского районного суда Костромской области от 17 февраля 2016 г., оставленному без изменения судом вышестоящей инстанции, Г. осужден по ч. 2 ст. 109 УК РФ. Он, являясь дежурным хирургом, осматривал поступившую в отделение с нарушениями функции желудочно-кишечного тракта малолетнюю девочку. Согласно требованиям приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 1007н от 17.11.2010 года «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи детям при хирургических заболеваниях», медико-санитарными стандартами, утвержденными приказом Департамента здравоохранения Костромской области № 525 от 30 декабря 2010 года «О введении медико-экономических стандартов по клинко-статистическим группам по профилю «Хирургия для детей» больных с имеющимися признаками кишечной непроходимости и ин-

<sup>1</sup> Письмо Министерства здравоохранения РФ от 5.11.2015. № 14-1/10/2-6632 // СПС «Гарант».

<sup>2</sup> Багмет А.М. Тактика допроса при расследовании преступлений, совершенных медицинскими работниками // Расследование преступлений: проблемы и пути их решения. 2017. № 1. С. 25.

<sup>3</sup> Рассмотреть более подробно данный вопрос квалификации не позволяют требования, предъявляемые к объему публикации.

<sup>4</sup> Петрова Т.Н. Особенности квалификации и расследования неоказания помощи больному // Расследование преступлений: проблемы и пути их решения. 2017. № 4. С. 74.

<sup>5</sup> Письмо Министерства здравоохранения РФ от 5.11.2015 № 14-1/10/2-6632 // СПС «Гарант».

<sup>6</sup> Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Российская газета. 2011. 23 ноября.

вагинации во всех случаях необходимо направлять на обзорную рентгенограмму брюшной полости. Дежурный хирург Г. был обязан и имел объективную возможность совершить указанные действия, однако не сделал этого<sup>1</sup>.

Особенностью квалификации в данной ситуации является то, что ненадлежащее выполнение лицом своих профессиональных обязанностей заключается в невыполнении отдельных предписаний, содержащихся в ведомственных нормативных актах. Поэтому в процессе правовой оценки такого вида нарушения следует получить экспертное заключение, в котором установлена причинно-следственная связь между невыполнением конкретных требований порядка или стандарта оказания медицинской помощи и наступившими общественно опасными последствиями.

Если медицинская помощь оказывается в рамках клинической апробации, то врачи должны руководствоваться клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи. Это документы, разрабатываемые с целью оптимизации медицинской помощи и поддержки принятия решений врачом, другим медицинским работником и пациентом в отношении медицинских вмешательств в определенных клинических ситуациях. Названные разработки определяют виды, объем и индикаторы качества медицинской помощи гражданам при конкретном заболевании, синдроме или клинической ситуации. Данные документы внедряются в медицинскую практику на уровне субъекта РФ и медицинской организации, для чего определяется перечень необходимых мероприятий по обеспечению возможности соблюдения требований протоколов, назначаются лица, ответственные за каждое мероприятие, устанавливаются сроки и критерии оценки достижения результатов, обучаются специалисты<sup>2</sup>. Поэтому вторым видом ненадлежащего исполнения профессиональных обязанностей выступает несоблюдение субъектом требований указанных научных разработок. В процессе правовой оценки данного вида нарушений правоприменителям следует установить факты осведомленности медицинского работника о наличии соответствующих рекомендаций и ознакомления с ними.

Третьим нарушением, которое может образовывать уголовно-наказуемое деяние, является техническая ошибка, допущенная медицинским работником. Особенность квалификации заключается в том, что медицинское вмешательство в большинстве случаев осуществляется в точном соответствии с порядками и стандартами оказания медицинской помощи. Так, по приговору Кумылженского районного суда Волгоградской области от 13 декабря 2013 г., оставленному без изменения судом апелляционной инстанции, Н. осужден по ч. 2 ст. 109 УК РФ. Он, являясь дежурным хирургом, после осмотра больного и установления диагноза ущемлённая паховая грыжа слева, провел последнему операцию «Грыжесечение. Пластика местными тканями», в ходе которой по неосторожности причинил ему сквозное повреждение передней стенки мочевого пузыря. По мочевому катетеру пошла моча со значительной примесью крови. Достоверно зная о данном симптоме, но не придав этому значения, Н. закончил операцию, не предприняв должных мер к устранению сквозного повреждения мочевого пузыря, что повлекло поступление мочи из мочевого пузыря в брюшную полость потерпевшего и развитие разлитого мочевого перитонита, в результате чего потерпевший скончался<sup>3</sup>.

Четвертым нарушением выступает лечебно-диагностическая ошибка. В данной ситуации изначально неверно определяются признаки заболевания, однако нередко в дальнейшем медицинское вмешательство проводится в полном соответствии с требованиями порядка и стандарта оказания медицинской помощи для ошибочно диагностированного вида заболевания. Например, приговором Буденновского городского суда Ставропольского края от 30 июня 2015 г., оставленным без изменения судом вышестоящей инстанции, П. осужден за совершение пре-

<sup>1</sup> Апелляционное постановление Костромского областного суда от 12.04.2016 № 22-319. URL: <https://bsr.sudrf.ru>.

<sup>2</sup> Приказ Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии Российской Федерации от 4.06.2014 № 503-ст «Об утверждении национального стандарта РФ ГОСТ Р 56034-2014 «Клинические рекомендации (протоколы лечения). Общие положения» // СПС «Гарант».

<sup>3</sup> Апелляционный приговор Волгоградского областного суда от 6.05.2014 № 22-1041/14. URL: <https://bsr.sudrf.ru>

ступления, предусмотренного ч. 2 ст. 109 УК РФ. Он, являясь врачом-рентгенологом, не распознал рентген-признаки «диафрагмальной грыжи», имевшиеся на снимках потерпевшего, а трактовал их как «пневмония» и «атония желудка», что послужило основанием к установлению неправильного диагноза и, соответственно, проведению ненадлежащего лечения в течение 6 суток. При этом квалификация врача-рентгенолога позволяла заподозрить основное заболевание и провести с лечащим врачом дифференциальную диагностику. Запоздалая диагностика врача-рентгенолога обусловила несвоевременное оперативное лечение, а между неблагоприятным исходом заболевания потерпевшего, в результате которого наступила его смерть, и ненадлежащим диагностированием имеется прямая причинно-следственная связь<sup>1</sup>.

В правоприменительной практике имеются случаи, в которых при рассмотрении сообщения о совершении ятрогенного преступления следователь не обращает внимания на несоответствие клинического и паталогоанатомического диагнозов. В итоге принимается необоснованное решение об отказе в возбуждении уголовного дела в связи с отсутствием состава преступления. Председатель Следственного комитета РФ А.И. Бастрыкин приводит множество подобных примеров. Так, по его указанию сотрудники центрального аппарата проверяли обоснованность отказа в возбуждении уголовного дела по факту смерти Б. (г. Ульяновск). Потерпевшего лечили от острого коронарного синдрома, а он скончался в результате тотального геморрагического панкреонекроза. Эксперты указывали, что лечение полностью соответствовало выставленному диагнозу. На основании этого было вынесено постановление об отказе в возбуждении уголовного дела<sup>2</sup>.

Представляется, что в данном случае следует рассматривать версию о лечебно-диагностической ошибке. В связи с этим нужно тщательно исследовать вопрос об обстоятельствах, в связи с которыми не были выявлены признаки заболевания, имевшегося наряду с клинически диагностированным, а также о наличии возможности предотвращения наступления смерти в случае своевременного оказания медицинской помощи в рамках данного заболевания.

В заключении хотелось бы отметить, что для правильной юридической оценки некачественного оказания медицинской помощи следователям необходимо установить точную причину наступления общественно опасных последствий в виде смерти или причинения вреда здоровью. После этого нужно исследовать вопрос о том, оказывалась ли медицинская помощь потерпевшему. Если больной обращался за помощью, но ему было отказано, то надлежит соответствующим образом оценить преступное бездействие. Если помощь оказывалась, то нужно определить конкретную ошибку, допущенную медицинским работником в процессе выполнения своих профессиональных обязанностей. Именно последнее обстоятельство представляет собой общественно опасное деяние в виде ненадлежащего оказания медицинской помощи и может потребовать уголовно-правовой оценки.

#### *Литература*

1. *Багмет А.М.* Тактика допроса при расследовании преступлений, совершенных медицинскими работниками // Расследование преступлений: проблемы и пути их решения. 2017. № 1. С. 25–30.
2. *Бастрыкин А.И.* Противодействие преступлениям, совершаемым медицинскими работниками: проблемы и пути их решения // Вестник Академии Следственного комитета Российской Федерации. 2017. № 1. С. 11–14.
3. *Петрова Т.Н.* Особенности квалификации и расследования неоказания помощи больному // Расследование преступлений: проблемы и пути их решения. 2017. № 4. С. 69–74.

---

<sup>1</sup> Апелляционное постановление Ставропольского краевого суда от 10.09.2015 № 22-4406/2015. URL: <https://bsr.sudrf.ru>.

<sup>2</sup> *Бастрыкин А.И.* Противодействие преступлениям, совершаемым медицинскими работниками: проблемы и пути их решения // Вестник Академии Следственного комитета Российской Федерации. 2017. № 1. С. 12.

### Проблемы расследования уголовных дел о ненадлежащем оказании медицинской помощи детям

**Аннотация.** В статье приводятся проблемные моменты, связанные с квалификацией ятрогенных преступлений, а также сложности, возникающие у следователей при назначении и проведении медицинских судебных экспертиз.

**Ключевые слова:** ятрогенные преступления, врачебные ошибки, медицинские судебные экспертизы.

Термин «ятрогения» был введен в медицинский оборот в 1925 году немецким психиатром О. Бумке и первоначально означал причинение вреда пациенту неосторожным, непродуманным, бестактным словом врача.

Со временем под термином «ятрогения» стали понимать нежелательные последствия, возникшие при оказании медицинской помощи любого профиля, обусловленные небрежным, легкомысленным исполнением медицинскими работниками своих профессиональных обязанностей<sup>1</sup>.

Такие негативные аспекты медицинского вмешательства в одних случаях могут быть неизбежными, а, соответственно, исключающими юридическую ответственность, а в других образуют состав уголовно наказуемого деяния.

На современном этапе развития общества невозможно продвинуться в решении проблемы установления четких оснований наступления ответственности и определения предмета доказывания по профессиональным преступлениям, совершенным медицинскими работниками при осуществлении ими профессиональных (должностных) обязанностей, без совместного рассмотрения, установления, признания врачами и юристами, а также законодательного закрепления понятий и их определений, раскрывающих правомерную и неправомерную, в том числе и преступную, деятельность медицинских работников в ходе осуществлении ими своих профессиональных (должностных) обязанностей.

Одной из основных причин, вызывающих сложность установления объективной истины по профессиональным преступлениям, совершенным медицинскими работниками, является отсутствие законодательно закрепленного понятия преступления, совершенного медицинскими работниками при осуществлении своей профессиональной деятельности.

Наиболее часто уголовные дела указанной категории квалифицируются по ст. 109, 118, 124, 125, 238 и 293 УК РФ, которые относятся к категории преступлений небольшой и средней тяжести. Давность привлечения к уголовной ответственности по ним не превышает 6 лет, что при условии несвоевременности возбуждения уголовных дел и длительности их расследования лишает возможности привлечь виновных лиц к уголовной ответственности. Случаям гибели детей в результате врачебных ошибок, как правило, дается правовая оценка по ст. 109 и 293 УК РФ. Это деяния с неосторожной формой вины, проявляющейся в виде преступных легкомыслия или небрежности. Необходимым условием для наступления уголовной ответственности является ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей, под которым понимается поведение лица, полностью или частично не соответствующее официальным требованиям или предписаниям, в результате чего наступает смерть потерпевшего. В то же время стандарты оказания медицинской помощи, как правило, носят рекомендательный характер, и не содержат императивных норм, обязывающих к их обязательному исполнению.

Также необходимо отметить, что субъектом уголовной ответственности по ст. 293 УК РФ является только должностное лицо, наделенное организационно-распорядительными и административно-хозяйственными функциями, каковым врач, например, хирург, не является.

<sup>1</sup> Пристансков В.Д. Ятрогенные преступления как разновидность посягательства на жизнь и здоровье человека // Экстремизм и другие криминальные явления. М., 2008. С. 92.

Оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности жизни или здоровья потребителей (ст. 238 УК РФ), представляет собой умышленное деяние. В то же время по неосторожности оно может повлечь причинение тяжкого вреда здоровью либо смерть человека.

Некоторые правоприменители считают некорректной и ошибочной квалификацию действий медицинских работников по ст. 238 УК РФ, поскольку, по их мнению, оказание медицинских услуг осуществляется в специализированных учреждениях, оснащенных соответствующим оборудованием, лицами, имеющими надлежащее образование и квалификацию.

Это утверждение представляется необоснованным. Уголовная ответственность за указанное преступление возможна при условии доказанности не только самого оказания медицинских услуг, но и опасности этих действий для жизни или здоровья пациента, а также осознания лицом, оказавшим эти услуги, характера своих действий и их несоответствия требованиям безопасности<sup>1</sup>.

Например, в следственном управлении Следственного комитета Российской Федерации по Магаданской области в ходе расследования уголовного дела, возбужденного по факту смерти несовершеннолетнего Х. при оказании ему медицинских услуг в обществе с ограниченной ответственностью (далее – ООО) «С», установлено, что причиной смерти ребенка явилось ненадлежащее исполнение своих обязанностей врачом-анестезиологом К. В связи с этим его действия квалифицированы по ч. 2 ст. 109 УК РФ, и уголовное дело направлено в суд, которым постановлен обвинительный приговор. Одновременно в отдельное производство выделены материалы по фактам оказания ООО «С» медицинских услуг, не отвечающих требованиям безопасности жизни и здоровья потребителей, в том числе детям в возрасте до 6 лет. По данному факту возбуждено уголовное дело по п. «б» ч. 2 ст. 238 УК РФ. Руководителю ООО «С» Б. предъявлено обвинение в совершении преступления, а уголовное дело направлено в суд.

Существенную сложность в квалификации представляют случаи гибели плода в организме матери в процессе принятия родов (например, при интранатальной гипоксии). Поскольку ребенок не родился, действиям (бездействию) врачей, выбравших неверную тактику ведения родов, невозможно дать оценку по ст. 109 УК РФ. Данный случай также не расценивается как прерывание беременности, причиняющее тяжкий вред здоровью матери, поэтому не подлежит оценке по ст. 118 УК РФ<sup>2</sup>.

Доказать же умысел акушера-гинеколога, допустившего дефекты оказания медицинской помощи, и дать правовую оценку его действиям по ст. 238 УК РФ, практически невозможно.

Представляется, что уголовную ответственность за совершение указанных деяний целесообразно предусмотреть в виде отдельной статьи в главе 16 «Преступления против жизни и здоровья» Особенной части Уголовного кодекса Российской Федерации, дополнив в понимании объекта преступления посягательство на человеческого зародыша в период его внутриутробного развития.

Отдельного внимания заслуживают проблемы, возникающие при назначении и проведении медицинских судебных экспертиз (далее – СМЭ).

Как известно, все первоначальные экспертизы, на разрешение которых ставятся вопросы об определении качества медицинской помощи, назначаются в экспертные учреждения того субъекта, где пострадавшему была оказана медицинская помощь, что ввиду «корпоративной этики» медицинских работников ставит под сомнение беспристрастность и объективность полученных результатов. Однако назначение таких экспертиз в пределах своего региона не является ошибкой следователя, а обусловлено отсутствием возможности для их проведения в

<sup>1</sup> Определение Конституционного Суда Российской Федерации от 15.11.2007 № 805-О-О «Об отказе в принятии к рассмотрению жалобы гражданки Кислицыной Натальи Константиновны на нарушение её конституционных прав статьей 238 Уголовного кодекса Российской Федерации».

<sup>2</sup> Петрова Т.Н. Некоторые проблемные вопросы расследования уголовных дел о ятрогенных преступлениях в сфере родовспоможения // Проблемы выявления и расследования преступлений в сфере оказания медицинских услуг: мат-лы Всерос. науч.-практич. круглого стола (Санкт-Петербург, 15.04.2016). С. 90–94; Петрова Т.Н. Особенности расследования преступлений, связанных с некачественным оказанием медицинской помощи при родовспоможении: учебно-методическое пособие. М.: Академии СК РФ, 2015.

других субъектах Российской Федерации в силу различных причин (платный характер; значительная загруженность и очередность в Бюро, а также предпочтительность проведения экспертиз «своего» региона и т.п.). В то же время экспертные учреждения, осуществляющие свою деятельность в пределах федерального округа или нескольких субъектов Российской Федерации, отказывают в проведении комиссионных медицинских судебных экспертиз при отсутствии заключения первичной СМЭ. Таким образом, получив заключение первичной экспертизы, не выявившей дефектов оказания медицинской помощи и проведенной в своем регионе, с которой потерпевшая сторона зачастую не соглашается, следователь вынужден назначать повторные экспертизы, что приводит к нарушению разумных сроков расследования. Например, очередь на проведение экспертиз в Российском центре судебно-медицинской экспертизы при Минюсте РФ составляет более полутора, а иногда и 2 лет<sup>1</sup>.

Указанная проблема требует законодательного урегулирования на федеральном уровне в целях обеспечения безвозмездного проведения комиссионных судебных экспертиз в разумные сроки любым экспертным учреждением Российской Федерации, имеющим соответствующую специализацию.

Кроме того, у следствия имеется ряд существенных претензий к содержанию заключений медицинских судебных экспертиз. Часто эксперты, констатируя дефекты оказания медицинской помощи, не отвечают на вопрос следователя о том, какие стандарты (правила) или положения должностных инструкций нарушены медицинскими работниками. Как правило, на данный вопрос дается ответ о том, что его рассмотрение не входит в компетенцию эксперта. Подобное представляется неверным, так как имеющие специальное образование и подготовку государственные судебно-медицинские эксперты в силу специфики своей профессии обладают необходимыми правовыми познаниями. Так, эксперты-психиатры, отвечая на вопросы о наличии у подэкспертного психического заболевания, высказываются по сугубо правовым вопросам, обозначенным в Общей части Уголовного кодекса Российской Федерации – наличии или отсутствии оснований для применения принудительных мер медицинского характера, их виде, продлении, изменении и прекращении. Аналогия очевидна.

Определенную сложность также вызывают ситуации, связанные с формулировками экспертов о том, что между дефектами оказания медицинской помощи и наступившими последствиями в виде смерти пациента имеется причинно-следственная связь, которая не носит прямого характера, смерть больного обусловлена тяжестью заболевания (Санкт-Петербургское государственное учреждение здравоохранения «Бюро СМЭ»). Это нонсенс! В определении судебной коллегии по уголовным делам Верховного Суда Российской Федерации № 303-КГ14-7912 разъясняется, что причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей не влечет уголовной ответственности, если между действиями (бездействием) лица и наступившими последствиями отсутствует причинно-следственная связь. Таким образом, получается, что такая связь наступает как в результате дефектов оказания медицинской помощи, так и в результате тяжести заболевания. При этом, с одной стороны, эксперты констатируют наличие врачебной ошибки, которая повлияла на наступление неблагоприятного исхода в виде смерти. С другой стороны, утверждают, что тяжесть заболевания при любом исходе привела бы к таким последствиям. В связи с этим возникают вопросы, во-первых, почему врач, допустивший ошибку, не несет уголовной ответственности за свои действия (бездействия); во-вторых, зачем больному оказывается медицинская помощь, если он все равно умрет; в-третьих, утверждение о неизбежности смерти больного из-за тяжести заболевания, на мой взгляд, является предположением экспертов, которое выходит за рамки методики исследования.

Так, в определении Верховного Суда РФ от 26.05.2011 № 81-О11-49 указано, что в заключении эксперта должны быть приведены научно обоснованные методики исследования, которые при необходимости могут быть проверены и не должны вызывать никаких сомнений у

---

<sup>1</sup> Петрова Т.Н. Судебно-медицинская экспертиза по делам о ятрогенных преступлениях: актуальные проблемы следствия и пути их решения // Расследование преступлений: проблемы и пути их решения. 2016. № 2. С. 151–155.



суда при разрешении уголовного дела. Как можно проверить утверждение эксперта о неизбежности смерти больного? Полагаю, что никак.

С учётом изложенного необходимо дополнительно проработать вопрос ответственности медицинских работников, допускающих врачебные ошибки, а также разработать новый ведомственный нормативный документ, регламентирующий требования к оформлению заключений судебных экспертиз.

Отдельного внимания заслуживает организация деятельности комиссий по изучению летальных исходов и лечебно-контрольных комиссий, осуществляющих оперативный контроль за состоянием лечебно-диагностического процесса, организацией медицинской помощи населению во всех лечебно-профилактических учреждениях (далее – ЛПУ). Данные органы действуют на основании положений, утвержденных главными врачами ЛПУ и фактически подконтрольны им. Вместе с тем на федеральном уровне какой-либо нормативный документ, регламентирующий работу комиссий и контроль за их деятельностью, отсутствует. В связи с этим главные врачи ЛПУ обладают административной возможностью скрывать случаи причинения вреда здоровью или смерти больных вследствие врачебных ошибок, снижая тем самым репутационные риски для возглавляемых ими учреждений. Указанное затрудняет осуществление контрольных и надзорных функций за ЛПУ со стороны Росздравнадзора.

Данная проблема также нуждается в детальной проработке и законодательном урегулировании.

**С.А. Вазюлин**  
**А.Н. Старжинская**

### **Проблемы правоприменения при расследовании преступлений, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи на объектах транспорта и транспортной инфраструктуры**

**Аннотация.** Рассмотрены проблемы специфики оказания медицинской помощи на объектах транспортной инфраструктуры. Акцентируется внимание на необходимость регулирования объема и предела действий медицинских работников, приведение к единому стандарту, разработки единой формы ведения медицинских документов, а также протоколирования всех манипуляций, выполненных медицинским работником, и их сохранность.

**Ключевые слова:** расследование преступлений, оказание медицинской помощи, транспортная инфраструктура, охрана здоровья, медицинская документация.

Охрана здоровья граждан является одним из приоритетных направлений государственной политики.

Развитие современной медицины, инфраструктуры и ресурсного обеспечения системы здравоохранения расширяет возможности по сокращению сроков начала оказания медицинской помощи, ее качеству и объему. Однако, проведение медицинских манипуляций зачастую сопряжено с риском для жизни и здоровья пациента. Расследование смертельных исходов в результате некачественного лечебного процесса, хоть и нечасто, но встречается и в деятельности специализированных следственных органов.

В первую очередь – в системе отраслевого железнодорожного здравоохранения, самостоятельное существование которой, как части общегосударственной системы, декларировалось еще с первых дней образования Советского государства.

В настоящее время организационная структура железнодорожных медицинских учреждений состоит из Центральной дирекции здравоохранения (орган управления) и 15 дирекций здравоохранения, в состав которых входят 173 лечебных учреждения.

Основная функция отраслевой системы здравоохранения заключается в медицинском обеспечении безопасности движения поездов, а также профессионального долголетия работников

железнодорожного транспорта и оказании медицинской помощи железнодорожникам и членам их семей. В систему здравоохранения России она не входит, однако, конечно же, оказание медицинской помощи в железнодорожных лечебных учреждениях регламентировано теми же нормативными актами, что и в территориальных.

Необходимо отметить, что спецификой оказания медицинской помощи на объектах транспортной инфраструктуры является то, что она оказывается экстренно. Такие случаи имеют место на бортах воздушных судов, в аэропортах и на железнодорожных вокзалах, где доступ к полному комплексу диагностического оборудования, подчас необходимому для оказания качественной и своевременной медицинской помощи, ограничен. *В связи с этим полагаем, что каждый из этапов оказания медицинской помощи в таких условиях должен быть отрегулирован, ее объемы и пределы действий медицинских работников необходимо привести к единому стандарту.*

Расследование уголовных дел о преступлениях, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи – одно из самых тяжелых направлений следственной работы.

В ходе расследования перед следователем стоит задача ответить на ряд поставленных предметом доказывания вопросов:

- правильно ли и своевременно ли поставлен диагноз;
- правильно, своевременно и в полном ли объеме назначено лечение;
- имелись ли у медицинского работника необходимые условия для оказания медицинской помощи в полном объеме;
- причина наступления нежелательных последствий оказания медицинской помощи;
- причинно-следственная связь между действиями медицинского работника и наступившими последствиями.

Очевидно, ответить на указанные вопросы, дать объективную, основанную на единой методологии, оценку, возможно только в рамках независимой экспертизы.

Однако, на практике следственные органы Московского межрегионального следственного управления на транспорте СК России столкнулись с проблемой, когда судебная медицинская экспертиза не смогла ответить на вопросы о наличии причинно-следственной связи между действиями медицинских работников и смертью пациента.

Так, в следственном управлении расследовано уголовное дело по факту смерти в реанимационном отделении НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Воронеж-1» гражданки А.

Как установлено в ходе расследования до госпитализации в вышеуказанное медицинское учреждение А. проходила лечение в одном из лечебных учреждений г. Воронежа, где ей ошибочно был поставлен диагноз о наличии онкологического заболевания (без проведения необходимых консультаций и исследований).

После госпитализации в ведомственное медицинское учреждение ОАО «РЖД» и проведения оперативного вмешательства пациентка скончалась в реанимационном отделении. Родственники А. отказались от вскрытия, вследствие чего точная причина ее смерти установлена не была. В последующем в ходе проведения судебных медицинских экспертиз на исследование экспертам представлялись медицинская документация из двух лечебных учреждений, а также операционный материал.

В результате проведенного судебно-медицинского исследования комиссией врачей - специалистов отдела повторных, сложных экспертиз Российского центра судебно-медицинской экспертизы Минздравсоцразвития России было установлено, что медицинскими работниками не в полном объеме были проведены диагностические мероприятия, направленные на установление характера имевшихся у погибшей основного заболевания. Диагноз был поставлен не верно, что стало причиной отсутствия целенаправленного лечения основного заболевания. Кроме того, в период нахождения А. в реанимационном отделении ведомственной больницы отсутствовал должный контроль за ее состоянием и выполнением назначений.

Вместе с тем, отсутствие подробных патологоанатомических данных не позволило точно определить начало, развитие и последующее течение основного заболевания и дополнительных осложнений.

Проведенным комплексом следственных действий достоверно установить, что летальный исход А. был обусловлен дефектами при оказании медицинской помощи, не представилось возможным, в связи с чем, уголовное дело было прекращено.

В ходе расследования указанного случая смерти пациента в медицинском учреждении следственные органы столкнулись с фактом некачественного, с массой технических ошибок, ведения медицинской документации, что значительно усложнило как работу следователя, так и экспертов. Произвольное заполнение медицинским работником медицинских документов, а также внесение в них изменений и различного рода дописок, дает возможность последним выстраивать свои версии возникновения последствий в результате оказания ими некачественной медицинской помощи, основанные на ими же умышленно созданными пробелами документирования.

Полагаем, что в системе здравоохранения должна быть обеспечена единая форма ведения медицинских документов, а также протоколирования всех манипуляций, выполненных медицинским работником, и их сохранность.

Медицина, являясь областью глубоких специальных познаний, граничащая с научными знаниями специалистов, требует адекватной оценки, особенно в рамках процессуальных расследований.

Полагаем, что с учетом уже расследованных уголовных дел, существующей негативной практики назначения длительных повторных и дополнительных судебно-медицинских экспертиз, связанных с неполнотой ведомственных расследований по обращениям граждан на неадекватное оказание медицинских услуг и лечение, остро стоит вопрос о принятии комплексных мер по повышению его эффективности и полноты.

**Н.Б. Вахмянина**

### **Поиск документов в ходе расследования ятрогенных преступлений**

**Аннотация.** В статье предложена классификация некоторых видов документов, в которых могли отразиться следы профессиональных преступлений в сфере оказания медицинских услуг, их значение и особенности поиска в ходе расследования, рассматриваемого вида преступлений.

**Ключевые слова:** ятрогенные преступления, медицинская документация, расследование.

Несмотря на то, что жизнь человека высшая ценность общества, а всю её полноту обуславливает здоровье, словосочетание ятрогенные преступления, к сожалению, прочно вошло в наш лексикон. Число граждан, обратившихся в Следственный комитет Российской Федерации (далее СК России) и сообщивших о смерти или увечье своих близких в результате врачебных ошибок и ненадлежащем оказании медицинской помощи, с каждым годом увеличивается. Сравнивая два равнозначных периода, А.И. Баstryкин в ходе своего доклада на коллегии СК России, посвященной проблемам уголовного преследования за преступления в сфере оказания медицинских услуг, отметил, что «за 6 месяцев 2016 г. число таких деяний по сравнению с аналогичным периодом прошлого года возросло на 21 %»<sup>1</sup>. В то же время анализ практики расследования данного вида преступлений свидетельствует о наличии проблем, возникающих в процессе досудебного производства.

Представляется, что сложности расследования отчасти связаны с ограниченными знаниями о видах медицинской документации, её содержании и местах возможного обнаружения. В научно-методической литературе зачастую лишь поверхностно рассматривается этот вопрос, без конкретизации видов документов и их углубленного анализа.

---

<sup>1</sup> Решение коллегии СК России от 28.09.2016 «О проблемах уголовного преследования за преступления в сфере оказания медицинских услуг (ятрогенные преступления)».

Всем известно, что механизм слеодообразования в ятрогенных преступлениях в значительной степени связан с отражением информации об этапах диагностики и лечения в медицинской документации. Однако, об объеме и взаимозависимости сведений в разных видах документов редко задумываются. Например, в ситуации, когда пострадавшему причинен вред в условиях стационара, основной акцент в ходе расследования делается на медицинскую карту стационарного больного. Вместе с тем нередко до момента её изъятия врач, допустивший дефект в лечении, вносит изменения в условия обстановки преступления - переписывает или вносит исправления в историю болезни, убеждает других сотрудников стационара, наблюдавших развитие болезни, изложить обстоятельства оказания медицинских услуг в искаженном виде, выгораживая его. В случае смерти нередки случаи утаивания врачом – патологоанатомом части наблюдаемых признаков действительного развития заболевания, которые лечащий врач игнорировал, и внесения ложных сведений, в том числе о причине смерти пациента в протокол патолого-анатомического исследования с целью защиты своего коллеги по просьбе последнего.

Таким образом, при установлении способов сокрытия события и следов преступления необходимо учитывать, что данные действия могут быть совершены как единолично медицинским работником, совершившим преступление, так и с привлечением более широкого круга лиц – руководителя учреждения, медицинских работников, принимавших участие в оказании медицинской помощи, патологоанатома<sup>1</sup>. Профессиональная корпоративность медицинских работников, несомненно, является серьезным препятствием на пути следователя в процессе расследования и установления реального развития событий, однако не должна быть основанием для прекращения поиска доказательств.

В таких ситуациях для дальнейшей проверки версии о наступлении негативных последствий для больного в результате ошибки лечащего врача необходимо помимо получения показаний и исследования содержания изъятной медицинской карты стационарного больного осуществить поиск иных следов. Иначе следователь окажется в патовой ситуации, когда даже эксперты комиссионной медицинской экспертизы не смогут дать объективного заключения, поскольку им предоставлены были ложные сведения. Проверить же версию о подложности сведений, содержащихся в основной медицинской документации, следователь не сможет, поскольку в полной мере не обладает знаниями о механизме слеодообразования, специфике сокрытия таких видов преступлений и свойствах личности, а следовательно, не осуществит поиск всех возможных видов доказательств.

Вместе с тем следы ятрогенных преступлений могут содержаться не только в первичной, но и в сопутствующей медицинской документации, которую возможно подразделить на три группы. К первой относятся учетные и отчетные документы. Их перечень и формы регламентированы приказами Министерства здравоохранения. При этом следует учитывать, что согласно письму Минздрава РФ от 28 апреля 2003 г. № 2510/4460-03-32 статистический учет и отчетность в области охраны здоровья граждан являются единой федеральной системой и соответственно распространяются на негосударственные медицинские учреждения (организации)<sup>2</sup>.

Например, применительно к рассматриваемой нами ситуации, информация, которая была фальсифицирована при составлении медицинской карты стационарного больного, вероятно, полностью или частично в неизменном виде сохранилась в таких документах, как: журнал регистрации приема пациентов; книга выдачи листов нетрудоспособности; лист врачебных назначений и температурный лист; карта физиотерапевтического пациента; карта пациента,

<sup>1</sup> Иванова Я.И. Методика расследования ятрогенных преступлений, совершенных в сфере родовспоможения: дис. ... канд. юр. наук. М., 2017. С.46.

<sup>2</sup> Например: Приказ Минздрава РФ от 30.12.2002 № 413 «Об утверждении учетной и отчетной медицинской документации»; Приказ Минздрава РФ от 13.11.2003 № 548 «Об утверждении инструкций по заполнению отчетной формы по дневным стационарам»; Приказ Минздрава РФ от 13.11.2003 № 545 «Об утверждении инструкций по заполнению учетной медицинской документации».

проходящего лечение в кабинете физкультуры; процедурный журнал; журнал для ведения записей оперативных вмешательств; журнал для регистрации переливания трансфузионных сред и регистрационный лист; извещение больного о возможных неблагоприятных действиях препарата; лист основных показателей состояния больного, находящегося в отделении (палате) реанимации и интенсивной терапии; листок учета койко-мест и перемещения пациентов в стационаре.

Следует отметить, что перечень учетной и отчетной документации варьируется в зависимости от вида медицинского учреждения и непосредственно оказываемых услуг (хирургические, стоматологические, терапевтические, профилактические и т.д.).

Ко второй группе сопутствующей медицинской документации, можно отнести лечебные предписания и направления на обследования, которые зачастую остаются в тех отделениях больницы или в иных медицинских учреждениях, где они проводились.

В третьей группе документов представляется возможным объединить результаты проведенных медицинских обследований (результаты анализов, магнитно-резонансной томографии и т.п.) и исследований (например, патолого-гистологического). Содержащиеся в них сведения позволяют выявить подлог в первичной медицинской документации. Экземпляры этого вида документов или их копии могут храниться как в медицинских учреждениях, где они проводились, так и у пациента или его родственников дома.

Количество создаваемых документов первой и особенно второй, третьей группы зависит в том числе от способа совершения преступления и свойств личности преступника. Специфика способов преступлений, совершаемых медицинскими работниками, определяется особенностями, характеризующими лиц, в отношении которых осуществлялось медицинское вмешательство, а также условиями, правилами и стандартами оказания медицинской помощи<sup>1</sup>.

Характерными для лиц, совершающих преступные ятрогении, можно отметить потребности в признании профессионального мастерства, в сохранении и повышении профессионального имиджа, в лидерстве, в доминировании в определенной сфере специальной профессиональной деятельности, а также связанные с корыстными побуждениями. Кроме того, у них отмечается стремление к самоутверждению любым способом, к превосходству как над коллегами, так и над пациентами, завышенная самооценка своего профессионального потенциала, пренебрежение к интересам пациентов<sup>2</sup>, правилам (стандартам) оказания медицинской помощи, а нередко и порядку ведения соответствующей документации.

Перечисленные свойства личности субъектов рассматриваемого вида преступления приводят к тому, что лишь часть из вышеуказанных групп документов охватывается их вниманием при внесении в них изменений. Некоторым из документов они и вовсе не придают значение как доказательствам, о других забывают. Это позволяет следователю, несмотря на серьезное противодействие со стороны медицинского персонала, обнаружить следы, подтверждающие его версию о совершении преступления в сфере оказания медицинских услуг.

Объем статьи не позволяет рассмотреть классификацию, значение и особенности поиска всех документов, в которых могут быть отражены следы ятрогенных преступлений. Проведенные учеными криминалистами и исследования, несомненно, сыграли значительную роль в изучении данной проблемы. Однако их работы зачастую посвящены отдельным видам оказания медицинской помощи. Вместе с тем для целей расследования в настоящее время назрела необходимость в комплексном подходе при разработке классификации всех видов документов, регламентирующих деятельность медицинских работников. Решение такой задачи требует дополнительного исследования.

---

<sup>1</sup> Иванова Я.И. Указ. соч. С. 35.

<sup>2</sup> Пристансков В.Д. Понятие и подходы к исследованию: монография. СПб, 2005. С. 83.

## Проблемы правоприменения ст. 122 УК РФ

**Аннотация.** В статье на основе анализа действующего законодательства, информационно-аналитических материалов, размещенных в сети Интернет и справочной правовой системе Консультант-Плюс: Версия Проф, различных литературных источников, относящихся к исследуемой проблеме, а также материалов следственно-судебной практики проанализированы проблемы правоприменения положений ст. 122 УК РФ.

**Ключевые слова:** ВИЧ-инфекция, СПИД, ст. 122 УК РФ, здоровье, поставление в опасность заражения, заражение, медицинские работники, профессиональные преступления.

Преступления, входящие в сферу профессиональной деятельности, к которым относятся и преступления, совершенные медицинскими работниками, обладают высокой степенью латентности. Поставление в опасность заражения и заражение ВИЧ-инфекцией при оказании медицинской помощи не является исключением. Учитывая, что здоровье, как неотъемлемое и неотчуждаемое благо, принадлежит человеку от рождения, охраняется государством<sup>1</sup>, болезнь, вызванную вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) – относят к заболеванию, которое представляет опасность для окружающих<sup>2</sup>, а по степени общественной опасности, преступления, предусмотренные ст. 122 УК РФ, относятся к категории небольшой и средней тяжести.

Поскольку, хроническое заболевание, вызываемое вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция), приобретает массовое распространение во всем мире, вызывает тяжелые социально-экономические и демографические последствия, создает угрозу личной, общественной, государственной безопасности, а также угрозу существованию человечества, в Российской Федерации разработаны механизмы медицинского и правового предупреждения распространения ВИЧ-инфекции<sup>3</sup>.

Наряду с этим, следует признать, что в современных условиях некоторые положения Федерального закона от 30.03.1995 г. № 38-ФЗ (ред. от 23.05.2016, с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2017 г.) «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека», нормы Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях и Уголовного кодекса Российской Федерации, устанавливающие, соответственно, административную и уголовную ответственность за посягательства на правоотношения, возникающие в сфере профилактики и борьбы с распространением ВИЧ-инфекции, вне всякого сомнения, нуждаются в изменении и дополнении.

Рост числа ВИЧ-инфицированных в Российской Федерации, на правительственном уровне активизировал работу в направлении противодействия распространению ВИЧ-инфекции (Протокол заседания Правительственной комиссии по вопросам охраны здоровья граждан от 23 октября 2015 г. № 4). Результат – Государственная стратегия противодействия распространению ВИЧ-инфекции в Российской Федерации на период до 2020 года и дальнейшую перспективу, утвержденная распоряжением Правительства Российской Федерации от 20 октября 2016 г. № 2203-р, а в соответствии с Планом мероприятий по реализации Государственной стратегии противодействия распространению ВИЧ-инфекции в Российской Федерации на период до 2020 года и дальнейшую перспективу, утвержденным распоряжением Правительства Российской Федерации от 20 апреля 2017 г. № 754-р МВД России предписано актуализировать

<sup>1</sup> Конституция Российской Федерации // СЗ РФ. 2014. № 31. Ст. 4398.

<sup>2</sup> Постановление Правительства РФ от 1.12.2004 № 715 (ред. от 13.07.2012) «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих» // СЗ РФ. 2004. № 49. Ст. 4916.

<sup>3</sup> Федеральный закон от 30.03.1995 № 38-ФЗ (в ред. от 30.12.2015) «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» // СЗ РФ. 1995. № 14. Ст. 1212.

нормативные правовые акты, регламентирующие вопросы предупреждения распространения ВИЧ-инфекции.

Опираясь на данные анализа правоприменительной практики рассматриваемых преступлений в целом (за период с 2003 года), имеющиеся точки зрения из различных литературных источников, посвященных проблемам противодействия распространению ВИЧ-инфекции, результаты проведенных опросов следователей и преподавателей, можно с уверенностью утверждать, что отсутствующая официальная статистика и «невостребованность» ч. 4 ст. 122 УК РФ на практике, доказывает наличие, по крайней мере, двух блоков нерешенных проблем.

К первому блоку можно отнести проблемы доказывания в части установления причинно-следственной связи между действиями виновных лиц и наступившими преступными последствиями.

Так, например, следует учитывать продолжительный «инкубационный» период лентивирусов, когда вирус иммунодефицита человека у инфицированного не обнаруживается. По некоторым, установленным медициной фактам, такой период может достигать 10 лет, а точную дату заражения, можно определить только через многие месяцы или годы<sup>1</sup>.

Ко второму блоку относятся проблемы конструкций рассматриваемой нормы в целом и по частям, не позволяющие на практике однозначно и правильно квалифицировать содеянное<sup>2</sup>.

По конструкции объективной стороны состава преступления, ч. 1 ст. 122 УК РФ относится к усеченному, который, как в теории уголовного права, так и среди сторонников признания «усеченных» составов, считается составом «способствующим активизации борьбы с наиболее опасными преступлениями» (например, труды М.Д. Шаргородского и Н.Д. Дурманова)<sup>3</sup>. То есть, медицинскому работнику, например, достаточно нарушить определенный порядок забора биологических сред и жидкостей для тестирования (порядок обращения с биологическими средами ВИЧ-инфицированного, биологическими жидкостями и органами для трансплантации), тем самым создать опасность для заражения ВИЧ-инфекцией. Наступление последствий в виде заражения, в таком случае не требуется.

Однако не существует нормативно закрепленных ошибок, которые может совершить медицинский работник, и которые можно признать действиями, ставящими в опасность заражения ВИЧ-инфекцией. Думается, что подобное предопределяет практическую невозможность привлечения к уголовной ответственности по ч. 1 ст. 122 УК РФ медицинских работников.

Затруднительно на практике квалифицировать действия ВИЧ-инфицированного, учитывая, что признак «заведомости» определяет совершение преступления по ч. 1 ст. 122 УК РФ только с прямым умыслом, а умысел, в описанной ниже ситуации отсутствует.

ВИЧ-инфицированный сообщает об имеющемся у него заболевании, после чего вступает в половой контакт, используя контрацептив барьерного типа, исключающий возможность ВИЧ-инфицирования партнера (передачи вируса иммунодефицита человека). Иными словами он, в соответствии с выданным ему предписанием (в специализированном медицинском учреждении в сфере профилактики и борьбы со СПИДом, в котором он состоит на учете), выполняет все необходимые и требуемые от него действия, направленные на нераспространение ВИЧ-инфекции. Однако потерпевшая обращается в правоохранительные органы с соответствующим заявлением о привлечении виновного к уголовной ответственности.

И становится вовсе непонятно, как правильно квалифицировать совершенное медицинским работником заражение лица ВИЧ-инфекцией, в свете разъяснений п. 12 Постановления Пле-

<sup>1</sup> Применение теста 4 поколения на ВИЧ: ULR: <http://krovvetvorenie.ru>.

<sup>2</sup> На этот счет, имеются и противоположные мнения. См., например: Яковлева Л.В. Уголовно-правовые и криминологические меры противодействия распространению ВИЧ-инфекции в Российской Федерации // Преступность, уголовная политика, закон: мат.-лы Всерос. науч.-практ. конф. 2016. С. 397–401.

<sup>3</sup> Непосредственно применительно к теме данного исследования см., например: Венев Д.А. Алгоритмизация первоначального этапа расследования (доследственной проверки) при расследовании преступлений, связанных с заражением другого лица ВИЧ-инфекцией вследствие ненадлежащего исполнения медицинским работником своих профессиональных обязанностей // Актуальные проблемы российского права. 2015. № 6. С. 175–182.

нума Верховного Суда РФ от 04.12.2014 г. № 16 «О судебной практике по делам о преступлениях против половой неприкосновенности и половой свободы личности»<sup>1</sup>, устанавливающего «возможность» наряду с умышленным, неосторожное заражение лица ВИЧ-инфекцией.

Совершенно очевидно, подобные правовые коллизии требуют современного научного осмысления.

Отдельно можно обозначить проблемы применения ст. 122 УК РФ в части квалификации содеянного, сопряженные с несовершенством имеющихся в распоряжении современной медицины методик выявления заражения ВИЧ-инфекцией.

Так, современные методы выявления ВИЧ-инфекции в организме человека, не свободны от недостатков, в результате чего первичное тестирование на ВИЧ наиболее распространенным и развивающимся методом – ИФА-тестом (иммуноферментный анализ) (англ. enzyme-linked immunosorbent assay, ELISA), может дать как положительные, так ложноотрицательные и ложноположительные результаты<sup>2</sup>, что в свою очередь в обязательном порядке повлечет повторное тестирование, требующее, при определенных условиях, полугодового периода. При этом только после положительного результата иммунного блоттинга<sup>3</sup> (на данный метод тестирования также необходимо время), ставится окончательный диагноз.

Кроме того, известны многочисленные случаи, когда заражения ВИЧ при определенных обстоятельствах не происходит, хотя по всем «законам» распространения подобной инфекции, должно было бы произойти. Кого и за какое преступление привлекать к уголовной ответственности в подобных ситуациях, учитывая отсутствие каких-либо претензий со стороны потерпевшего? В настоящее время ответ на данный вопрос затруднителен.

Вышеизложенное обнажает пласт неразрешенных правовых дефиниций, подтверждает наличие проблем правоприменительной практики привлечения к уголовной ответственности виновных лиц за совершение преступлений, предусмотренных ч. 1 и ч. 4 ст. 122 УК РФ, что заслуживает научного переосмысления и разработки современных, научно-обоснованных методик расследования рассматриваемых преступлений.

### *Литература*

1. *Венев Д.А.* Алгоритмизация первоначального этапа расследования (доследственной проверки) при расследовании преступлений, связанных с заражением другого лица ВИЧ-инфекцией вследствие ненадлежащего исполнения медицинским работником своих профессиональных обязанностей // Актуальные проблемы российского права. 2015. № 6. С. 175–182.
2. *Яковлева Л.В.* Уголовно-правовые и криминологические меры противодействия распространению ВИЧ-инфекции в Российской Федерации // Преступность, уголовная политика, закон: мат-лы Всерос. науч.-практ. конф. 2016. С. 397–401.

**Б.Я. Гаврилов**

### **Роль досудебного производства в повышении эффективности предварительного следствия**

**Аннотация.** В статье излагаются отдельные вопросы современного досудебного производства, снижающие эффективность предварительного следствия. Одновременно приводится обоснование внесения ряда принципиальных изменений в УПК РФ, а также законодательные предложения по его дальнейшему совершенствованию, обусловленные необходимостью формирования современной уголовно-процессуальной политики.

<sup>1</sup> Российская газета. 2014. 12 декабря.

<sup>2</sup> Современные методы диагностики ВИЧ-инфекции URL: <http://myfamilydoctor.ru>.

<sup>3</sup> Там же.



**Ключевые слова:** УПК РФ, уголовно-процессуальная политика, досудебное производство, следователь, процессуальные сроки, предъявление обвинения, протокольная форма расследования.

Исследуя проблемы формирования современной доктрины досудебного производства, автор отмечает, что внесение в УПК РФ с момента его принятия более, чем 200-ми федеральными законами изменений, не всегда носило системный характер<sup>1</sup>, а в ряде случаев и противоречило как конституционным основам, так и нормам УПК РФ, что профессор В.П. Божьев назвал «Тихой революцией Конституционного Суда»<sup>2</sup>. Последнее относится и к отдельным решениям Верховного Суда РФ<sup>3</sup>. При этом, внесение в УПК РФ столь многочисленных изменений было обусловлено, во-первых, компромиссными решениями законодателя при принятии УПК РФ, а во-вторых, отказом при подготовке проекта УПК РФ ко второму чтению от реформирования отдельных процессуальных институтов, что и повлекло в последующем многочисленные изменения.

Приведенные и другие факторы поставили перед законодателем, представителями юридической науки и правоприменителями задачу повышения эффективности досудебного производства, ибо его низкая эффективность (в суд направляется лишь каждое третье уголовное дело, расследованное в форме предварительного следствия) позволяет утверждать о несовершенстве многих процессуальных правил современного досудебного производства. Это, в свою очередь, обуславливает необходимость обсуждения вопросов развития уголовно-процессуальной политики в контексте совершенствования в целом уголовно-правовой политики России на современном этапе, что имело место на Парламентских слушаниях в Совете Федерации 18 ноября 2013 г.<sup>4</sup>, а в последующем – 20 декабря 2016 г. и 29 июля 2017 г., а также 13 декабря 2017 г. – там же на заседании «круглого стола» и на ряде научных форумов<sup>5</sup>.

В этой связи следует выделить ряд факторов, обуславливающих необходимость формирования современного досудебного производства:

*во-первых*, досудебное производство, несмотря на произошедшие весьма существенные преобразования, содержит в себе немало положений УПК РСФСР 1922 и 1960 гг., в настоящее время являющихся крайне забюрократизированными и чрезвычайно затратными при их недостаточной эффективности;

*во-вторых*, более двух третей внесенных в УПК РФ изменений обусловлены введением вновь или совершенствованием ряда институтов УПК РФ. Так, с 1 января 2013 г. действует принципиально измененное апелляционное, кассационное и надзорное производство. С 1 июня 2018 г. грянут изменения в суде присяжных. В уголовно-процессуальный закон введена норма-принцип ст. 6<sup>1</sup> УПК РФ «Разумный срок уголовного судопроизводства» с последующим внесением в нее изменений четырьмя федеральными законами.

Существенные шаги законодателем предприняты и по совершенствованию досудебного производства, включая:

---

<sup>1</sup> Гаврилов Б.Я. Досудебное производство по УПК РФ: концепция совершенствования // Труды Академии управления МВД России» 2016 г. № 1 (37). С. 19.

<sup>2</sup> Божьев В.П. «Тихая революция» Конституционного Суда в уголовном процессе Российской Федерации / Избранные труды. М., 2010. С. 393–415.

<sup>3</sup> Гаврилов Б.Я. Указ. соч. С. 21.

<sup>4</sup> Выступление Генерального прокурора РФ Ю.Я. Чайки на парламентских слушаниях в Совете Федерации РФ от 18.11.2013 на тему «Уголовная политика в Российской Федерации: проблемы и решения» // [www.genproc.gov.ru](http://www.genproc.gov.ru).

<sup>5</sup> Новая теория уголовно-процессуальных доказательств: в рамках шести «Бабаевских чтений» // Вестник Нижегородской правовой академии. Научный журнал. 2015. № 5; Современные проблемы доказывания и принятия решений в уголовном процессе. Социальные технологии и правовые институты: материалы международной научно-практической конференции, посвященной 95-летию профессора Полины Абрамовны Лупинской: М., 2016.

- вывод следователей из состава органов прокуратуры; дифференциацию процессуальных полномочий между прокурором и руководителем следственного органа и ряд других<sup>1</sup>;
- введение в УПК впервые с момента его существования в России в качестве участника уголовного процесса начальника подразделения дознания<sup>2</sup>, а в последующем – и начальника органа дознания<sup>3</sup>;
- принятие нового для России процессуального института досудебного соглашения о сотрудничестве (Глава 40<sup>1</sup> УПК РФ)<sup>4</sup>;
- возвращение в досудебное производство сокращенной формы дознания<sup>5</sup> и ряд других нововведений, на чем автор настаивал еще в конце 90-х гг. при подготовке УПК РФ ко второму чтению;

*в-третьих*, отдельные изменения УПК РФ обусловлены тем обстоятельством, что УПК РФ принимался в условиях компромисса. Так, при введении в действие УПК РФ законодатель предусмотрел переходные положения в той части, что судебное санкционирование основных следственных действий, ограничивающих конституционные права граждан, вводилось в действие лишь с 1 января 2004 г., а заключение под стражу – с 1 июля 2003 г. В этой связи Постановлением Конституционного Суда РФ от 14 марта 2002 г.<sup>6</sup> была признана не соответствующей Конституции РФ ст. 96 УПК РСФСР в части, предусматривающей заключение подозреваемого, обвиняемого под стражу с санкции прокурора, что подвигло законодателя на внесение в УПК РФ Федеральным законом от 29.05.2002 №58-ФЗ<sup>7</sup> (до вступления его в действие) изменений, регламентирующих установленный Конституцией РФ судебный порядок ограничения прав и свобод участников уголовного процесса. Компромиссом являлась и редакция ст. 146 УПК РФ, предусматривающая получение согласия прокурора на возбуждение уголовного дела, для пересмотра которого потребовалось 5 лет.

Вместе с тем, развитие научной мысли, складывающаяся следственная и судебная практика, признание Конституционным Судом РФ отдельных положений УПК РФ несоответствующими Конституции РФ, а также происходящие в уголовно-процессуальном законодательстве государств бывшего СССР значительные изменения требуют совершенствования досудебного производства (но ни коим образом не принятия нового УПК РФ), включающие в себя следующие предложения:

- о пересмотре *процессуальной нормы о 2-х месячном сроке предварительного следствия* (ч. 1 ст. 162 УПК РФ), которая воспроизводит аналогичное положение ст. 119 УПК РСФСР 1922 г., при том, что уровень сложности расследования уголовных дел многократно возрос. Сегодня и правовое содержание ч. 1 ст. 162 УПК РФ не соответствует введенной в УПК РФ норме-принципу (ст. 6.1 УПК РФ) о разумном сроке уголовного судопроизводства, который в

<sup>1</sup> Федеральный закон от 05.06.2007 №87-ФЗ (ред. от 22.12.2014) «О внесении изменений в Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации и Федеральный закон «О прокуратуре Российской Федерации» // Собрание законодательства РФ. 2007. № 24. Ст. 2830.

<sup>2</sup> Федеральный закон от 06.06.2007 № 90-ФЗ «О внесении изменений в Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации» // Собрание законодательства РФ. 2007. № 24. Ст. 2833.

<sup>3</sup> Федеральный закон от 30.12.2015 № 440-ФЗ «О внесении изменений в Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации в части уточнения полномочий начальника органа дознания и дознавателя» // Собрание законодательства РФ. 2016. № 1 (ч. I). ст. 60.

<sup>4</sup> Федеральный закон от 29.06.2009 № 141-ФЗ «О внесении изменений в Уголовный кодекс Российской Федерации и Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации» // СПС «КонсультантПлюс».

<sup>5</sup> Федеральный закон от 04.03.2013 № 23-ФЗ «О внесении изменений в статьи 62 и 303 Уголовного кодекса Российской Федерации и Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации» // Собрание законодательства РФ. 2013. № 9. Ст. 875.

<sup>6</sup> Постановление Конституционного Суда РФ от 14.03.2002 № 6-П «По делу о проверке конституционности статей 90, 96, 122 и 216 Уголовно-процессуального кодекса РСФСР в связи с жалобами граждан С.С. Маленкина, Р.Н. Мартынова и С.В. Пустовалова» // СПС «КонсультантПлюс».

<sup>7</sup> Федеральный закон от 29.05.2002 №58-ФЗ «О внесении изменений и дополнений в Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации» // СПС «КонсультантПлюс».

соответствии с Постановлением Пленума Верховного Суда от 29.03.2016 № 11-П<sup>1</sup> по уголовным делам не должен превышать 4 лет;

- об увеличении *первоначального срока (2 месяца) содержания обвиняемого под стражей*, в который сегодня входят: от 10 до 30 суток (вместо 5 суток по УПК РФ в редакции 2001 г.) для утверждения прокурором обвинительного заключения или принятия иного решения по поступившему к нему уголовному делу (ч. 1 и ч. 1.1 ст. 221 УПК РФ) и ещё 14 суток для принятия судом (судьей) в порядке ч. 1 ст. 227 УПК РФ соответствующего решения. Это порождает ситуацию, при которой следователь после заключения лица под стражу по большинству уголовных дел сразу же готовит ходатайство в суд о продлении срока содержания обвиняемого под стражей, на что ежегодно затрачивается труд более двух тыс. следователей. При этом, в государствах Европы первоначальный срок содержания под стражей по судебному решению составляет от 100 до 120 суток;

- о принципиальном пересмотре *процессуального института предъявления обвинения*. Аргументами за его отмену выступают те обстоятельства, что Устав уголовного судопроизводства 1864 г. не предусматривал данного института, а в уголовном процессе он появился на основании особого наказа Санкт-Петербургского окружного суда 1887 г., а затем и определения Высшего дисциплинарного присутствия Сената от 23.03.1898 г.<sup>2</sup> Далее, предъявление обвинения на протяжении десятилетий являлось правовым основанием допуска в уголовное дело защитника, однако сегодня он допускается для участия в расследовании как с момента возбуждения уголовного дела в отношении конкретного лица, так и с момента начала проверки в отношении этого лица сообщения о преступлении. Кроме того, различия в правовом статусе подозреваемого и обвиняемого сегодня нивелированы, о чем можно судить при анализе содержания ст.ст. 46, 47 УПК РФ. Более того, за 15 лет действия УПК РФ без «классического» предъявления обвинения направлено в суд более 4,5 млн. уголовных дел, расследованных в форме дознания, и ни один из осужденных ни в Конституционный Суд РФ, ни в Европейский Суд по правам человека о нарушении своего права на защиту не обратился;

- об *обоснованности принятия Федерального закона от 05.06.2007 № 87-ФЗ* и его эффективности, что объективно подтверждается приведенными ниже статистическими данными, подтверждающими наличие положительных тенденций в части обеспечения следователями прав и законных интересов участников уголовного процесса как следствие реализации данного закона и особенно при сравнении показателей работы следователей прокуратуры и органов внутренних дел.

*Статистические данные о состоянии законности  
в деятельности следственного аппарата<sup>3</sup>*

| Период | Число оправданных судом лиц, в т.ч. на 1000 обвиняемых по направленным в суд делам, из них незаконно, необоснованно содержащихся под стражей |                                |                                 |                                |
|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
|        | След. МВД                                                                                                                                    | Из них содержалось под стражей | Следователи прокуратуры и СК РФ | Из них содержалось под стражей |
| 2006   | 1372 – 2,0                                                                                                                                   | 524                            | 1885 – 18,0                     | 954                            |
| 2010   | 878 – 1,8                                                                                                                                    | 639                            | 801 – 8,0                       | 534                            |
| 2013   | 509 – 1,3                                                                                                                                    | 250                            | 654 – 5,8                       | 411                            |
| 2016   | 324 – 0,84                                                                                                                                   | 208                            | 422 – 3,6                       | 193                            |
| 2017   | 402 – 1,1                                                                                                                                    | 164                            | 539 – 4,8                       | 219                            |

<sup>1</sup> Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 29.03.2016 № 11 «О некоторых вопросах, возникающих при рассмотрении дел о присуждении компенсации за нарушение права на судопроизводство в разумный срок или права на исполнение судебного акта в разумный срок» // СПС «КонсультантПлюс».

<sup>2</sup> Макаринский П.В. Практическое руководство для судебных следователей. СПб, 1907. С. 386.

<sup>3</sup> Здесь и далее – статистические данные о результатах следственной работы и состоянии преступности за 2006–2017 гг.

Приведенные ниже статистические данные позволяют утверждать и о значительном повышении уровня надзорной деятельности прокурора за качеством расследования уголовных дел.

*Статистические данные о качестве расследования уголовных дел.*

| Период | Возвращено прокурором уголовных дел для дополнительного расследования |                    |                         |                    | Возвращено дел судом прокурору в порядке ст. 237 УПК (судом для доследования) |                                             |
|--------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------|-------------------------|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
|        | Следова-телям МВД                                                     | Удельный вес (в %) | След. прокурат. и СК РФ | Удельный вес (в %) | Всем органам расследования                                                    | В том числе следователям/удельный вес (в %) |
| 1999   | 21249                                                                 | 2,7                | 1102                    | 1,4                | 41340                                                                         | 34209 – 4,0%                                |
| 2006   | 18373                                                                 | 3,3                | 1286                    | 0,8                | 35930                                                                         | –                                           |
| 2011   | 18560                                                                 | 4,8                | 3118                    | 3,5                | 7689                                                                          | 5962 – 1,3%                                 |
| 2014   | 14412                                                                 | 4,3                | 3559                    | 3,4                | 5979                                                                          | 4582 – 1,06%                                |
| 2016   | 15 195                                                                | 4,4                | 3727                    | 3,4                | 6479                                                                          | 4443-1,0%                                   |
| 2017   | 16753                                                                 | 5,0                | 3420                    | 3,3                | 6448                                                                          | 4655– 1,1                                   |

- предлагается также введение в УПК РФ *протокольной формы расследования*, близкой по своей сущности к протокольной форме досудебной подготовки материалов. Основными элементами протокольной формы могут стать: расследование в отношении конкретного лица, признавшего факт совершения преступления, при условии, что его расследование не требует производства всего комплекса следственных действий; начало производства по уголовному делу с момента регистрации сообщения о преступлении (без вынесения постановления о возбуждении уголовного дела); ограничение перечня следственных действий допросом подозреваемого и потерпевшего (свидетеля) и ряд других нововведений;

- *избрание меры пресечения в отношении лиц, скрывшихся от органов расследования и объявленных в федеральный розыск*, число которых достигает 150 тыс. в год. Для реализации предложений о введении заочного ареста необходимо предоставить суду по месту расследования уголовного дела право на заочное заключение под стражу объявленных в федеральный розыск подозреваемых, обвиняемых. В случае задержания такого лица вне места производства предварительного расследования у него должна быть возможность для реализации своего конституционного права предстать в течение 48 час. перед судом по месту фактического задержания, где в ходе судебного заседания устанавливается личность задержанного и проверяется не отменено ли решение суда о заключении данного лица под стражу. После доставления задержанного к месту производства предварительного расследования он в течение 48 час. подлежит доставлению в суд, избравший меру пресечения, для решения вопроса об оставлении ее в силе либо изменении. Данный порядок предусмотрен уголовно-процессуальным законодательством Германии, Франции и др. государств;

- и безусловно первоочередной *проблемой, требующей, своего немедленного разрешения, является изменение процессуальных правил начала производства по уголовному делу*, в том числе по причине того, что прямым негативным последствием института возбуждения уголовного дела является двукратное снижение, только за последние 10 лет, доли возбужденных уголовных дел, что наглядно отражено в таблице.

*Статистические данные о разрешении сообщений  
о преступлениях за 2006-2017 гг.*

|                                                         | 2006  | 2013  | 2014  | 2015  | 2016  | 2017  |
|---------------------------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Всего зарегистрировано сообщений о преступлениях (млн.) | 10,7  | 11,7  | 11,8  | 12,2  | 11,6  | 10,3  |
| Возбуждено уголовных дел (млн.)                         | 3,3   | 1,78  | 1,73  | 1,89  | 1,85  | 1,78  |
| В т.ч. удельный вес к числу сообщений о преступлениях   | 30,8% | 15,2% | 14,6% | 15,5% | 15,9% | 16,3% |
| Количество (без повторных) «отказных» материалов (млн.) | 4,5   | 6,7   | 6,7   | 6,8   | 6,8   | 6,3   |

Соответственно произошло и искусственное изменение «тренда» преступности, уровень которой к 2010 г. должен был достигнуть 4,4 млн. преступлений в год, однако в 2007-2017 гг. он сократился на 1,8 млн. преступлений или на 47%. При этом количество «отказных» материалов за этот период возросло на 2,3 млн. или на 51% (с 4,5 млн. в 2006 г. до 6,8 млн. в 2016 г.)

*Статистические данные о состоянии преступности за 1980-2017 гг.*

| Период                         | 1980  | 1991  | 1999  | 2006  | 2010         | 2014  | 2015  | 2016  | 2017  |
|--------------------------------|-------|-------|-------|-------|--------------|-------|-------|-------|-------|
| Количество преступлений (млн.) | 1,028 | 2,168 | 3,002 | 3,853 | 4,4<br>прог. | 2,166 | 2,388 | 2,160 | 2,058 |

Наше предположение об исключении из УПК процессуальных норм – ст.ст. 146, 148 УПК РФ и, соответственно, изменении процессуальных правил начала производства по уголовному делу обусловлено и складывающейся с учетом решений Конституционного Суда РФ и Верховного Суда РФ судебной-следственной практики, которая сегодня исходит из необходимости возбуждения самостоятельного уголовного дела, например, в случае установления нового лица, совершившего преступление, по факту которого уже возбуждено и расследуется основное дело, или при выявлении нового преступления лицом, в отношении которого уголовное дело было возбуждено ранее, что противоречит как непосредственно многолетней практике расследования, так и правовому содержанию остающейся неизменной на протяжении 55 лет норме о возбуждении дела и ч.1 ст. 448 действующего УПК РФ, не требующей вынесения самостоятельного постановления о возбуждении уголовного дела, если оно возбуждено в отношении другого лица<sup>1</sup>.

Изложенное неоднократно озвучивались учеными и практикующими юристами, мнения многих из них созвучны с высказанными выше предложениями. Дело за формированием с участием законодателя, юридической общественности и правоприменителей современной доктрины досудебного производства, чему препятствует устоявшийся в нашем сознании стереотип незыблемости ряда названных выше процессуальных институтов.

<sup>1</sup> Подробнее см.: *Гаврилов Б.Я.* Проблемы законодательного регулирования использования специальных знаний на этапе проверки сообщения о преступлении // Вестник Восточно-Сибирского института МВД России, 2017. № 4. С. 35–49.

**Актуальные вопросы юридической оценки деяний,  
связанных с осуществлением медицинской деятельности**

**Аннотация.** В настоящей статье рассматриваются вопросы уголовно-правовой оценки деяний, связанных с осуществлением медицинской деятельности, которая включает такие виды как диагностическая, лечебная и лечебно-реабилитационная. Поддерживается мнение, что врачебная ошибка, будучи следствием добросовестного заблуждения лица, является непротивоправным деянием медицинских работников. Обращается внимание, что критерии юридической оценки общеуголовных преступлений, учитывая специфику работы людей в белых халатах, в ряде случаев неприменимы к деяниям медицинских работников, повлекших причинение вреда пациенту.

**Ключевые слова:** врачебная ошибка, медицинские работники, профессиональные преступления, медицинский деликт, медицинские стандарты.

Можно с уверенностью сказать, что вопросы ответственности медицинских работников всегда носили социально-острый и злободневный характер, начиная с эры появления первых врачей-лечителей. Не утратила своей актуальности данная проблема и в настоящее время, причем это касается ответственности медицинских работников вообще, и уголовной в частности. К сожалению, на сегодняшний день эта проблема недостаточно полно исследована в специальной медицинской литературе, а что касается юридической литературы, то высказанные в ней позиции авторов весьма противоречивы, порой тенденциозны, так как обосновываются с точки зрения тех критериев, которые применимы к общеуголовным преступлениям, игнорируя специфику деятельности медицинского персонала. Обобщения судебной практики по данной категории уголовных дел со стороны Верховных Судов Казахстана либо России с выработкой соответствующих рекомендаций нет, следовательно, единой следственно-судебной практики также не имеется.

В настоящей статье речь пойдет только лишь о вопросах уголовно-правовой оценки деяний, связанных с осуществлением медицинской деятельности. Полагаем, что отнесение к числу противоправных деяний медицинских работников, совершаемых в сфере оказания медицинской помощи умышленных преступлений, таких как, убийство, умышленное причинение вреда здоровью, истязание, принуждение к изъятию или незаконное изъятие органов и тканей человека и ряда других, не только несостоятельно, но и некорректно. Прежде всего, уголовное законодательство Казахстана и России не рассматривает в упомянутых составах преступлений медицинского работника (врача, медсестру, фельдшера) в качестве специального субъекта, ибо подобные деяния не связаны с исполнением профессиональных обязанностей по оказанию медицинской помощи. К тому же, умышленный характер действий, непосредственно направленных на причинение вреда интересам личности, исключает профессиональную специфику деятельности людей в белых халатах как лечебную. В связи с этим нет оснований квалифицировать деяния этой категории лиц, связанные с умышленным посягательством на жизнь, здоровье или даже свободу человека, как профессиональные преступления, так как в данном случае речь не идет о выполнении сугубо специфических обязанностей в сфере медицины.

Именно по этой причине они относятся к категории общеуголовных преступлений и субъект их совершения является общим. Специфика содеянного заключается лишь в применении при совершении умышленного преступления специальных медицинских знаний, профессионального опыта, диагностической и иной аппаратуры, различного рода препаратов радикального действия, которые в зависимости от обстоятельств конкретного деяния могут рассматриваться как способ, орудия или средства совершения преступления, выступая в качестве признаков объективной стороны деяния.

Поэтому, по меньшей мере, вызывает удивление точка зрения тех авторов, которые к числу профессиональных преступлений в сфере оказания медицинской помощи, помимо неосторожных, относят и умышленные деяния. Так, В.И. Акопов к таковым относит: преступления против жизни и здоровья; преступления против свободы, чести и достоинства личности; преступления против семьи и несовершеннолетних; преступления в сфере экономики; преступления против общественной безопасности и общественного порядка; экологические преступления, преступления против государственной власти<sup>1</sup>. Аналогичной точки зрения придерживаются А.А. Раков<sup>2</sup> и авторы учебного пособия Э.П. Григонис и О.В. Леонтьев<sup>3</sup>.

Н.А. Жуманазаров также считает, что к числу профессиональных преступлений медицинских работников часто причисляют общественно опасные деяния, которые не имеют никакого отношения к профессиональной медицинской деятельности и являются «общеуголовными». Иными словами, совершение умышленного преступления с исполнением профессиональных медицинских обязанностей абсолютно не связано<sup>4</sup>.

Как указывает сам законодатель, юридической сущностью противоправных профессиональных деяний медицинских работников является ненадлежащее выполнение ими своих профессиональных обязанностей, которое выражается в недобросовестности или небрежности либо их невыполнение при отсутствии уважительных причин. Тем самым, доминирующим критерием уголовно наказуемых действий работников медицины следует считать недобросовестность их действий и отсутствие стремления выполнить все требования врачебного долга. По мнению одного из авторов Комментария к УК РФ Ю.А. Красикова, под ненадлежащим исполнением лицом своих профессиональных обязанностей следует понимать совершение действий, которые полностью или частично не отвечают официальным требованиям, предписаниям, правилам данной профессии<sup>5</sup>. [6, с.276]. Фактически сходную точку зрения высказал Л.Л. Кругликов, понимая под этим поведение лица в полной мере или частично, не соответствующее официальным предписаниям, требованиям, предъявляемым к нему при выполнении профессиональных функций<sup>6</sup>. В связи с этим субъективная сторона обозначенных преступлений характеризуется только неосторожной формой вины в виде самонадеянности или небрежности.

Как справедливо отмечают большинство юристов, профессиональные обязанности врача специфичны, поэтому при анализе подобных дел важно разграничить причинение вреда вследствие недобросовестности или небрежности от таких причин как сложность диагностики, отсутствие возможностей адекватного лечения и др. Главная задача следствия и суда при подозрении на неосторожное причинение смерти, решаемая на основе результатов судебно-медицинской экспертизы, заключается в установлении прямой связи непосредственной причины смерти или тяжкого вреда здоровью с действием или бездействием медицинского работника. С точки зрения М.В. Тулузковой и Т.В. Шамоновой, для аргументированной правовой оценки действий врача (или группы медиков) следует принимать во внимание, что на практике возможность оказания качественной медицинской помощи часто бывает ограничена объективными условиями: позднее обращение пациента за помощью, тяжесть патологии и ее неизлечимость; ненадлежащие условия медицинского учреждения (место, время, обстановка) и уровень материально-технического снабжения, кадровая необеспеченность и др.<sup>7</sup>.

<sup>1</sup> Акопов В.И. Медицинское право. М., 2004. С.233–291.

<sup>2</sup> Раков А.А. Объективные признаки преступлений, совершаемых медицинскими работниками // Вестник ЧелГУ. Серия 9. Право. 2005. № 1. С.117.

<sup>3</sup> Григонис Э.П., Леонтьев О.В. Ответственность за преступления, совершаемые медицинскими работниками: учебное пособие. СПб.: СпецЛит, 2008. С.42–43

<sup>4</sup> Жуманазаров Н.А. Уголовная ответственность медицинских работников за профессиональные преступления против личности и здоровья // Вестник КазНУ. Серия юридическая. 2009. № 2(50). С. 242–245

<sup>5</sup> Комментарий к Уголовному кодексу Российской Федерации / под общ. ред. В.М. Лебедева. М.: Норма, 2004. С.276

<sup>6</sup> Уголовное право России. Часть Особенная: учебник / отв. ред. Л.Л. Кругликов. М.: Проспект, 2012. С.53

<sup>7</sup> Тулузкова М.В., Шамонова Т.В. Криминалистический анализ преступлений, связанных с действиями медицинских работников // Вестник криминалистики. 2009. Вып. 1 (29). С. 123.

С позиции отдельных авторов, все действия медицинских работников, связанные с неблагоприятными последствиями, большинство судебно-медицинских экспертов и юристов делят на три группы: врачебные ошибки, несчастные случаи и наказуемые упущения или профессиональные преступления. Под несчастным случаем в медицинской практике они понимают неблагоприятный исход врачебного вмешательства, связанный со случайными обстоятельствами, которые врач не может предвидеть и предотвратить. При этом врач действовал правильно и своевременно, в полном соответствии с правилами и методами медицины<sup>1</sup>.

Следует отметить, что неоднозначным является определение понятия врачебной ошибки и ее соотношение с юридической, в том числе уголовной, ответственностью медицинского работника. Нет единства мнений, как это ни странно, относительно данного понятия и в медицинской литературе. Сам уголовный закон понятия врачебной ошибки не содержит, поэтому врачебная ошибка относится к разряду противоречивых явлений медицинской практики с точки зрения права.

Врачебные ошибки, полагают одни авторы, чаще связаны с какими-то объективными причинами или смягчающими вину врача обстоятельствами. Это либо несовершенство метода исследования или лечения, либо недостаточный опыт и умение врача, либо отсутствие соответствующих объективных условий для оказания помощи (мало времени для обследования, нет необходимой аппаратуры и др.). Иными словами, отличительной чертой врачебной ошибки является добросовестность действий врача, стремление его оказать помощь больному, хотя эти действия и были ошибочными<sup>2</sup>.

П.С. Чупрына в своей статье приводит определение врачебной ошибки, сформулированное еще в советский период известным патологоанатомом И.В. Давыдовским: «Врачебная ошибка – это добровольное заблуждение врача, основанное на несовершенстве современного состояния медицинской науки и методов ее исследования, либо вызванное особенностями течения заболевания определенного больного, либо объясняемое недостатками знаний, опыта врача». Резюмируя взгляды различных авторов, П.С. Чупрына делает вывод, что при совершении профессиональной ошибки медицинский работник добросовестно исполняет свои профессиональные обязанности. Поэтому его ошибочные действия (бездействие) не содержат признака противоправности. Однако, по утверждению автора статьи, каждый медицинский работник обязан в полном объеме обладать всеми необходимыми знаниями, соответствующими его профессиональной деятельности, которые определяются состоянием медицинской науки на современном этапе и соответствующими квалификационными требованиями, утвержденными министерством здравоохранения России. При этом дипломированный специалист не может ссылаться на отсутствие тех или иных теоретических знаний, информации. Следовательно, врачебная ошибка, вызванная отсутствием необходимых теоретических знаний, должна быть уголовно наказуема<sup>3</sup>.

С данным утверждением можно согласиться лишь отчасти, ибо упускаются из виду ряд немаловажных обстоятельств. Прежде всего, если медицинский работник не обладает достаточным объемом знаний для лечения больных, то это уже вопрос компетентности, а не врачебной ошибки и критерии правовой оценки в этом случае должны быть совсем иные.

Поскольку лицо, осознавая свою некомпетентность, тем не менее, диагностирует и назначает лечение больному, то в этом случае относительно причинения вреда можно говорить о наличии преступной самонадеянности, а в отдельных случаях, в зависимости от обстоятельств, и косвенного умысла. Если врачебная ошибка явилась следствием неполноты сведений в самой медицине о механизмах патологического процесса либо отсутствия четких критериев

---

<sup>1</sup> Права, обязанности и ответственность медицинских работников / Судебная медицина: Официальный интернет-портал правовой информации. URL: <http://rudiplom.ru>.

<sup>2</sup> Там же.

<sup>3</sup> Чупрына П.С. Уголовная ответственность медицинских работников за нарушение ими профессиональных обязанностей // Вестник Томского государственного университета. 2009. Вып. 320. С. 144



диагностирования болезни; атипичного характера, редкости заболевания; врожденных аномалий внутренних органов или индивидуальных особенностей организма больного, то говорить об основаниях уголовного преследования врача недопустимо.

Касательно профессионального невежества И. Трунов и Л. Айвар резюмируют следующее: «Там и тогда, где и когда лицо не усвоило знание, которое оно должно было и имело возможность усвоить, оно несет ответственность за незнание (невежество). Отсутствие данного понятия в законодательстве приводит к тому, что медицинские работники считают врачебную ошибку только добросовестным заблуждением». Приводя в своей статье существующее в медицине понятие врачебной ошибки, они отмечают, что под ней понимается ошибка врача в профессиональной деятельности вследствие добросовестного заблуждения при отсутствии небрежности, халатности или невежества<sup>1</sup>.

В отдельных ситуациях вести речь о врачебной ошибке не только непозволительно, но и неправомерно, поскольку пациент сам вводит врача в заблуждение. Тем самым, абсолютно отсутствует причинно-следственная связь между действиями медицинского работника и наступившими последствиями.

Примером может служить история болезни №2288/873. Ребенок 2-х лет поступил в инфекционное отделение городской больницы в тяжелом состоянии с предварительным диагнозом: острый гастроэнтерит. Токсикоз с эксимозом 2 степени. Со слов родителей ребенок заболел остро 17.06.10 г. с 18.00 час. Скорую помощь вызвали только в 23.20. Ранее ребенку был выставлен диагноз: аллергический дерматит. Пищевая сенсibilизация. Синдром избыточного бактериального роста. Вторичная лактозная недостаточность и родителями конкретно довели до сведения, чем можно кормить ребенка и чем категорически запрещено.

На фоне проведенного лечения состояние ребенка и самочувствие улучшились. Но в ночь с 23.06.10 г. на 24.06.10 г. состояние ребенка резко ухудшилось. 25.06.10 г., несмотря на принятые экстренные меры, ребенок скончался. При вскрытии ребенка были обнаружены вишневые и черешневые косточки в большом количестве. Этот факт родители от врача скрыли. Таким образом, на фоне избыточного бактериального роста, в кишечнике проявлялось усиленное действие синильной кислоты, содержащейся в косточках ягод. Для ребенка такого возраста было достаточно 4-5 ягод. Судебно-медицинский диагноз: Токсическое действие ядовитых веществ, содержащихся в съеденных пищевых продуктах. Тем не менее, родители написали заявление в прокуратуру с требованием привлечь врача к уголовной ответственности по факту смерти ребенка. Вполне обоснованно в возбуждении уголовного дела было отказано, хотя имелись основания для возбуждения уголовного преследования в отношении родителей ребенка за заведомо ложный донос, ибо смерть ребенка находилась в прямой причинной связи с действиями его родителей<sup>2</sup>.

С.В. Замалева, говоря о ятрогенных преступлениях, понимает под ними общественно опасное деяние, заключающееся в совершении медицинским работником действия (бездействия), нарушающего правила и (или) стандарты оказания медицинской помощи<sup>3</sup>. [15, с.9]. На наш взгляд, упоминание о стандартах<sup>4</sup> носит спорный характер, поскольку каждое заболевание, а соответственно его протекание и сам организм пациента, о чем уже отмечалось выше, могут иметь сугубо индивидуальный характер, что не может не влиять на механизм лечения, где существующие стандарты оказываются попросту неэффективными, ибо не могут выполнять роль панацеи. Более того, сами симптомы болезней в результате техногенных процессов могут эволюционировать, носить латентный характер и установленные стандарты лечения не оказывают должного действия. Отсюда вывод: тактика лечения должна назначаться, проводиться и

<sup>1</sup> Трунов И., Айвар Л. Врачебная ошибка: преступление, проступок? // Юрист. 2009. № 4. С.46–47

<sup>2</sup> Из материалов адвокатской практики автора статьи

<sup>3</sup> Замалева С.В. Ятрогенные преступления: понятие, система и вопросы криминализации: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. Екатеринбург. 2016. С. 9.

<sup>4</sup> Кстати, требование соблюдать стандарты при оказании медицинской помощи больным и их лечении у профессиональных врачей вызывают только недоумение и скептическое отношение.

корректироваться врачом индивидуально. Как верно подметил проф. А.И. Бойцов, практика намного богаче теоретических конструкций<sup>1</sup>.

В то же время при несомненной констатации неисполнения (игнорирования) или ненадлежащего исполнения медицинским работником своих профессиональных обязанностей можно говорить о наличии основания уголовной ответственности.

Очень важное значение в этом отношении придается заключению судебно-медицинской экспертизы. Но и она не должна играть роль абсолютной истины, что, к сожалению, нередко происходит на практике, так как и ее результаты следует оценивать критически, причем с участием специалистов в области судебной медицины и врачей других специальностей. Сама же судебно-медицинская экспертиза по такого рода делам должна носить комплексный и вместе с тем комиссионный характер.

Так, пациентке Л., обратившейся по поводу искусственного прерывания беременности, после предварительного врачебного осмотра настоятельно было рекомендовано пройти УЗИ-обследование с целью исключить факт эктопической (внематочной) беременности, так как ее симптомы на ранней стадии сходны с симптомами обычной беременности. Однако Л. не стала проходить УЗИ-обследование и в последующем у нее на улице произошел разрыв маточной трубы, сопровождавшийся острой кровопотерей и только оперативное доставление в больницу помогло избежать фатальных последствий. В процессе разбирательства Л. заявила, что врач-гинеколог не предлагала ей пройти обследование на аппарате УЗИ и именно по этой причине эктопическая беременность не была диагностирована, в связи с чем ее жизнь и здоровье были поставлены в опасность. И только посредством представления дополнительных доказательств утверждения Л. были опровергнуты. Кроме того, одна из специалистов, приглашенная с кафедры акушерства и гинекологии медицинского Вуза в качестве консультанта экспертной группы, пояснила, что внематочную беременность можно было диагностировать и при первичном осмотре. Хотя ее суждения носили общий характер и ничем не были аргументированы, тем не менее, именно они были положены в основу заключения судебно-медицинской экспертизы.

В свою очередь, врач ультразвуковой диагностики, выступивший в качестве специалиста, обосновал, что в ряде случаев при ранних сроках беременности даже с помощью аппарата УЗИ не представляется возможным установить патологию беременности, не говоря уже об обычном гинекологическом осмотре, и по истечении определенного времени необходимо проводить повторное обследование, что дало возможность стороне защиты поставить под сомнение экспертное заключение<sup>2</sup>.

Таким образом, отдельные аспекты рассматриваемой темы далеко не исчерпывают всей проблемы. Считаем, отдельной темой предметного исследования должен стать медицинский риск. Вопросы противоправного и непротивоправного (врачебная ошибка, несчастный случай, фатальный характер заболевания) в диагностической, лечебной и медико-реабилитационной деятельности медицинских работников в силу своей сложности и специфичности, без сомнения, требуют дальнейшего всестороннего и тщательного изучения и анализа.

**Д.В. Галкин**

### **Проблемы установления вины врача по делам о преступлениях, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи**

**Аннотация.** В статье рассматриваются сложные следственные ситуации, возникающие по уголовным делам о преступлениях, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи. В частности, анализируется ситуация, в которой медицинскую помощь пациенту оказывали несколько медиков, каждый в соответствии со своей специализацией. Установить, чьи

<sup>1</sup> Бойцов А.И. Действие уголовного закона во времени и пространстве. СПб.: Изд-во С.-Петербургского университета, 1995. С. 91.

<sup>2</sup> Из материалов адвокатской практики автора статьи.

именно действия привели к неблагоприятным последствиям в этом случае, путем назначения судебно-медицинской экспертизы не всегда представляется возможным. Важнейшее значение в установлении всех обстоятельств дела имеют результаты таких следственных действий, как допросы и очные ставки.

**Ключевые слова:** ненадлежащее оказание медицинской помощи, врачебные ошибки, медицинские преступления, установление обстоятельств, подлежащих доказыванию.

Для следователей рассмотрение заявлений и сообщений о ненадлежащем оказании сотрудниками медицинских учреждений неотложной помощи и медицинских услуг, а также расследование таких фактов в рамках возбужденного уголовного дела, представляет особую сложность и трудоемкость. Следователь сталкивается с проблемами как уголовно-правового, так и криминалистического характера. Методика расследования преступлений данной категории включает в себя обязательное проведение судебно-медицинской экспертизы качества проведенного лечения, которой устанавливаются факты допущенных нарушений, их причинно-следственная связь с неблагоприятным исходом лечения, конкретизируется степень вины врача на каждом этапе оказания медицинской помощи.

Одной из наиболее сложных проблем является установление причинно-следственной связи между действиями (бездействием) врача и наступлением смерти пациента. Рассмотрим пример из судебной практики. В 2015 году в Петропавловске-Камчатском оправдана врач скорой помощи, обвинявшаяся в причинении смерти по неосторожности. Пациент, вызвавший дежурную бригаду, страдал хронической болезнью сердца, все врачи скорой помощи хорошо знали его лично и его диагноз. Тем не менее врач ввела инъекцию препарата, который был ему категорически противопоказан, что было записано в его медицинской карте. После инъекции состояние пациента резко ухудшилось, его доставили в больницу, где он впал в кому, и впоследствии скончался.

Одной из причин вынесения оправдательного приговора послужило то, что государственное обвинение не смогло доказать в суде наличие прямой причинно-следственной связи между первоначальной инъекцией и смертью пациента. Дело в том, что в момент прибытия бригады скорой медицинской помощи пациент уже находился в состоянии, угрожающем его здоровью. Кроме того, после доставления в больницу ему проводили реанимационные мероприятия, пытаясь спасти его жизнь. В ходе реанимации пациенту также вводили инъекции препаратов, при применении которых одним из осложнений может стать остановка сердца. В результате судебный эксперт не смог дать однозначное заключение, что именно первая инъекция, сделанная врачом «скорой», стала смертельной (несмотря на то, что именно после нее состояние пациента резко ухудшилось)<sup>1</sup>.

Другой типичной проблемой по уголовным делам данной категории является установление всех медицинских работников, оказывавших помощь больному, и установление того, чья преступная неосторожность (если она установлена) повлекла тяжкие последствия. Как правило, медицинскую помощь пациенту оказывают несколько врачей, каждый в соответствии со своей «узкой» специализацией. В ходе расследования дефекты оказания медицинской помощи, как правило, выявляются в действиях не одного, а нескольких специалистов.

Так, в 2012 г. в г. Якутске возбуждено уголовное дело в отношении врача-гинеколога, не направившего больную на госпитализацию, несмотря на угрожающее жизни состояние. Женщина, в результате наступивших осложнений, скончалась.

В ходе прохождения лечения у К. был установлен диагноз «миома матки». В ходе лечения заболевания состояние больной улучшилось и она была выписана из терапевтического отделения республиканской больницы. Ей было рекомендовано продолжить лечение по месту жительства. Руководствуясь рекомендациями, пациент обратилась к участковому врачу акушеру-гинекологу О.

---

<sup>1</sup> Приговор Петропавловск-Камчатского городского суда Камчатского края от 20 апреля 2015 года по ч.2 ст.109 УК РФ. URL: <http://sudrf.ru> (дата обращения 02.02.2018 г.).

В этот же день врач приняла К. на амбулаторное лечение и назначила ей необходимые анализы и исследования, показавшие анемию (малокровие) тяжелой степени. Несмотря на выявленное осложнение, угрожавшее жизни больной, повторно приняв больную на своём рабочем месте, ненадлежаще исполняя свои профессиональные обязанности, не предприняла никаких мер, направленных на квалифицированное лечение ее заболевания, а именно не предприняла мер для профильной экстренной госпитализации больной, хотя по клиническим показаниям должна была это сделать.

Вместо этого врач, с целью прерывания лечения в выходные каникулярные дни во время новогодних праздников, не желая надлежащим образом оказывать необходимую медицинскую помощь нуждающемуся в ней больному, незаконно и необоснованно закрыла лист её нетрудоспособности. При этом врач знала о тяжести заболевания, опасного для жизни К., которая по жизненным показаниям подлежала госпитализации для экстренного лечения и оперативного вмешательства. Спустя несколько дней у больной развился сепсис, она была доставлена в больницу, где скончалась. Непосредственной причиной смерти стал отек легких.

Прокуратура утвердила обвинительное заключение, однако в суде был вынесен оправдательный приговор. Согласно предъявленного обвинения, смерть К. наступила в результате бездействия одного конкретного врача, вовремя не госпитализировавшего больную. Согласно заключению экспертизы, в данном случае имеется прямая причинно-следственная связь между дефектами медицинской помощи и наступлением смерти больной.

Однако суд отметил, что такой вывод сделан на основе изучения и оценки деятельности нескольких врачей в совокупности, за весь период лечения больной, включающий несколько этапов оказания медицинской помощи, в которых участвовали разные врачи, на протяжении длительного периода времени. Вычленив отдельно этап оказания медицинской помощи, приведший к неблагоприятному исходу в данном случае невозможно, так как дефекты оказания медицинской помощи были допущены на всех этапах врачебного процесса как амбулаторного так и госпитального, от первичного обращения до летального исхода. Все они в совокупности и обусловили неблагоприятный исход.

Эксперты оставили также открытым вопрос о возможности благоприятного исхода для больной на момент её экстренной госпитализации из-за того, что врачами в этот день также были допущены свои дефекты медицинской помощи<sup>1</sup>.

Таким образом, эксперты фактически сделали вывод о наступлении неблагоприятного исхода по причине ненадлежащей организации всей системы оказания медицинской помощи, а не работы конкретного врача, что ставит под сомнение наличие причинно-следственной связи между его действиями и наступившими последствиями. На основании данного заключения, в совокупности с другими обстоятельствами, судом был вынесен оправдательный приговор.

Другая сложная следственная ситуация может возникнуть в том случае, если заведомо ошибочное решение о тактике лечения пациента принято коллегиально (консилиумом врачей). Здесь необходимо установить, какое влияние на решение лечащего врача оказали мнения других врачей, в том числе из числа руководства медицинского учреждения. Самостоятельность принимаемых врачом решений является одним из условий привлечения его к уголовной ответственности за ненадлежащее оказание медицинской помощи.

Примером указанной ситуации может служить следующий случай. Врач обнаружила сильное кровотечение у пациентки во время родов, угрожавшее ее жизни, но не предприняла своевременных мер по его остановке и переливанию крови. Обвиняемая выдвинула версию о том, что неправильное решение принималось не ею лично, а коллегиально. Со слов обвиняемой, после обсуждения ситуации с заместителем главного врача, она, доверившись опыту последнего, продолжила лечение консервативным путем. В результате пациентка скончалась.

Следствием было доказано, что врач с учетом ее квалификации и опыта работы, а также фактических обстоятельств дела, должна была и могла предотвратить смерть пациентки. Вынося обвинительный приговор, суд указал: «... врач должна была самостоятельно определять

---

<sup>1</sup> Приговор Якутского городского суда, ч. 2 ст.109 УК РФ, 2012 г. <https://sudrf.ru> (дата обращения 02.02.2018 г.).

тактику лечения, привлекая в случае необходимости других врачей. При принятии коллегиального решения, если бы она имела иное мнение по тактике лечения, нежели мнение заместителя главного врача, она могла бы изложить это мнение в медицинской книжке пациента. Однако подсудимая согласилась с мнением коллег, следовательно, в данном случае отсутствует как предмет обсуждения влияние мнения заместителя главного врача на принимаемые лечащим врачом решения в части избрания тактики и методики лечения пациента»<sup>1</sup>.

Рассмотренные примеры свидетельствуют о том, что для установления лица, подлежащего привлечению в качестве обвиняемого по делам рассматриваемой категории, необходимо опираться не только на заключения экспертов, но и на результаты следственных действий, в том числе допросов и очных ставок.

Таким образом, расследование «медицинских» преступлений и вопросы назначения экспертиз по ним представляют особую сложность. Противоречивость следственной и судебной практики по уголовным делам о таких преступлениях не способствует ни их профилактике, ни удовлетворению интересов потерпевших<sup>2</sup>. В результате жалобы потерпевших возникают не только в адрес врачей, но и на решения органов юстиции – следствия и суда.

**С.И. Гирько**

### **Криминальная информация о деяниях медицинских работников требуют тщательной проверки процессуальными средствами**

**Аннотация.** В статье говорится об ответственности медицинских работников за совершенные преступления. Прежде всего, речь идет о криминальных ятрогениях, т.е. о причинении вреда жизни и здоровью граждан медицинскими работниками при выполнении ими своих профессиональных обязанностей. Делается вывод о необходимости принятия мер для: повышения достоверности результатов судебно-медицинской экспертизы, как основного процессуального средства по такого рода делам, разработки типовых методик расследования ятрогенных преступлений

**Ключевые слова:** криминальные ятрогения, досудебное производства по делам о ятрогенных преступлениях, процессуальные средства по таким делам, пути повышения качества до следственных проверок по делам о преступлениях медицинских работников

Подготовка настоящей публикации к научной дискуссии по теме «Досудебное производство по уголовным делам о профессиональных преступлениях, совершенных медицинскими работниками» всколыхнула в памяти ушедшее в прошлое время собственной следственной практики и, в особенности, одно из уголовных дел, расследованных автором этих строк.

В целом, достаточно банальная ситуация – после словесного конфликта во время дискотеки две группы молодых людей устроили массовую драку, в ходе которой один из активных участников А. нанес другому - Ч. удар по голове тяжелой доской, причинив оскольчатый перелом костей черепа. Пострадавший, проведя двое суток в реанимации и перейдя из крайне тяжелого состояния в состояние средней тяжести, как это фиксировала история болезни, был перемещен в травматологическое отделение. Спустя 3 часа пребывания в нем, состояние Ч. резко ухудшилось, он снова был возвращен в реанимацию и спустя еще час, потерял сознание и скончался.

Практически сразу после поступления информации о смерти Ч., в медицинском учреждении была изъята история болезни погибшего, в которой содержалась запись лечащего врача о

<sup>1</sup> Приговор Златоустовского городского суда Челябинской области РФ от 10.06.2016 г. по уголовному делу по ч.2 ст.109 УК РФ. <https://sudrf.ru>, дата обращения 2.02.2018 г.

<sup>2</sup> Багмет А.М., Черкасова Л.И. Проведение проверки сообщения о совершении преступления по факту причинения смерти по неосторожности медицинскими работниками // Известия Тульского государственного университета. Экономические и юридические науки. Выпуск 4. Часть 2. Юридические науки. Тула: Изд-во ТулГУ, 2014. С. 35–41.

том, что по указанию заведующего отделением у Ч. были извлечены подключичные катетеры и ему были назначены определенные медицинские препараты. Причем резкое ухудшение его состояния произошло вскоре после этого. Возникло внутреннее ощущение, что по поводу методики реабилитации между лечащим врачом и заведующим отделением возникли разногласия, что и стало причиной соответствующей записи в истории болезни. Появился и другой вопрос: что явилось непосредственной причиной смерти Ч.: причиненная травма головы или неадекватные действия медицинских работников? Разрешение данной следственной ситуации, помимо прочего, напрямую влияло и на правовую квалификацию действий виновного.

Хорошо помню, что допросы медицинских работников ясности не внесли – подсудно создавалось впечатление, что врачи защищают «честь своего мундира» и нивелируют ситуацию. Комплексная судебно-медицинская экспертиза, проведенная в Главном бюро судебно-медицинской экспертизы, также не «пролила свет». Из заключения вытекало, что врачи в данной ситуации могли действовать по-разному и все их действия были обоснованными. Учитывая, что и практикующие медицинские работники, и эксперты принадлежали к одному ведомству – Министерству здравоохранения, сложилось устойчивое убеждение, что все они мотивированы «круговой порукой». По формальным признакам, как следователь, в производстве которого находилось уголовное дело, я сделал все от себя зависящее, чтобы установить истину. А. по приговору суда был осужден к 8 годам лишения свободы и в этом смысле возмездие наступило. Но ощущение того, что к смерти Ч. причастны и непрофессиональные действия медицинских работников, не оставляет меня и по сей день.

Подобного рода умозаключения следственных работников, к сожалению, не редки. Они имеют под собой и фактологическую основу. Корпоративность медицинских работников, применительно к расследованию преступлений в сфере оказания медицинской помощи, стали также и предметом исследований ученых.

В частности Н.А. Огнерубов указывает на то, что «сложность процесса доказывания по делам о криминальных ятрогенных связана с причиной субъективного характера, которой выступает высокая степень профессиональной солидарности медицинских работников, в том числе и экспертов, что затрудняет выявление и расследование соответствующих преступлений»<sup>1</sup>, а, к примеру, Ивашин И.В. по вышеизложенным причинам сделал вывод о нецелесообразности производства судебных экспертиз по уголовным делам о профессиональных преступлениях медицинских работников в учреждениях судебно-медицинской экспертизы, находящихся в ведении органов управления здравоохранением, в подчинении которых одновременно находятся лечебно-профилактические учреждения, в которых произошли расследуемые в рамках уголовных дел события<sup>2</sup>.

Очевидно, что научному сообществу необходимо вырабатывать и предлагать соответствующие меры, способные обеспечить устойчивую независимость экспертов, прежде всего, от внутриведомственного влияния и, даже, давления. Однако это тема самостоятельного научного исследования.

Несмотря на очевидные проблемы в работе судебно-медицинских комиссий по криминальным ятрогенным, они продолжают оставаться важнейшим процессуальным средством получения доказательственной информации по анализируемой категории дел. По данным того же Ивашина И.В. нарушения в действиях медицинских работников по данным анализа результатов судебно-медицинских экспертиз выявлялись в подавляющем большинстве случаев их проведения (79%), а задачами судебно-медицинской экспертизы является разрешение вопросов, способствующих установлению обстоятельств, подлежащих доказыванию по уголовному делу<sup>3</sup>.

<sup>1</sup>Огнерубов Н.А. Ятрогенная преступность: причины и меры предупреждения // Социально-экономические явления и процессы. 2010. № 4(020). С.121–126.

<sup>2</sup>Ивашин И.В. Судебно-медицинские аспекты профессиональных преступлений медицинских работников против жизни и здоровья. Автореф. канд. дис. М., 2005. С.22.

<sup>3</sup>Ивашин И.В. Там же. С.8–12.

Говоря о преступлениях медицинских работников, в специальной литературе можно встретить различные мнения на этот счет<sup>1</sup>. В частности А.Ш. Гильфанова все преступления медицинских работников подразделяет на преступления: связанные с неисполнением ими своих профессиональных обязанностей; сопряженные с ненадлежащим исполнением своих профессиональных обязанностей; вызванные злоупотреблением своими обязанностями, а также основанные на превышении своих профессиональных обязанностей<sup>2</sup>.

Не дискутируя и не оценивая те или иные авторские подходы к классификации преступлений, совершаемых медицинскими работниками, отметим лишь, тот факт, что большинство из таких деяний, традиционно расследуемых дознавателями и следователями различной ведомственной принадлежности, не вызывают проблем с точки зрения обеспеченности специальными криминалистическими методиками, поскольку они давно подготовлены учеными, многократно уточнены на практике, имеют достаточные методическое обеспечение и разработанность, актуальны по своей сути.

Сложность с нашей точки зрения вызывает другая группа преступлений, которые связаны с неблагоприятностью последствий от действий врачей, получившие среди специалистов наименование – «ятрогения».

Сформулировав понятие «ятрогенного преступления», в частности, Л.В.Сухарникова выделила основные признаки таких преступлений: их субъектом она определила медицинского работника, независимо от его должностного положения; по ее мнению, совершение преступления происходит при выполнении медицинских профессиональных обязанностей в результате нарушения правил оказания медицинской помощи или должностных инструкций или в результате бездействия; обязательны причинение вреда здоровью или смерть потерпевшего, отсутствие умысла по отношению к наступившим последствиям, а также прямая причинно-следственная связь между совершенным деянием и преступными последствиями<sup>3</sup>.

Освещая ятрогенные преступления, Н.А.Огнерубов отметил, что одной из основных причин преступности в сфере оказания медицинской помощи является ее повышенная латентность, обусловленная сложностью расследования и установления причинной связи между действиями (бездействиями) медицинских работников и наступившими последствиями. Наличие латентности таких прецедентов отмечено и другими авторами<sup>4</sup>.

Огнерубов Н.А. также определил сложность процесса доказывания по делам о криминальных ятрогениях двумя основными причинами: объективного характера – недостаточной изученностью биологических процессов в организме, сложностью установления правильного диагноза и назначения соответствующего лечения в связи со множеством противопоказаний воздействия на организм человека отдельных лекарственных препаратов; субъективного характера – когда причинение вреда здоровью экспертами связывается не с дефектами оказания медицинской помощи, а с объективными причинами, приведенными выше<sup>5</sup>.

По мнению цитируемого автора, дополнительные трудности создает и отсутствие соответствующих знаний у следователей и дознавателей, в компетенцию которых входит расследование этой группы преступлений, отсутствие четкого алгоритма действий по выявлению криминальных ятрогений.

Между тем специальные исследования ученых содержат такие алгоритмы. Примером может служить диссертационное исследование Л.В.Сухарниковой, которая помимо выделения

---

<sup>1</sup> Волженкин Б.В. Служебные преступления. М.: Норма, 2010. 310 с.; Уголовное право/ под ред. Н.И. Ветрова. М.: Новый юрист, 2014. 570 с.

<sup>2</sup> Гильфанова А.Ш. Понятие преступлений медицинских работников против жизни и здоровья // Историческая и социально-образовательная мысль. 2014. № 4 (26). С. 333–336.

<sup>3</sup> Сухарникова Л.В. Особенности расследования неосторожного причинения вреда жизни и здоровью граждан медицинскими работниками в процессе профессиональной деятельности. Автореф. канд. дис. Санкт-Петербург. 2006. 26 с.

<sup>4</sup> Венев Д.А. Криминалистическое обеспечение расследования преступлений против жизни и здоровья, совершаемых при оказании медицинских услуг. Автореф. канд. дис. М., 2016. 30 с.

<sup>5</sup> Огнерубов Н.А. Указ. соч. С.124.

структурных элементов криминалистической характеристики ятрогенных преступлений, детально исследовала признаки субъекта таких преступлений, определила наиболее типичные места совершения преступлений данного вида, классифицировала основания для возбуждения уголовных дел, подробно проанализировала круг обстоятельств, подлежащих исследованию на месте происшествия, по существу разработав частную криминалистическую методику расследования криминальных ятрогений<sup>1</sup>. В специальной литературе содержатся и другие исследования, содержащие подобные методики<sup>2</sup>.

Ограниченность допущенного объема публикации не позволяет полно осветить данную проблему, а также все ее нюансы.

Очевидно одно – в формате доследственной проверки обстоятельств ятрогений, установление достоверности их криминальной сущности, привязка их к конкретным субъектам, в полномочия которых входит качественное оказание медицинской помощи, установление причинно-следственной связи деяния и его общественно-опасных последствий возможно исключительно средствами, закрепленными в главе 10 и 11 УПК РФ. Только в этом случае материалы досудебного производства могут стать основой для обоснованных выводов о наличии или отсутствии в действиях конкретного медицинского работника признаков преступления.

**В.Д. Дармаева,  
Е.В. Еремина,  
Е.О. Майер**

### **Правовые критерии оценки качества медицинской помощи**

**Аннотация.** Статья посвящена проблеме производства судебных экспертиз по «медицинским делам», оценки качества медицинской помощи. Авторы указывают на необходимость разработки и законодательного регулирования критериев такой оценки.

**Ключевые слова:** судебно-медицинская экспертиза, некачественная медицинская помощь, специалисты в области медицинского права, экспертиза по вопросам качества медицинской помощи.

Судебно-медицинская экспертиза является одним из видов медицинских экспертиз, предусмотренных ст. 58 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Употребление понятия «экспертиза» применительно к профессиональной медицинской деятельности приводит в настоящее время к частой подмене понятий «судебная экспертиза как процессуальное явление» и «судебно-медицинская экспертиза как вид работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность».

Так, Федеральный закон от 1 мая 2001 года № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» оперирует понятием судебная экспертиза, а не судебно-медицинская экспертиза.

Таким образом, при возникновении процессуальной необходимости использования профессиональных медицинских знаний в качестве судебной экспертизы может быть назначен один из видов медицинских экспертиз: судебно-медицинская экспертиза (в этом случае название заключения звучит как судебная судебно-медицинская экспертиза), экспертиза временной нетрудоспособности (судебная экспертиза временной нетрудоспособности) и иные виды медицинских экспертиз, предусмотренные Федеральным законом № 323-ФЗ.

Кроме этого, ст. 41 Федерального закона № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» не исключает правомерной возможности поручения

<sup>1</sup> Сухарникова Л.В. Указ. соч. С.16.

<sup>2</sup> Ванев Д.А. Указ. соч.; Иванова Я.И. Методика расследования ятрогенных преступлений, совершаемых в сфере родовспоможения. Автореф. канд. дис. М., 2017. 31 с.



судебной экспертизы по медицинским вопросам конкретному физическому лицу, обладающему специальными знаниями в области науки, техники, искусства или ремесла, но не являющимся государственным судебным экспертом.

Фактическая правомочность производства судебных экспертиз вне медицинских учреждений государственной и муниципальной системы здравоохранения лицами, не являющимися государственными судебными экспертами, подтверждена также ч.2 ст.195 УПК РФ, ст.71, ст.79, ч.1 ст.84 ГПК РФ, ст.25.9 КоАП, ст.83 АПК РФ.

Названные положения кодифицированных законов связывают возможность привлечения лица в качестве эксперта для проведения экспертизы и дачи заключения только с наличием у него специальных познаний в науке, технике, искусстве или ремесле, а не с наличием лицензии на судебно-экспертную или иную лицензируемую в сфере медицины деятельность у определенной организации, привлекающей непосредственно эксперта для исполнения его функций или фактом осуществления потенциальным экспертом практической деятельности в момент его востребованности судом.

Главным принципом полноты и достаточности процессуальной оценки качества медицинской помощи является принцип учета всех факторов, оказывающих влияние на «медицинский результат».

«Некачественная медицинская помощь» в настоящее время может быть определена как нарушение в совокупности требований нормативно-правовых актов и профессиональных правил («обычаев» по смыслу ст. 5 ГК РФ) - с учетом положений ст.309 ГК РФ, ч.21 ст. 2 ФЗ от 21.11.2011 г. № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

Повсеместно используемая для оценки качества медицинской помощи судебно-медицинская экспертиза по своему содержанию не подразумевает анализ всех факторов, характеризующих качественность медицинской помощи, в частности определение соответствия медицинской деятельности требованиям имеющихся нормативных актов.

Этим требованиям отвечает фактически востребованная правоприменительной практикой в РФ «медико-юридическая» экспертиза, включающая оценку нормативно-правовых актов и профессиональных правил («обычаев» по смыслу ст. 5 ГК РФ). Анализ данных норм позволяет учесть все разрозненные критерии (административные и медицинские стандарты, законодательные нормы, акты органов исполнительной власти, общепринятые профессиональные нормы и правила, не регламентированные юридически, требования правил, утвержденных общественными медицинскими организациями и т.д.) различных систем медицинской экспертизы.

Оценка соответствия действий врачей нормативно-правовым актам является крайне важной для объективной и полной оценки «медицинского результата» и должна быть проведена надлежащими специалистами - организаторами здравоохранения или специалистами в области медицинского права (специалисты, имеющие два образования: медицинское и юридическое).

Действующее законодательство РФ позволяет использовать данный вид экспертиз в качестве судебной экспертизы по вопросам качества медицинской помощи. В этом случае, экспертиза приобретает статус судебной с конкретными процессуальными последствиями, касающимися силы экспертного заключения как доказательства в судебном процессе.

Для полной, достоверной и объективной оценки качества медицинской помощи с точки зрения надлежащности профессиональной медицинской деятельности и обоснованности привлечения медицинской организации или медицинского работника к юридической ответственности необходима обязательная комплексная оценка двух групп норм: нормативно-правовых актов, и общепринятых профессиональных правил («обычаев» по смыслу ст. 5 ГК РФ) (морально-этические аспекты качества медицинской помощи могут быть оценены юридически значимо только судом), регулирующих предоставление и оказание медицинской помощи.

Данное рассуждение в полной мере соответствует положениям ст.309 ГК РФ, а также определению понятия качество медицинской помощи (ч.21 ст. 2 ФЗ от 21.11.2011 г. № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»).

Если в состав экспертной комиссии Бюро СМЭ специалисты, имеющие сертификат по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье» не включены, это позволяет говорить о вероятной недопустимости их выводов в отношении качества медицинской помощи, т.к. эти выводы будут сделаны ненадлежащим составом экспертной комиссии.

Профессиональные нормы и правила оказания медицинской помощи («обычаи» в определении статьи 5 Гражданского Кодекса РФ) основаны на специальных знаниях этиологии (причин) и патогенеза (механизма развития) заболевания с учетом индивидуальных анатомо-физиологических особенностей больного, знании наиболее эффективных методик лечения того или иного заболевания, используемых в клинической практике на территории Российской Федерации, а также установленными общественными медицинскими организациями принципами осуществления профессиональной врачебной помощи.

Профессиональные нормы содержатся в специальной медицинской литературе, включая учебную литературу курса высшего профессионального медицинского образования, различные методические рекомендации, монографии специалистов, решения съездов и конференций и т.д., что позволяет при проведении экспертизы делать конкретные ссылки на профессиональную литературу в обоснование мнения эксперта.

2. В настоящее время оценка качества медицинской помощи в полномочия специалистов - судебно-медицинских экспертов не входит.

Приказом Минздравсоцразвития РФ от 12.05.2010 № 346н «Об утверждении Порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации» оценка качества медицинской помощи в рамках судебно-медицинской экспертизы не предусмотрена. Требования к квалификации «врач-специалист» и «врач судебно-медицинский эксперт», утвержденные Приказом МЗ и СР РФ № 541н от 23.07.2010 г. «Об утверждении единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «квалификационные характеристики работников в сфере здравоохранения», также различны.

Действующая нормативная документация соотносит вопросы оценки качества медицинской помощи со специальностью «организация здравоохранения и общественное здоровье».

Профильные специалисты (невролог, терапевт и т.д.) правомочны лишь проводить оценку использованных при лечении пациента профессиональных норм и правил («обычаев» по смыслу ст.5 ГК РФ) по своей специальности, что не является оценкой качества медицинской помощи в целом, т.к. такая оценка предусматривает кроме анализа профессиональных норм и правил также анализ имеющихся нормативно-правовых требований в области организации, видов и объемов медицинской помощи, т.к. они по определению оказывают непосредственное влияние на качество оказываемой помощи и имеют принципиальное значение для его юридически значимой оценки.

Оценка полноты и правильности реализации нормативно-правовых требований в сфере медицины - компетенция специалистов по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье».

К приведенным рассуждениям не относится «экспертиза качества медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования», т.к. данный вид экспертизы не является видом медицинских экспертиз, урегулированных Федеральным законом. Данный вид экспертизы - иной дополнительный вид экспертных оценок по вопросам качества медицинской помощи, разработанный и используемый только в рамках системы обязательного медицинского страхования. Нормативно установленные всеобъемлющие, универсальные, конкретные критерии качества медицинской помощи в настоящее время установлены Приказом Минздрава России от 07.07.2015 № 422н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи». Однако с учетом даты издания данного Приказа, на рассматриваемый случай оказания медицинской помощи его положения распространены быть не могут.

**По вопросу об ответственности медицинских работников  
за причинение вреда здоровью средней тяжести вследствие  
ненадлежащего исполнения своих профессиональных обязанностей**

**Аннотация.** В статье рассматриваются особенности ответственности медицинских работников за причинение средней тяжести вреда здоровью вследствие ненадлежащего исполнения ими своих профессиональных обязанностей. На основе изучения материалов следственной практики, авторы исследования приходят к закономерному выводу о необходимости внесения отдельных изменений в уголовное законодательство.

**Ключевые слова:** ятрогенные преступления; ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей; вред здоровью.

Актуальность избранной проблематики обусловлена неуклонным ростом случаев оказания медицинской помощи ненадлежащего качества, последствиями которых становятся развитие различных осложнений и заболеланий, а порой и смерть пациента. Умышленные и неосторожные общественно опасные деяния медицинских работников, совершаемые ими при исполнении своих профессиональных и служебных обязанностей и нарушающие основные принципы, а также условия оказания медицинской помощи, в научных кругах получили название «ятрогенные преступления»<sup>1</sup>.

В последнее время повышенное внимание ятрогенным преступлениям уделяет Следственный комитет Российской Федерации. На контроле у председателя Следственного комитета РФ А.И. Бастрыкина находится ряд уголовных дел, возбужденных в отношении медицинских работников, оказавших ненадлежащую медицинскую помощь, повлекшую либо смерть пациентов, либо причинение вреда их здоровью.

В сентябре 2016 года под руководством председателя Следственного комитета РФ А.И. Бастрыкина состоялась коллегия по вопросам организации работы по расследованию ятрогенных преступлений. В ходе своего выступления председатель Следственного комитета РФ Бастрыкин А.И. привел статистические данные о преступлениях указанной категории, отметив, что: «в 2015 году потерпевшими от ятрогенных преступлений признаны 888 человек. Из них вследствие врачебных ошибок и ненадлежащего оказания медицинской помощи погибло 712 человек, в том числе 317 детей. В 2016 году из 352 человек, погибших вследствие врачебных ошибок и ненадлежащего оказания медицинской помощи – 142 ребенка. В первом полугодии 2016 года в следственные органы Следственного комитета Российской Федерации поступило 2 516 сообщений о преступлениях, связанных с врачебными ошибками и ненадлежащим оказанием медицинской помощи, по результатам их рассмотрения возбуждено 419 уголовных дел»<sup>2</sup>.

Необходимо учитывать, что не все ятрогенные преступления включаются в официальную статистику, так как им характерна высокая степень латентности, обусловленная корпоративной солидарностью медицинских работников. Так, Тузлукова М.В., исследовав причины и условия совершения ятрогенных преступлений, обратила внимание, что высокая латентность данной категории преступлений сохранится и в ближайшие годы. Понимание высококвалифицированным преступником того факта, что обнаружение следов и иных доказательств совершения им ятрогенного преступления представляет определенную сложность для следствия, провоцирует виновного на совершение новых преступлений. Для

<sup>1</sup> См., например: Профессиональные преступления медицинских работников / А.Л. Хлапов и др. // Матер. Всерос. науч.-практ. конф. / под ред. Ю.Д. Сергеева, С.В. Ерофеева. Иваново; Владимир, 2008. с. 56.

<sup>2</sup> В СК России состоялась коллегия по вопросам расследования преступлений, связанных с некачественным оказанием медицинской помощи. [Электронный ресурс: Официальный сайт Следственного комитета РФ] URL: <http://sledcom.ru/news/item/1069831/> (дата обращения 29.01.2018).

эффективного противодействия рассматриваемым преступным деяниям, необходима разработка новых методик по расследованию ятрогенных преступлений, основанная на использовании специальных знаний<sup>1</sup>.

В октябре 2017 года председатель Следственного комитета РФ Бастрыкин А.И. провел очередное совещание по вопросам расследования ятрогенных преступлений, на котором дал поручение разработать изменения в Уголовный кодекс Российской Федерации в части введения специальной нормы, предусматривающей ответственность за совершение преступлений, связанных с врачебными ошибками и ненадлежащим оказанием медицинской помощи<sup>2</sup>.

С учетом возрастающей негативной тенденции по увеличению количества фактов ненадлежащего оказания медицинской помощи, урегулирование вопросов ответственности медицинских работников и предупреждения совершения таких правонарушений на будущее представляется как актуальным, так и обоснованным.

Проведенный анализ судебно-следственной практики показывает, что при расследовании ятрогенных преступлений, следователь сталкивается с затруднениями при квалификации действий (бездействия) медицинского работника, установлении взаимосвязи между действиями (бездействием) и наступившими последствиями, роли потерпевшего в наступлении последствий и т.д.

В следственной практике мы столкнулись с ситуацией, когда ребенку шести лет была оказана медицинская помощь ненадлежащего качества, в результате чего у ребенка был установлен диагноз контрактура Фолькмана и инвалидность. По данному поводу мать ребенка обратилась в правоохранительные органы с заявлением, в результате проведенной по ее заявлению доследственной проверки было возбуждено уголовное дело по ч. 2 ст. 118 УК РФ (причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности совершенное вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей).

В рамках расследования уголовного дела следователем была назначена комиссионная судебно-медицинская экспертиза, по результатам которой была установлена прямая причинно-следственная связь между дефектами оказания медицинской помощи и наступившими последствиями. Эксперты установили, что ребенку был причинен вред здоровью средней тяжести, а факт установления инвалидизации у ребенка, как указывают эксперты, никоим образом не означает полной утраты общей и/или профессиональной трудоспособности и не является квалифицирующим признаком тяжкого вреда здоровью.

Учитывая такую квалификацию степени тяжести причиненного вреда здоровью ребенка, привлечь медицинских работников к уголовной ответственности не представляется возможным, поскольку отсутствует соответствующая норма в Уголовном кодексе.

При этом, в настоящее время здоровье ребенка так и не восстановлено. Учитывая диагноз (контрактура Фолькмана), который поставили ребенку медицинские работники, занимавшиеся восстановлением здоровья потерпевшей после оказания некачественной медицинской помощи, здоровье никогда не будет восстановлено до прежнего состояния, и рука ребенка не приобретет качеств и свойств полностью здоровой руки. Вместе с этим, существует еще и риск, при котором рука ребенка может перестать расти вовсе.

Ранее в Уголовном кодексе Российской Федерации (до принятия Федерального закона от 08.12.2003 № 162-ФЗ «О внесении изменений и дополнений в Уголовный кодекс Российской Федерации») существовала норма, предусматривавшая уголовную ответственность за причинение средней тяжести вреда здоровью по неосторожности, совершенное вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей (ч. 4 ст. 118 УК РФ). Но в свете гуманизации уголовного законодательства данная норма была исключена.

<sup>1</sup> См.: Тузлукова М.В. Использование специальных знаний при расследовании ятрогенных преступлений: дисс. канд. юрид. наук. Казань, 2015. С. 58.

<sup>2</sup> В СК России состоялось совещание по вопросам расследования преступлений, связанных с врачебными ошибками [Электронный ресурс: Официальный сайт Следственного комитета РФ] URL: <http://sledcom.ru/news/item/1168957/> (дата обращения 29.01.2018)

На наш взгляд, гуманизация закона не должна нарушать принцип справедливости и умалять права потерпевших по отношению к медицинским работникам. В соответствии с ч. 2 ст. 43 УК РФ наказание применяется в целях восстановления социальной справедливости, а также в целях исправления осужденного и предупреждения совершения новых преступлений.

В рассмотренной нами ситуации с причинением вреда здоровью ребенка средней тяжести в результате дефектов оказания медицинской помощи, применить к медицинским работникам наказание, соразмерное характеру и степени причиненного ими вреда здоровью и наступившим в результате этого последствиям, не представляется возможным, поскольку по Уголовному кодексу Российской Федерации медицинский работник может быть привлечен либо за причинение по неосторожности тяжкого вреда здоровью либо за причинение по неосторожности средней тяжести вреда здоровью больного в результате неоказания помощи больному без уважительных причин (ст. 124 УК РФ).

Таким образом, в настоящее время рассматриваемая нами проблема ответственности медицинских работников за дефекты оказания медицинской помощи регулируется только гражданским законодательством, которое устанавливает гражданско-правовую ответственность медицинских работников за причинение вреда здоровью пациента на общих основаниях. На наш взгляд, это не позволяет достигнуть восстановления социальной справедливости, в результате чего пациент остается в ущемленном положении, вместе с этим повышается риск повторения аналогичных ситуаций, так как врачи будут понимать, что наказание за ненадлежащее исполнение обязанностей не предусмотрено.

По гражданскому законодательству (ст. 1085 ГК РФ) при причинении гражданину увечья или ином повреждении его здоровья возмещению подлежат:

1) утраченный потерпевшим заработок (доход), который он имел либо определенно мог иметь,

2) дополнительно понесенные расходы, вызванные повреждением здоровья, в том числе расходы на лечение, дополнительное питание, приобретение лекарств, протезирование, посторонний уход, санаторно-курортное лечение, приобретение специальных транспортных средств, подготовку к другой профессии, если установлено, что потерпевший нуждается в этих видах помощи и ухода и не имеет права на их бесплатное получение.

Однако чаще всего иски предъявляются не к конкретному врачу, который допустил дефекты оказания медицинской помощи, а к медицинскому учреждению, в связи с чем врач прямой ответственности за причиненный им вред не несет, что также способствует увеличению случаев ненадлежащего исполнения своих обязанностей.

Считаем, что денежная компенсация, которая может быть выплачена за причиненный вред здоровью потерпевшего, несоизмерима с теми страданиями, которые испытывает потерпевший в результате причинения этого вреда.

Учитывая вышеизложенное, считаем, что необходимо установить уголовную ответственность за причинение по неосторожности вреда здоровью средней тяжести, вследствие ненадлежащего оказания медицинской помощи. Вместе с этим, необходимо разработать такую систему мер наказания в целях предупреждения совершения в будущем аналогичных преступлений, которая бы предусматривала отстранение медицинских работников от работы и на время отстранения обязывала бы их проходить переподготовку в целях совершенствования навыков и получения новых знаний для более эффективной работы и предупреждения в будущем повторения аналогичных случаев.

## Становление ответственности за врачебные преступления

**Аннотация.** Статья содержит краткое изложение ответственности за врачебные преступления по древним памятникам права. В их числе законы Хаммурапи и Ману, а также правды: Салическая, Вестготская, Помезанская и др. Первые законодательные акты Древней Руси закрепляют преступность и наказуемость нетрадиционного лечения. Правда Русская, церковные и уставные грамоты предусматривают наказание за лекарничество и знахарство.

**Ключевые слова:** закон, врачевание, лекарь, врачебные преступления, ответственность, варварские правды, Правда Русская, церковные уставы.

Врачевание людей - одна из самых древних профессий. Она возникла в недрах родоплеменных сообществ. В ту эпоху продолжительность жизни человека не превышала 35-40 лет, потому что его постоянно сопровождали различные эпидемии, болезни и расстройства здоровья. Социум противодействует этим вызовам и постепенно накапливает эмпирические знания по врачеванию. Острая и постоянная необходимость в медпомощи приводит к пониманию того, что без врачевателя существование невозможно. Каждое сообщество обзаводится лекарем, обладающим совокупностью достаточных знаний необходимых для оказания помощи медицинского характера. В обязанности такого специалиста входит врачевание ран, болезней, операционное вмешательство и другие виды исцеления, а также родовспоможение, т.е. медицинская помощь женщинам во время беременности, родов и в послеродовой период. Для этих целей используются как традиционные так и не традиционные методы лечения. Данный вывод обусловлен эволюцией человеческого рода и той скудной информацией, которую содержат памятники права.

Первые письменные законы разных стран подтверждают наличие такой категории медработников. Это лекари, знахари, зелейники, чародеи и другие врачеватели. В их обязанности входит исцеление людей, в том числе за установленную законом плату. Безусловно, что больной человек как потребитель лечебной помощи желает получить за деньги услуги высокого качества, в результате которых он окажется в добром здравии. Поэтому обратной стороной платного восстановления здоровья является ответственность врача за ненадлежащее исполнение своих профессиональных обязанностей.

Ответственность лекаря регламентирует закон древневавилонского царя Хаммурапи (XVIII в. до н.э.). Специальные нормы посвящены медицинским операциям, их тарификации и карам за не излечение. Размер гонорара врача зависит от сложности хирургического вмешательства, медицинского лечения и социального положения пациента (ст. 215-217, 221-223), а врачебная ошибка эквивалентна членовредительству сама по себе. Если в результате тяжелой операции бронзовым ножом лекарь «убил этого человека», либо «выколол глаз человеку», то он подвергается членовредительному наказанию и «ему должны отрубить кисть руки». Смерть раба на операционном столе расценивается как убийство и свидетельствует о низком профессиональном уровне специалиста. Такие последствия подлежат возмещению по идее талиона – «раба за раба». В других случаях, когда лекарь не достигает цели излечения, он подвергается материальному наказанию (ст. 218-220). Приведенные суровые наказания вероятно носили превентивный характер. Такой вывод следует из заключения кодекса, в котором царь признается, что не все недуги излечиваются. Хаммурапи проклинает того кто не будет чтить его постановления и просит богов строго наказывать такого человека. Он желает ему заболеть тяжелой болезнью, злой хворью, а также получить болезненную рану, «которую не исцелить, в которой лекарь несведущ, которую даже перевязкой нельзя успокоить, которую, подобно смертельному укусу, не искоренить, и пусть он оплакивает свою прежнюю мужскую силу, пока его жизнь не угаснет»<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Тураев Б.А. Законы Хаммурапи. М.: Издательство ИП Стрельбицкий, 2015. 160 с.

Древнеиндийский Свод законов Ману (X-V вв. до н.э.) карает штрафом лекаря за неудачное лечение больного. Данный факт должен быть установлен «на основании фактов» и подлежит обнаружению, а «царю следует надлежаще наказать» преступника в соответствии «с сущностью преступления» (ст. 259, 261-262 гл. IX). Сумма денежного взыскания зависит от кастового положения пациента: «Штраф для всех лекарей, действующих неверно, [такой]: по отношению не к людям – первый, по отношению к людям – средний» (ст. 284 гл. IX). Размер первого штрафа составляет 250 пан, среднего – 500, а высшего – тысяча (ст. 138 гл. VIII)<sup>1</sup>.

Современный взгляд на врачебные преступления сформировался после принятия христианства европейскими странами. В варварских правдах закрепляется ответственность лекаря в зависимости от практического и нетрадиционного метода лечения и его результатов.

По древнеармянским Шаапиванским канонам (444 г.) уличенный в колдовстве согласно «писания, подлежит побиию камнями», а если покается, то «эпитимии пожизненно» (ст. VIII). Не только целительство, но и обращение «к ворожеям или к чародеям» за оказанием медицинской помощи подлежит денежному взысканию и телесному наказанию. Несмотря на столь строгое воздействие и повсеместное преследование языческих лекарей их успехи были очевидны. Собор армянской церкви установил состав преступления: «если к ворожеям обратиться епископ или иерей», а также другие церковнослужители или члены их семей. Они лишались сана и выплачивали повышенный штраф, ибо обвинены справедливо: «Разве нет Бога в Израиле, что вы идете вопрошать Веельзевула»<sup>2</sup> о болезни своей (ст. IX)<sup>3</sup>.

Постановления Салической правды (VI в.) определяют плату за «лечение» (ст. 6 кап. II). Кодекс преследует лечебно-вредоносные практики, которые совершены в отношении человека «с целью умертвить его» либо причинить «порчу другому». Виновник такого «преступления» присуждается к уплате штрафа (гл. XIX)<sup>4</sup>.

Вестготская Правда (654 г.) устанавливает договорный характер оказания врачебной помощи. Вызов «к больному по соглашению» означает, что «после того как врач осмотрел рану или установил болезнь, он тотчас же в соответствии с точно определенным соглашением принимает больного». Врач возвративший «больному прежнее здоровье» получает «за свое благодеяние 5 солидов». Неудачное лечение свободного человека, повлекшее смерть наказывается крупным штрафом в размере «150 солидов», а гибель раба влечет возмещение «раба такой же стоимости» (ст. 1.3, 1.5-1.6 гл. XI)<sup>5</sup>.

Пролог Правды англо-саксонского короля Альфреда (90-е годы IX в.) повествует об обязанностях лекаря (ст. 17) и предусматривает ответственность «чародеев... излечивающих злым духом». Женщины, осуществляющие такую практику «пусть будут лишены жизни» (ст. 30)<sup>6</sup>.

Помезанская Правда (1340 г.) вводит договорный характер оказания врачебной помощи за плату, «и врач должен ею удовлетворяться» (ст. 7, 90, 119). При проведении лечения учитывается тяжесть телесных повреждений, их характер и уровень медицинских знаний. На основе

<sup>1</sup> Законы Ману. Пер. С.Д. Эльмановича, провер. и испр. Г.Ф. Ильиным. М.: Издательство восточной литературы, 1960. 240 с.

<sup>2</sup> Упоминается в Ветхом Завете как божество филистимлян, почитаемое в Аккароне: «Охозяя же упал чрез решетку с горницы своей, что в Самарии, и занемог. И послал послов и сказал им: пойдите, спросите у Веельзевула, божества Аккаронского: выздоровею ли я от этой болезни? Тогда Ангел Господень сказал Или Фесвитянину: встань, пойди на встречу посланным от царя Самарийского и скажи им: разве нет Бога в Израиле, что вы идете вопрошать Веельзевула, божество Аккаронское? За это так говорит Господь: с постели, на которую ты лег, не сойдешь с нее, но умрешь» (4 Цар. 1, 2-4).

<sup>3</sup> Шаапиванские каноны – древнейший памятник армянского права. Пер. С. Аревшатяна. Историко-филологический журнал 1959. № 2-3 (5-6). Электронный ресурс. Режим доступа: <http://www.vostlit.info>.

<sup>4</sup> Салическая правда. Пер. Н.П. Грацианского. М., Образц. тип. им. Жданова. 1950. Электронный ресурс. Режим доступа: [www.vostlit.info](http://www.vostlit.info).

<sup>5</sup> Вестготская Правда. Хрестоматия по истории средних веков. Под ред. С.Д. Сказкина. Т. I. М., Соцэкгиз. 1961. Электронный ресурс. Режим доступа: [www.vostlit.info](http://www.vostlit.info).

<sup>6</sup> Фрагменты кодекса короля Альфреда. Пер. С.В. Санникова. История государства и права, № 20. 2009. Электронный ресурс. Режим доступа: [www.vostlit.info](http://www.vostlit.info).

этих критериев не всегда возможно спасти человека с тяжкими ранами, которые обычно влекут за собой смерть. К этой категории относится и пролом головы. Если врач все-таки «вылечит раненого мужа» то получает повышенное денежного вознаграждение в размере 1 марки. Если «не вылечит» то летальный исход в данном случае не влечет какой-либо ответственности, а только уменьшает размер оплаты до четверти марки (ст. 8-9)<sup>1</sup>.

Составитель Правды Русской князь Ярослав (1016 г.) устанавливает размер оплаты «лекарию» за оказание медицинской помощи (ст. 2)<sup>2</sup>. Кроме врачей данной практикой занимаются целители, использующие языческие приемы недопустимые в христианском государстве. Поэтому креститель Руси князь Владимир в своем Уставе о церковных судах признает подобное исцеление особо опасным и криминализует его<sup>3</sup>. Наказуемым объявляется: «зелиничество» (ст. 9) - лекарничество и знахарство, т.е. целительство травами, заговорами и нашептыванием с использованием магических процедур. Уставом также было «отнесено к преступлению и ложное обвинение («урекание») в указанных проступках»<sup>4</sup>. Устав князя Всеволода о церковных судах также признает уголовно наказуемым «зелеиничество» и урекание в «зелии» (ст. 6)<sup>5</sup>. Устав князя Ярослава «О церковных судах» Пространной редакции вводит наказание жене-зелейнице, которая изготавливает зелье из трав для лечения своего мужа (ст. 38). Если у женщины возникнет умысел на убийство собственного мужа с использованием зелья, то это виновное деяние служит основанием для развода «разлучати мужа с женою» (ст. 53.3)<sup>6</sup>.

Смоленские уставные грамоты (1136 г.) объявляют преступным лекарничество и знахарство зельями, а также самое тяжкое преступление - «душегубство» совершенное с использованием зелья (1, ст. 11 СУГ)<sup>7</sup>. Вероятно, данный способ убийства имел широкое распространение в языческой среде. Об этом свидетельствует и Приложение к Помезанской Правде: «отравление было издавна распространено среди пруссов... они много и часто при питье отравляли христиан, отчего умерли многие храбрые герои»<sup>8</sup>. Вот почему христианские законы категорически запрещают всякое лечение зельями.

Таким образом, немногочисленные нормы древних памятников права регулирующих начальный этап становления врачебной деятельности и профессиональной ответственности позволяют заключить, что на данном этапе оказывается как практическая так и не традиционная медицинская помощь. При традиционном лечении мера ответственности врача за неудачное врачевание не одинакова. Отдельные законы не дифференцирует ее в зависимости от формы вины и уровня медицинских познаний, а закрепляют абсолютную ответственность целителя за любой вред здоровью больного. Позднее устанавливается виновная ответственность и добросовестный врачеватель, не излечивший пациента, не подлежит ответственности. Нетрадиционное лечение признается вредоносным. Деяние такого лекаря образует состав преступления и предусматривает строгое наказание.

<sup>1</sup> Помезанская Правда. Пер. А.В. Десницкой. Воспроизведен по изд.: Пашуто В.Т. Помезания. М., АН СССР. 1955. Электронный ресурс. Режим доступа: [www.vostlit.info](http://www.vostlit.info).

<sup>2</sup> Русская правда краткой редакции (По академическому списку). Законодательство Древней Руси. Т. 1. М., Юридическая литература. 1984. С. 47.

<sup>3</sup> Устав святого князя Владимира, крестившего Русскую землю, о церковных судах. Законодательство Древней Руси. Т. 1. М., Юридическая литература. 1984. С. 149.

<sup>4</sup> Кутафин О.Е., Лебедев В.М., Семигин Г.Ю. Судебная власть в России: история, документы. В 6 т. Науч. консультант проекта Е.А. Скрипилов. Т. 1. Начала формирования судебной власти. Отв. ред. Н.М. Золотухина. М.: Мысль, 2003. С. 520.

<sup>5</sup> Устав великого князя Всеволода о церковных судах и о людех и о мерилах торговых. Законодательство Древней Руси. Т. 1. М., Юридическая литература. 1984. С. 251.

<sup>6</sup> Устав князя Ярослава о церковных судах (Пространная редакция). Законодательство Древней Руси. Т. 1. М., Юридическая литература. 1984. С. 191-192.

<sup>7</sup> Смоленские уставные грамоты. Законодательство Древней Руси. Т. 1. М., Юридическая литература. 1984. С. 215.

<sup>8</sup> Помезанская Правда. Пер. А.В. Десницкой. Воспроизведен по изд.: Пашуто В.Т. Помезания. М., АН СССР. 1955. Электронный ресурс. Режим доступа: [www.vostlit.info](http://www.vostlit.info).



### Вопросы квалификации должностных преступлений, совершаемых медицинскими работниками

**Аннотация.** В настоящей статье автором рассматриваются вопросы, связанные с разграничением «обычного подарка» и «взятки-благодарности». Проводится анализ современного законодательства, сложившейся судебной практики, а также приводятся мнения ученых по обозначенной теме. На основании проведенного анализа, автор делает собственные выводы.

**Ключевые слова:** коррупция, должностные преступления, система здравоохранения, взяточничество, квалификация.

Масштаб коррупции в России достиг значительного уровня<sup>1</sup>, что вызывает озабоченность руководства государства и всей правоохранительной системы. Данное негативное явление проникло во все сферы жизнедеятельности нашего общества, посредством чего оказывает давление на политическую устойчивость и экономическую безопасность страны, подрывая их изнутри и создавая угрозу национальной безопасности.

Одной из жизненно-важных сфер, является сфера здравоохранения, которая оказалась также поражена коррупцией. Отношение общества к коррупционным проявлениям в рассматриваемой сфере становится толерантным, что негативным образом сказывается на качестве медицинских услуг и помощи больным людям. В результате одна из самых значимых областей общественных отношений оказалась под влиянием коррупционной преступности, наиболее опасной разновидностью которой являются должностные злоупотребления самих работников здравоохранения.

К наиболее распространенным должностным преступлениям в сфере здравоохранения следует отнести злоупотребление должностными полномочиями, превышение должностных полномочий, незаконное участие в предпринимательской деятельности, получение взятки, посредничество во взяточничестве, мелкое взяточничество и служебный подлог. Осуществляя противодействие указанным видам преступлений, правоприменитель часто сталкивается с проблемами квалификации данных деяний.

Одним из таких проблемных вопросов является разграничение «обычного подарка» и так называемой «взятки-благодарности». Сложность заключается в определении той границы, которая делает возможным отделить дисциплинарный проступок от преступного поведения должностного лица, так как действующее уголовное законодательство не содержит положений, определяющих размер минимального вознаграждения.

Обратимся к гражданскому законодательству, а именно к статье 575 Гражданского кодекса РФ («Запрещение дарения»), которая позволяет принимать обычные подарки, стоимость которых не превышает трех тысяч рублей, следующим лицам:

- работникам образовательных организаций, медицинских организаций, организаций, оказывающих социальные услуги, и аналогичных организаций, в том числе организаций для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, гражданами, находящимися в них на лечении, содержании или воспитании, супругами и родственниками этих граждан;
- лицам, замещающим государственные должности Российской Федерации, государственные должности субъектов Российской Федерации, муниципальные должности,

---

<sup>1</sup> Согласно статистическим данным, предоставленным ГИАЦ МВД России с января по сентябрь 2017 года выявлено 18969 преступлений коррупционной направленности. Согласно этой же статистике с января по сентябрь 2017 года было выявлено 5298 преступлений, связанных со взяточничеством (1287 – в крупном или особо крупном размерах), из которых 2730 – получение взятки, 1900 – дача взятки и 668 – посредничество во взяточничестве. (см.: Корниленко Ю.А. Коррупция в статистике современной России // Молодой ученый. 2017. № 46. С. 203–205.

государственным служащим, муниципальным служащим, служащим Банка России в связи с их должностным положением или в связи с исполнением ими служебных обязанностей<sup>1</sup>.

Таким образом, законодатель санкционирует право указанных выше категорий лиц, включая должностных, на принятие подарков в связи с исполнением ими своих служебных обязанностей. Это обуславливает наличие в теории и на практике проблемы, связанной с юридической оценкой действий лиц, вручающих и получающих такие вознаграждения.

На наш взгляд следует поддержать позицию авторов, полагающих, что «обычный подарок», не влекущий никакой ответственности как для должностного лица его принявшего, так и для вручившего подарок, отличается от взятки не только относительно небольшим размером. Независимо от размера незаконное вознаграждение должностного лица за выполнение им действия (бездействия) с использованием служебного положения должно расцениваться как взятка в следующих случаях:

а) если имело место вымогательство этого вознаграждения;

б) если вознаграждение (или соглашение о нем) имело характер подкупа, обуславливало соответствующее, в том числе и правомерное, служебное поведение должностного лица;

в) если вознаграждение передавалось должностному лицу за незаконные действия (бездействие).

И только в том случае, когда имущественное вознаграждение без какой-либо предварительной договоренности об этом было передано должностному лицу за его правомерное действие (бездействие) по службе, решающим для разграничения подарка и взятки будет размер этого вознаграждения<sup>2</sup>.

Другие юристы (например, Ю.И. Ляпунов) также считают, что положения ст. 575 Гражданского кодекса РФ должны быть положены в основу решения вопроса о верхнем пределе размера материального вознаграждения должностного лица, превышение которого должно признаваться уголовно наказуемой дачей-получением взятки, отмечая при этом, что если сам так называемый «подарок», хотя бы и в меньшей стоимости, чем указанный верхний предел материального вознаграждения, был передан должностному лицу под воздействием с его стороны вымогательства, то содеянное должно рассматриваться как получение взятки и квалифицироваться по п. «б» ч. 5 ст. 290 УК РФ. Данная позиция, с учетом действующего уголовного законодательства и появлением в нем статьи 291<sup>2</sup> УК РФ, предусматривающей ответственность за мелкое взяточничество, является спорной. На наш взгляд следует поддержать позицию Верховного суда Российской Федерации, согласно которой действия лиц направленные на получение или дачу взятки в размере, не превышающем десяти тысяч рублей при наличии квалифицирующих признаков взяточничества следует квалифицировать по ч. 1 ст. 291<sup>2</sup> УК РФ.

В правоприменительной практике возникают также и другие вопросы, требующие дополнительных разъяснений. Например, как оценивать подарок, врученный от нескольких лиц, стоимость которого превышает указанную в законе предельную сумму, но доля каждого из дарителей, вложенная в покупку этого подарка, не превышает данную границу? На наш взгляд, в данном случае следует исходить из стоимости самого подарка, так как это наиболее точно соответствует смыслу закона. При этом правоприменитель должен учитывать положения Пленума Верховного Суда Российской Федерации от 09 июля 2013 года № 24 «О судебной практики по делам о взяточничестве и об иных коррупционных преступлениях» в пункте 21 которого указано, что «совокупность преступлений отсутствует в случаях, когда взятка передается от нескольких лиц, но за совершение одного действия (акта бездействия) в общих интересах этих лиц».

<sup>1</sup> Статья 575 ГК РФ изложена в соответствии с Федеральным законом РФ от 25 декабря 2008 г. № 280-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с ратификацией Конвенции Организации Объединенных наций против коррупции от 31 октября 2003 года и Конвенции об уголовной ответственности за коррупцию от 27 января 1999 года и принятием Федерального закона «О противодействии коррупции» // Российская газета. 2008. 30 декабря.

<sup>2</sup> Волженкин Б.В. Служебные преступления. Комментарий законодательства и судебной практики. СПб, 2005. С. 181.

Имеются проблемы и другого свойства. Например, как оценивать стоимость того или иного подарка, когда отсутствуют единые цены на одни и те же товары? На практике вполне возможна ситуация, когда два одинаковых подарка, купленных в разных торговых организациях будут различаться по стоимости. В одном случае она не будет составлять три тысячи рублей, а в другом – превысит указанную сумму. Как быть тогда? Еще сложнее будет решаться вопрос в случае, если товар, врученный в качестве подарка, приобретен на рынке.

В связи с трудностями, возникающими в следственной и судебной практике, в юридической литературе неоднократно предлагалось установить в самом уголовном законе стоимостной критерий, который будет служить ориентиром разграничения обычного подарка и взятки-благодарности.

Однако законодатель, как нам представляется, вполне обоснованно, не взял за основу эти предложения. Действительно, если законодательно определить минимальный размер вознаграждения, которое должностное лицо может принять в знак благодарности, для него самого и для его потенциальных «клиентов» это станет «нормой жизни» и вряд ли будет способствовать искоренению коррупционных проявлений. Скорее, даже наоборот. К тому же определение в законе какого-либо стоимостного критерия, отграничивающего «обычный подарок» от взятки-благодарности, скорее осложнит, нежели будет способствовать процессу правоприменительной практики. Свидетельством тому являются проблемы, указанные выше.

По нашему мнению, законодательное закрепление стоимостных критериев, отграничивающих подарок от взятки недопустимо, так как это будет способствовать еще большей коррумпированности системы здравоохранения и создаст еще большие трудности в правоприменительной деятельности. Представляется, что в подобных случаях следует применять положения УК РФ о явной малозначительности деяния, исключающей его оценку как преступного в силу отсутствия достаточной степени общественной опасности деяния.

**В.А. Каплун**

### **Терминологическая неопределенность как одна из проблем расследования медицинских преступлений**

**Аннотация.** Терминологическая неопределенность используемых в законодательстве категорий, определений многих понятий создает ряд трудностей при правоприменительной деятельности и требуют разработки принципиально нового нормативно-правового регулирования взаимоотношений учреждений здравоохранения, медицинских работников и пациентов.

**Ключевые слова:** ятрогенная, врачебная ошибка, профессиональные преступления медицинских работников, медицинская помощь, медицинская услуга.

Система здравоохранения пока еще не обеспечивает достаточность государственных гарантий медицинской помощи, ее доступность и высокое качество. Недостаточное финансирование и нерациональное использование средств на фоне катастрофического сокращения количества медицинских учреждений, а соответственно и штата медицинских работников привели к системному кризису в здравоохранении, который планируется решить посредством реализации разработанной Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года, в соответствии с которой к числу первоочередных задач отнесено и совершенствование законодательства в сфере здравоохранения<sup>1</sup>. Кризис усугубляется кадровой проблемой. Но модернизация здравоохранения не решает сложившегося в обществе за последние 30 лет негативного общественного мнения и отношения к медицин-

---

<sup>1</sup>О Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года (вместе с «Концепцией долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года»): Распоряжение Правительства РФ от 17.11.2008 № 1662-р (ред. от 10.02.2017) // Собрание законодательства РФ. 24.11.2008, № 47, ст. 5489.

ским работникам, к которым потеряно уважение и доверие. Это связано с изменением общественных отношений и законодательства, поскольку из сферы морально-этической медицинской помощи перешла в юридическую категорию и стала услугой, имеющей четко определенную цену.

Изменения гражданско-правовых отношений столь радикальны, что требуются соответствующие кардинальные изменения, если быть точнее – разработка принципиально нового нормативно-правового регулирования взаимоотношений учреждений здравоохранения, медицинских работников и пациентов. Возникший дисбаланс правовой защиты, приводящий к бесправию медицинских работников и учреждений, обуславливает, во-первых, чувство безответственности и безнаказанности пациентов за свои действия (оскорбительное и агрессивное поведение, необоснованные претензии к качеству медицинских услуг с целью снижения их стоимости, получения различных компенсаций), во-вторых, зачастую необоснованное привлечение медицинских работников к юридической ответственности (административной, гражданско-правовой, уголовной).

Ситуацию усугубляет отсутствие определенности в используемых в законодательстве категорий, определений многих понятий, что, безусловно, создает ряд трудностей при правоприменительной деятельности, прежде всего для правовой оценки действий (бездействия) медицинского персонала. Это касается большинства используемых терминов: ятрогения, врачебная ошибка, ятрогенные преступления, профессиональные преступления, ненадлежащее оказание медицинской помощи, некачественные медицинские услуги и др.

В рамках юриспруденции и в рамках медицины в термин «врачебная ошибка» вкладываются разные значения. Вопрос об определении понятия врачебной ошибки и ответственности за нее далеко не праздный. От его решения зависит то, каких врачей мы будем иметь, как будет развиваться медицинская практика и наука. В своем диссертационном исследовании Т. В. Шепель дала определение понятиям и определила гражданско-правовое значение ятрогении (неблагоприятным последствиям медицинского, в том числе психиатрического, вмешательства), врачебной ошибки и несчастного случая.

Ятрогения представляет собой неблагоприятные последствия медицинского вмешательства (диагностики, лечения, профилактики, реабилитации и т. д.), которые выражаются в причинении вреда жизни или здоровью пациента и являются следствием любого поведения медицинского работника, независимо от его противоправности и вины. Ятрогения не имеет самостоятельного юридического значения и не предпосылает вопроса о привлечении к юридической, в том числе гражданско-правовой, ответственности.

Врачебная ошибка как вид ятрогении является вредом жизни или здоровью пациента, причиненным противоправными невиновными действиями (бездействиями) медицинских работников вследствие их добросовестного заблуждения. Она служит основанием освобождения медицинского учреждения от гражданско-правовой ответственности за причинение вреда, кроме случаев ответственности, наступающей независимо от вины.

Несчастный случай как вид ятрогении представляет собой неблагоприятные для жизни или здоровья пациента последствия, обусловленные обстоятельствами, не находящимися в прямой причинной связи с действиями (бездействиями) медицинских работников. При несчастном случае гражданско-правовая ответственность за причинение вреда не возникает<sup>1</sup>.

Полагаем необходимым согласиться с И. В. Ившиным, который в своем диссертационном исследовании «Судебно-медицинские аспекты профессиональных преступлений медицинских работников против жизни и здоровья» дал определение профессиональным преступлениям медицинских работников<sup>2</sup>. С учетом позиции названного автора, под профессиональными преступлениями медицинских работников как виде ятрогении следует понимать совер-

<sup>1</sup>Шепель Т.В. Деликт и психическое расстройство: цивилистический аспект : автореферат дисс. на соискание уч. ст. доктора юрид. наук, Кемерово, 2006. 42 с.

<sup>2</sup>Ивашин И.В. Судебно-медицинские аспекты профессиональных преступлений медицинских работников против жизни и здоровья: автореферат дисс. на соискание уч. ст. кандидата мед. наук. М., 2005. 28 с.

шенные исключительно по неосторожности (легкомыслию либо небрежности) виновные действия (бездействия), выражающиеся в нарушении (неисполнении либо ненадлежащем исполнении) медицинскими работниками своих профессиональных обязанностей, которые реально повлекли наступление предусмотренных уголовным законом вредных для жизни или здоровья пациентов последствий в виде смерти, причинения тяжкого либо средней тяжести вреда здоровью, заражения ВИЧ-инфекцией.

Умышленные деяния не соответствуют профессиональной деятельности врача.

Среди обстоятельств, исключающих преступность деяний, в профессиональной медицинской деятельности (правомерные медицинские вмешательства, влекущие неблагоприятные исходы) встречаются крайняя необходимость и обоснованный риск.

Сегодня считается, что качественная медицинская помощь оказывается в полном соответствии со стандартами диагностики и лечения той или иной болезни. В случае врачебной ошибки должны быть установлены недостатки оказания медицинской помощи, несоответствие действий медицинского работника существующим в современной медицине правилам, нормам, стандартам. Но унифицированных стандартов, методик медицинской помощи и протоколов лечения (клинических рекомендаций), единых требований к оформлению медицинской документации и обязательному электронному дублированию на независимом едином для медицинского учреждения носителе в полном объеме не разработано и не существует. Также не существует до сих пор в рамках ОМС справедливая (рентабельная) оплата медицинских услуг лечебно-профилактическим учреждениям. С нашей точки зрения, понятие медицинская услуга должно использоваться при финансовых взаиморасчетах, в прейскуранте услуг. А вот что касается нравственно-этического взаимоотношения медицинских работников и пациентов, то здесь более уместен термин медицинская помощь.

Право возмещения материального ущерба и морального вреда, нанесенного пациенту при оказании ему ненадлежащего качества медицинской помощи, в России закреплено в гражданском законодательстве. Характер физических и нравственных страданий оценивается судом. Но эти средства не заложены в стоимость медицинских услуг, оказываемых лечебными учреждениями. Это приводит к ухудшению оказания, дефектам медицинской помощи другим пациентам и финансовому банкротству учреждений в условиях одноканального финансирования.

С нашей точки зрения, в случае врачебных ошибок, вследствие виновных действий (бездействия) медицинских работников с причинением вреда жизни или здоровью пациента, гражданско-правовая ответственность медицинских учреждений должна быть урегулирована страхованием рисков при оказании медицинской помощи и выплатами во внесудебном порядке.

Тенденция на улучшение качества медицинской помощи, заданная Следственным комитетом России, своевременна, отражает имеющее место быть снижение качества и доступности медицинской помощи. Однако попытка решить все проблемы здравоохранения с помощью средств правоохранительной деятельности, переложив всю ответственность на врача, не может дать необходимого эффекта, более того может усугубить ситуацию. Причем значительное увеличение количества уголовных дел говорит о неурегулированности законодательства в сфере здравоохранения, такой период наблюдался и в других странах. Требуется комплексный подход в решении этой сложной проблемы. На этом фоне возрастает роль следователей и судей для правильной оценки и квалификации деятельности медицинских работников. Особенное беспокойство вызывает использование не закрепленных в законодательстве терминов и понятий (ятрогенные преступления, врачебные преступления, медицинская услуга ненадлежащего качества и т. д.), тенденция к расширенному толкованию и использованию терминов, статей уголовного кодекса («Оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности» (статья 238 УК)), под которые можно подвести любые дефекты оказания медицинской помощи, любые действия медицинских работников (в первую очередь врачей) в случаях, когда имеется закономерное течение и исход сложных, недостаточно изученных, не имеющих разработанных методик и лекарств для лечения, запущенных и несовместимых с жизнью заболеваний,

травм, не обеспеченных сегодняшней государственной системой ОМС возможности своевременной и качественной медицинской помощи.

Е.А. Киселёв

### Типичные обстоятельства, подлежащие установлению при расследовании преступлений, совершаемых медицинскими работниками

**Аннотация.** В статье предпринята попытка проанализировать типичные обстоятельства подлежащие установлению при расследовании преступлений, совершаемых медицинскими работниками. На основе обобщения следственной практики предлагаются оптимальные пути решения проблем возникающих в ходе установления обстоятельств, при расследовании уголовных дел о преступлениях совершаемых медицинскими работниками в результате ненадлежащего оказания медицинской помощи.

**Ключевые слова:** обстоятельства, подлежащие установлению; преступления, совершаемые медицинскими работниками; следователь; предварительное следствие; ненадлежащее оказание медицинской помощи.

Факты неоказания или ненадлежащего оказания медицинской помощи в учреждениях здравоохранения не зависимо от их форм собственности, последнее время являются многочисленными и распространены на всей территории Российской Федерации. Не редко, дефекты оказания медицинской помощи и врачебные ошибки, влекут за собой смерть пациентов, образуя состав так называемого ятрогенного преступления<sup>1</sup>.

Как показывает практика, вопрос о выявлении и расследовании преступлений совершаемых медицинскими работниками в результате ненадлежащего оказания медицинской помощи возникает спустя продолжительное время с момента происшествия. Гражданам и их родственникам приходится длительно обжаловать в различные инстанции факты неоказания или ненадлежащего оказания медицинской помощи<sup>2</sup>.

В 2015 году в органы Следственного комитета Российской Федерации поступило 4413 сообщений о так называемых ятрогенных преступлениях. За первое полугодие 2016 года число таких сообщений по сравнению с аналогичным периодом прошлого года возросло на 21% и составило 2516. Решения об отказе в возбуждении уголовного дела принимаются более чем по 60% сообщений о преступлениях, а в отдельных следственных органов по 90% и более. В 2015 году по фактам таких преступлений, в результате которых погибло 712 человек, в том числе 317 детей, возбуждено 889 уголовных дел. По 419 уголовным делам, возбужденным в первом полугодии 2016 года расследовались обстоятельства гибели в медицинских учреждениях 352 пациентов, из них 142 детей<sup>3</sup>. Данные факты указывают на необходимость совершенствования работы следственных органов Следственного комитета Российской Федерации в сфере расследования уголовных преступлений совершенных медицинскими работниками.

Анализ практики расследования уголовных дел данной категории, а также проведенный опрос сотрудников следственных органов Следственного комитета Российской Федерации по

<sup>1</sup> См.: Пристансков В.Д. Особенности расследования ятрогенных преступлений, совершаемых при оказании медицинской помощи: учебное пособие / В. Д. Пристансков. СПб.: СПб юрид. ин-т Генеральной прокуратуры РФ, 2007. 60 с.

<sup>2</sup> См.: Багмет А.М. Некоторые аспекты расследования преступлений, совершенных медицинскими работниками. Сборник: выявление и расследование преступлений в сфере оказания медицинских услуг материалы всероссийского научно-практического «круглого стола». 2016. с. 3-8.

<sup>3</sup> «О проблемах уголовного преследования за преступления в сфере оказания медицинских услуг (ятрогенные преступления)» Решение Коллегии Следственного комитета Российской Федерации от 28.09.2016 № Решск/№5-16

казывает, что при расследовании уголовных дел о врачебных преступлениях, следователи зачастую испытывают определенные трудности<sup>1</sup>.

Эти трудности связаны, прежде всего, со сложностью формирования доказательственной базы, отсутствием опыта проведения предварительной проверки и расследования данной категории уголовных дел, отсутствием четкой нормативной базы в этой области. Кроме того, изучение и оценка собранной по делу информации, предполагает использование специфического понятийного аппарата, не являющегося традиционным для сотрудников правоохранительных органов и прежде всего с незнанием обстоятельств, подлежащих установлению в конкретной следственной ситуации, при расследовании преступлений, совершаемых медицинскими работниками. При этом опрошенные, в качестве одной из главных проблем, как правило, называли незнание обстоятельств, подлежащих установлению в складывающихся следственных ситуациях при расследовании преступлений рассматриваемой категории.

Как справедливо отмечают проф. Л.Я. Драпкин и В.Н. Карагодин «Следственная ситуация – это противоречие между знанием и незнанием, своеобразное соотношение между известным и неизвестным по делу, при котором искомое (доказываемое обстоятельство) не дано и сведения о нем непосредственно не содержатся в исходных данных, однако, уже установленные факты в какой-то мере ограничивают и направляют поиск возможного решения»<sup>2</sup>. В предложенной дефиниции ключевым по нашему мнению является «своеобразная осведомленность» следователя об искомых данных, которыми являются обстоятельства, подлежащих установлению при расследовании преступлений.

Изучение судебно-следственной практики расследования уголовных дел возбужденных по фактам ненадлежащего оказания медицинской помощи подтверждает вышесказанное и показывает, что в процессе расследования данных дел типичными обстоятельствами, подлежащими установлению, являются:

- Источник информации о преступлении: пострадавший или его представитель, свидетель и т.д.; представитель учреждения, организации, в которой было совершено преступление или которая производила проверку факта причинения вреда здоровью, в том числе исполнительный орган по управлению здравоохранению; средства массовой информации. А также обстоятельства, при которых стало известно о ненадлежащем оказании медицинской помощи.
- Характеристика потерпевшего (потерпевших) их общее количество, демографические данные каждого потерпевшего, образ жизни, перенесенные заболевания, травмы, операции, беременности и роды, наличие хронических заболеваний, больной или здоровый на момент выполнения медицинских вмешательств.
- Тяжесть причиненного вреда здоровью, причина смерти.
- Наличие прямой причинно-следственной связи между ненадлежащим оказанием медицинской помощи и наступившими последствиями.
- Время выполнения действий, повлекших вред здоровью; наступления вреда здоровью; период по отношению к началу медицинской помощи: до его начала; после его начала, до наступления вреда здоровью; после выполнения определенного комплекса действий (каких именно).
- Место причинения вреда здоровью: дома; в амбулаторных условиях; в стационарных условиях; на улице и т.д.
- События, предшествовавшие моменту оказания/неоказания медицинской помощи, что послужило поводом обращения за медицинской помощью
- Непосредственный момент обращения за медицинской помощью – обстоятельства обращения

<sup>1</sup> Опрос проводился с 15.01.2014 по 24.12.2017 г. среди слушателей курсов повышения квалификации Пятого факультета повышения квалификации (с дислокацией в г. Хабаровск) ИПК ФГКОУ ВО «Московская академия СК России» – следователи и руководители следственных отделов СУ СК России по ДФО. Всего было опрошено 580 сотрудников).

<sup>2</sup> Драпкин Л.Я., Карагодин В.Н. Криминалистика. Учебник для вузов. Москва, 2011. 2-е издание. С. 53.

- Непосредственный момент оказания медицинской помощи: время, место и продолжительность; объем и содержание медицинской помощи; кем конкретно осуществлялось оказание медицинской помощи.

- Способ совершения преступления. В каких действиях, бездействиях, заключались, чем они регламентированы. Какие правовые акты были нарушены.

- Наличие материальных и идеальных следов преступления. Что появилось в связи с совершением преступления: записи в медицинских документах; инструменты (со следами), лекарственные препараты, их упаковки; ватные тампоны, бинты, марлевые салфетки и т.д. со следами биологического происхождения или лекарственных препаратов. Их отсутствие может указывать на: неоказание медицинской помощи или отказ в ее оказании; умышленное или неосторожное уничтожение следов после совершения преступления; отсутствие факта совершения преступления. При этом следы могут иметься, но не быть обнаружены по различным причинам, в том числе, из-за незнания следователем специфики расследования данного вида преступлений.

- Имеются ли изменения в интересующих медицинских документах: документы изменены полностью; в документах имеются подчистки, дописки, исправления; записи отличаются по тем или иным признакам от предшествующих или последующих записей?

- Сведения о лице причастном к причинению вреда здоровью, каково его профессиональное положение и должностное положение. Какова правовая основа его деятельности, каких круг обязанностей и полномочий. Имелись ли ранее случаи причинения данным лицом вреда здоровью или смерти, если да, то разбирались ли они, какие были сделаны выводы, приняты меры.

- Особенности организации работы лечебного учреждения, в котором оказывалась медицинская помощь.

- Нормативная правовая основа и медицинская документация, регламентирующая конкретную медицинскую деятельность?

- Конкретные должностные лица ответственные за организацию работы медицинского работника, непосредственно причинившего вред здоровью.

- Проводилась ли врачебная комиссия медицинской организации по данному факту, при этом необходимо выяснить, к какому результату пришла комиссия.

- Не пытались ли виновные скрыть факт преступления, какие действия (бездействия) свидетельствуют о сокрытии преступления; почему были использованы именно данные способы; кто именно совершал действия (бездействия) по сокрытию самого преступления или его следов; где и когда эти действия (бездействия) были совершены.

- Какие основные мотивы действий лиц, участвовавших в сокрытии преступления от учета: корыстные; иная личная заинтересованность (стремление получить выгоду неимущественного характера: получить повышение по службе, взаимную услугу, поддержку в решении того или иного вопроса, скрыть некомпетентность, допущенную халатность и т.п.)?

- Кто должен был или мог находиться во время и в месте совершения преступления?

- Наличие обстоятельств, исключающих противоправность деяния. А также причин и условий, способствовавшие совершению преступления?

На основании проведенного исследования можно сделать следующий вывод, правильность установления типичных обстоятельств, при расследовании преступлений, совершаемых медицинскими работниками, напрямую зависит от профессиональной подготовки следователей осуществляющих расследование.



**Проблемы расследования преступлений,  
связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи**

**Аннотация.** Проблема, существующая при решении вопроса о квалификации действий медицинских работников, при раскрытии и расследовании преступлений, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи, обусловлена различными аспектами, в том числе и необходимостью разграничения смежных составов преступлений при нечетко сформулированных разграничительных признаках. Для установления признаков, позволяющих выполнить дифференциацию смежных составов преступлений, часто приходится использовать специальные знания в области медицины. Данное обстоятельство объясняет необходимость взаимодействия следователя с экспертом и специалистом при расследовании преступлений, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи.

**Ключевые слова:** ненадлежащее оказание медицинской помощи, преступная халатность, квалификация преступлений, разграничение смежных составов, умышленное или неосторожное деяние, расследование уголовных дел.

В практической деятельности следователями Следственного комитета Республики Беларусь неизбежно приходится сталкиваться с обращениями, связанными с некачественным оказанием медицинской помощи, которая приводит к тяжким последствиям. Роль врачей в жизни каждого человека очень велика. Любое неправильное заключение, и последующий результат возлагается на них как на специалистов в области медицины. Традиционно само общество предъявляет к врачам высокие требования, предусматривающие недопущение в их деятельности профессиональных ошибок, особенно если эти ошибки влекут за собой невосполнимые последствия<sup>1</sup>.

Конституция – Основной Закон Республики Беларусь, имеющий высшую юридическую силу и закрепляющий основополагающие принципы и нормы правового регулирования важнейших общественных отношений<sup>2</sup>.

Гражданам Республики Беларусь гарантируется право на охрану здоровья, включая бесплатное лечение в государственных учреждениях здравоохранения. Государство создает условия доступного для всех граждан медицинского обслуживания<sup>3</sup>.

В надлежащем исполнении медицинскими работниками профессиональных обязанностей заинтересованы как отдельные люди, так и все общество в целом. Неисполнение либо ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей медицинскими работниками не только нарушает конституционное право граждан на медицинскую помощь, но и посягает на первоочередные социальные ценности, жизнь и здоровье людей. медработников и поиск способов снижения вероятности таких случаев в медицинской. Проблема уголовной ответственности медицинского персонала за профессиональные правонарушения представляет собой одну из самых сложных проблем, которые медицинская практика поставила перед правом, во-первых, из-за высокого развития современной медицины, техники и технологии, предполагающего необходимость в каждом конкретном случае уяснения специальных знаний в области медицины, а во-вторых, из-за противодействия, порой очень активного, установлению истины по делу самих медицинских работников. Таким образом, проблема уголовной ответственности медицинских работников за профессиональные правонарушения против жизни и здоровья

<sup>1</sup> Черниловский З.М. Хрестоматия по общей истории государства и права. М., 1996. С. 394.

<sup>2</sup> Ст. 2 Закона Республики Беларусь от 10.01.2000 № 361-З (в ред. от 02.07.2009) «О нормативных правовых актах Республики Беларусь» // [Электронный ресурс]. Национальный центр правовой информации Республики Беларусь.

<sup>3</sup> Ст. 45 Конституции Республики Беларусь 1994 года (с изм. и доп., принятыми на республиканских референдумах 24.11.1996 и 17.10.2004) // [Электронный ресурс]. Национальный центр правовой информации Республики Беларусь.

граждан является важной социальной, сложной юридической и актуальной судебно-медицинской проблемой, что требует её тщательного изучения на основе современных достижений как правовой, так соответственно и медицинской науки. Ухудшается качество оказания медицинской помощи и складывается мнение о медицинских работниках как о некомпетентных, коррумпированных и равнодушных людях. Вместе с тем, количество возбуждённых уголовных дел по данной категории преступлений, исчезающее мало. Этому способствует ряд причин, в совокупности приводящий к сложившейся ситуации, когда существующей проблеме преступно-неадекватного внимания, уделяется минимальное внимание, так как уголовных дел возбуждается очень мало, а дела по данной категории преступлений не возбуждаются, так как на первый взгляд отсутствуют достаточно подготовленные сотрудники, способные разобратся в хитросплетениях медицинской терминологии<sup>1</sup>. На практике в некоторых случаях затруднение вызывает получение медицинской помощи как таковой, не говоря уже о её качестве. Для следователя, расследующего дела данной категории, отсутствие специальных медицинских знаний является серьёзной проблемой. Некомпетентность в вопросах медицины заставляет его целиком полагаться на результаты судебно-медицинской экспертизы и заключение клинико-экспертной комиссии. Это ставит его в зависимость от объективности выводов врачей-экспертов, находящихся в подчинении Министерства здравоохранения.

Для решения вопроса об уголовной ответственности медицинских работников за профессиональные преступления изначально следователю необходимо выяснить: 1) неправильность или несвоевременность оказания медицинской помощи; 2) наступление смерти пострадавшего; 3) причинную связь между перечисленными действиями (бездействием) медицинских работников и смертью; 4) наличие вины медицинского работника; 5) причины и условия, способствовавшие совершению того или иного преступления. Достаточно трудно установить причинную связь между действием (бездействием) медицинских работников и наступившим неблагоприятным исходом лечения даже в случаях, когда бесспорно доказана его неправильность или несвоевременность. Следовательно, прежде чем решать вопрос о причинной связи между действием (бездействием) медицинского работника и неблагоприятным исходом, необходимо установить непосредственную причину смерти пострадавшего. Многочисленность факторов, которые приводят к смертельному исходу в процессе лечения, их существенные отличия в отдельных случаях даже при одних и тех же заболеваниях, сложность выделения главной причины смертельного исхода болезни обычно вызывают значительные затруднения даже у квалифицированных специалистов в оценке правомерности поведения врача. Значение проверки проводимой по сообщениям о совершении правонарушений, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи, крайне велико. Считается, что именно на этом этапе формируется ядро доказательственной базы будущего уголовного дела, очерчивается круг участников уголовного судопроизводства со стороны обвинения и со стороны защиты, круг основных свидетелей, выявляются основные нарушения, допущенные медицинскими работниками при оказании медицинской помощи пациенту, делается вывод о наличии причинной связи между нарушениями и смертью человека. Необходимо незамедлительного изъятия медицинских документов представляющих интерес для следователя, обусловлена возможностью внесения лечащими врачами исправлений и дополнений в медицинские документы, и даже полного переписывания истории болезни после проведения служебных проверок и консультаций с более умудренными коллегами, а также необходимостью скорейшего их направления в орган для проведения внутриведомственной проверки. После возбуждения уголовного дела работа следователя, делится на три этапа: формирования материалов для проведения медицинской судебной экспертизы; этап проведения медицинской экспертизы, зачастую обуславливающий проведение дополнительных следственных действий по ходатайству экспертов, и заключительный этап расследования после получения заключения экспертов о проведении медицинской судебной экспертизы.

---

<sup>1</sup> Официальный интернет-портал правовой информации. URL: <https://search.rsl.ru/ru/record/01003483562>

На первоначальном этапе следствия по делам рассматриваемой категории проводятся допросы потерпевших и свидетелей с учетом вновь установленных обстоятельств, производятся очные ставки, выемки документов и объектов от трупа, необходимые для производства медицинской экспертизы. Проведение указанных следственных и процессуальных действий в общей массе не отличается от таковых, проводимых по иным категориям уголовных дел. При этом необходимо отметить, что на предварительном следствии следователь имеет значительно большие, по сравнению с доследственной проверкой, возможности для установления объективных обстоятельств и истины по делу. Одним из наиболее сложных вопросов является установление непосредственной причинной связи между действиями (бездействием) медицинского персонала и смертью пациента. Важнейшим этапом указанной категории уголовных дел является проведение медицинской судебной экспертизы. По делам о преступлениях врачей проводится медицинская судебная экспертиза качества оказания медицинской помощи (далее – СМЭ КМП), которая исследует фактические данные об обстоятельствах происшествия, устанавливаемые на основе специальных медицинских познаний. Указанная экспертиза проводится комиссионно, в виду ее сложности и необходимости привлечения авторитетных клиницистов по данному вопросу. Проведение комиссионной экспертизы обеспечивает объективность заключения, так как ее предметом является лечебная деятельность, в которой более компетентны врачи соответствующей специальности. Составление и формулировка вопросов для экспертной комиссии в ряде случаев являются для следователя трудной задачей. В ходе экспертизы эксперты должны учитывать не только медицинские документы, но и показания допрошенных по делу лиц и другие источники доказательств, свидетельствующие о характере оказанной медицинской помощи, поскольку медицинская документация не всегда полностью отражает все интересующие следователя вопросы. Все медицинские документы должны быть представлены следователем в подлинниках. После получения и изучения заключения СМЭ КМП следователь принимает решение о достаточности данного заключения или о необходимости назначения и проведения по делу повторной экспертизы. С учетом существующих проблем, возникающих при расследовании преступлений связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи, целесообразно в каждом случае констатации в ходе проведения первоначальной экспертизы отсутствия причинной связи между нарушениями медицинских работников профессиональных обязанностей и смертью пациентов, назначить повторную экспертизу, проведение которой позволит полностью исключить возможность проявления корпоративной солидарности экспертов-медиков с врачами, вопрос о привлечении которых решается следственными органами. После допросов подозреваемых следователем разрабатываются постановления о привлечении в качестве обвиняемых. Необходимой составляющей обвинения является четкое изложение законодательства и подзаконных нормативных актов, должностных инструкций, устанавливавших нарушенные медицинскими работниками обязанности. Заключительный этап предварительного расследования обычно связан с проведением дополнительных следственных действий, имеющих цель преодоления противодействия подозреваемых (обвиняемых) направлению уголовных дел в суд. Таким образом, проведенное исследование показало, что надлежащее расследование уголовных дел, связанных с неисполнением (ненадлежащим исполнением) медицинскими работниками профессиональных обязанностей, невозможно без четкого уяснения их сущности, внимательного изучения медицинской литературы по расследуемым вопросам, в виду чего расследование уголовных дел необходимо поручать наиболее опытным следователям, имеющих опыт расследования уголовных дел рассматриваемой категории<sup>1</sup>. Одним из важнейших доказательств по уголовным делам о преступлениях медработников признается заключение комиссионной медицинской судебной экспертизы, без которого невозможно привлечение к уголовной ответственности виновного лица. Для получения законного и обоснованного заключения необходимо полное исследование всех обстоятельств дела и своевременное представление собранных материалов в распоряжение

---

<sup>1</sup> Гришин А.В. Проблемы разграничения смежных составов при квалификации неосторожных преступлений, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи // Юридическая наука. 2014. № 2. С. 84.

экспертов. Законное привлечение к уголовной ответственности медицинских работников, является мерой восстановления социальной справедливости и важной составляющей системы профилактики подобных преступлений.

### *Литература*

1. *Гецманова И.В.* Актуальные вопросы правовой оценки и расследования преступлений, связанных с дефектами оказания медицинской помощи // *Медицинское право*. 2007. № 2. С. 33–40.
2. *Гришин А.В.* Проблемы разграничения смежных составов при квалификации неосторожных преступлений, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи // *Юридическая наука*. 2014. № 2. С. 81–85.
3. Конституция Республики Беларусь 1994 года (с изменениями и дополнениями, принятыми на республиканских референдумах 24 ноября 1996 г. и 17 октября 2004 г.) // *КонсультантПлюс: Беларусь. Технология 3000 [Электронный ресурс]* / ООО «ЮрСпектр», Национальный центр правовой информации Республики Беларусь. Минск, 2018.
4. О нормативных правовых актах Республики Беларусь: Закон Республики Беларусь 10 января 2000 г., № 361-З; в ред. Закона Республики Беларусь от 02 июля 2009 г. № 31-З // *КонсультантПлюс: Беларусь. Технология 3000 [Электронный ресурс]* / ООО «ЮрСпектр», Национальный центр правовой информации Республики Беларусь. Минск, 2018.
5. Официальный интернет-портал правовой информации. Саранцев К.А. «Особенности расследования преступно-ненадлежащего оказания медицинской помощи»: Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата юридических наук.  
URL: <https://search.rsl.ru/ru/record/01003483562>.
6. *Сергеев Ю.Д., Мохов А.А.* Биоэтика – нетрадиционный источник медицинского права // *Медицинское право*. 2007. № 2. С. 3–9.
7. *Черниловский З.М.* Хрестоматия по общей истории государства и права. М., 1996. С. 394.

**К.А. Костенко**

### **Проблемы сроков проведения судебно-медицинских экспертиз в ходе расследования ятрогенных преступлений и пути их решения**

**Аннотация.** В статье рассматриваются актуальные вопросы длительности производства судебно-медицинских экспертиз при расследовании ятрогенных преступлений. Автором приводится положительный опыт снижения сроков производства таких экспертиз путем надлежащего взаимодействия с экспертным учреждением КГБУЗ «Бюро СМЭ» Минздрава Хабаровского края, а также аргументируется необходимость изменения действующего законодательства, в части упорядочения сроков производства судебно-медицинских экспертиз и определения некоторых обязанностей экспертных учреждений при их производстве.

**Ключевые слова:** судебно-экспертная деятельность, судебно-медицинская экспертиза, сроки производства экспертиз, ятрогенные преступления.

Следственная практика расследования преступлений, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи свидетельствует о том, что одним из основных доказательств вины конкретного медицинского работника выступает судебно-медицинская экспертиза качества оказания медицинской помощи. Как правило, здесь, следователями в государственные бюджетные учреждения здравоохранения «Бюро судебно-медицинской экспертизы» (далее также бюро СМЭ) назначаются комиссионные или комплексные экспертизы. Эти учреждения в свою очередь являются структурными подразделениями министерств (управлений, департаментов) здравоохранения в составе органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации.

В связи с этим, по смыслу статей 2 и 11 Федерального закона от 31.05.2001 № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в РФ» (далее ФЗ от 31.05.2001 №73) бюро СМЭ, являясь государственными судебно-экспертными учреждениями относятся к специализированным учреждениям федеральных органов исполнительной власти, органов исполнительной власти субъектов РФ и созданы для обеспечения исполнения полномочий судов, судей, органов дознания, лиц, производящих дознание, следователей посредством организации и производства судебной экспертизы, а также оказании помощи в установлении обстоятельств, подлежащих доказыванию по конкретному делу, посредством разрешения вопросов, требующих специальных знаний в соответствующей области науки.

В соответствии со ст. 14 ФЗ от 31.05.2001 №73 руководитель бюро СМЭ обязан по получении постановления следователя о назначении судебной экспертизы поручить ее производство конкретному эксперту или комиссии экспертов данного учреждения, а также обеспечить контроль за соблюдением сроков ее производства не нарушая принцип независимости эксперта.

«Преступления, связанные с врачебными ошибками или как их еще называют ятрогенные преступления, на практике зачастую представляют сложность в расследовании, обусловленную, прежде всего, трудностью оценки действий (бездействия) конкретного медицинского работника. В то же время достаточно часто в ходе расследования выясняется, что медицинская помощь оказывалась не одним врачом, а несколькими специалистами. В этих ситуациях, следователями, для оценки правильности действий врача (врачей), в установленном законом порядке назначается комиссия или комплексная судебно-медицинская экспертиза (далее также СМЭ). Между тем, в выборе государственного учреждения, для проведения такого рода экспертизы возникают сложности»<sup>1</sup>.

Одним из факторов, создающих сложности при проведении названных экспертиз является то, что медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь в стационарных или поликлинических условиях и государственные судебно-медицинские экспертные учреждения являются структурными подразделениями единой государственной системы здравоохранения соответствующего субъекта Российской Федерации.

Здесь, налицо включается принцип «врачебной этики», в том числе, в разрезе соподчинения указанных государственных органов здравоохранения. В таких условиях, нередко, экспертиза может быть проведена в «защиту» медицинского работника привлекаемого к уголовной ответственности. В этих случаях, следователи порой констатируют, что экспертиза проведена не полно, не по всем медицинским документам, не глубоко и научно исследовались вопросы, поставленные на разрешение экспертов. При этом, несмотря на очевидность врачебной ошибки, зачастую выводами эксперта отрицается прямая причинно-следственная связь между действиями медицинского работника и неблагоприятным исходом.

О такой проблеме неоднократно сообщали следователи, проходящие обучение на курсах повышения квалификации и прибывшие из Еврейской автономной области и Приморского края.

С одной стороны, рассмотренные вопросы можно обойти, т.к. всегда можно найти основания для назначения такого рода судебной экспертизы за пределами региона, в котором совершено преступление, однако и здесь следователя ожидают сложности.

В частности, бюджет любого бюро СМЭ в основном состоит из средств, выделяемых правительством соответствующего субъекта Российской Федерации министерству (управлению) здравоохранения, и в нем не закладывается производство экспертных исследований по уголовным делам, расследуемых в других субъектах РФ. Так, например, руководство КГБУЗ «Бюро СМЭ» Минздрава Хабаровского края неофициально предлагает проводить в разумные

---

<sup>1</sup> Костенко К.А. Актуальные проблемы проведения экспертных исследований в ходе расследования ятрогенных преступлений и пути их решения // Избранные вопросы судебной медицины. Вып.15 / ФГБОУ ВО «Дальневост. гос. мед. ун-т» Минздрава России; Пятый фак. повышения квалификации ин-та повышения квалификации ФГБОУ ВО «Акад. Следствен. ком. Рос. Федерации»; под ред. А.И. Авдеева, И.В. Власюка, И.С. Трубочки. Хабаровск: Ред.-изд. центр ИПКСЗ, 2016. С. 100.

сроки, указанные экспертизы только на договорной платной основе, с целью соблюдения экспертным учреждением финансовой дисциплины.

В соответствии с ч. 3 ст. 37 ФЗ от 31.05.2001 № 73 государственные экспертные учреждения вправе проводить на договорной основе экспертное исследование для граждан и юридических лиц, взимать плату за проведение судебных экспертиз по гражданским, арбитражным делам. Указанная норма устанавливает исчерпывающий перечень платной основы проведения экспертиз, и не предусматривает оплату экспертных исследований при производстве по уголовным делам, причем не ставит в зависимость от источника финансирования и географического нахождения экспертного учреждения.

Учитывая, что ФЗ от 31.05.2001 № 73 не дает правовых оснований руководителю бюро СМЭ отказать в производстве экспертизы следователю лишь только на том основании, что ему за эту экспертизу никто не заплатит, то фактически назначенные следователями СУ СК России по ЕАО и СУ СК России по Приморскому краю экспертизы принимаются, а их производство осуществляется в порядке очередности без гарантии соблюдения разумных сроков их изготовления. При этом, бюро СМЭ Хабаровского края сообщает, что имеет возможность проведения экспертизы, однако сроки её проведения будут составлять не менее 6 месяцев, что для такой категории дел, с точки зрения разумности сроков расследования не приемлемо.

В соответствии с п. 15 раздела III. «Порядок организации и производства экспертиз» Порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях РФ, утвержденного Приказом Минздравсоцразвития России от 12.05.2010 N 346н (далее также Порядок), срок производства экспертизы определяется руководителем государственного судебно-экспертного учреждения в пределах срока, установленного в постановлении или определении о назначении судебной экспертизы. При этом, по смыслу п. 17 Порядка срок окончания экспертизы может быть установлен судом, что свидетельствует об отсутствии аналогичных полномочий у следователя. Неправомочность устанавливать срок окончания экспертизы следователем или органом дознания вытекает также из положений статей 195 и 283 УПК РФ, и, наоборот часть 1 ст. 80 ГПК РФ и часть 4 ст. 82 АПК РФ устанавливают уже законодательно это право судам в разрешении гражданских споров.

Рассматривая же вопрос о возможности контроля за соблюдением сроков производства СМЭ в уголовном судопроизводстве, необходимо отметить, что в соответствии с приказом Минздрава России от 26.01.2015 № 20н «Об утверждении Административного регламента Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по исполнению государственной функции по осуществлению государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности путем проведения проверок соблюдения осуществляющими медицинскую деятельность организациями и индивидуальными предпринимателями порядков проведения медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований», Росздравнадзор проверяет соблюдение осуществляющими медицинскую деятельность организациями и индивидуальными предпринимателями порядок проведения медицинских экспертиз.

Между тем, чтобы принять меры к соответствующему бюро СМЭ, затягивающего производство экспертизы Росздравнадзор сначала должен выявить нарушение порядка производства экспертизы, однако вопрос сроков проведения СМЭ на стадии следствия законодательно не разрешен, а значит Росздравнадзор претензии к бюро СМЭ предъявлять не вправе.

Продолжая изучение ситуации со сроками производства экспертиз, необходимо отметить, что законодательно неразрешенным также остается вопрос сроков принятия экспертизы к производству. Например, если по факту обнаружения трупа человека его осмотр и вскрытие происходит в первые-вторые сутки после его поступления в морг, то при наличии постановления следователя это означает, что экспертное исследование уже фактически начато.

Что же касается проведения комиссионных и комплексных судебно-медицинских экспертиз, проводимых по меддокументам или по ранее изготовленным заключениям экспертов, то ситуация со сроками гораздо хуже<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Из опроса 24 следователей, проходящих службу в следственных органах СК России, являвшихся слушателями пятого ФПК (с дислокацией в г. Хабаровск) ИПК ФГКОУ ВО «Академия СК России» в 2015 году.

Несмотря на то, что следователь доставляет постановление о назначении такой экспертизы и объекты исследования в бюро СМЭ оперативно, это постановление ждет своей очереди до начала производства экспертизы еще достаточно долго, порой месяцами. При этом, еще одним фактором влияющим на срок производства экспертизы здесь также является необходимость привлечения в состав экспертной комиссии не находящихся в штате экспертных учреждений высококвалифицированных специалистов узкой специальности, которые к тому же должны быть одновременно и внештатными специалистами-экспертами Минздрава соответствующего субъекта РФ. При проведении судебной экспертизы, особенно в другом регионе привлечь такого специалиста в экспертную комиссию достаточно сложно.

Ранее, проблемы сроков проведения комиссионных и других сложных экспертиз достаточно остро стояли и перед следственными органами СУ СК России по Хабаровскому краю, однако их решение найдено путем правильно построенного взаимодействия и конструктивного диалога между следственным управлением и бюро СМЭ по Хабаровскому краю. Этому способствовало также введение в штат следственного управления ставки эксперта судебно-медицинского эксперта, которым осуществляется оперативная практическая помощь следователям в подготовке вопросов для производства сложных экспертиз, организация взаимодействия между следственным управлением и бюро СМЭ в вопросах качества и сроков производства отдельных экспертиз и исследований. В результате такого взаимодействия сроки проведения некоторых комиссионных экспертиз снизились в разы. При этом, зафиксированы случаи производства отдельных сложных комиссионных экспертиз в сроки не превышающие 14 дней<sup>1</sup>.

Подводя итоги изучения обозначенного вопроса необходимо констатировать, что проблема соотношения сроков производства судебно-медицинских экспертиз и сроков предварительного следствия не может быть разрешена без заинтересованного вмешательства государства. В связи с чем, одними из наиболее оптимальных решений в данном вопросе могут быть:

1. Расширение полномочий Росздравнадзора с определением ему функций контроля за разумными сроками производства судебно-медицинских экспертиз;

2. Внесение изменений в ФЗ от 31.05.2001 № 73 «О государственной экспертной деятельности в Российской Федерации» в части установления первичного месячного срока проведения СМЭ (со дня поступления постановления органа ведущего расследования и суда), а также порядка ежемесячного продления данных сроков с установлением ее предельного срока;

3. Включение бюро СМЭ субъектов РФ в структуру СК России (альтернатива п.п. 1 и 2 предложений) в силу специфики подследственности преступлений органов СК России и в целях установления надлежащего ведомственного контроля за сроками, порядком и качеством производства СМЭ.

**А.В. Котязов**

### **Проблемы выявления и раскрытия преступлений против жизни пациента, совершенных врачами онкологических диспансеров**

**Аннотация.** В статье рассмотрены причины латентности преступлений предусмотренных ст. 109 УК РФ, совершенных врачами-онкологами, сформулированы предложения по совершенствованию выявления и раскрытия таких преступлений.

**Ключевые слова:** причинение смерти по неосторожности, врач-онколог, патолого-анатомическое исследование трупа, противодействие.

---

<sup>1</sup> Из материалов выступлений на межрегиональном круглом столе начальника КГБУЗ «Бюро СМЭ» Минздрава Хабаровского края А.В. Нестерова и руководителя отдела криминалистики СУ СК России по Хабаровскому краю С.Ю. Нореца на межрегиональном круглом столе: «Судебно-медицинская экспертиза: проблемы, практика, перспективы», проведенного 31 января 2018 года Пятым ФПК (дислокацией в г. Хабаровск) Московской академии СК России.

Корпоративность врачебного сообщества, основанная на устойчивых межличностных связях – дружеских и родственных (непотизм) – важный фактор, обуславливающий возникновение круговой поруки во врачебной среде и высокую латентность ятрогенных преступлений.

Анализ статистических данных ФКУ ГИАЦ МВД России показал, что в них отсутствует информация о преступлениях против жизни, совершенных по неосторожности именно врачами в т.ч. определенной специализации, соответственно они не отражают состояние преступности в медицинской сфере. Следовательно сформулировать какие-то выводы можно весьма опосредованно. Так, по данным централизованного учета общее количество уголовных дел, возбужденных по ст. 109 УК РФ (причинение смерти по неосторожности), имеет тенденцию к росту. Если в 2013 г. в производстве находилось 2488 уголовных дел, возбужденных по фактам причинения смерти по неосторожности, то в 2017 г. число таких дел возросло до 3383 (+26,4%). Вместе с тем, количество лиц с высшим профессиональным образованием, совершивших указанные преступления по наиболее тяжкому составу (категория учета, в состав которой включаются в т.ч. врачи) также имеет тенденцию к росту. Если в 2013 г. было выявлено 257 таких лиц, то в 2017 г. – 323 (+10,4%) лица.

Мониторинг ГАС «Правосудие» и сети Интернет показал, что уголовные дела по признакам преступлений, предусмотренных ст. 109 УК РФ, совершенные врачами-онкологами, возбуждаются тогда, когда становится очевидным то, что смерть онкологического больного, поступившего на лечение в удовлетворительном состоянии, наступила в результате медицинского вмешательства.

Такие случаи, как правило, возникают в связи с преступлениями, вызвавшими общественный резонанс, во-первых, в случае смерти больного с доброкачественным онкологическим заболеванием в условиях медицинского стационара. Например, в 2015 г., во время операции по удалению полипа ободочной кишки врач-онколог М. нанес 54-летнему пациенту медицинским электроинструментом электроожоги наружной стенки толстой и тонкой кишки. В результате послеоперационного осложнения – перфорации кишечника, больной скончался от перитонита. В отношении М. возбуждено уголовное дело о причинении смерти по неосторожности. Волгодонским районным судом М. осужден к ограничению свободы сроком на 2 года<sup>1</sup>.

Во-вторых, в случае смерти малолетнего (несовершеннолетнего) лица. Так, в июне 2015 г. детский онколог назначил малолетней, 2011 г.р. курс химиотерапии иным препаратом, чем было рекомендовано протоколом полихимиотерапии ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт глазных болезней им. Гемгольца». В результате доза введенного химиотерапевтического средства была превышена в 9,21 раз. Состояние малолетней прогрессивно ухудшилось, затем она скончалась вследствие токсического поражения печени, почек, сердца, селезенки, лимфатических узлов<sup>2</sup>.

В обоих случаях основными источниками доказательства вины врачей-онкологов явились результаты судебно-медицинского (патолого-анатомического) исследования трупов умерших.

Вместе с тем, средний возраст выявления онкологического заболевания у женщин составляет 62,9 года, у мужчин — 63,3 года. Средний возраст умерших женщин составляет 67 лет, мужчин — 64,9 года<sup>3</sup>. Количество смертей онкологических больных весьма значительно<sup>4</sup>, однако о причине смерти таких пациентов нередко можно судить только исходя из посмертного диагноза, выставленного врачом-онкологом.

<sup>1</sup> Апелляционное постановление Ростовского областного суда по уголовному делу № 22-5864/2017 // ГАС «Правосудие». URL: <http://www.sud.rf.ru> (дата обращения: 09.02.2018).

<sup>2</sup> «Детский врач-онколог осужден за причинение смерти по неосторожности». URL: [http://www. News.Ykt.Ru](http://www.News.Ykt.Ru) (дата обращения 09.02.2018 г.).

<sup>3</sup> Рак. Общие сведения. URL: [http://www.spruce.ru/internal/oncology/General\\_information](http://www.spruce.ru/internal/oncology/General_information) (дата обращения 07.02.2018 г.).

<sup>4</sup> Общий показатель смертности от рака в России составляет 200 на 100000 населения. В 2015 году от рака умерло 286900 человек. URL: <http://www.worldofoncology.com/materialy/o-rake/statistika> (дата обращения 12.02.2018 г.).



Отсюда, по нашему мнению, реальное количество преступлений, предусмотренных ст. 109 УК РФ, совершенных врачами-онкологами намного больше, чем становится известным правоохранительным органам, т.к. они не выявляются в связи с высоким уровнем противодействия<sup>1</sup>.

Как показывают практика уже в период доследственной проверки по факту причинения смерти больному по неосторожности следователь нередко сталкивается со следующими обстоятельствами:

- подозреваемые в совершении преступления врачи настаивают на том, что «отсутствует причинная связь между его профессиональными действиями и неблагоприятным исходом»<sup>2</sup>;
- обнаружены признаки фальсификации информации в медицинской карте амбулаторного больного, истории болезни, рабочих журналах лабораторных исследований (форма 251/у) и др., либо их умышленной утраты<sup>3</sup>;
- лица из числа медицинского персонала, являющиеся очевидцами (свидетелями) происшествия, уклоняются от дачи показаний об обстоятельствах смерти пациента в результате действий (бездействий) врача;
- администрация медицинского учреждения оказывает морально-психологическое давление на подчиненных работников, способствующих установлению обстоятельств преступления и др.

Вместе с тем, нередко последним лицом, видевшим пациента живым, является врач-онколог либо врач-реаниматолог онкологического диспансера. Родственникам выдается справка о смерти пациента, «умершего в присутствии врача от основного заболевания», и труп захоранивается без его предварительного патолого-анатомического исследования. В качестве правового основания для этого применяется часть третья приказа Минздрава России от 6 июня 2013 г. № 354 н «О порядке проведения патолого-анатомических вскрытий» в соответствии с которой: «По религиозным мотивам при наличии письменного заявления супруга или близкого родственника (детей, родителей, усыновленных, усыновителей, родных братьев и родных сестер, внуков, бабушки, дедушки), а при их отсутствии иных родственников либо законного представителя умершего или при волеизъявлении самого умершего, сделанном им при жизни, патолого-анатомическое вскрытие не производится ...».

Нормативно определенный широкий перечень лиц, имеющих отношение к умершему, предоставляет возможность медперсоналу без труда получить вышеуказанное заявление от одного из них для обоснования отказа от патолого-анатомического исследования трупа. При этом представителям администрации медицинского учреждения и врачам-онкологам не предписано выяснять дееспособность заявителя, проживал ли он совместно с умершим, в каких отношениях они находились, знает ли заявитель о состоянии здоровья умершего перед поступлением на стационарное лечение, способен ли он оценить наличие связи заболевания со смертью, а также наличие материальной заинтересованности в получении соответствующих выплат (родственники, имеющие алкогольную либо наркотическую зависимость), наследства и т.п.

Также обращает внимание то, что предусмотренные вышеуказанной нормой ситуации, исключающие отказ от патолого-анатомического исследования, явно носят субъективный характер и могут быть скорректированы медперсоналом стационара при необходимости сокрытия истинной причины смерти пациента. Например «невозможность установления заключительного клинического диагноза заболевания, приведшего к смерти, и (или) непо-

<sup>1</sup> Полагаем, что, в том числе поэтому, значительное количество преступлений, предусмотренных ст. 109 УК РФ снимается с учета в связи с прекращением уголовных дел за отсутствием события или состава преступления. Только в 2017 г. по указанному основанию снято с учета 1117 (+94,3%) преступлений.

<sup>2</sup> См. например, *Багмет А.М., Черкасова Л.И.* Особенности проведения проверки сообщений о преступлениях, совершенных медицинскими работниками // Российский следователь. 2014. № 7. С. 51–55.

<sup>3</sup> См. например, *Кошелева И.С.* Медицинская документация как объект исследования при расследовании уголовных дел в отношении медицинских работников // Российский следователь. 2010. № 4.

средственной причины смерти»; «подозрение на передозировку или непереносимость лекарственных препаратов или диагностических препаратов»; «смерть, связанная с проведением профилактических, диагностических, инструментальных, анестезиологических, реанимационных, лечебных мероприятий, во время или после операции переливания крови и (или) ее компонентов» и др.

Учитывая, что субъектами такой оценки являются сами врачи-онкологи и представители администрации онкологического диспансера, правомерность принятия решения об отказе в направлении трупа умершего на патолого-анатомическое исследование, вызывает сомнения.

По нашему мнению, больной, находящийся на стационарном лечении в онкологическом диспансере, постоянно является объектом профилактических, диагностических и лечебных мероприятий, которые могут явиться причиной его смерти. Такому больному, находящемуся в предсмертном состоянии, должны проводиться реанимационные мероприятия. Поэтому считаем, что в каждом случае смерти онкологического больного в стационаре его труп должен направляться на патолого-анатомическое исследование.

В связи с вышеизложенным, предлагаем организовать:

1. Проверки во всех случаях непроведения патолого-анатомического исследования трупов граждан, с целью установления обстоятельств, исключающих принятие подобного решения медперсоналом онкологических стационаров. Учитывая большой объем работы, в первую очередь внимание следует обратить на выявление ситуаций, когда смерть больного злокачественным онкологическим заболеванием в начальной стадии развития наступила во время либо вскоре после проведения полостной медицинской операции в реанимационном отделении онкологического диспансера, однако труп не направлялся на патолого-анатомическое исследование.

2. Опросы родственников умершего, подавших заявление об отказе в патолого-анатомическом исследовании трупа с целью фиксации сведений:

- об оказании медперсоналом онкодиспансера психоэмоционального воздействия на родственников онкологического больного с целью нейтрализовать будущие жалобы родственников и представить ситуацию «смерти пациента в результате основного заболевания». Например, описания родственникам состояния пациента как человека обреченного на смерть: «от такого рака умирают», «доброкачественная опухоль малигнизируется (озлокачивается)», «далеко не все больные выдерживают послеоперационный период», «локализация опухоли является сложной для удаления», «возможны метастазы»;

- об оказании психологического давления на онкологического больного перед медицинской операцией для получения его «добровольного» согласия на медицинское вмешательство: «сейчас откажетесь, а у нас очередь. В период ожидания опухоль станет неоперабельной» и др.;

3. Также считаем необходимым организовать сбор документальной информации о проведенной медицинской операции (резекция либо удаление органа) при наличии противопоказаний к ней (тяжелые формы кардиопатии, диабета, гипертонии и др.), а также ее проведение по устаревшей методике, влекущей наступление более тяжелых последствий для пациента; возможном поручении самостоятельного проведения такой медицинской операции онкологу-ординатору (интерну), стремящемуся «потренироваться, чтобы набить руку» и др.

Полагаем, что выявление комплекса таких фактов свидетельствует о нарушении конституционных прав пациента медперсоналом и руководителями онкологических диспансеров, что может служить основанием для возбуждения уголовного дела.

**Безопасность медицинского вмешательства:  
вопросы законодательной регламентации и особенности правоприменения**

**Аннотация.** В статье рассмотрены вопросы законодательного определения и регулирования основных понятий медицинской деятельности. В работе показано влияние данных нормативных дефиниций на правоприменение в сфере уголовно-правовой оценки причинения вреда в результате небезопасного медицинского вмешательства. Предложены рекомендации по совершенствованию законодательства и правоприменения в этой сфере.

**Ключевые слова:** медицинская помощь, медицинская услуга, уголовное право, нарушение требований безопасности, ст. 238 УК РФ.

Преамбула Федерального закона от 28.12.2010 № 390 «О безопасности» определяет общее понятие национальной безопасности через перечисление отдельных видов безопасности, охватываемых этим понятием, а именно, безопасность государства, общественную безопасность, экологическую безопасность, безопасность личности, иные виды безопасности, предусмотренных законодательством Российской Федерации. Содержание же данных видов безопасности раскрывается в отраслевых нормативных актах в рамках предмета их регулирования<sup>1</sup>.

Однако определения безопасного медицинского вмешательства ни федеральное законодательство, ни подзаконные акты, регламентирующие деятельность медицинских работников, не содержит. В рамках осуществления данного вида деятельности используется понятие «качества медицинского вмешательства».

Так, Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» содержит понятие качества медицинской помощи, которое включает в себя совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата.

На необходимость соответствия медицинским услугам требованиям качества указывается в п. 27 Постановления Правительства РФ от 04.10.2012 N 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»

Однако вопросы уголовно-правовой оценки причинения вреда в результате медицинского вмешательства не перестают быть актуальными в правоприменении. В судебно-следственной практике отсутствует единство в квалификации причинения смерти либо тяжкого вреда здоровью человека в результате нарушения правил и требований оказания медицинской помощи. Данный факт вызван недостатками законодательного регулирования данного вида деятельности.

---

<sup>1</sup> Так, в ст. 1 Федерального закона от 10.01.2002 № 7-ФЗ «Об охране окружающей среды» дано определение экологической безопасности, под которой понимается состояние защищенности природной среды и жизненно важных интересов человека от возможного негативного воздействия хозяйственной и иной деятельности, чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера, их последствий. Федеральный закон от 21.12.1994 № 69-ФЗ «О пожарной безопасности» в ст. 1 определяет пожарную безопасность как состояние защищенности личности, имущества, общества и государства от пожаров. Содержание понятия транспортной безопасности, а именно как состояния защищенности объектов транспортной инфраструктуры и транспортных средств от актов незаконного вмешательства дается в п. 10 ст. 1 Федерального закона от 09.02.2007 № 16-ФЗ «О транспортной безопасности». Федеральный закон от 10.12.1995 № 196-ФЗ «О безопасности дорожного движения» определяет безопасность дорожного движения как состояние данного процесса, отражающее степень защищенности его участников от дорожно-транспортных происшествий и их последствий. Безопасность движения и эксплуатации железнодорожного транспорта определяется в ст. 2 Федерального закона от 10.01.2003 № 17-ФЗ «О железнодорожном транспорте в Российской Федерации». Федеральный закон от 02.01.2000 № 29-ФЗ «О качестве и безопасности пищевых продуктов» в ст. 1 раскрывает содержание понятие безопасности пищевых продуктов как состояние обоснованной уверенности в том, что пищевые продукты при обычных условиях их использования не являются вредными и не представляют опасности для здоровья нынешнего и будущих поколений.

Так, в ст. 2 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» под медицинской помощью понимается комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг. В приведенной законодательной дефиниции четко обозначено, что медицинская помощь представляет собой комплекс мероприятий, а также цели осуществления такой деятельности, а именно поддержание и (или) восстановление здоровья. Кроме того, в данном положении медицинские услуги определены как частное понятие по отношению к «медицинской помощи», т.е. медицинская помощь в качестве составной части включает в себя медицинские услуги.

В свою очередь медицинские услуги в этом же нормативно-правовом акте определяются как медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное юридическое значение. В приведенном определении медицинские услуги понимаются как единичное вмешательство либо комплекс вмешательств в целях профилактики, диагностики и лечения заболеваний и медицинской реабилитации. Здесь же понятию «медицинских услуг» придается самостоятельное юридическое значение.

Далее среди основных понятий, используемых законодателем в сфере охраны здоровья граждан, дается определение лечения как одной из целей медицинских услуг – комплекс медицинских вмешательств, выполняемых по назначению медицинского работника, целью которых является устранение или облегчение проявлений заболевания или заболеваний либо состояний пациента, восстановление или улучшение его здоровья, трудоспособности и качества жизни. Видится не совсем корректным тот факт, что цель медицинских услуг, имеющих самостоятельное юридическое значение, определяется через указание на одну из целей медицинской помощи (восстановление здоровья).

Результатом приведенных законодательных противоречий является распространенная практика толкования медицинской помощи как особого вида услуг и квалификации причинения вреда в результате ее небезопасного оказания по ст. 238 УК РФ.

Видится, что в рамках действующих положений отраслевого законодательства однозначно разграничить понятия медицинской помощи и медицинских услуг невозможно. Для разрешения данной теоретической и правоприменительной проблемы требуются серьезные изменения базового законодательства, определяющего содержание и порядок осуществления медицинской деятельности.

Представляется, что если учитывать публичный характер оказания медицинской помощи, а именно тот факт, что данная деятельность является реализацией социальной функции государства по охране жизни и здоровья граждан, то в качестве критериев разграничения медицинской помощи и медицинских услуг можно выделить:

- 1) наличие опасности для жизни или здоровья пациента;
- 2) безотлагательность медицинского вмешательства;
- 3) безальтернативность.

Наличие у пациента такого заболевания либо болезненного состояния, которое создает опасность для его жизни или здоровья и как следствие безотлагательность медицинского вмешательства исключает возможность говорить о том, что лицо обращается в медицинскую организацию для удовлетворения своих личных (бытовых) нужд. В подобной ситуации лицо стремится сохранить свою жизнь и здоровье, что свидетельствует об отсутствии потребительских отношений и невозможности квалификации общественно опасного деяния медицинского работника по ст. 238 УК РФ.

В соответствии с п. 2 ст. 1 и ст. 421 ГК РФ граждане и юридические лица свободны в установлении своих прав и обязанностей на основе договора и в определении любых не противоречащих законодательству условий договора. Данные положения являются одними из основополагающих начал гражданско-правовых отношений. Если следовать им в рамках сферы медицинского вмешательства, то пациент при наличии угрозы его жизни или здоровья сохраняет и имеет возможность пользоваться правом на выбор более удобных и благоприятных для него

методов оказания медицинской помощи, причем, медицинский работник обязан учесть такое желание пациента как потребителя услуги. Видится же, что в случае возникновения описанной ситуации воля пациента относительно условий и средств оказания медицинской помощи могут и должны быть игнорированы, так как целью медицинского вмешательства в таком случае будет более социально важное и общественно полезное благо – спасение жизни человека.

Если же лицо при отсутствии угрозы для жизни или здоровья обращается в медицинскую организацию для осуществления в его адрес медицинских вмешательств на договорной основе<sup>1</sup>, и медицинский работник нарушает установленные правила или требования безопасности, то подобное деяние медицинского работника может быть квалифицировано по ст. 238 УК РФ.

### *Литература*

1. Федеральный закон от 28.12.2010 № 390 (с изм. и доп.) «О безопасности» // доступ из СПС «Консультант-Плюс».
2. Федеральный закон от 10.12.1995 № 196-ФЗ (с изм. и доп.) «О безопасности дорожного движения» // доступ из СПС «Консультант-Плюс».
3. Федеральный закон от 10.01.2003 № 17-ФЗ (с изм. и доп.) «О железнодорожном транспорте в Российской Федерации» // доступ из СПС «Консультант-Плюс».
4. Федеральный закон от 02.01.2000 № 29-ФЗ (с изм. и доп.) «О качестве и безопасности пищевых продуктов» // доступ из СПС «Консультант-Плюс».
5. Федеральный закон от 21.12.1994 № 69-ФЗ (с изм. и доп.) «О пожарной безопасности» // доступ из СПС «Консультант-Плюс».
6. Федеральный закон от 09.02.2007 (с изм. и доп.) № 16-ФЗ «О транспортной безопасности» // доступ из СПС «Консультант-Плюс».
7. Федеральный закон от 10.01.2002 № 7-ФЗ (с изм. и доп.) «Об охране окружающей среды» // доступ из СПС «Консультант-Плюс».
8. Постановление Правительства РФ от 04.10.2012 N 1006 (с изм. и доп.) «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» // доступ из СПС «Консультант-Плюс».

**Ю.А. Кулаков**

### **Проблемы расследования преступлений, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи**

**Аннотация.** Статья посвящена проблемам расследования преступлений, совершенных медицинскими работниками против жизни и здоровья в ходе их профессиональной деятельности.

**Ключевые слова:** преступления медицинских работников против жизни и здоровья, проблемы расследования, методика расследования.

Следственным управлением по Смоленской области уделяется повышенное внимание вопросам рассмотрения сообщений и расследования уголовных дел о профессиональных нарушениях при оказании медицинской помощи. Работа на данном направлении строится в строгом соответствии с требованиями федерального законодательства и ведомственных организационно-распорядительных актов Следственного комитета Российской Федерации.

---

<sup>1</sup> Например, Приказом ФКУЗ «МСЧ МВД России по г. Санкт-Петербургу и Ленинградской области» от 30.12.2015 № 178 утвержден перечень платных медицинских услуг в амбулаторных условиях, среди которых «удаление доброкачественных новообразований кожи», «удаление мозоли», «электрофорез лекарственных препаратов при костной патологии», «массаж различных частей тела», «мануальная терапия при заболеваниях периферической нервной системы» и т.д.

Все поступающие в следственные подразделения сообщения о преступлениях данной категории незамедлительно ставятся на контроль в следственном управлении по области, по ним даются указания о проведении конкретных проверочных мероприятий в порядке ст. 39 УПК РФ, оказывается методическая помощь. Каждый материал проверки до принятия процессуального решения обсуждается на оперативном совещании при руководстве СУ по области. С Департаментом Смоленской области по здравоохранению и территориальным органом Росздравнадзора налажено взаимодействие по предоставлению информации в следственное управление по области о происшествиях с участием медицинских работников, исполняющих свои обязанности по оказанию гражданам медицинской помощи.

Однако следует отметить ряд проблем наметившихся при расследовании указанной категории уголовных дел и рассмотрение этих проблем хотелось бы начать с конкретного уголовного дела, в котором они нашли комплексное отражение.

Рославльским МСО СУ СК России по Смоленской области было возбуждено уголовное дело по факту смерти К, 1974 года рождения по признакам состава преступления, предусмотренного ч.2 ст. 109 УК РФ.

В ходе предварительного расследования установлено, что в Рославльскую ЦРБ Смоленской области была доставлена К, которой в указанном лечебном учреждении своевременно и правильно поставлен диагноз: «нарушенная трубная беременность слева по типу разрыва трубы в ампулярном отделе», лечение пациентки до момента реинфузии собственной крови из брюшной полости, произведено правильно и в полном объеме. В связи со значительным объемом потери крови пациенткой возникла необходимость в переливании плазмы крови. Однако, в нарушение приказов МЗ РФ № 363<sup>1</sup> и 364<sup>2</sup> лечащим врачом акушером-гинекологом Н. и врачом анестезиологом-реаниматологом Г. было принято решение об интраоперационной реинфузии крови (ИРК), теряемой во время операции из операционной раны или полости тела стерильным насосом в стерильную емкость с последующим отмыванием, а затем возврат реципиенту во время операции, причем фильтрование излившейся крови производилось через несколько слоев марли, без применения лейкоцитарных или других микрофильтров с порами размеров не более 20-40 микрон (которыми не была оснащена Рославльская ЦРБ). В результате ненадлежащего исполнения своих профессиональных обязанностей вышеуказанными медицинскими работниками в кровь пациентки попали невидимые глазу мелкие фрагменты поврежденных тканей и другие компоненты крови, в результате чего произошло развитие интраоперационного анафилактического шока, осложнившегося острым синдромом внутрисосудистого свертывания крови, острой почечно-печеночной недостаточностью, отеком легких, postanоксической энцефалопатией, что явилось причиной смерти.

Согласно выводов первоначальной комиссионной судебно-медицинской экспертизы, проведенной в Смоленском областном бюро судебно-медицинской экспертизы, имеющиеся возможности обследования больной в Рославльской ЦРБ при данном заболевании были использованы полностью и своевременно, дефектов в проведении лечения не выявлено. Кроме того, по уголовному делу стороной защиты врача-акушера-гинеколога Н. было выдвинута версия о виновности врача-анестезиолога Г.

Однако, повторная комиссионная судебно-медицинская экспертиза, проведенная в ФГУ «Российский центр судебно-медицинской экспертизы», установила, что оперативное вмешательство было проведено своевременно, в случае отказа от реинфузии собственной крови, излившейся в брюшную полость пациентки, благоприятный исход был возможен. Согласно приказу МЗ РФ от 25.11.2002 № 363 в рассматриваемой ситуации ответственность за назначение переливания крови нес хирург, а ответственность за переливание крови нес врач анестезиолог, проводивший переливание.

<sup>1</sup> Приказ Минздрава РФ № 363 от 25.11.2002 «Об утверждении Инструкции по применению компонентов крови» // СПС «КонсультантПлюс».

<sup>2</sup> Приказ Минздрава РФ от 14.09.2001 № 364 (ред. 14.09.2001) «Об утверждении Порядка медицинского обследования донора крови и ее компонентов» // СПС «КонсультантПлюс».

Данное уголовное дело было расследовано и с обвинительным заключением в отношении врача-акушера-гинеколога Н. и врача-анестезиолога Г. по ч.2 ст. 109 УК РФ направлено в суд. Рославльский городской суд согласился с квалификацией органов предварительного следствия и вынес обвинительный приговор по уголовному делу, назначив наказание Н. и Г. по 2 года лишения свободы условно.

Таким образом, можно выделить следующие проблемы, возникающие при расследовании преступлений, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи.

Профессиональная корпоративность медиков. Как следствие проблема выбора экспертов и экспертных учреждений, поскольку врачи лечебных учреждений и эксперты ОГУЗ «Смоленское областное бюро судебно-медицинской экспертизы» относятся к одному территориальному ведомству системы здравоохранения. Областное государственное учреждение здравоохранения «Смоленское областное бюро судебно-медицинской экспертизы» является структурным подразделением Департамента Смоленской области по здравоохранению.

Кроме того, врачи узкой специализации, привлекаемые в качестве экспертов, зачастую являются единственными в списке главных внештатных специалистов системы здравоохранения Смоленской области, что может поставить под сомнение объективность и беспристрастность экспертных исследований.

Для обеспечения реальной независимости экспертов в большинстве случаев следователь вынужден назначать проведение судебных экспертиз в независимые экспертные организации или государственные экспертные учреждения других регионов РФ, в том числе по ходатайству потерпевших, заявляющих о недоверии экспертному учреждению.

Аналогичная ситуация возникает при необходимости привлечения независимого специалиста для консультирования при изъятии медицинской документации, обнаружении иных документов по уголовному делу.

Учитывая изложенное, в настоящее время в стадии подписания находится соглашение между Департаментами здравоохранения и Следственными управлениями Смоленской и Белгородской областей о проведении комиссионных судебно-медицинских экспертиз по уголовным делам, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи, назначаемых следователями СУ СК России по Смоленской области в ОГУЗ «Белгородское областное бюро судебно-медицинской экспертизы» и наоборот.

Длительность проведения комиссионных судебно-медицинских экспертиз.

Является одной из основных причин большого количества прекращения уголовных дел по п. 1,2 ч.2 ст. 24 УПК РФ. В случае невозможности в ходе процессуальной проверки однозначно определить путем проведения медицинских исследований причину смерти или причинения тяжкого вреда здоровью, причинную связь между действиями (бездействием) медицинских работников и наступившими последствиями, принимается решение о возбуждении уголовного дела с целью выяснения всех обстоятельств, произошедшего следственным путем. Решения об отказе в возбуждении уголовного дела до проведения экспертиз, на основании материалов заключений соответствующих проверок Департамента по здравоохранению Смоленской области и территориальных управлений Росздравнадзора не всегда обоснованы.

Проблемы квалификации действий нескольких врачей, каждый из которых допустил дефект оказания медицинской помощи, состоящий согласно выводам экспертов в прямой причинно-следственной связи с наступлением смерти пациента. Преступления связанные с врачебными ошибками, зачастую представляют сложность в расследовании, обусловленную прежде всего, трудностью оценки действия (бездействия) конкретного медицинского работника. При это достаточно часто выясняется, что медицинскую помощь оказывалась не одним врачом, а несколькими специалистами.

Противоречивость выводов комиссионных экспертиз об отсутствии причинной связи между установленными дефектами оказания медицинской помощи и неблагоприятными исходом-смертью пациента.

Дефекты оказания медицинской помощи организационного характера, обусловленные недостаточностью оснащения лечебных учреждений, ненадлежащей организацией диагностического и лечебного процесса.

Е.А. Курнышева

### Необходима ли криминализация врачебных ошибок?

**Аннотация.** В статье приводится мировая статистика «врачебных ошибок» и рассматривается зарубежный опыт ответственности за «медицинские преступления». Обосновывается криминализация профессиональной ответственности медицинских работников.

**Ключевые слова:** криминализация, «врачебная ошибка», уголовная ответственность, «медицинские преступления», уголовное законодательство.

В масштабе всего мира врачебные ошибки сегодня являются далеко не редкостью. По оценкам группы европейских экспертов, от 4 до 7 пациентов из 100 становятся жертвами медицинских ошибок. По данным Всемирной организации здравоохранения из-за врачебных ошибок, в среднем в год в странах Европейского Союза — погибают до 20 тысяч человек. По статистике Соединенных Штатов Америки ежегодно около 98000 американцев умирает из-за ошибок медиков.

Анализ Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) показал, что в мире от врачебных ошибок каждый год умирает больше людей, чем погибает в ДТП, например, в японских больницах ежегодно умирает от врачебных ошибок 41000 пациентов, что в 7 раз больше, чем от ДТП.

В Российской Федерации в 2015 году 712 человек, включая 317 детей, пострадали от врачебных ошибок и некачественного оказания медицинской помощи. В 2016 году вследствие врачебных ошибок погибло 352 пациента, из которых 142 ребенка<sup>1</sup>.

Вывод, сделанный ВОЗ исходя из статистики — «больницы гораздо опаснее для жизни, чем полеты на самолетах», так как: «при нахождении в больнице:

- шанс столкнуться с врачебной ошибкой составляет 1 к 10;
- шанс умереть от врачебной ошибки — 1 к 300;
- риск погибнуть в авиакатастрофе составляет 1 к 10 000 000»,- является шокирующим и заставляет задуматься о мерах борьбы с ошибками в медицинской сфере<sup>2</sup>.

В ряде стран мира за врачебные ошибки, наряду с гражданско-правовой и административной, принята и уголовная ответственность. Например, параграфы 856, 857 Уголовного кодекса Австрии содержит специальные нормы об уголовной ответственности «за неправильное лечение по незнанию медицинского искусства и за неумело, неловко проведенную операцию»<sup>3</sup>.

В Уголовном кодексе Республики Казахстан Глава 12 посвящена медицинским уголовным правонарушениям и содержит семь составов преступлений: Статья 317. Ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей медицинским или фармацевтическим работником; Статья 318. Нарушение порядка проведения клинических исследований и применения новых методов и средств профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации; Статья 319. Незаконное производство аборта; Статья 320. Неоказание помощи больному; Статья 321. Разглашение врачебной тайны; Статья 322. Незаконная медицинская и фармацевтическая деятельность, и незаконная выдача либо подделка рецептов или иных документов, дающих

<sup>1</sup>URL: <http://sovetadvokatov.ru/252-vrachebnaja-oshibka.html>

<sup>2</sup>URL: <http://pravo-med.ru/articles/2753/>

<sup>3</sup>URL: [http://studbooks.net/1092922/pravo/otnoshenie\\_vrachebnoy\\_oshibke\\_zarubezhnyh\\_stranah](http://studbooks.net/1092922/pravo/otnoshenie_vrachebnoy_oshibke_zarubezhnyh_stranah)



право на получение наркотических средств или психотропных веществ; Статья 323. Обращение с фальсифицированными лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения или медицинской техникой<sup>1</sup>.

Уголовный кодекс Российской Федерации не содержит отдельной нормы, предусматривающей ответственность за врачебные ошибки. В отечественном уголовном законодательстве насчитывается порядка 20 составов преступлений, которые при определённых условиях могут быть совершены при оказании медицинских услуг. Большинство из них подследственны Следственному комитету Российской Федерации.

Имеющиеся в УК РФ составы преступлений указывают либо на конкретные действия (бездействие) медицинских работников, например, заражение другого лица ВИЧ-инфекцией вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей (ч.4 ст.122 УК РФ), неоказание помощи больному (ст.124 УК РФ); либо связаны с незаконной врачебной деятельностью (ст.233, ст.235 УК РФ).

В случае врачебной ошибки при диагностике, лечении и т.п., причинившей вред жизни или здоровью пациента, следователи вынуждены «подбирать» норму уголовного закона на предмет проверки наличия или отсутствия преступления. Ведь при поступлении сообщения или заявления следственные органы обязаны провести доследственную проверку в порядке ст.144-145 УПК РФ и принять, предусмотренное законом решение.

Сегодня, при отсутствии специальной статьи в УК РФ об ответственности медицинских работников, уголовные дела чаще всего возбуждаются: за причинение смерти по неосторожности (ст. 109 УК РФ); причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности (ст.118 УК РФ); выполнение работ или оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности (ст.238 УК РФ).

С точки зрения закона единственное основание для уголовной ответственности — состав преступления, предусмотренного Уголовным кодексом. В каждом случае халатности, бездействия и равнодушия врачей, приведшие к тяжёлым последствиям необходимо определить наличие или отсутствие *состава преступления*. И вот здесь возникает вопрос: какого?

Отсутствие специальной нормы в российском уголовном законодательстве по врачебным ошибкам представляет сложность в квалификации преступного деяния.

Понятие “квалификация преступлений” тесно связано с вопросами применения нормы права, оценки общественно опасного деяния, привлечением к уголовной ответственности, освобождением от уголовной ответственности и наказания, решением вопросов избрания конкретного вида и размера наказания и т.д.

Правильная (безошибочная) квалификация, верно отражает социальную сущность деяния, обеспечивает достижение целей уголовной ответственности, утверждает в обществе справедливость, укрепляет законность и правопорядок, способствует упрочению морали и нравственности.

Уголовно-процессуальное законодательство неправильную квалификацию признаёт существенным нарушением закона и расценивает как нарушение одного из основных принципов уголовного судопроизводства — принципа обеспечения обвиняемому права на защиту. Предполагается, что при этом обвиняемый не может точно знать, в чем именно, в каком преступлении он обвиняется и не имеет возможности в полной мере обеспечить свою защиту.

Таким образом, если в УК РФ будет введена норма ответственности медицинских работников за ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей, то это в первую очередь повысит уровень обеспечения прав и законных интересов участников уголовного судопроизводства (потерпевших и обвиняемых).

---

<sup>1</sup> Уголовный кодекс Республики Казахстан от 3 июля 2014 года № 226-V (с изменениями и дополнениями по состоянию на 09.01.2018 г.)

**Проблемы установления некоторых обстоятельств преступлений,  
совершаемых медицинскими работниками при осуществлении  
своей профессиональной деятельности**

**Аннотация.** Преступления, совершаемые медицинскими работниками при осуществлении своей профессиональной деятельности характеризуется повышенной латентностью. По большинству спорных материалов проверки в настоящее время в основном выносятся постановления об отказе в возбуждении уголовного дела, и такие материалы пылятся в архивах. Это обстоятельство побуждает следователя тщательно изучать результаты ведомственных проверок, подвергать их анализу, прибегая к помощи других специалистов того же профиля. Экспертная практика показывает, что результаты служебных проверок и выводы группы судебно-медицинских экспертов достаточно часто не совпадают по существу.

**Ключевые слова:** медицинские работники, служебная проверка, судебно-медицинская экспертиза, следователь, преступление, уголовное дело, корпоративные интересы, преступления против жизни и здоровья граждан.

Государство гарантирует охрану здоровья каждого человека в соответствии с общепризнанными принципами и нормами международного права, Конституцией РФ и иными законодательными актами. Но как показывает изученная судебно-следственная практика, медицинские работники в процессе осуществления своей профессиональной деятельности совершают преступления против жизни и здоровья наших граждан. Среди них наибольший удельный вес составляют следующие преступления: причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности - ч. 2 ст. 118 УК РФ, причинение смерти - ч. 2 ст. 109 УК РФ, заражение другого лица ВИЧ-инфекцией - ч. 4 ст. 122 УК РФ, неоказание помощи больному - ст. 124 УК РФ. Все эти преступления наука криминалистика относит к группе профессиональных преступлений, которые совершаются медицинскими работниками в ходе осуществления своей непосредственной деятельности при лечении больных.

Рассматривая вопрос об актуальности темы, изложенной в настоящей статье, следует отметить, что официальной государственной статистики относительно количества профессиональных преступлений совершаемых медицинскими работниками, не существует. В ходе изучения указанной проблемы было установлено, что преступления, которые совершают медицинские работники при исполнении своих профессиональных обязанностей, фактически имеют место, но доля их в общем количестве преступности незначительная. Многие специалисты считают, что количество зарегистрированных преступлений медицинских работников составляет лишь 10 % от фактически совершенных, т.е. эта группа преступлений характеризуется повышенной латентностью. Вместе с тем по большинству спорных материалов проверки в настоящее время в основном выносятся постановления об отказе в возбуждении уголовного дела, и такие материалы пылятся в архивах.

Как показывают проведённые исследования уголовных дел и материалов проверок следователи испытывают серьезные трудности с расследованием этих преступлений, доказыванием обстоятельств их совершения, правовой квалификацией таких деяний и в дальнейшем привлечением виновных медицинских работников к уголовной ответственности. Во многом это объясняется объективными трудностями установления причинной связи между действием или бездействием медицинского работника и наступившими общественно опасными последствиями.

Препятствует расследованию преступлений и организация проведения судебно-медицинской экспертизы по факту правонарушения медицинского работника, привлечение специалистов-консультантов. По мнению опрошенных нами следователей, нередко при составлении

заключения судебно-медицинской экспертизы или даже консультаций ложно понятые ведомственные интересы, чувства коллегиальности и корпоративности преобладают над интересами законности и объективности расследования.

Сложность расследования уголовных дел данной категории, заключается и в том, что еще до начала расследования медицинские работники успевают предпринять меры к сокрытию следов преступления. Осознавая неправомерность своих действий, медицинский работник допускает уничтожение медицинских документов пациента либо искажение их содержания путем вписывания ложных сведений и исправлений, ссылаясь на утерю документов, т.е. скрывает следы преступления. И выявить это может только специалист с медицинским образованием и опытом работы в данном направлении.

При расследовании дел о профессиональных нарушениях медицинских работников следователь, помимо сложности самого дела, трудностей в юридической квалификации деяний медицинского персонала, встречается и с некоторыми другими проблемами.

Как известно, по итогам жалобы на медицинского работника должна проводиться служебная проверка, которую осуществляют специально создаваемые комиссии, состоящие только из высококвалифицированных врачей, которые дают заключение о наличии или отсутствии каких-либо ошибок в действиях медицинского работника, в отношении которого проводится проверка.

Члены комиссии не предупреждаются об уголовной ответственности за дачу заведомо ложного заключения. Поэтому в силу неосведомленности в юридическом значении каждого слова своих заключений, а также в силу часто встречающегося желания не подвести коллегу врача, попавшего в трудное положение, зачастую допускают необоснованное толкование деталей произошедшего события.

Это обстоятельство должно побуждать следователей тщательно изучать результаты ведомственных проверок, подвергать их анализу, прибегая к помощи других специалистов того же профиля. Экспертная практика показывает, что результаты служебных проверок и выводы группы судебно-медицинских экспертов достаточно часто не совпадают по существу.

Серьезной проблемой на пути своевременного и объективного расследования уголовных дел по преступлениям, совершенным медицинскими работниками, является подчиненность всех без исключения бюро судебно-медицинских экспертиз департаментам здравоохранения и социального развития субъектов РФ по месту нахождения, т.е. отсутствие независимой профессиональной экспертизы. Таким образом, мы опять возвращаемся к проблеме корпоративности в медицинской среде: у следователей очень часто возникает сложность в проведении судебно-медицинской экспертизы по отношению к врачам. Кроме того на длительные сроки затягивается сама проверка или же возникают проблемы в продлении срока расследования уголовного дела. А причина здесь только одна — на формирование независимой экспертной комиссии уходит по несколько месяцев. И то не всегда это даёт в дальнейшем нужный положительный результат. Как одно из возможных решений данных проблем автором статьи предлагается создание федеральной экспертной службы, не подчиняющейся органам здравоохранения.

Также проблемы возникают у следователя и при проведении изъятий и осмотров медицинских документов по материалам проверки или при расследовании уголовных дел. В виду того, что следователь не является специалистом в области медицины, то у него возникают объективные сложности в оценке указанных материалов. В этих целях ему необходимо привлекать специалиста — медика, что опять же сталкивает его с корпоративностью медицинских работников и нежеланием их участвовать в таких мероприятиях. Кроме того, на профессионализме следователя сказывается и тот фактор, что практически во всех высших учебных заведениях программы подготовки юристов исключён курс судебной медицины.

Одним из выходов в сложившейся ситуации автор видит то, чтобы ввести специализацию следователей, расследующих преступления, совершаемые медицинскими работниками и при подготовке таких следователей ввести расширенный курс судебной медицины и кроме того

давать отдельным спецкурсом знания по изучению медицинских документов и по медицинскому праву. Необходимо отметить, что устранение выявленных и определенных проблем исследования по профессиональным преступлениям, совершенным медицинскими работниками, позволит, во-первых, приблизиться к разработке методики, направленной на привлечение медицинских работников, виновных в совершении профессиональных преступлений, к уголовной ответственности, а во-вторых, выработать механизм защиты прав и интересов медицинских работников от необоснованного обвинения в совершении профессионального правонарушения.

**В.Ю. Малахова**

### **Проблемы эвтаназии в России сегодня**

**Аннотация.** В данной статье рассматриваются современные оценки проблемы эвтаназии, как в Российской Федерации, так и за рубежом. Подчеркивается вопрос о взаимосвязи оказания некачественной медицинской помощи, приводящей к тяжелым заболеваниям граждан и, в последствии к самоубийству и эвтаназии. Особое внимание уделяется российскому законодательству в отношении вопросов ответственности по данным проблемам, а также предлагаются возможные способы ее решения.

**Ключевые слова:** эвтаназия –это преступление или благо, оказание некачественной медицинской помощи, приводящей к самоубийству лиц, пассивная эвтаназия, уголовная ответственность, право на жизнь и на смерть, законопроект об эвтаназии, российское законодательство, Конституция РФ, УК РФ, ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

В силу отсутствия в России должной правовой урегулированности взаимоотношений, сопряженных с трудностями морального и правового характера, по осуществлению эвтаназии возникло определенное несоответствие между уголовно-правовой оценкой убийства по просьбе неизлечимо больного с целью избавления его от страданий и объективными свойствами этого деяния<sup>1</sup>.

Сложный и страшный выбор - продолжать жить с неизлечимой болезнью, испытывая боль и страдания, обрекая на них близких, или принять решение, пока человек еще в состоянии размышлять здраво, - вот главный вопрос эвтаназии. Основные камни преткновения в вопросах ее легализации - юридические, этические и религиозные. В странах, в том числе и в России, где эвтаназия запрещена, она расценивается как убийство.

Законопроект, разрешающий в России эвтаназию разрабатывался в Совете Федерации. В случае его принятия неизлечимых больных по их просьбе будут лишать жизни, если такое решение утвердит консилиум врачей, а затем и комиссия, состоящая из медиков, адвокатов и представителей прокуратуры. По предложению Петренко, инициатива о проведении эвтаназии должна исходить от самого больного: он должен заявить о своем желании уйти из жизни сначала в устной форме лечащему врачу, а затем написать на его имя заявление, заверенное нотариально. Заявление будет рассматриваться два месяца: врачи должны будут изучить историю болезни, проверить, не повлиял ли кто-то на просьбу больного. За это время больной вправе изменить свое решение. Если же за этот срок тяжелобольной пациент не передумает, ему введут повышенную дозу обезболивающего, чтобы прекратить работу мозга<sup>2</sup>.

Рассмотрим термин «эвтаназия» с научной точки зрения. Различают пассивную и активную эвтаназию. Активная эвтаназия применяется, когда врач самостоятельно решает ввести человеку смертельную дозу какого-то препарата. Это осознанное решение, принимаемое на основе медицинских показателей пациента. У нее также есть несколько разновидностей:

<sup>1</sup> Малахова В.Ю., Ложкова И.А. К вопросу о назначении наказания и применении иных мер уголовно-правового характера с учетом критериев индивидуализации по уголовному законодательству России // Образование и право. 2016. №5. С.26.

<sup>2</sup> URL: <http://www.lentacom.ru/reviews/263.html>

- Врач, видя мучения своего пациента, предварительно получив согласие родственников, вводит смертельную дозу препарата. Это – «милосердное убийство».
- Проводится самоубийство пациента под тщательным наблюдением врача.
- Активная эвтаназия проводится самим врачом, но по желанию самого пациента.

Пассивная эвтаназия заключается в приостановке медицинского лечения. Врач не вводит никаких лекарств, отключает больного от аппаратов жизнеобеспечения, останавливает подачу поддерживающих медикаментов. Смерть приближается быстрее, чаще всего она невероятно мучительна, болезнь добивает человека. Пассивная эвтаназия — это отказ человека от предоставления ему медицинской помощи, направленной на продление жизни. Пациент подписывает такой отказ, находясь в дееспособном состоянии. Врачи не имеют права ни облегчать его смерть, ни продлять ему жизнь.

В 20 статье Конституции закреплено право человека на жизнь и никто не имеет права лишать его этого дара. В России эвтаназия запрещена и квалифицируется как убийство<sup>1</sup>. Прямой запрет на осуществление эвтаназии закреплен в ст. 45 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан<sup>2</sup>. Однако в ст. 20, 21 ФЗ №323 гражданин или его представитель имеют право отказаться от медицинского вмешательства либо потребовать его прекращения, то есть эвтаназия в России разрешена в пассивной форме. Она выражается в невмешательстве медика в жизнь пациента для его более быстрого умерщвления. Можно сделать вывод, что пассивная эвтаназия в России все же допускается. Однако норма прямо на это не указывает. Альтернативой в России считается паллиативная помощь больным. В задачи врачей, занимающихся паллиативной медициной, входит использование методов и процедур, которые могут облегчить состояние неизлечимо больного: например, обезболивание. По оценке Глаголева, паллиативную помощь получают менее половины нуждающихся.

Качество и доступность здравоохранения — одна из самых актуальных тем в России. Огромные очереди, невозможность записаться на прием, нехватка персонала и оборудования, некомпетентность и равнодушие врачей — все эти проблемы не новы, но с годами никуда не исчезают. Не помогают ни реформы, ни десятки миллиардов рублей, которые государство вкладывает в российскую медицину.

Результатом такого положения является тот факт, что две трети россиян считают нынешнее качество услуг в государственных поликлиниках и больницах в целом низким. Таковы данные социопроса, представленные Всероссийским фондом изучения общественного мнения (ВЦИОМ)<sup>3</sup>.

Глава Следственного Комитета России Александр Бастрыкин обнародовал статистику врачебных ошибок в стране. В 2015 году потерпевшими признаны 888 человек. Из них вследствие врачебных ошибок и ненадлежащего оказания медицинской помощи погибло 712 человек, в том числе 317 детей. В 2016 году из 352 человек, погибших вследствие врачебных ошибок и ненадлежащего оказания медицинской помощи, — 142 ребенка<sup>4</sup>.

Кроме того, главный следователь России сообщил, что в первом полугодии 2016 года в органы Следственного Комитета поступило более 2,5 тысяч сообщений о преступлениях, связанных с врачебными ошибками и ненадлежащим оказанием медицинской помощи, по результатам их рассмотрения возбуждено 419 уголовных дел.

При проведении обобщения судебной практики по спорам, связанным с ненадлежащим оказанием медицинской помощи большую часть составили дела по искам потерпевших о возмещении вреда здоровью и компенсации морального вреда в связи с ненадлежащим оказанием

<sup>1</sup> Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 № 63-ФЗ (ред. от 29.07.2017) (с изм. и доп., вступ. в силу с 26.08.2017).

<sup>2</sup> Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 29.07.2017) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

<sup>3</sup> URL: <https://www.dni.ru/society/2015/9/2/313694.html>

<sup>4</sup> URL: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/18553000/>

бесплатной медицинской помощи в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения<sup>1</sup>.

Говоря о зарубежном опыте, то смело можно назвать страны, где эвтаназия разрешена. В Швейцарии, Эстонии, Албании, а также в американских штатах Вашингтон, Орегон и Монтана существуют законы, позволяющие смертельно больным и психически здоровым пациентам совершить самоубийство при помощи врача. То есть в отличие от эвтаназии тут человек принимает смертельную дозу лекарств самостоятельно, а врач лишь выписывает лекарство. На детей такое законодательство нигде не распространяется.

Таким образом, сложно однозначно ответить необходимо ли закрепление эвтаназии в нормативных актах или нет. Безусловно, имеются прецеденты совершения эвтаназии, но это происходит негласно и, как правило, потом карается по закону. Проблема права человека на смерть имеет давнюю историю. Вопрос об узаконивании эвтаназии в нашей стране неновый. Сейчас споры между сторонниками и противниками права на смерть приняли более ожесточенный характер. Многочисленные дискуссии связаны, на мой взгляд, с тем, что в Европе и некоторых других странах мира начала проявляться тенденция к легализации эвтаназии. Если государство решит узаконить процедуру эвтаназии, то необходимо внесение изменений в Конституцию РФ, а именно текст пункта 2 статьи 20 заменить текстом, который звучит так: «Каждый человек имеет право на смерть». Не признавая право на смерть, российские законодатели тем самым обрекают человека на невыносимые нравственные и физические страдания, но и легализация данного права приводит к тому, что государство одобряет смерть человека посредством эвтаназии.

Проблема эвтаназии, как и многие другие проблемы здравоохранения, является проблемой не только медицинской и к ее обсуждению должны быть привлечены не только медики, но и философы, биоэтики, юристы, психологи и другие специалисты. Эвтаназия – это общекультурная и социальная проблема. Я считаю, что эвтаназия (как умерщвление невинного) есть безусловное моральное зло и не должна быть допустима законом, даже в случаях, указанных в общепринятом разрешении. Велика также опасность злоупотреблений. Признание эвтаназии законом может также лишить государство стимула для финансирования исследований по поиску эффективных средств лечения и ухода за тяжело больными людьми. На прямую можно проследить взаимосвязь между оказанием некачественной медицинской помощи (неправильно назначенных лекарств, неграмотного лечения, инвалидности вследствие проведенных операций и др.) и прежде всего уголовной ответственностью чиновников в сфере здравоохранения и лечащих врачей. Нельзя не видеть, что эвтаназия уже фактически существует в медицинской практике сегодня. Очевидно, что эта проблема требует срочного не только правового решения и закрывать на неё глаза нельзя.

**А.А. Мишенина**

### **О трудностях расследования профессиональных преступлений, совершенных работниками здравоохранения**

**Аннотация.** В настоящей статье обозначены отдельные трудности, возникающие при расследовании преступлений, совершенных медицинскими работниками, получение необходимой медицинской документации, установление причинно-следственной связи, обеспечение доказательственной базы.

**Ключевые слова:** медицинские работники, преступление, сообщение о преступлении, врачебная тайна, расследование уголовного дела о преступлении, совершенном медицинским работником.

---

<sup>1</sup> URL: <https://nauchforum.ru/studconf/gum/xii/3350>

Развитие возможностей современной медицины обусловило появление новелл, которые, несмотря на приносимую пользу в отдельных случаях представляют опасность для жизни и здоровья человека. Использование современной лечебно-диагностической аппаратуры и средств интенсивной терапии привело не только к широким возможностям диагностики и лечения болезней, но и породило возникновение нежелательных и неблагоприятных последствий действий медицинских работников. Выросла вероятность причинения вреда пациенту в процессе оказания ему медицинской помощи, то есть специфической профессиональной деятельности, которая включает в себя профилактику и лечение заболеваний и травм, их диагностику, уход за пациентами, их реабилитацию, наблюдение беременных, родовспоможение<sup>1</sup>.

Следственным комитетом Российской Федерации в последние годы уделяется пристальное внимание проведению проверок сообщений о преступлениях и расследованию уголовных дел о преступлениях, совершенных медицинскими работниками. Это обусловлено как опасностью преступных деяний, так и сложившейся тенденцией к увеличению их числа, что требует принятия адекватных мер со стороны правоприменителя.

Трудности, возникающие при рассмотрении сообщений и расследовании уголовных дел о преступлениях указанной категории, связаны с активным противодействием следствию, которое обусловлено профессиональной корпоративностью, проблемными вопросами при установлении причинно-следственной связи как элемента объективной стороны состава преступления между преступными действиями и наступлением неблагоприятных для пациента последствий, и некоторыми другими<sup>2</sup>.

Большинство сообщений о преступлениях по фактам гибели граждан вследствие ненадлежащего оказания или неоказания медицинской помощи поступает из органов внутренних дел. Нескольким меньше их количество - от граждан и из средств массовой информации. Важно отметить, что из учреждений здравоохранения по понятным причинам не поступает сообщений о ненадлежащем исполнении медицинскими работниками своих обязанностей, несмотря на имеющиеся факты гибели пациентов. Данные обстоятельства свидетельствуют о наличии корпоративной этики и солидарности, что в некоторых случаях может быть расценено, как оказание противодействия органам предварительного следствия.

По результатам рассмотрения сообщений о преступлениях в основном принимаются решения об отказе в возбуждении уголовного дела при отсутствии достаточных оснований, реже - возбуждаются уголовные дела. Есть также случаи последующего прекращения уголовных дел в связи с отсутствием в действиях медицинских работников признаков состава преступления.

Проведение процессуальных проверок по сообщениям о преступлениях, совершенных медицинскими работниками, имеет ряд сложностей.

1. Как правило проведение проверки осуществляется в отношении медицинских работников, которыми оказывалась медицинская помощь пациенту в последнюю очередь. Вместе с тем, требует изучения весь период оказания медицинской помощи, начиная с момента первого обращения лица в лечебное учреждение, его наблюдения, назначения ему соответствующего лечения и до летального исхода.

Так, заявитель обратился с жалобой на действия врачей – хирургов, производивших удаление органа его родственнику, с просьбой привлечь их к ответственности за халатное отношение при проведении операции, некачественное и несвоевременное оказание медицинской помощи, что в результате повлекло смерть пациента.

По результатам процессуальной проверки принято решение об отказе в возбуждении уголовного дела, которое отменено в связи с неполнотой проверки качества наблюдения пациента в поликлинике, наличия или отсутствия причинно-следственной связи между имеющимися у пациента заболеваниями, оказанием в связи с этим ему медицинской помощи и его смертью.

<sup>1</sup> Александрова О.Ю., Герасименко Н.Ф., Григорьев Ю.И., Григорьев И.К. Ответственность за правонарушение в медицине: учебное пособие для студентов вузов. М.: Издательский центр «Академия», 2006. С. 142.

<sup>2</sup> Проведение процессуальных проверок и расследование ятрогенных преступлений: сборник методических рекомендаций / под ред. А.М. Багмета. М.: Московская академия СК России, 2017, С.51–54.

При проведении процессуальной проверки надлежит принимать меры к истребованию и осмотру всех медицинских документов в отношении пострадавшего пациента не только из стационарных, но и иных лечебно-профилактических учреждений, станций скорой медицинской помощи и т.п.

Необходимо выяснять алгоритм действий каждого медицинского работника, выполняющего свои профессиональные обязанности по оказанию пациенту помощи с учетом своевременности, достаточного объема, использования безопасных методов имеющихся ресурсов.

Требует выяснения характер и условия оказания медицинской помощи пациенту, факты возможных нарушений правил (стандартов) оказания медицинской помощи, оценка ее качества.

С этой целью возможно привлечение на первоначальном этапе независимых специалистов для правильного планирования и составления перечня вопросов, требующих разрешения в ходе процессуальной проверки. Их привлечение позволит оперативно получить сведения справочного характера. В частности, в каких нормативных актах, стандартах, инструкциях содержатся указания о порядке оказания медицинской помощи по поводу конкретной патологии, травмы, состояния (беременности), имеются ли противоречия в информации, содержащейся в медицинских документах и др.

Следует заранее продумать организацию проведения неотложных следственных действий и проверочных мероприятий по обнаружению, закреплению и сохранению носителей следов преступления (осмотр места происшествия, изъятие медицинской документации, производство опросов, освидетельствование потерпевшего и пр.).

2. В соответствии со статьей 13 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ, сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении, составляют врачебную тайну и предоставляется с согласия гражданина или его законного представителя. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя допускается по запросу органов дознания и следствия, суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством.

Согласно требованиям пункта 7 части 2 статьи 29 Уголовно-процессуального кодекса Российской Федерации только суд, в том числе в ходе досудебного производства, правомочен принимать решения о производстве выемки предметов и документов, содержащих государственную или иную охраняемую федеральным законом тайну.

Таким образом, крайне затруднительно получение всех необходимых медицинских документов в ходе проверки сообщения о преступлении.

Факт получения их без судебного решения может породить в ходе судебного разбирательства проблему их оспаривания на предмет допустимости.

Органам следствия приходится прибегать к помощи родственников потерпевшего, которые имеют возможность самостоятельно получить медицинские документы в медицинских учреждениях, а впоследствии предоставить их органам следствия.

3. Существуют трудности в установлении причинно-следственной связи между допущенными нарушениями и наступившей смертью.

Нередко врачами выдвигается версия о том, что даже при надлежащем оказании медицинской помощи с имеющимся заболеванием пациента ожидал смертельный исход.

Так, привлечен к уголовной ответственности врач-нарколог, в результате бездействия которого при выведении пациента из состояния "запоя" - состояния, характеризующееся продолжительным (более суток) употреблением алкогольных напитков, сопровождающееся сильной алкогольной интоксикацией, - наступила смерть последнего. При этом, пациент жаловался на боли в области сердца, но врач не предпринял мер к выяснению причин. В течение суток пациент скончался. В данном случае с учетом личности пациента, длительности жалоб на боли в области сердца (4-6 лет), состоянии всех органов и тканей в связи с постоянным нахождением в состоянии алкогольного опьянения, врачом была выдвинута версия о том, что смерть



пациента наступила бы неизбежно в течение короткого промежутка времени даже при проведении всех медицинских мероприятий. Несмотря на это, в результате изначального установления всех обстоятельств произошедшего, на основе консультаций с узкопрофильными специалистами (наркологами, реаниматологами, кардиологами) следователю доказать вину врача в совершении преступления, предусмотренного ст. 109 УК РФ, и в отношении врача вынесен обвинительный приговор<sup>1</sup>.

4. Практике известны случаи недостоверности сведений, содержащихся в медицинских документах.

В связи с тем, что зачастую следователи не выезжают в больницу на осмотр трупа, то у медицинских работников имеется значительное количество времени для того, чтобы внести изменения в медицинские документы пациента с целью сокрытия важных для расследования обстоятельств.

При осмотре медицинских документов следователю необходимо обращать внимание на даты изготовления бланков, наличие вклеек и иных сведений о том, что в карту вносились изменения. В необходимых случаях следует назначать технические исследования документов, так как на момент внесения в них изменений отдельные медицинские работники могут быть уволены, либо находиться в отпуске, что не позволит поставить их подписи или внести изменения их почерком.

Обозначенные проблемы являются наиболее важными. Также остро стоит вопрос о необходимости законодательного закрепления порядка проведения всех медицинских процедур и вмешательств. Это позволит выработать комплекс необходимых мероприятий, порядок их проведения и обеспечит возможность юридической оценки действиям каждого из лиц, участвовавших в оказании медицинской помощи.

**О.А. Мозговой,  
Р.С. Ливинский,  
А.С. Бобров**

### **Проблема уголовной ответственности за неоказание помощи больному в российском и зарубежном законодательстве**

**Аннотация.** Исследуются проблемные положения зарубежного законодательства и судебной практики по регулированию ответственности медицинских работников за неоказание помощи больному. Делается вывод о необходимости криминализация формального состава неоказания помощи больному и ненадлежащее оказание помощи больному в качестве самостоятельной нормы.

**Ключевые слова:** медицинский работник, деяние, преступность, уголовная ответственность, наказуемость, пациент, неоказание помощи больному, зарубежная практика, специальный состав, беспомощное состояние.

Зарубежное законодательство относительно уголовной ответственности за неоказание помощи больному не отличается конкретностью. Специальный состав преступления за неоказание помощи больному имеет место преимущественно в странах СНГ.

В законодательстве большинства западных государств неоказание помощи больному входит составной частью в норму, предусматривающую ответственность за оставление в опасности.

---

<sup>1</sup> Архив новостей Верховного суда Удмуртской Республики URL: [vs.udm.sudrf.ru](http://vs.udm.sudrf.ru)

Так, согласно параграфу 221 Уголовного кодекса ФРГ, «кто ставит в беспомощное состояние или оставляет в беспомощном состоянии, хотя он находится под его присмотром, или исполнитель иным образом обязан оказывать ему помощь, и тем самым ставит потерпевшего в опасность наступления смерти или причинения тяжкого телесного повреждения...»<sup>1</sup>.

В приведенной норме круг лиц, считающихся потерпевшими, достаточно широк. К таковым, могут быть отнесены и здоровые люди, которые, в конкретной жизненной ситуации, оказались в беспомощном состоянии. Кроме того, предусматривается ответственность за уклонение от обязанности 171 оказывать помощь, к примеру, медсестра, не оказывает больному необходимой медицинской помощи. Таким образом, редакция Уголовного кодекса ФРГ от 26 января 1998 года содержит два состава преступления. Субъектом первого может быть любое физическое лицо, которое своими действиями (бездействием) ставит человека в беспомощное состояние, субъектом второго – виновный, оставляющий человека в беспомощном состоянии, хотя он находился под его присмотром или он иным образом был обязан оказывать ему помощь<sup>2</sup>.

То есть мы видим аналогию со ст. 125 УК РФ, однако в данном случае она применима к неоказанию помощи больному со стороны медицинского работника или иного лица обязанного оказывать такую помощь.

Необходимо упомянуть тот факт, что в германском законодательстве, применительно к причинению смерти по неосторожности, особое значение имеет наличие связи между нарушением долга и смертельным исходом.

В уголовном законодательстве Франции в отдельный состав выделяется деяние вследствие неисполнения предусмотренных законом или постановлением обязанностей, причинившее смерть потерпевшему (ст. 221.6)<sup>3</sup>.

Следует иметь в виду, что, несмотря на малый удельный вес преступлений, непосредственно связанных с неоказанием помощи больному, проблема разрешения подобных случаев со стороны медицинских работников служит объектом пристального внимания зарубежных правоохранительных органов.

В научной литературе отмечается, что в зарубежных странах был накоплен богатый опыт как в сфере ответственности медицинского персонала, так и в области защиты прав пациента. Созданы международные организации, объединяющие специалистов по медицинскому праву, ятрогенной патологии, регулярно проводились международные конференции. Следует иметь в виду, что, несмотря на малый удельный вес преступлений, непосредственно связанных с неоказанием помощи больному, проблема разрешения подобных случаев со стороны медицинских работников служит объектом пристального внимания зарубежных правоохранительных органов. В научной литературе отмечается, что в зарубежных странах был накоплен богатый опыт как в сфере ответственности медицинского персонала, так и в области защиты прав пациента. Созданы международные организации, объединяющие специалистов по медицинскому праву, ятрогенной патологии, регулярно проводились международные конференции. Активность зарубежных медиков и страховщиков в получении информации об эффективности медицинской помощи обусловлена еще и внедрением страхования профессиональной ответственности, в том числе и без вины, а также системы ускоренной компенсации ущерба при типично «виновных» нежелательных исходах<sup>4</sup>.

Тем не менее, имеют место быть совершенно недопустимые факты. Так, в Польше врачи скорой помощи в г. Лодзь не только не оказывали помощь больному, но напротив намерено

<sup>1</sup> Strafgesetzbuch (StGB) in der Fassung der Bekanntmachung vom 13. November 1998 (BGBl. I S. 3322), das zuletzt durch Artikel 5 des Gesetzes vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2218) // URL: [www.gesetzeiminternet.de/stgb/BJNR001270871.html](http://www.gesetzeiminternet.de/stgb/BJNR001270871.html) (дата обращения 21.01.2018).

<sup>2</sup> Уголовное право зарубежных государств. Учебное пособие. Под ред. Н.Д. Козочкина. М., 2004. С. 57.

<sup>3</sup> Уголовный кодекс Франции. URL: <http://law.edu.ru> (дата обращения 23.01.2018).

<sup>4</sup> Шевелев В. Страхов публиковалось. Интервью с директором Российского онкологического центра. М. Давадовым // Московские новости. 2001. № 52 (25–31 декабря).

убивали своих пациентов или же не возвращали ему жизнь путем бездействия, после чего звонили в похоронное бюро с сообщением о смерти, получая затем за «сигнал» 1600 злотых. Таким образом, врачи дабы не потерять свой гонорар, либо не спешили на помощь пациенту, либо ускоряли его смерть посредством введения соответствующей инъекции<sup>1</sup>.

Согласно сообщениям газеты «Санди таймс», британский департамент здравоохранения планирует выделить 1,2 миллиона фунтов на трехлетнюю программу, в ходе которой будет изучено положение в 20 больницах. Планируется проверить также свыше 10 тысяч историй болезни с целью выявления, можно ли было избежать смертельных случаев.

В 1994 г. по совместной инициативе Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) и Министерства здравоохранения Голландии была принята Амстердамская «Декларация ВОЗ о принципах обеспечения прав пациентов в Европе».

В международной практике, по мере возрастания дефектов оказания медицинской помощи, растет сумма страхового взноса, уплачиваемая медицинским учреждением или лично врачом за страхование профессиональной деятельности.

При этом можно заметить, что юридическая ответственность медицинских работников в зарубежных странах строго регламентирована многими нормативными документами, где жизнь и здоровье пациентов защищается от врачебных преступлений или других правонарушений, а совершившие их медицинские работники привлекаются к суровой ответственности.

Существенным фактором неоказания медицинской помощи является причинно следственная связь между действиями или бездействием врача и неблагоприятными последствиями для здоровья и жизни пациента.

Представляется не лишним обратить внимание на сравнительную характеристику уголовной ответственности за неоказание помощи больному в уголовном законодательстве Украины и Белоруссии и их соотношение со ст. 124 УК РФ<sup>2</sup>.

К сожалению, проблемы связанные с неоказанием помощи больному не так часто отражаются в юридической литературе. Как правило, они затрагиваются в качестве одного из составов преступлений против жизни и здоровья<sup>3</sup>. В то же время сравнительно правовым аспектам уделяется еще меньше внимания.

В законодательстве зарубежных стран, применительно к анализируемому преступному деянию, родовым объектом является жизнь и здоровье человека. Указанное преступление рассматривается в качестве посягательства на неотчуждаемые блага в виде жизни и здоровья, поскольку оно может причинить вред конкретному лицу, нуждающемуся в медицинской помощи, а не здоровью населения в целом. Поэтому законодатели вполне обоснованно поместили данный состав в соответствующую главу.

Однако объективная сторона анализируемого преступления существенно различается в зарубежных Уголовных кодексах и Уголовном кодексе РФ.

Так, в Уголовном кодексе РФ состав образует неоказание помощи больному без уважительных причин, если таковое деяние повлекло по неосторожности причинение средней тяжести вред здоровью (ч. 1 ст. 124 УК РФ).

В ч. 1 ст. 139 УК Украины предусматривается ответственность за неоказание без уважительных причин помощи больному медицинским работником, обязанным согласно установленным правилам, оказать такую помощь, если ему заведомо известно, что это может иметь тяжкие последствия для больного. В то же время ч. 2 ст. 139 УК Украины содержит квалифицирующий признак: причинение смерти больному или иные тяжкие последствия.

В Уголовном кодексе Беларуси ч. 1 ст. 161 УК РБ устанавливается ответственность за неоказание помощи больному лицу без уважительных причин медицинским работником или лицом обязанным ее оказывать в соответствии с законодательством республики Беларусь.

<sup>1</sup> Шишкин Г. Кто он, доктор Смерть? // Эхо планеты. 1999. № 8. С. 36–38.

<sup>2</sup> Сергеев Ю.Д., Трефилов А.А. Ответственность за неоказание помощи больному в уголовном праве России, Украины, Беларуси: сравнительно-правовые аспекты. 2012. № 2. С. 3–6.

<sup>3</sup> Красиков А.Н. Преступления против личности. Учебное пособие для студентов учебных заведений юридического профиля. М., 2009. С. 124.

Квалифицирующий признак (ч. 2 ст. 161 УК РФ) – причинение по неосторожности смерти либо тяжкого телесного повреждения.

Сопоставляя приведенные составы, мы видим существенные различия между российским с одной стороны и украинским и белорусским составом с другой стороны.

Ранее обращалось внимание на конструкцию состава ст. 124 УК РФ, как материального. Поэтому, если не наступили общественно опасные последствия, то преступление не может считаться оконченным.

В то же время Уголовные кодексы рассматриваемых государств исходят из того, что неоказание помощи больному может быть преступлением, как с формальным, так и с материальным составом. Оба варианта построения уголовно правовой нормы не предусматривают наступление общественно опасных последствий в качестве одного из конструктивных признаков. Такой подход представляется более логичным. Законодательство данных государств правильно реагирует на необходимость борьбы с небрежностью или легкомыслием лиц пренебрегающих оказанием медицинской помощи нуждающемуся лицу.

Кроме этого, как в украинском, так и белорусском уголовном законодательстве имеют место быть составы (ст. 140, ст. 162), предусматривающие ответственность за ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей соответствующими лицами и по смыслу этих норм сюда следует относить и ненадлежащее оказание помощи больному. Логичность и обоснованность приведенных подходов еще в большей степени уясняется в силу того, что при буквальном толковании ст. 124 УК РФ, даже в случае совершения медицинским работником чисто символических действий в отношении больного, автоматически исключается для него ответственность. Указанный пробел, несомненно, должен быть устранен.

Так, Ю.Д. Сергеев неоднократно предлагал ввести в уголовное законодательство норму, об ответственности за ненадлежащее оказание медицинской помощи, что особенно актуально в настоящее время, поскольку отказ от криминализации данного деяния не позволяет своевременно решить вопрос о предупреждении данных преступных деяний. Рассмотрение подобных действий в рамках ст. 109 УК РФ приводит к некорректной юридической квалификации преступления профессионального характера<sup>1</sup>.

Тем не менее, законодатель не принимает во внимание такие обоснованные предложения.

В качестве субъекта в ст. 124 УК РФ может быть лицо обязанное оказывать больному помощь в соответствии с законом или специальным правилом. По украинскому уголовному законодательству, в качестве субъекта рассматриваемого преступления выступают медицинские работники, обязанные, согласно установленным правилам, оказать медицинскую помощь (ст. 139) и медицинские работники (ст. 140). В Беларуси – медицинские работники или иные лица обязанные ее оказывать в соответствии с законодательством (ст. 161) и медицинские работники (ст. 162).

Таким образом, мы видим, что российский и белорусский законодатель сходным образом предусматривают возможность привлечения к уголовной ответственности за неоказание помощи больному не только медицинского работника, но также иного лица, на которого возлагаются подобного рода обязанности. Это может быть, например работник полиции, который, согласно п. 3 ч. 1 ст. 12 ФЗ «О полиции», обязан оказать первую помощь лицам, пострадавшим от преступлений или несчастных случаев.

Несомненно, именно сотрудники правоохранительных органов нередко первыми оказываются на месте правонарушения и от их действий, зачастую, зависит качественность оказания последующей профессиональной медицинской помощи. Однако в Украине представителей иных профессий привлечь к уголовной ответственности по данному составу невозможно.

Наибольшие споры представляет субъективная сторона. В российском составе форма вины определяется только в отношении наступивших общественно опасных последствий, которыми могут наступить только по неосторожности. В отношении самого факта неоказания помощи

---

<sup>1</sup> Сергеев Ю.Д. Медицинское право. Учебный комплекс для вузов. М., 2008. С. 121.

законодатель ничего прямо не указывает, однако понятно, что здесь может быть лишь прямой умысел. Однако ряд правоведов полагают, что может иметь место также неосторожность<sup>1</sup>.

Верховным Судом РФ обращалось внимание на то, что если в составе преступления не указана форма вины, то таковая может быть любой.

Согласно ст. 139 УК Украины ответственность, при наличии всех признаков состава преступления, наступает, если медицинскому работнику заведомо было известно, что неоказание помощи может иметь тяжкие последствия для больного. Известно, что заведомость исключает все прочие формы вины, кроме прямого умысла.

В то же время ст. 140 УК Украины указывает на неисполнение или ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей вследствие небрежного или недобросовестного к ним отношения и формой вины здесь может быть только неосторожность.

В УК Беларуси в ч. 1 ст. 161 не указывается форма вины, а в ч. 2 указывается о причинении по неосторожности смерти или тяжкого телесного повреждения больному. Здесь также ведется дискуссия по поводу того с умыслом или по неосторожности совершено преступление предусмотренное ч. 1 ст. 161 УК РБ. В то же время ч. 1 ст. 162 криминализовала ненадлежащее исполнение своих обязанностей медицинским работником, повлекшее по 175 неосторожности тяжкое или менее тяжкое телесное повреждение также определения формы вины в зависимости от наступивших последствий.

Следует обратить внимание на то, что специальный субъект в зарубежном законодательстве применительно к рассматриваемой норме трактуется по разному.

Так, в ст. 118 УК Казахстана, ст. 162 УК Молдовы, ст. 128 УК Таджикистана, ст. 116 УК Узбекистана таковым, как и в отечественном уголовном законодательстве, является лицо обязанное оказывать медицинскую помощь больному в соответствии с законом или специальным правилом.

В то же время в Уголовном кодексе Литвы подчеркивается обязанность лица оказывать медицинскую помощь в соответствии с законом или специальным правилом (ст. 129 УК Литвы). В Уголовном кодексе Болгарии таковым является лицо, занимающееся медицинской практикой, вызванное к больному или роженице (ст. 141 УК Болгарии). В последнем случае мы видим аналогию с российским дореволюционным законодательством<sup>2</sup>.

Таким образом, мы видим, что российское законодательство, применительно к указанному составу, нуждается в существенной доработке и усовершенствованию и потому не следует пренебрегать перспективным зарубежным опытом.

Представляется, что приоритетным направлением модернизации уголовного законодательства, применительно к анализируемому составу преступления, является криминализация формального состава неоказания помощи больному и ненадлежащее оказание помощи больному в качестве самостоятельной нормы, поскольку внесение таковой в Уголовный кодекс РФ будет иметь существенное профилактическое значение.

**М.С. Мунатов**

### **Взаимодействие следственных органов Следственного комитета Российской Федерации при назначении и проведении судебно-медицинских экспертиз, связанных с оценкой дефектов оказания медицинской помощи, на примере Иркутской области**

**Аннотация.** В статье продемонстрирован положительный опыт Следственного управления Следственного комитета Российской Федерации по Иркутской области при производстве судебно-медицинских экспертиз по материалам проверок и уголовных дел, связанных с оценкой дефектов оказания медицинской помощи, а также характер разрешаемых вопросов.

<sup>1</sup> Дасель П.С. Неосторожность. Уголовно-правовые и криминологические проблемы. М., 1977. С. 79.

<sup>2</sup> Жидовцова Ю.В. Неоказание помощи больному // Научно-практическая интернет-конференция «Уголовный кодекс России – платформа для инноваций» URL: <http://conf.omui.ru/content/neoказanie-pomoshchi-bolnomu> (дата обращения: 29.01.2018).

**Ключевые слова:** медицинская помощь, ненадлежащее оказание медицинской помощи, ятрогенные преступления, судебная медицина.

Проведение судебно-медицинских экспертиз по материалам проверок и уголовных дел, связанных с оценкой дефектов оказания медицинской помощи, сопряжено с рядом проблем в том числе организационного характера, которые являлись предметом исследований и обсуждений.

Широкий перечень проблем был приведен Клевно В.А., Веселкиной О.В., Сидорович Ю.В.<sup>1</sup> Авторами все проблемы были поделены на две большие ведомственно обусловленные группы: проблемы со стороны судебно-медицинской службы, проблемы со стороны следственных органов.

К проблемам со стороны следственных органов отнесены: длительное расследование дел, производство множественных комиссионных экспертиз, недоверие к государственным судебно-медицинским экспертным учреждениям своего региона с подозрением в отношении судебно-медицинских экспертов в коллегиальности с органами здравоохранения, проблема выполнения экспертиз из других субъектов федерации, в том числе повторных комиссионных судебно-медицинских экспертиз. На схожие проблемы указывалось и Председателем Следственного комитета Российской Федерации<sup>2</sup>.

Не являясь исключением, в Иркутской области следователи сталкивались с аналогичным перечнем проблем. Так, в 2017 году по постановлениям следователей Следственного управления Следственного комитета Российской Федерации по Иркутской области в ГБУЗ «Иркутское областное бюро судебно-медицинской экспертизы» было проведено 164 судебно-медицинских экспертизы, связанных с оценкой дефектов оказания медицинской помощи, что на 121,6 % больше, чем в 2016 году, в котором было проведено всего 74 экспертизы данного вида. Рост количества назначенных экспертиз соответственно обуславливал увеличение срока производства исследований, попытки назначения судебных экспертиз в государственные судебно-медицинские экспертные учреждения иного региона зачастую заканчивались безрезультатно, получая отказ в проведении экспертизы в связи с тем, что экспертные учреждения создаются конкретными субъектами Российской Федерации за счет финансирования из средств регионального бюджета и для осуществления детальности по территориальному принципу.

Вместе с тем, в связи с необходимостью оптимизации и надлежащей организации проведения судебно-медицинских экспертиз, связанных с оценкой дефектов оказания медицинской помощи, был принят ряд мер.

Так, были исключены факты предоставления следователями в экспертное учреждение материалов уголовного дела или проверки без всей необходимой документации, что в последующем исключает необходимость экспертам тратить значительное время на истребование недостающих медицинских документов. Фильтром в данном случае выступает отдел криминалистики Следственного управления Следственного комитета Российской Федерации по Иркутской области, сотрудниками которого изначально проверяются – полнота предоставляемых материалов, поставленные перед экспертами вопросы, а также осуществляется их дополнительное согласование с экспертами. Данные меры свели к минимуму факты возвращения без исполнения материалов уголовных дел и проверок, и позволили в кратчайшие сроки передавать указанные материалы привлеченным специалистам для исследования и подготовки выводов заключения.

При наличии конфликтной ситуации при расследовании уголовных дел, как со стороны потерпевших, так и со стороны медицинских работников, а также в связи с необходимостью в

---

<sup>1</sup> Клевно В.А., Веселкина О.В., Сидорович Ю.В. Проблемные вопросы организации и производства экспертиз дефектов медицинской помощи по уголовным делам // Медицинское право: теория и практика. М.: Национальный институт медицинского права, 2017. Том 3. № 1 (5). С. 249–260.

<sup>2</sup> Бастрыкин А.И. Противодействие преступлениям, совершаемым медицинскими работниками: проблемы и пути их решения // Вестник Академии Следственного комитета Российской Федерации. 2017. № 1. С. 11–14.

дальнейшем исключить случаи высказывания сомнения в выводах экспертов, их заинтересованности, опосредованности и корпоративности, были приняты меры к назначению экспертиз в государственные судебно-медицинские экспертные учреждения иных регионов. Кроме того, не редки случаи, когда назначение экспертиз в местное государственное судебно-медицинское экспертное учреждение объективно невозможно, например, ввиду невозможности собрать комиссию экспертов по отдельному направлению, либо в связи с тем, что имеющиеся привлекаемые специалисты по конкретным направлениям имеют отношение к событиям, являющимся предметом расследования уголовного дела либо проведения проверки.

Однако, чтобы исключить факты отказов, в основной своей массе обоснованных, в принятии к производству экспертиз, было принято решение о назначении экспертиз не напрямую в экспертное учреждение, а через соответствующие региональные подразделения криминалистики Следственных управлений Следственного комитета Российской Федерации. Так как проблема проведения экспертиз в Иркутской области характера для большинства регионов Российской Федерации, было принято решение о проведении судебно-медицинских экспертиз, связанных с оценкой дефектов оказания медицинской помощи, на обоюдной основе. Таким образом, в назначении и проведении в указанном порядке экспертиз уже было заинтересовано не одно Следственное управление, а несколько, что в дальнейшем позволяет совместно регулировать и отслеживать нагрузку на экспертные учреждения своих субъектов.

В данном направлении можно пойти дальше. В следственной практике имеют место факты, когда в соседних регионах отсутствует возможность в образовании комиссии экспертов, в связи с отсутствием какого-либо специалиста (в основном это характерно для небольших субъектов Российской Федерации, например, для Республики Хакасия, где отсутствует инфекционист), в других регионах наоборот спектр привлекаемых специалистов крайне широк. В этой связи на базе центрального аппарата Следственного комитета Российской Федерации возможно аккумулировать информацию: о возможностях региональных государственных судебно-медицинских экспертных учреждений, количестве привлекаемых специалистов, их специализации, сроках проведения экспертиз и их качестве и т.д. Перечень информации об экспертных учреждениях может быть самым различным, варьироваться от преследуемых целей. В дальнейшем такой информационно-аналитический материал подлежал бы распространению в территориальные и приравненные к ним следственные органы для использования в работе и самостоятельному выбору экспертного учреждения в зависимости от следственных ситуаций.

Вместе с тем, приведенные меры не являются панацеей для решения всех организационных проблем со стороны следственных органов. Так, в случае наличия нескольких заключений судебно-медицинских экспертиз по оценке качества оказания медицинской помощи равнозначных региональных экспертных учреждений возникает вопрос о проведении дальнейших следственных действий и экспертных исследований. В большинстве случаев даются указания о проведении повторной экспертизы в Федеральное государственное бюджетное учреждение «Российский центр судебно-медицинской экспертизы Минздрава России», однако, учитывая объем и количество поступающих материалов, сложившейся очереди, данный выход является весьма сомнительным. В этой связи с учетом развития практики, изменения количественных и качественных показателей судебно-медицинских экспертиз, связанных с оценкой дефектов оказания медицинской помощи, целесообразным видится создание подразделений Федерального государственного бюджетного учреждения «Российский центр судебно-медицинской экспертизы Минздрава России» в федеральных округах Российской Федерации, что позволит существенно разгрузить центральное учреждение, сократить сроки проведения экспертных исследований. Такая практика к примеру, имеется в Российском федеральном центре судебной экспертизы при Министерстве юстиции Российской Федерации, в состав которого помимо лабораторий и федерального центра входит 9 региональных центров судебной экспертизы<sup>1</sup>. Это

---

<sup>1</sup> Официальный сайт Российского федерального центра судебной экспертизы при Министерстве юстиции Российской Федерации [Электронный ресурс]. URL: <http://www.sudexpert.ru/>

лишь одно предложение из многих<sup>1</sup>, которое можно рассмотреть в последующем в рамках исследований.

Подводя итог, следует обратить внимание, что решение возникающих проблем со стороны следствия носит более оперативный характер. Вместе с тем, решая только следственные проблемы, невозможно в корне разрешить имеющийся в настоящее время комплекс проблем, который касается не только следственных органов, но и судебно-медицинскую службу.

**Н.Г. Муратова,  
В.А. Спиридонов**

### **Медицинское право и уголовный процесс: единство и дифференциация процессуальных процедур при расследовании валеологических преступлений (постановка проблемы)**

**Аннотация.** В исследовании обосновывает необходимость установления системы норм права, имеющих межотраслевой характер, обеспечивающих достоверность установление фактических обстоятельств дела о преступлениях, связанных с некачественным оказанием медицинской помощи или отказом в ней. Автор предлагает использовать терминологию позволяющую сконцентрировать внимание на охране нравственного, психического и физического здоровья человека при расследовании подобного рода преступления. С этой целью предлагается понятие – валеологические преступления. В исследовании сформулированы дальнейшие направления в решении проблем расследования преступлений, содержанием которых являются действия или бездействия субъектов оказания медицинской помощи, наносящих вред общественным отношениям в сфере охраны здоровья личности.

**Ключевые слова:** охрана здоровья, медицинская помощь, валеологические правонарушения и преступления, судебно-медицинские экспертизы

**Актуальность постановки проблемы.** Современное состояние нормативных требований в сфере здравоохранения диктует необходимость в систематизации медико-правовых знаний. Эксперты и специалисты, вступая в уголовно-процессуальные отношения в правоприменительной практике при расследовании и рассмотрении уголовных дел, имея строго очерченный круг полномочий в соответствии с законом, порой затрудняются провести грань между своими права и обязанностями, между медицинской и правовой мыслью, между правовой позицией стороны и своей ролью в этой позиции. Многочисленные профессиональные и качественные учебники, учебные пособия, руководства по медицинскому праву, судебной медицине, криминалистике, судебной экспертизе убеждают в системности межотраслевых связей права и медицины. Врачи, осуществляющие медицинскую помощь, заботясь о здоровье населения, олицетворяют собой весь комплекс организации медицинской помощи, включающий следующие блоки: законодательное обеспечение сферы охраны здоровья (медицинское право), управление и организационные основы деятельности системы здравоохранения, кадровые и материально-технические ресурсы, финансирование и экономика здравоохранения, реализация программ государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи, медицинское страхование, стандартизация и управление качеством медицинской помощи, обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия, медицинское образование и наука, информатизация здравоохранения и др. Возникает риторический вопрос, на который

---

<sup>1</sup> *Пиццита А.Н.* Правовое регулирование медицинской деятельности в современной России. - Теоретико-правовые аспекты. М.: ЦКБ РАН, 2008. С. 285; *Темираев О.* Проблемы организации судебно-медицинской экспертизы // Законность. 2012. №8. С. 3–4; *Сучков А.В.* Проблемы назначения и проведения судебно-медицинских экспертиз при расследовании профессиональных преступлений, совершенных медицинскими работниками // Медицинское право. 2010. № 3. С. 39–43; *Венев Д.А.* Криминалистическое обеспечение расследования преступлений против жизни и здоровья, совершаемых при оказании медицинских услуг: дисс ...канд. юрид. наук. М., 2016. С. 248.



желательно получить ответ в ближайшее время. Учение об охране здоровья человека, семьи, населения, социума должно иметь правовые основы? Да, бесспорно. Тогда почему установленная законом ответственность формулируется «избирательно» - уголовно-правовые нормы Особенной части Уголовного кодекса РФ могут быть предъявлены только врачу, медицинской сестре – лицам, круг которых не исчерпывается перечнем лиц, ответственных за физическое, нравственное и психическое здоровье? В соответствии с Конституцией Российской Федерации (ст.41) каждый гражданин имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Конституционные основы охраны здоровья легли в основу многочисленных федеральных законов об охране здоровья, о санитарно-эпидемиологическом благополучии населения, об охране окружающей природной среды, о трансплантации органов и тканей, о предупреждении распространения туберкулеза, об оказании психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании и другие, правил, утвержденных Постановлениями Правительства РФ и приказами Министерства здравоохранения РФ (например, Приказ Министерства здравоохранения РФ от 10 мая 2017 г. № 203н "Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи", Приказ Министерства здравоохранения РФ от 13 ноября 2017 г. № 804М «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг»).

*Состояние проблемы.* Валеология – межнаучное направление познаний о здоровье человека, о путях его обеспечения, формирования и сохранения в конкретных условиях жизнедеятельности, как отмечает, Вайнер Э.Н. При этом выделяет педагогическую и медицинскую валеологию (различие между здоровьем и болезнью, их диагностику, способы внешнего поддержания здоровья)<sup>1</sup>. Интерес вызывает и генезис термина – *valeo* (лат.) – «быть здоровым»<sup>2</sup>. В статье 1 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011 определены права и обязанности человека в охране своего здоровья, которое обеспечено государственными гарантиями. Целью законодательства в области здравоохранения является создание *единых* правовых норм направленных на обеспечение медицинской помощью граждан и охрану их здоровья. В литературе, например, отмечается значение расширения сферы использования судебной экспертизы, что определяется и интеграцией и дифференциацией научного знания, которое обуславливает возможность в доказывании новых достижений современной науки<sup>3</sup>. Интерес, например, подход авторов учебника к перечню «неблагоприятных исходов в медицинской практике»: несчастный случай, врачебная ошибка (субъективные, объективные, диагностические), ошибки в назначении и осуществлении лечения, врачебные ошибки, связанные с дефектами организации лечебной помощи, деонтологические ошибки, неблагоприятный исход, обусловленный недобросовестным отношением медицинского работника к своим обязанностям, ятрогенная (не всегда дефект в оказании медицинской помощи), недостаток в оказании медицинской помощи, дефект в оказании медицинской помощи<sup>4</sup>. В литературе обращают внимания исследователей и ученых и практиков на совмещенные или смежные следственные и медицинские действия (освидетельствование, осмотры, судебно-медицинские, судебно-психиатрические экспертизы)<sup>5</sup>, а при изложении видов правонарушений медицинских работников отмечают классификацию, предложенную Ю.С.Зальмуниным в 1950г., а также мнения ученых и

<sup>1</sup> Вайнер Э.Н. Валеология: Учебник для вузов. 2001. М.: Флинта: Наука, 2001. 416 с.

<sup>2</sup> Термин *валеология* введен в научный оборот советским ученым, доктором медицинских наук, профессором, членом Академии технологических наук России Израилем Брехманом.

<sup>3</sup> Россинская Е.Р., Галышина Е.И. Настольная книга судьи: судебная экспертиза. Москва: Проспект, 2010. С.6.

<sup>4</sup> Ромодановский П.О., Баринев Е.Х., Спиридонов В.А. Судебная медицина: учебник, 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. С. 368–373.

<sup>5</sup> Николаева Г.С, Николаев В.Н., Николаев С.В., Верхолина Е.В. Комплексное руководство для сотрудников правоохранительных органов, органов здравоохранения, юристов, адвокатов правозащитников: освидетельствование, медицинское освидетельствование, экспертиза нетрудоспособности, медико-социальная, судебно-медицинская, судебно-психиатрическая и иная экспертиза. Медико-социальная помощь/ М.:Эксмо,2007. С.828.

практиков о понятии «врачебная ошибка»<sup>1</sup>. Замалеева С.В. считает, что ятрогенная - это медико-правовой термин, означающий деяние медицинского работника, повлекшее смерть или вред здоровью пациента, и ответственность уголовно-правовая наступает только в случае виновного нарушения правил и стандартов оказания медицинской помощи и, как авторское положение, понятие «ятрогенное преступление – виновное нарушение правил и (или) стандартов оказания медицинской помощи, совершенное физическим лицом, имеющим статус медицинского работника, в процессе исполнения им своих профессиональных обязанностей, причинившее смерть или вред здоровью пациента или создавшее угрозу причинения таких последствий»<sup>2</sup>. Криминалисты также интересуются тематикой и высказывают мнение об особенностях расследования ятрогенных преступлений<sup>3</sup>. Как отмечает В.А. Спиридонов судебно-медицинские экспертизы о качестве медицинской помощи проводятся и по уголовным делам и по гражданским (40 - по уголовным делам и 27 - по гражданским делам).<sup>4</sup> Причем актуализируются по так называемым «медицинским» спорам проблемы доказывания и оценка процессуальных аспектов назначения и производства экспертизы (допустимость заключения) и оценка научно-фактических аспектов (достоверность и относимость заключения).<sup>5</sup> Мы уже отмечали, что имеется практическая проблема, и она предельно проста - если всё так четко и понятно, и большая медицинская нормативно-правовая основа, то почему много споров об особенностях доказывания и квалификации? Почему специалисты в области экспертизы качества и судебной медицины порой, иногда делают прямо противоположные выводы при исследовании одних и тех же исходных фактических и медицинских данных. Например, когда при назначении повторной или комиссионной, комплексной экспертизах новые эксперты не соглашались с установленной первоначальной причиной смерти и указывают другую причину смерти. Это нередко бывает после проведения повторных гистологических или иных лабораторных экспертиз, когда появляются новые морфологические данные. Либо интерпретация «старых» – первичных результатов исследования трупа позволяет установить и «новую» причину смерти. Одним из оснований установления «новой» причины смерти могут являться и новые материалы уголовного дела.<sup>6</sup> *Таким образом, неизменно в литературе отмечают совмещение ряда понятий уголовного права, медицинского права, а также производство ряда совмещенных процессуальных процедур при производстве следственных действий, которые, на наш взгляд, должны быть состязательными.*

*Законодательная модель.* Практические во всех публикациях по данной проблематике перечисляются и уголовно-правовые нормы, устанавливающие, по мнению авторов, уголовную ответственность медицинских работников: ч. 2 ст. 109 УК РФ, 118 УК РФ, ч. 2 ст. 120 УК РФ УК РФ, ч. 4 ст. 122 УК РФ, ст. 124 УК РФ, ст. 128 УК РФ, ч.2 ст.136 УК РФ, ч.2 ст.137 УК РФ, ст.155 УК РФ, ст.140 УК РФ, ст. 153 УК РФ, ст.154 УК РФ, п. «ж» ч.2 ст.111 УК РФ, ст.228 УК РФ, ст.229 УК РФ, ст.233 УК РФ, ст.234 УК РФ, ст. 236 УК РФ, ст.237 УК РФ, ст.285 УК РФ, ст.286 УК РФ, ст.292 УК РФ, ст.307 УК РФ и другие уголовно-правовые нормы.

<sup>1</sup> Цитируется сноска на автора - Зальмунин Ю.С. Врачебные ошибки и ответственность врача: Автореферат дисс... канд. мед. Наук. – Л., 1950 – С.31-34. Николаева Г.С, Николаев В.Н., Николаев С.В., Верхолдина Е.В. указ.соч. С.828–832.

<sup>2</sup> Замалеева С.В. Ятрогенные преступления: понятие, система, вопросы криминализации: дисс...к.ю.н., Екатеринбург, 2016. 223 с.

<sup>3</sup> Пристансков В.Д. Теоретические и методологические проблемы расследования ятрогенных преступлений: автореф...к.ю.н., Санкт-Петербург, 2000.

<sup>4</sup> Спиридонов В.А. О состоянии и перспективах развития судебно-медицинской службы Республики Татарстан // *Актуальные вопросы судебной медицины и права*: сб. науч.-прак. ст./ под ред. В.А. Спиридонова. Казань: Медицина, 2014. Вып. 5. С. 6–9.

<sup>5</sup> Каменева К.Ю., Баринаева Е.Х., Ромодановский П.О. Вопросы относимости, допустимости и достоверности заключения судебно-медицинского эксперта по врачебным делам // *Вестник судебной медицины*. Новосибирск, 2015. № 2. С. 40–42.

<sup>6</sup> Муратова Н.Г., Спиридонов В.А. Правовые критерии вариативности судебно-медицинских экспертиз // Материалы VI Международной научно-практической конференции «Теория и практика судебной экспертизы в современных условиях», посвященных памяти заслуженного юриста РФ, доктора юридических наук, профессора, Ю.К. Орлова (Москва, 19–20 января 2017 г.). М.: Проспект, 2007. С.304–308.

*Уголовный кодекс Франции 1992г.* предусматривает в Книге пятой, раздел первый «О преступных деяниях в области здравоохранения», где глава первая предусматривает ответственность – «О преступных деяниях в области биомедицинской этики» (о защите человеческого вида, о защите человеческого организма, о защите человеческого эмбриона)<sup>1</sup>.

*Уголовный кодекс ФРГ 1871г* (в ред. 6-го Закона о реформе уголовного права 26 января 1998г.) интересно классифицирует ряд деяний, если учитывать, что данный закон разграничивает преступления и проступки (параграф 12): «Наказуемые деяния против жизни» (раздел шестнадцатый), «Наказуемые деяния против телесной неприкосновенности»<sup>2</sup>.

*Уголовный кодекс Швейцарии 1937г.*, также разграничивает преступления и проступки (ст.3) и сочетает в себе и уголовно-процессуальные нормы, устанавливает интересные составы преступных деяний, связанные с характеристикой прерывания беременности (ст.ст.118,119,120,121) – наказуемое и ненаказуемое (самой беременной; третьим лицом; при проведении операции врач и второй врач, дающий заключение и врач-специалист) или, например, состав «Изображение насилия» (ст.135) «Служебная тайна в медицинском исследовании» (321BIS), или, например, «Преступления или проступки против общественного здоровья» (раздел восьмой)<sup>3</sup>.

*Уголовный кодекс Австрии 1974г.*, который также различает классификацию преступных деяний на преступления и проступки (параграф 17), даёт например понятие юридической ошибки (параграф 9): «Всякий, кто не осознает противоправность деяния из-за неправильного толкования закона, то действует невиновно, если не было возможности избежать этой ошибки(ч.1). Ошибка в праве не извинительна, если противоправность деяния была легко доступной как для лица, совершающего деяние, так и для любого другого, или когда лицо не ознакомилось с соответствующими предписаниями, хотя оно обязано было это сделать в силу специфики своей работы, занятий либо в силу иных обстоятельств (ч.2). В свете поставленной проблематики интересно указание данного закона на следующие позиции: а) «Не следует оказывать помощь, особенно тогда, когда она могла бы привести к смертельной опасности или к значительному телесному повреждению или нанести ущерб здоровью или нарушению других важнейших интересов» (ч.3 параграфа 94 «Оставление в опасности поврежденного»); б) «Не следует оказывать помощь особенно тогда, когда она могла бы стать опасной для жизни и здоровья потерпевшего или нарушением других принимаемых в расчет интересов» (ч.2 параграфа 95 «Неоказание помощи»). В связи с этим, многие нормы сформулированы дифференцированно применительно к врачам: а) не подлежит наказанию врач, который причинил телесное повреждение или нанес вред здоровью или при осуществлении медицинской деятельности и из деяния не последовало вреда здоровью более чем на 14 дней; б) медицинский персонал (технический или санитарный) при оказании помощи больному и из деяния не последовало вреда здоровью более чем на 14 дней (ч.3 параграфа 88 «Неосторожное телесное повреждение»). Достаточно четко сформулирован Второй раздел «Прерывание беременности»: а) «Прерывание беременности» (параграф 96); б) «Ненаказуемость прерывания беременности» (параграф 97); в) «Прерывание беременности без согласия беременной» (параграф 98)<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> *Уголовный кодекс Франции* / науч. ред. к.ю.н., доц. Л.В.Головки, к.ю.н., доц. Н.Е.Крыловой, перевод с французского и предисловие к.ю.н., доц. Н.Е. Крыловой. СПб.: изд-во «Юридический центр Пресс», 2002. С.46–46, 117 и др.

<sup>2</sup> *Уголовный кодекс ФРГ* / науч. ред. и вступ. статья докт. юрид.наук, профессора Д.А. Шестакова; предисловие доктора права Г.-Г. Йешека; перевод с немецкого Н.С. Рачковой. СПб.: изд-во «Юридический центр Пресс», 2003. С. 379–380.

<sup>3</sup> *Уголовный кодекс Швейцарии* / Вступительная статья члена Совета Федерации Федерального собрания РФ Ю.Н. Волкова; научное редактирование, предисловие и перевод с немецкого канд. юрид. наук А.В. Серебренниковой. СПб.: изд-во «Юридический центр Пресс», 2002. С.223–224.

<sup>4</sup> *Уголовный кодекс Австрии* / науч. ред. и вступ. статья докт. юрид. наук, проф.С.В. Милокова; предисловие Генерального прокурора Австрии, доктора Эрнста Ойгена Фабрици; перевод с немецкого Л.С. Вихровой. СПб.: изд-во «Юридический центр Пресс», 2004. С.131–133.

*Уголовный кодекс Сербии 1976г.*, в главе XIУ «Преступные деяния против населения и окружающей среды» формулирует такие, например составы: «Несоблюдение законодательства о здравоохранении в период эпидемии» (ст.123), «Недобросовестное лечение пациента» (ст.126), «Неоказание медицинской помощи» (ст.127), «Незаконное занятие медицинской практикой» (ст.128). Формулировки закона достаточно понятные, но оценочные: «Врач, который при оказании медицинской помощи применяет *очевидно* ненадлежащее лекарственное средство или осуществляет *очевидно* ненадлежащее лечение, либо не исполняет обязанность по осуществлению надлежащих санитарно-гигиенических мер, либо в общем действует *недобросовестным* образом, что влечет за собой ухудшение состояния здоровья лица....» (ч.1 ст.126)<sup>1</sup>.

*Уголовный кодекс штата Техас 1973г.*, который устанавливает уголовную ответственности и физических лиц и корпорации или ассоциации (ст.7.22), в общих положениях формулирует ряд понятий ,необходимых для понимания критериев наказуемости деяния. Глава Девятая «Оправдывающие обстоятельства, исключающие уголовную ответственность»: «Доступность гражданско-правовых средств защиты» (ст.9.06), «Неосторожное причинение вреда невиновному третьему лицу» (ст.9.05). Глава Восьмая «Общие защиты от уголовной ответственности» разграничивает понятия «Ошибка в факте» (ст.8.02), «Ошибка в праве» ( ст.8.03), «Вовлечение в «ловушку» (ст.8.06). При формулировании запрета купли-продажи человеческих органов, закон определяет «человеческий орган» - почка, печень, сердце, легкое, поджелудочная железа, глаз, кость, кожа, эмбриональная ткань человека или любой иной орган или ткань человека, исключая волосы, кровь и ее компоненты ( ч.1 ст.48.02.)<sup>2</sup>.

*Уголовный кодекс Аргентины 1921г.*, который действует достаточно длительное время, формулирует свои уголовно-правовые нормы, начиная с указания на наказания, а потом уже описывается деяние. Например, «Наказывается лишением свободы на срок от шести месяцев до пяти лет тюремного заключения. тот, кто по неосторожности, небрежности, неопытности в своем ремесле или профессии...» (ч.1 ст.84), или «подвергаются наказаниям.. те врачи, хирурги, акушерки или аптекари, которые злоупотребили своими знаниями или умением...» (ст.86). Интересны формулировки главы Третьей «Убийство или телесные повреждения, причиненные в ссоре», глава Четвертая «Дуэль»<sup>3</sup>.

*Уголовный кодекс Китайской Народной Республики 1979г. ( по состоянию на 1.09.2014)* предусматривает также и ответственность за корпоративное преступление(параграф 4). В соответствии с этой концепцией за деяния, совершенное компанией, предприятием, учреждением, органом, общественной организацией должна наступить уголовная ответственность, а непосредственные руководители и другие непосредственно ответственные лица несут уголовную ответственность на общих основаниях (ст.ст.30,31).В кодексе существует отдельный раздел «Преступления против общественного здравоохранения» (параграф5), в котором устанавливается уголовная ответственность за незаконную продажу кроки (ст.333), незаконный сбор, снабжение кровью(ст.334), организация продажи человеческих органов (ч.1 ст.234-1), изъятие органов человека без согласия самого носителя или воле родственников покойного (ч.2, ч.3 ст.234-1). Норма о медицинских работников сформулирована таким образом «Медицинский работник, вследствие полной безответственности которого наступила смерть пациента или был причинен серьезный вред здоровью пациента наказывает лишением свободы на срок до 3 лет или арестом». (ст.335). Интересна общая норма: «Деяния, которые объективно хотя и привели к вредным последствиям, но не являются следствием умышленной или неосторожной

<sup>1</sup> *Уголовный кодекс Республики Сербия* / науч. ред. и предисловие д-ра юрид. наук, проф. Ю.А.Каушбы; перевод с английского С. Карибова. СПб: изд-во Р. Асланова «Юридический центр Пресс», 2009. С.99–103.

<sup>2</sup> *Уголовный кодекс штата Техас* / науч. ред. и предисловие канд. юрид. наук, проф. И.Д. Козочкина. Перевод с англ. Д.Г. Осипова, И.Д. Козочкина. СПб.: Изд-во Р. Асланов «Юридический центр Пресс», 2006. С.96–99,100–105.

<sup>3</sup> *Уголовный кодекс Аргентины* / науч. ред. и вступ. статья докт. юрид. наук, профессора Ю.В. Голика; перевод и испанского Л.Д. Ройзенгурта. СПб: изд-во «Юридический центр Пресс», 2003. С.82–96.

вины, а вызваны непреодолимой силой или невозможностью их предвидеть, не признаются преступными» (ст.16)<sup>1</sup>.

*Уголовный кодекс Республики Корея 1953г.*, предусматривает понятие фактической ошибки (ст.15), юридическая ошибка (ст.16), причинная связь (ст.17), оправданное деяние (ст.20), которые позволяют разграничить деяния, которое осуществлялось в соответствии с законом, с принятой практикой и не составляет преступления по закону. При формулировании норм законодатель дифференцирует медицинские профессии: врач, гомеопат, акушер, фармацевт, аптекарь (ст.270)<sup>2</sup>.

*Закон об уголовном праве Израиля 1977г.*, классифицирует преступления по степени их тяжести на тяжкие, средней тяжести и проступки (ст.24), а также определяет объем уголовной ответственности корпорации, если, например, преступление совершено лицом во время исполнения им своих должностных полномочий (ч.1 ст.23). Кроме того, законодательное понятие «момент условного начала жизни человека» (ст.308) позволили законодательно определиться и с такой нормой «понятие причинения смерти», где определяется – «лицо, причинившее вред при медицинском или хирургическом вмешательстве» и «лицо, причинившее смерть» (ст.309). Интересна глава - «Постановление жизни и здоровья в опасность»(ст.327-ст.355), а также определены понятия «лицензированный медицинский центр», «гинеколог». Кроме того, в ряде норм дифференцированы понятия при обеспечении охраны здоровья несовершеннолетнего – врач, медицинская сестра, работник образования, социальный работник, психолог, криминолог, парамедик, директор общежития, член коллектива общежития (ст.368)<sup>3</sup>.

*Закон об исламских уголовных наказаниях Исламской Республики Иран* (Первая часть – 1991 г. и Вторая часть -1996 г.) содержит большое количество уголовно-процессуальных норм и материальные нормы сложно понять не обратившись к источнику вероучения – Корану<sup>4</sup>. В соответствии с данным законом не считаются преступлениями «любые медицинские действия, дозволенные исламским религиозным законом, при условии, если они совершаются с согласия лица или его законных представителей и опекунов, а также с соблюдением соответствующих профессиональных правил и установленных государством норм, а в экстренных обстоятельствах согласие перечисленных выше лиц не требуется» (ч.2 ст.59). Врач не несет обязательства по возмещению вреда жизни и здоровья, если до начала лечения или хирургической операции он был освобожден от этих обязательств с согласия пациента или его законного представителя, либо не имел возможности получить такое согласие в случае экстренных обстоятельств (ст.60).

*Уголовный кодекс Кыргызской Республики 1997г.* формулирует специальные нормы: «Ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей медицинским работником» (ст.119), «Незаконное прерывание лечение больного» (ст. 120), «Незаконное врачевание»(ст.122)<sup>5</sup>.

*Уголовный кодекс Республики Армения 2003г.* в разделе «Преступления против человека» (раздел 7) предусматривает уголовную ответственность за неисполнение или ненадлежащее

<sup>1</sup> *Уголовный кодекс Китайской Народной Республики* / под ред. и с предисл. проф. А.И. Коробеева, пер. с китайского профессора Хуан Даосю. СПб.: изд-во «Юридический центр», 2014. С.263.

<sup>2</sup> *Уголовный кодекс Республики Корея* / науч. ред. и предисловие докт. юрид. наук, проф. А.И. Коробеева; перевод с корейского канд. филол. наук В.В.Верхоляка. СПб.: изд-во «Юридический центр Пресс», 2004. С.172–176.

<sup>3</sup> *Закон об уголовном праве Израиля* / Предисл., пер. с иврита: магистр права (LL.M) М.Дорфман; науч. ред. канд. юрид. наук Н.И. Мацнев. СПб.: изд-во Р.Асланов «Юридический центр Пресс», 2005. С.283–294.

<sup>4</sup> *Волков Ю.Н.* Иранское и российской уголовное законодательство: грани соприкосновения // Закон об исламских уголовных наказаниях Исламской Республики Иран / науч. ред. А.И. Ахани. Предисловие зам. Председателя Гос.Думы РФ. Ю.Н. Волкова, пер. с персидского М.С. Пелевина. СПб.: Изд-во Р. Асланов «Юридический центр Пресс», 2008. С.7.

<sup>5</sup> *Уголовный кодекс Кыргызской Республики* / предисловие канд.юрид.наук, зам.прокурора Санкт-Петербурга А.П. Струканова, канд. юрид. наук, зам. начальника управления прокуратуры Санкт-Петербурга П.Ю. Константинова. СПб.: из-во «Юридический центр Пресс», 2002. С.122–146.

исполнение профессиональных обязанностей лицами, осуществляющими медицинскую помощь и обслуживание, если вследствие небрежного или недобросовестного отношения к ним здоровью больного по неосторожности причинен вред здоровью (ст.130)<sup>1</sup>.

**Выводы авторов.** Постановка проблемы выявления особенностей расследования преступлений, содержанием которых являются действия или бездействия субъектов оказания медицинской помощи, наносящих вред общественным отношениям в сфере охраны здоровья личности, определила ряд дискуссионных направлений. *Во-первых*, предложение о создании ёмкого, современного, термина «валеологическое правонарушение» и термина «валеологическое преступление, которые содержат межотраслевой аспект; *во-вторых*, дифференцированное понимание субъекта этого правонарушения; *в-третьих*, необходимость формулирования законодательных понятий: «причинение смерти», «причинение телесных повреждений», где определялось бы – «лицо, причинившее вред при медицинском или хирургическом вмешательстве» и «лицо, причинившее смерть»; *в-четвертых*, при расследовании уголовных дел против медицинских работников необходимо максимально широко исследовать и все организационные аспекты неблагоприятного исхода оказания медицинской помощи, задавая вопросы не только врачам, но и руководителям медицинских организации и регионального, федерального здравоохранения (ответственность юридического лица); *в-пятых*, совмещенные следственно-медицинские действия с участием специалистов в области естественно-научных знаний, должны быть максимально доступны участникам уголовного процесса (суду, сторонам, представителям заинтересованных организаций). Кроме того, необходимо создать мониторинговую рабочую группы для изучения закономерностей судебной практики по гражданским, семейным и уголовным делам, а также практику в сфере международного сотрудничества при оказании взаимной правовой помощи с целью формулирования предложений о совершенствовании законодательства, устанавливающего ответственность за нарушение стандартов и правил оказания медицинской помощи и медицинских услуг.

**А.В. Павлов**

### **Проблемы квалификации заражения ВИЧ инфекцией вследствие ненадлежащего исполнения работником медицинской организации своих профессиональных обязанностей**

**Аннотация.** В статье рассмотрены проблемы привлечения к уголовной ответственности за заражение другого лица ВИЧ-инфекцией вследствие ненадлежащего исполнения работником медицинской организации своих профессиональных обязанностей, выявлены трудности, возникающие при расследовании дел данной категории. Автором предложены меры по повышению эффективности расследования уголовных дел данной категории.

**Ключевые слова:** медицинский персонал, заражение ВИЧ-инфекцией, уголовная ответственность, ненадлежащее исполнение работником медицинской организации своих профессиональных обязанностей.

Одной из самых злободневных и вечных проблем юриспруденции является юридическая оценка такой деятельности медицинских работников, которая влечет причинение вреда здоровью пациентов. Особенностью медицинской профессии является то, что она является связанной непосредственно с сохранением здоровья и жизни человека. В связи с этим у общества сложился строгий подход и предопределилось пристальное внимание к ошибкам медицинских работников в их деятельности. Повышенный интерес у общества направлен также на меры ответственности за ненадлежащее исполнение медицинскими работниками и врачами своих профессиональных обязанностей.

<sup>1</sup> Уголовный кодекс Республики Армения/ науч. ред. докт. юрид. наук Е.Р. Азаряна, канд. юрид. наук Н.И. Мацнева. Предисловие докт. юрид. наук Е.Р. Азаряна. Перевод с армянского канд. юрид. наук, проф. Р.З. Авакяна. СПб: Изд-во Р. Асламова «Юридический центр Пресс», 2004. С.156.

В настоящее время достаточно проблемной остается тема обеспечения при получении медицинских услуг охраны здоровья человека в надлежащей мере в условиях быстрого распространения ВИЧ-инфекции. Однако в средства массовой информации периодически появляется информация о том, что человек при обращении в медицинское учреждение заразился ВИЧ-инфекцией.

Практика применения российского уголовного законодательства говорит о том, что при получении медицинских услуг охрана здоровья человека от заражения не обеспечена в надлежащей мере. С полным основанием в уголовно-правовой механизм охраны здоровья и жизни человека при получении им медицинских услуг можно включить только п. 4 ст. 122, ст. 124 и ст. 235 Уголовного кодекса Российской Федерации (далее – УК РФ).

Статистика привлечения к ответственности остается значительно низкой несмотря на то, что в УК РФ содержится специальная норма об ответственности медицинских работников за заражение пациента и участились случаи в медицинских учреждениях заражения ВИЧ-инфекцией.

В период с 1997 года по 2017 год (20 лет) осуждено всего 4 человека по п. 4 ст. 122 УК РФ, т.е. норма практически не работает. Является очевидным, что указанные данные не сопоставимы с количеством гражданских исков и жалоб, поданных родственниками и самими зараженными пациентами.

Исследователи указывают, что по большей части ввиду отсутствия признаков состава преступления производство по уголовному делу прекращается либо приостанавливается за не установлением лица, подлежащего к привлечению ответственности за совершенное деяние.

Как правило, не удается установить в ходе следствия сотрудников медицинского учреждения, виновных в небрежности, послужившей заражением пациента ВИЧ-инфекцией. В таком случае возникает вполне закономерный вопрос: как такое возможно, если к процессу оказания помощи пациенту привлечены определенные сотрудники, чья личность можно установить.

Согласно практике уголовных дел, приостановленных по п.1 ч.1 ст. 208 УК РФ главной причиной невозможности установления лиц, подлежащих привлечению к ответственности является отсроченность факта выявления заражения по времени. Чаще всего зараженному лицу становится известно о том, что он был заражен ВИЧ, уже на стадии СПИДа, в то время как оконченным преступление является с момента фактического заражения иного лица ВИЧ-инфекцией. Как правило, зараженное лицо узнает о своем статусе уже после того, как пройдет обследование в нескольких медицинских учреждениях.

В связи с этим количество потенциальных мест, где могло произойти заражение и соответственно причастности медицинского персонала к нему, в разы увеличивается. Определить медицинское учреждение, в котором произошло заражение не представляется возможным при помощи проведения экспертизы изучения по амбулаторным картам анамнеза протекания болезни. На данный вопрос экспертом дается ответ с определенной долей вероятности.

Согласно п.4 ст. 122 УК РФ субъектом может быть лицо, которое оказывает любую медицинскую помощь в соответствии со ст. 32 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» № 323-ФЗ от 21.11.2011 в соответствии со своими служебными обязанностями. К таким субъектам относятся работники медицинских учреждений, которые непосредственно связаны с ВИЧ-инфицированными (врач-трансфузиолог или анестезиолог, акушерка, медсестра, лаборант фельдшер), связанные с получением и использованием донорской крови. Также субъектами могут быть: врач-стоматолог, врач-косметолог, медсестры указанных кабинетов, когда ими нарушаются меры предосторожности, общие санитарно-гигиенические правила, некачественная подготовка к повторному применению медицинских инструментов, что может привести к заражению пациента ВИЧ-инфекцией. Данное преступление, как правило, совершается по легкомыслию или из-за небрежного отношения к своим профессиональным обязанностям.

По ч.4 ст. 122 УК РФ состав является материальным и заражение как последствие должно находиться в причинной связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением своих профессиональных обязанностей, а также несоблюдением мер предосторожности. В связи с этим

возникает сложность при рассмотрении деяния установления состава преступления. В большинстве комментариев к УК РФ вообще не раскрывается содержание ненадлежащего исполнения профессиональных обязанностей, понятие ограничивается содержанием диспозиции ч.4 ст. 122 УК РФ.

Для изменения сложившейся практики расследования и выявления данной категории дел необходимо разработать комплексную систему, которая будет противодействовать данным преступлениям. Во-первых, необходимо строго регламентировать порядок действий медицинского персонала путем разработки соответствующих должностных инструкций, правил внутреннего распорядка, которые повысят ответственность со стороны медицинского персонала. Вторым основным направлением можно разработать методические рекомендации совместно с работниками медучреждений о порядке расследования дел данной категории. Это обусловлено тем, что оперативный работник или следователь не является специалистом в области медицины и может не обратить внимание на нюансы, которые могут оказать влияние на расследование с точки зрения медицины.

На мой взгляд, реализация первого предложения позволит в значительной степени снизить заражения пациента ВИЧ-инфекцией вследствие ненадлежащего исполнения работником медицинской организации своих профессиональных обязанностей. Второе предложение позволит повысить эффективность расследования уголовных дел о преступлениях, связанных заражением иного лица ВИЧ-инфекцией вследствие ненадлежащего исполнения работником медицинской организации своих профессиональных обязанностей.

#### *Литература*

1. Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 № 63-ФЗ (ред. от 31.12.2017).
2. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 29.07.2017) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
3. Федеральный закон от 30.03.1995 № 38-ФЗ (ред. от 01.01.2017) «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)».
4. Комментарий к Уголовному кодексу Российской Федерации. в 3-х томах. М.: Юрайт, 2016. 1060 с.
5. *Беляева И.М., Класен А.Н.* Некоторые проблемы квалификации преступлений против здоровья // Актуальные проблемы противодействия преступности: материалы Международной научно-практической конференции (Южно-Уральский государственный университет, 24–25 сентября 2009 г.). Челябинск: ООО «Полиграф-Мастер», 2009. С. 99–101.
6. *Борзенков Г.Н.* Преступления против жизни и здоровья. Закон и правоприменительная практика: моногр. / Г.Н. Борзенков. - М.: Зерцало, 2014. - 256 с.
7. *Галюкова М.И.* Перспективы формирования уголовного законодательства о преступлениях против здоровья человека // Современные вопросы государства, права, юридического образования: Сборник научных трудов по материалам VI Общероссийской научно-практической интернет-конференции 22 декабря 2009 г. Тамбов: Издат. дом ТГУ, 2010. С. 244–248.
8. Официальный интернет-портал правовой информации. URL: [www.pravo.gov.ru](http://www.pravo.gov.ru).



### Некоторые особенности проведения доследственных проверок по фактам смерти пациентов в лечебных учреждениях

**Аннотация.** В данной статье рассматриваются вопросы, связанные с проведением следователями органов Следственного комитета Российской Федерации (далее – СК России) доследственных проверок (проверок в порядке ст.ст. 144 – 145 УПК РФ) по фактам смерти пациентов в лечебных учреждениях. Отмечаются определенные сложности при проведении данных проверок. Предлагается ряд практических рекомендаций, направленных на полноту, всесторонность и объективность данных проверок, а также принятие законного и обоснованного процессуального решения.

**Ключевые слова:** лечебное учреждение, смерть пациента, доследственная проверка, следователь, взаимодействие.

В последние годы особое внимание уделяется преступлениям, связанным с медицинскими ошибками или, как их называют – ятрогенным преступлениям.

Некачественное оказание медицинской помощи в Российской Федерации сегодня стало проблемой если не первостепенной, то однозначно требующей повышенного внимания не только со стороны Министерства здравоохранения и его контролирующих органов (Росздравнадзора и Роспотребнадзора), страховых организаций, но и правоохранительных органов<sup>1</sup>.

Особое значение по выявлению и расследованию таких преступлений придается следственным подразделениям СК России.

Анализ норм Особенной части Уголовного кодекса Российской Федерации (далее – УК РФ) показал, что на сегодняшний день у нас нет "специальных" медицинских составов, то есть четко определяющих медицинского работника как субъекта преступления, а сферу его профессиональной деятельности как элементы объективной стороны (место, обстоятельства). Судебно-следственная практика показала, что наиболее часто медицинские работники привлекаются к уголовной ответственности за совершение преступлений, предусмотренных ст. 109 ч. 2, 3 "Причинение смерти по неосторожности"; ст. 124 ч. 2 "Неоказание помощи больному"; ст. 238 ч. 2, 3 "Производство, хранение, перевозка либо сбыт товаров и продукции, выполнение работ или оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности"; ст. 293 ч. 2, 3 УК РФ "Халатность". Указанные статьи не содержат прямого указания на субъект преступления, в том числе медицинского работника<sup>2</sup>.

В тоже время возможно отметить, что значительное количество уголовных дел, возбужденных по фактам совершения врачебных ошибок (ст.ст. 109, 124, 235, 238, 293 УК РФ), связано со смертью пациентов в лечебных учреждениях.

Однако следует указать, что не каждый факт смерти пациента в данных учреждениях должен рассматриваться как результат некачественного лечения или недобросовестного отношения медицинского персонала к выполнению своих обязанностей и влечь за собой безусловное возбуждение уголовного дела по соответствующей статье УК РФ.

В целях установления оснований для возбуждения уголовного дела уголовно-процессуальным законодательством предусмотрено проведение доследственной проверки (в соответствии с требованиями ст.ст. 144-145 УПК РФ), в ходе которой следствию надлежит установить наличие или отсутствие достаточных данных, указывающих на признаки преступления.

<sup>1</sup> Багмет А.М., Петрова Т.Н. О необходимости включения в уголовный кодекс РФ ятрогенных преступлений // Российский следователь. 2016. № 7. С. 27–32.

<sup>2</sup> См.: Багмет А.М., Черкасова Л.И. Некоторые вопросы квалификации преступлений, совершаемых медицинскими работниками// Юридический мир. 2014. № 6 (210). С. 8–10; Они же. Врачебные ошибки при оказании медицинской помощи детям: уголовно-правовая оценка// Уголовный процесс. 2015. № 1. С. 44–47; Они же. Составы преступлений, совершаемых медицинскими работниками // Юридический мир. 2014. № 12. С. 56–58.

Практика свидетельствует, что, зачастую, родственники пациентов, смерть которых наступила в лечебных учреждениях, абсолютно уверены, что смерть наступила из-за направительного лечения и халатности медицинского персонала. Иные доводы (объективные данные) ими не принимаются, мнение о виновности врачей, в ряде случаев, складывается из-за неправильного понимания полученных сведений, пережитого горя, нежелания слышать иную точку зрения (в том числе подтверждающую рядом доказательств) и т.д.

Недоверие указанных лиц к объективности и всесторонности проводимой следователем следственной проверки и принятому им решению, например, об отказе в возбуждении уголовного дела, связано также с нежеланием, в ряде случаев, следственных органов более тесно сотрудничать с ними, проверять в полном объеме представленные данными лицами сведения, знакомить их с полученными в ходе проверки результатами, согласовывать ряд процессуальных действий (постановлений), обсуждать полноту и объективность полученных сведений и т.д.

Возможно, нам возражат: УПК РФ не обязывает следователя в процессе следственной проверки знакомить заинтересованных лиц с результатами, полученными в ходе проверочных мероприятий, обсуждать с ними ход проверки, в том числе знакомить с постановлением о назначении экспертизы. Однако практика показывает, что, при принятии решения об отказе в возбуждении уголовного дела, это, зачастую, единственный выход убедиться родственникам умершего пациента в полноте и объективности проведенной проверки, законности и обоснованности данного процессуального решения.

Убедены, что тесное взаимодействие следователя по данной категории преступлений с указанными лицами только способствует проведению полной и всесторонней проверки, а так же, как итог, – принятию законного решения по ее результатам.

Более того, руководству следственного подразделения (сотрудникам отделов процессуального контроля, криминалистики) необходимо осуществлять методическую и практическую помощь следователю при проведении данной проверки. Систематически заслушивать ее ход и результаты, принимая решения, направленные на полноту и всесторонность данной проверки. В случае необходимости практиковать проведение данных заслушиваний с участием родственников умерших пациентов, принимать меры к незамедлительной проверке заявленных ими ходатайств и доводов о проведении определенных проверочных мероприятий.

В целях подтверждения указанных доводов, считаем возможным рассмотреть взаимодействие между органами следствия и родственниками указанных лиц на примере следственных проверок, проведенных Московским межрегиональным следственным управлением на транспорте СК России (далее – ММСУТ СК РФ).

Так, ММСУТ СК РФ проведена проверка в порядке ст.ст. 144-145 УПК РФ по факту смерти П. 28.11.2015 в отделении интенсивной терапии НУЗ «Отделенческая больница станции Брянск-2» ОАО «РЖД»<sup>1</sup>.

Несмотря на то, что согласно выводам заключения комплексной судебно-медицинской экспертизы в действиях медицинских работников нарушений не установлено (с заключением была ознакомлена супруга П.), следствием была назначена (по ходатайству супруги П., которая считала, что в данном регионе врачи умышленно покрывают своих коллег) в другой субъект Российской Федерации повторная комиссионная судебно-медицинская экспертиза.

Перед назначением данной экспертизы супруга П. неоднократно принималась руководством следственного отдела, с ней согласован выбор экспертного учреждения, а также она была ознакомлена с постановлением о назначении указанной экспертизы. По ее ходатайству перед экспертами были поставлены еще три дополнительных вопроса (сформулированы лично ею).

Согласно выводам повторной комиссионной судебно-медицинской экспертизы лечение П. проводилось правильно в соответствии с установленными диагнозами и клиническими реко-

---

<sup>1</sup> Контрольное производство по материалу проверки по факту смерти П.// Архив Московского межрегионального следственного управления на транспорте СК России.

мендациями по данной нозологии. Больной лечился в соответствии со стандартами по основному и сопутствующим заболеваниям. Признаков неправильной диагностики и лечения, которые могли бы привести к летальному исходу, у пациента П. не имелось. Причиной смерти П. явился отек головного мозга, смерть пациента следует считать непредотвратимой.

В данном заключении было также указано, что вопросы, поставленные супругой П., не имеют экспертного разрешения и выходят за рамки компетенции судебно-медицинской экспертизы. С указанным заключением супруга П. была своевременно ознакомлена. По результатам проверки принято решение об отказе в возбуждении уголовного дела.

Также, ММСУТ СК РФ проведена доследственная проверка по обращению Н. и В. по факту смерти их дочери К. 09.11.2016 в гинекологическом отделении лечебного учреждения ОАО «РЖД»<sup>1</sup>.

При патологоанатомическом исследовании трупа К. было выявлено: субарахноидальное кровоизлияние в области лобной, теменной долей и основания головного мозга вследствие разрыва врожденной аневризмы левой среднемозговой артерии. Непосредственной причиной смерти К. явился отек головного мозга.

В ходе процессуальной проверки в ОГБУЗ «Смоленское областное бюро СМЭ» назначено проведение комплексной судебно-медицинской экспертизы в целях установления возможных профессиональных нарушений медицинских работников, осуществлявших лечение К. Выбор данного экспертного учреждения и поставленные перед экспертами вопросы были согласованы с родственниками К. Кроме того, в перечень вопросов, поставленных перед экспертами, по ходатайству гражданского супруга К. были дополнительно включены три его вопроса.

Согласно заключению комплексной судебно-медицинской экспертизы, диагноз у К. врачами установлен своевременно. Медикаментозное и все прочие виды лечения К. проводилось правильно, в соответствии с установленным диагнозом. При оказании медицинской помощи К. не выявлено нарушений стандартов и порядков оказания медицинской помощи, диагностика и лечение осуществлялись правильно, возникшие нарушения функции органов и систем, а также другие расстройства здоровья, которые впоследствии привели к ее смерти, возникли в результате осложнения, которое невозможно было предвидеть. Прямая причинно-следственная связь между оказанием К. медицинской помощи и возникшим осложнением отсутствует.

Кроме того, по ходатайству родственников К. проведены определенные проверочные мероприятия (по проверки указанных ими доводов), направленные на установление каких-либо нарушений в действиях медицинских работников (нарушений не выявлено). С полученными результатами ознакомлены родственники К.

В ходе проведенной проверки объективных данных, свидетельствующих о наличии в действиях медицинского персонала лечебного учреждения составов преступлений, предусмотренных ч. 2 ст. 109, ч. 2 ст. 124, ч. 2 ст. 293 УК РФ, получено не было, в связи с чем, принято решение об отказе в возбуждении уголовного дела.

И в заключении хотелось бы отметить, что правоприменителям не стоит забывать о том, что презумпцию невиновности еще никто не отменял, а медикам – что совесть по-прежнему остается лучшим судьей. В любом случае только совместными усилиями мы сможем минимизировать количество ошибок как следственных, так и врачебных<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Контрольное производство по материалу проверки по факту смерти К. // Архив Московского межрегионального следственного управления на транспорте СК России.

<sup>2</sup> Петрова Т.Н. Особенности расследования преступлений, связанных с некачественным оказанием медицинской помощи при родовспоможении // ConsiliumMedicum. 2017. № 19 (6). С. 9–31.

## Соблюдение врачебной и иных охраняемых законом тайн в свете Федерального закона «О биомедицинских клеточных продуктах»

**Аннотация.** С 1 января 2017 г. вступил в действие Федеральный закон «О биомедицинских клеточных продуктах». В связи с развитием сферы обращения биомедицинских клеточных продуктов возникает целый ряд правовых, этических, медицинских и медико-биологических вопросов. В статье в свете данного федерального закона рассматривается закрепленный им принцип соблюдения врачебной и иных видов тайн.

**Ключевые слова:** биомедицинские клеточные продукты; сведения конфиденциального характера; врачебная тайна; государственная тайна; коммерческая тайна; информатизация здравоохранения.

Федеральный закон «О биомедицинских клеточных продуктах»<sup>1</sup> (БМКП) в качестве одного из принципов осуществления деятельности в сфере обращения БМКП устанавливает необходимость соблюдения врачебной тайны и иной охраняемой законом тайны (п. 2 ст. 3).

Соблюдение врачебной тайны, под которой в Федеральном законе «Об охране здоровья граждан в Российской Федерации»<sup>2</sup> понимаются сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иных сведениях, полученных при его медицинском обследовании и лечении (ч. 1 ст. 13), относится к основным принципам охраны здоровья (п. 9 ст. 4).

П. 4 Указа Президента РФ "Об утверждении перечня сведений конфиденциального характера"<sup>3</sup> врачебная тайна отнесена к сведениям конфиденциального характера, а именно, к сведениям, связанным с профессиональной деятельностью, доступ к которым ограничен в соответствии с Конституцией Российской Федерации и федеральными законами. Согласно Конституции Российской Федерации, каждый имеет право на неприкосновенность частной жизни, личную и семейную тайну, защиту своей чести и доброго имени (ч. 1 ст. 23); сбор, хранение, использование и распространение информации о частной жизни лица без его согласия не допускаются (ч. 1 ст. 24).

Соблюдение врачебной тайны – также вопрос этики, закрепленный в соответствующих документах. Так, "Кодекс профессиональной этики врача Российской Федерации"<sup>4</sup> включает принцип: «Я буду уважать доверенные мне тайны, даже после смерти моего пациента».

Принцип соблюдения врачебной тайны, изложенный в Законе о БМКП, созвучен подходу к защите информации, представленном в международных документах. Директива № 2004/23/ЕС Европейского Парламента и Совета ЕС об установлении стандартов качества и безопасности для донорства, приобретения, контроля, обработки, сохранения, хранения и распределения человеческих тканей и клеток в ст. 14 регламентирует защиту данных и конфиденциальность. В ней отмечается, что «государства-члены ЕС должны принять все необходимые меры для обеспечения того, чтобы все данные, в том числе генетическая информация, собран-

<sup>1</sup> Федеральный закон от 23.06.2016 № 180-ФЗ «О биомедицинских клеточных продуктах» // СЗ РФ, 2016. № 26 (Часть I). Ст. 3849. СПС «КонсультантПлюс».

<sup>2</sup> Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 29.07.2017) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // СЗ РФ, 2011. № 48. Ст. 6724. СПС «КонсультантПлюс».

<sup>3</sup> Указ Президента РФ от 06.03.1997 № 188 (ред. от 13.07.2015) «Об утверждении Перечня сведений конфиденциального характера» // СЗ РФ, 1997. № 10. Ст. 1127. СПС «КонсультантПлюс».

<sup>4</sup> Кодекс профессиональной этики врача Российской Федерации (принят Первым национальным съездом врачей Российской Федерации 05.10.2012) Документ опубликован не был // СПС «КонсультантПлюс».

ные в рамках настоящей Директивы, к которым имеют доступ третьи лица, были предоставлены анонимно, так чтобы доноры и получатели оставались неидентифицируемыми»<sup>1</sup>.

Использование БМКП требует особой щепетильности и тщательного соблюдения врачебной тайны. Однако в реалиях медицинской практики разглашение врачебной тайны вполне возможно, в силу традиционно сложившегося в медицинских стационарах уклада: пациент находится в палате (нередко - многоместной), и врач, общаясь с ним, оглашает о нем информацию при другом пациенте (пациентах). Систематическое разглашение медицинских данных неизбежно при существующей практике проведения клинических обходов, при которой обсуждение вопросов, связанных с обследованием и лечением пациентов, происходит в палатах и коридорах. Стоит отметить, что Законом не допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну не только врачами и другими медицинскими работниками, но и иными лицами, которым они стали известны при обучении, исполнении трудовых, должностных, служебных и иных обязанностей (ч. 2 ст. 13 Федерального закона N 323-ФЗ). Это важно, т.к. к конфиденциальной информации о пациенте имеет (или потенциально имеет) доступ также и немедицинский персонал клиники: сотрудники бухгалтерии, юридической службы, лица, осуществляющие техническое обслуживание здания и т.д.

В контексте соблюдения врачебной тайны требует внимания проблема охраны медицинских данных, содержащихся в информационных системах в сфере здравоохранения. В практику лечебно-профилактических учреждений также внедряются электронные версии первичной медицинской документации – электронная история болезни. Это еще один электронный ресурс, содержащий сведения, составляющие врачебную тайну. Проблема конфиденциальности информации приобретает особую актуальность в связи с принципиальной возможностью доступа к медицинской информации через Интернет-ресурсы<sup>2</sup>. Крупнейшим субъектом, владеющим конфиденциальной медицинской информацией, является система медицинского страхования. Медицинские организации средствами информационного ресурса предоставляют в территориальный фонд обязательного медицинского страхования сведения о застрахованных лицах. Информатизация здравоохранения создает предпосылки для рассмотрения вопроса о потенциальной возможности разглашения врачебной тайны, как и вообще самого широкого спектра данных о личности, работниками сферы информационных технологий.

Таким образом, доступ к конфиденциальной медицинской информации имеют различные контингенты лиц.

На некоторые аспекты, связанные с разработкой и применением БМКП, может потенциально распространяться действие Закона РФ от 21 июля 1993 г. № 5485-1 «О государственной тайне»<sup>3</sup>. В ст. 5 указанного закона приводится перечень сведений, составляющих государственную тайну. В их числе сведения в области экономики, науки и техники («о достижениях науки и техники, о научно-исследовательских ... работах и технологиях, имеющих важное оборонное или экономическое значение, влияющих на безопасность государства») (п. 5 ч. 2). БМКП имеют стратегически важное научное и практическое значение, успехи в этой области могут позволить повысить конкурентоспособность Российской Федерации на мировой арене. Владение ими, наравне с развитой космической отраслью и иными важными для имиджа страны сферами, в перспективе будет являться необходимой составляющей развитого, сильного государства.

В рассматриваемом аспекте особая роль принадлежит оборонному значению данных технологий. Совершенствование вооружений влияет на структуру боевой травмы, что требует внедрения передовых технологий, в том числе молекулярно-биологических и клеточных. У

<sup>1</sup> Директива № 2004/23/ЕС Европейского Парламента и Совета ЕС об установлении стандартов качества и безопасности для донорства, приобретения, контроля, обработки, сохранения, хранения и распределения человеческих тканей и клеток. Страсбург, 31 марта 2004 года // СПС «КонсультантПлюс».

<sup>2</sup> *Перепискина И.О., Смирнова Д.В.* Информационные системы в сфере здравоохранения как источник криминалистически значимой информации при расследовании преступлений, совершаемых медицинскими работниками // Вестник МГУ. Серия: Право, 2014. № 4. С. 78–84.

<sup>3</sup> Закон РФ от 21.07.1993 N 5485-1 (ред. от 08.03.2015) «О государственной тайне» // СЗ РФ. 1997. № 41. С. 8220–8235. СПС «КонсультантПлюс».

военнослужащих возможно проведение клинического исследования БМКП, специально разработанного для применения в условиях военных действий, чрезвычайных ситуаций, профилактики и лечения заболеваний и поражений, полученных в результате воздействия неблагоприятных химических, биологических, радиационных факторов (п. 3 ч. 6 ст. 31 Закона о БМКП). Клеточные технологии представляют для военной отрасли практический интерес, о чем свидетельствует проведение таких мероприятий, как круглый стол «Средства оказания первой медицинской помощи. Клеточные технологии: пути внедрения», организованный в рамках Форума «Армия»-2015 (Московская область, г. Кубинка) под эгидой Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова<sup>1</sup>. В научной литературе освещены отечественные и зарубежные разработки в области клеточной терапии, актуальные для военной отрасли<sup>2</sup>.

БМКП могут быть объектом и коммерческой тайны, учитывая, что информация, составляющая коммерческую тайну, - сведения любого характера (производственные, технические, экономические, организационные и другие), в том числе о результатах интеллектуальной деятельности в научно-технической сфере, а также сведения о способах осуществления профессиональной деятельности, которые имеют действительную или потенциальную коммерческую ценность в силу неизвестности их третьим лицам, к которым у третьих лиц нет свободного доступа на законном основании и в отношении которых обладателем таких сведений введен режим коммерческой тайны (п. 2 в ред. Федерального закона от 12.03.2014 N 35-ФЗ).

Заключение: Законом о БМКП установлена необходимость соблюдения врачебной тайны и иной охраняемой законом тайны. При этом доступ к конфиденциальной медицинской информации в условиях информатизации здравоохранения и в реалиях медицинской практики имеет широкий круг лиц. Защита ее должна быть комплексной, включая организационные, правовые, медицинские, информационные меры, а также предусматривать обучение персонала, передачу этических принципов и корпоративных норм поведения.

Т.Н. Петрова

### **О пределах применимости статьи 238 УК РФ к профессиональной медицинской деятельности**

*Статья выражает частное мнение автора, сформированное на основе анализа судебно-следственной практики применения нормы в сфере оказания медицинской помощи.*

**Аннотация.** В статье исследуются теоретические и практические аспекты применения нормы об оказании медицинских услуг, не отвечающих требованиям безопасности пациента. Коротко проанализированы основные понятия, используемые законодателем при формулировке статьи, а также разрозненная судебно-следственная практика применения исследуемой нормы. На основе проведенного анализа делается вывод о невозможности применения положений статьи 238 УК РФ к профессиональной медицинской деятельности.

**Ключевые слова:** медицинские услуги, медицинский работник, требования безопасности в медицине, умышленное преступление.

Статья 238 Уголовного кодекса Российской Федерации относится к преступлениям, связанным с нарушением специальных правил. Существующие в сфере профессиональной медицин-

<sup>1</sup> Международный военно-технический форум «Армия-2015». Научно-деловая программа. URL: [http://mil.ru/images/Booklet\\_i.pdf](http://mil.ru/images/Booklet_i.pdf) (дата обращения 13.02.2018).

<sup>2</sup> См., напр.: Ченур С.В., Юдин А.Б., Шперлинг И.А. и др. Направления исследований в области применения клеточных технологий в военной медицине. Военно-медицинский журнал, 2015. Т. 336. № 2. С. 10–15. URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=26232535> (Дата обращения: 13.02.2018); Schurr M.J., Foster K.N., Centanni J.M. Phase I/II Clinical Evaluation of StrataGraft: A consistent, pathogen-free human skin substitute // J. Trauma. 2009. V. 66. N. 3. P. 866–874. doi: 10.1097/TA.0b013e31819849d6.

ской деятельности нормативно-правовые акты, как бы ни были несовершенны и ни охватывали всю полноту и разнообразие медицинской помощи, призваны регламентировать и унифицировать процесс оказания медицинской помощи всем группам населения. В этом суть, так называемой, стандартизации здравоохранения, которая сводится к введению единых порядков оказания медпомощи, создания национальных клинических рекомендаций (протоколов) лечения. Такие нормативно-правовые акты существуют и должны выполняться всеми медицинскими организациями независимо от организационно-правовой формы и формы собственности. Исходя из этого, указанные акты являются специальными правилами в конкретной профессиональной деятельности – медицинской. А само оказание медицинской помощи осуществляется в соответствии со специальными правилами. Отсюда – нарушение требований оказания медицинской помощи, прописанных в специальных правилах в сфере медицинской деятельности, является нарушением специальных правил и при наличии других составов образующих признаков может подпадать под признаки преступления, предусмотренного ст. 238 УК РФ. Фактически в профессиональной медицинской деятельности это встречается, однако не так часто, как убеждают нас те правоприменители, которые «безразборно» применяют данную норму ко всем случаям ненадлежащего оказания медицинской помощи. Таким образом, указанная норма может быть применима к медицинской деятельности, но... лишь формально.

Диспозиция нормы 238 УК РФ неконкретная и может быть применена к широкому спектру отношений в сфере производства и реализации товаров, выполнения работ и оказания услуг, не отвечающих требованиям безопасности любого профиля. Применительно к медицинской деятельности уточненно норма выглядит следующим образом «Оказание медицинских услуг, не отвечающих требованиям безопасности пациента». В таком виде норма является бланкетной, и для правильного ее применения необходимо уяснить основное содержание диспозиции. Итак, для правильного применения нормы, осталось совсем немного - выяснить, что такое медицинская услуга и когда она не отвечает требованиям безопасности пациента. Вот тут то и сосредоточены все сложности, не объяснимые с позиции теории и не разрешимые с позиции практики.

В статье 2 Федерального закона РФ от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» нормативно закреплены определения медицинская помощь и медицинская услуга<sup>1</sup>. Формулировки, принятые законодателем нельзя назвать удачными, так как они порождают неоднозначное толкование, а то и вовсе подмену понятий. Так, например, некоторые правоприменители, исходя из нормативно закрепленных определений понятий, считают, что «медицинская помощь по законодательству не что иное как предоставление медицинских услуг», что в корне неверно. Если оценивать соотношение понятий, то оно выглядит следующим образом: медицинская помощь оказывается как в рамках медицинской услуги, так и вне ее, соответственно, категория медицинской помощи шире категории медицинской услуги; медицинская помощь является содержанием медицинской услуги. Медицинская услуга в любом случае подразумевает оказание медицинской помощи, но на определенных условиях.

Согласно ст. 779 ГК РФ (Договор возмездного оказания услуг) медицинская услуга оказывается только по договору возмездного оказания услуг, где «возмездность» подразумевает оплату за совершение определенных действий или осуществление определенной деятельности. Возникает вопрос: всегда ли оказание медицинской помощи оплачивается? Кем оно оплачивается и в каких случаях? Можно ли отношения в системе обязательного или добровольного медицинского страхования расценивать как договор об оказании медицинских услуг? Однозначных ответов на эти вопросы нет и не предвидится. Это касается и безопасности при оказании медицинской помощи. Законодательного определения понятия безопасности медицинской помощи или услуги нет. Исходя из анализа литературы («...применительно к медицинской помощи безопасность – это отсутствие угроз и опасностей для здоровья пациента при её оказании, а также возможность предотвращения воздействия на пациента опасных факторов

<sup>1</sup> Федеральный закон от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ (ред. от 29.12.2017) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Собрание законодательства РФ. 2011. № 48. Ст. 6724. СПС «КонсультантПлюс»

и возникновения вреда». Но медицинская деятельность ввиду ее специфики не может быть абсолютно безопасной никогда. Риск осложнений даже наиболее редких при выполнении самых типичных и хорошо отработанных медицинских вмешательств существует всегда, поэтому приведенное выше определение безопасности медицинской помощи, равно как и многие другие – несостоятельно.

По-прежнему открытым остается вопрос о критериях безопасности медицинской помощи. От безвыходности предлагается соотносить понятия безопасности и качества медицинской помощи, хотя это также неверно – безопасность не является ни аналогом, ни даже критерием качества. Критерии оценки качества ежегодно пересматриваются Минздравом. В настоящее время действует Приказ Министерства здравоохранения РФ от 10 мая 2017 г. № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи», которые применяются по группам заболеваний (состояний) и по условиям оказания медицинской помощи (в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара и стационарных условиях)<sup>1</sup>. Анализ указанного нормативного акта приводит к выводу об отсутствии в нем какого-либо упоминания о безопасности медицинской помощи. Внимание, вопрос: где правоприменительно взять критерии безопасности медицинской помощи, чтобы было с чем сравнить? Ответа нет.

Таким образом, отсутствие понимания значения основных терминов, используемых законодателем в диспозиции нормы, и отсутствие четких критериев их применения в сфере медицинской деятельности (неоднозначность) порождает повсеместно неправильное применение самой нормы для уголовно-правовой оценки медицинских происшествий.

В отсутствие сколько-нибудь понятных и однозначных разъяснений по вопросу применения ст. 238 УК РФ в сфере медицинской деятельности, правоприменители применяют ее «по своему усмотрению». На чем же базируется такое усмотрение, попробуем выяснить, анализируя судебно-следственную практику. Итак, что же понимают правоприменители под медицинской услугой, не отвечающей требованиям безопасности пациента, и какие критерии безопасности при этом оцениваются? Одновременно обратим внимание на позицию правоприменителей в отношении субъекта ст. 238 УК РФ.

Обзор судебной практики целесообразно начать с решений судов Санкт-Петербурга и Ленинградской области, так как именно оттуда в свое время началась широкая практика квалификации действий медработников по ст. 238 УК РФ (приговор от 11.07.2012 года, дело №1-68/12, Куйбышевский районный суд Санкт-Петербурга осудил врача акушера-гинеколога Н. и акушерку В. по п. «г» ч. 2 ст. 238 УК РФ за умышленное применение в ходе родоразрешения запрещенного в акушерстве приема – давления на дно матки роженицы – в результате чего здоровьем новорожденного причинен тяжкий вред). В настоящее время дефекты оказания медицинской помощи по акушерско-гинекологическому профилю по-прежнему часто квалифицируются по ст. 238 УК РФ, несмотря на очевидное отсутствие умысла врачей акушеров-гинекологов на оказание небезопасного пособия в родах. Типичным дефектом в данном случае является неправильно выбранная тактика родоразрешения в результате недооценки состояния роженицы или плода (чаще – плода, например, имеющейся гипоксии плода и переходе ее из компенсированной в декомпенсированную, несоответствии размеров плода и родовых путей роженицы и пр.), то есть субъективной оценки показаний для абдоминального родоразрешения. Такие решения и действия акушеров не могут свидетельствовать об умысле на искусственное создание трудностей в родах, которых в таком непредсказуемом процессе и так более чем достаточно. Тем не менее, до настоящего времени суды Санкт-Петербурга и Ленинградской области в качестве медицинской услуги, не отвечающей требованиям безопасности пациента, рассматривают ненадлежащее оказание медицинской помощи застрахованным лицам в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, то есть отношения в системе ОМС, в том числе при родовспоможении (приговор от 23.05.2017 года, дело №1-18/2017, Сосновоборский городской суд Ленинградской области осудил врача акушера-гинеколога Д. по ч. 1 ст. 238 УК РФ за неправильно

<sup>1</sup> Приказ Министерства здравоохранения РФ от 10 мая 2017 г. № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» // Информационно-правовой портал Гарант.ру



избранную тактику родоразрешения, что привело к наступлению интранатальной гибели плода; постановление от 23.08.2017 года, дело № 1-90/2017, Сосновоборский городской суд Ленинградской области вынес постановление о прекращении уголовного дела в отношении врача акушера-гинеколога Д., обвиняемого по ч. 1 ст. 238 УК РФ в связи с примирением сторон).

Следующее решение вынес Санкт-Петербургский городской суд, рассматривая апелляционное представление прокурора на приговор в отношении врача анестезиолога-реаниматолога Т., оправданного районным судом по ч. 1 ст. 238 УК РФ. По сути содеянного врач оказывал анестезиологическое пособие в родах путем проведения показанной эпидуральной анестезии, в ходе которой из-за злоупотребления катетера при попытке его извлечения произошел обрыв катетера в эпидуральной полости роженицы, что потребовало его извлечения оперативным путем. Здоровью роженицы при этом причинен легкий вред. В апелляционном постановлении указано «...с учетом данных обстоятельств вывод суда об отсутствии данных о том, что Т. до начала совершения процедуры имел прямой или косвенный умысел на оказание услуги, не отвечающей требованиям безопасности жизни и здоровья потребителя, и осознавал возможные общественно-опасные последствия своих действий, основан на материалах дела. На основании исследованной совокупности доказательств суд обоснованно указал в приговоре, что при установленных по делу обстоятельствах субъективная сторона совершенного Т. деяния может характеризоваться неосторожностью, что исключает наличие в его действиях состава преступления, предусмотренного ст. 238 УК РФ» (Апелляционное постановление Санкт-Петербургского городского суда № 22-2083/2016 от 30 марта 2016 г.).

В приведенных решениях у суда не возникало сомнений относительно субъекта ст. 238 УК РФ, то есть возможности совершения указанного преступления медицинским работником государственного или муниципального учреждения здравоохранения. Вместе с тем, существует иная точка зрения, которая нашла отражение в следующем решении суда (как версия стороны защиты). Надо заметить, что она разделяется некоторыми правоприменителями. Так, Верховный Суд Чеченской Республики, рассматривая апелляционную жалобу осужденного врача-отоларинголога Г. по п. «в» ч. 2 ст. 238 УК РФ и защитника на приговор суда первой инстанции, указал, что «...только предприниматель может оказывать услуги, а работник, осуществляющий выполнение трудовых функций по трудовому договору, не может...». Данная версия защиты и осужденного судом первой инстанции была проигнорирована, и оценка этим доводам не давалась. В апелляционном определении Верховный суд субъекта указал также «...по смыслу инкриминируемой статьи уголовная ответственность возможна лишь при условии доказанности не только самого факта оказания услуг, но и опасности этих действий для жизни и здоровья потребителей, а также наличия у совершившего их лица осознания характера своих действий и их несоответствия требованиям безопасности». Таким образом, умысел врача-отоларинголога на оказание медицинских услуг, не отвечающих требованиям безопасности, доказан не был. Обвинительный приговор районного суда отменен, дело направлено на новое рассмотрение (Апелляционное определение Верховного Суда Чеченской Республики № 22-266/16 от 26 июля 2016 года).

Обзор следственной практики 2017 года.

Весной 2017 года направлено в суд уголовное дело в отношении участкового врача-педиатра, обвиняемой по ч. 1 ст. 238 УК РФ, которая, по версии следствия «...умышленно, из иной личной заинтересованности, не желая тратить свое время и выполнять действия по организации и согласованию госпитализации грудного ребенка, оказала малолетней пациентке медицинские услуги ненадлежащего качества и не отвечающие требованиям безопасности жизни и здоровья потерпевшей, что выразилось ...в длительном не принятии врачом действенных мер по лечению имевшегося у пациентки и длительно протекавшего опасного для жизни и здоровья заболевания... в результате чего наступила смерть ребенка от сердечно-легочной недостаточности, на фоне сочетанной патологии бронхолегочной системы, герпетической инфекции, врожденно-наследственной патологии сердечно-сосудистой системы». Врач неверно оценила тяжесть состояния ребенка, продолжала наблюдать его амбулаторно, необходимые

анализы назначила с запозданием, не скорректировала назначение антибиотика с учетом состояния ребенка и не приняла действенных мер для госпитализации больной в стационар. Причиной смерти ребенка явилась текущая поливалентная инфекция и бронхопневмония с элементами бронхообструкции и недиагностированной врожденной патологии миокарда правого желудочка сердца (некомпактный миокард). Примечательно, что по данному уголовному делу врачу-педиатру сначала вменяли причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей (ч. 2 ст. 109 УК РФ), вину в котором она полностью признала, а затем изменили обвинение на оказание медицинских услуг, не отвечающих требованиям безопасности (ч. 1 ст. 238 УК РФ, так как смерть потерпевшей в причинно-следственной связи с действиями врача не состоит), вину в котором она также полностью признала. То есть врачу вменяли два совершенно разных состава, с формой вины в виде небрежности в одном случае, а затем в виде прямого умысла (судя по формулировкам обвинения) в другом при одних и тех же обстоятельствах произошедшего.

И уж совсем нелогичной смотрится позиция правоприменителя, согласно которой возникшая у пациента непредвиденная шоковая реакция в виде развившейся генерализованной реакции сердечно-сосудистой системы со смертельным исходом на введение фармпрепарата – антибиотика, оценена по ст. 238 УК РФ как оказание медицинской услуги, не отвечающей требованиям безопасности пациента. По сути содеянного дежурным врачом-отоларингологом принят самостоятельно обратившийся за медицинской помощью в приемное отделение больницы пациент с жалобами на боль в горле и затруднения при глотании, осмотрен, собран анамнез, назначено консервативное лечение с применением антибиотика широкого спектра действия, после введения которого у пациента развилась шоковая реакция со смертельным исходом. Врачу вменяются (п. «в» ч. 2 ст. 238 УК РФ) умышленные невыяснение аллергического статуса пациента, неполный сбор анамнеза и невыяснение наличия противопоказаний в виде заболевания сердца для назначения фармпрепарата, приведшие к непредвиденной реакции организма на его введение вплоть до летального исхода. Обвинительное заключение по данному уголовному делу подписано в сентябре 2017 года заместителем Генерального прокурора Российской Федерации, дело направлено в суд для рассмотрения по существу.

Приведенный анализ судебно-следственной практики свидетельствует об отсутствии единой позиции среди правоприменителей относительно нормы, предусмотренной ст. 238 УК РФ. Выявленные разногласия касаются как понимания содержания основных терминов, использованных в диспозиции статьи, так и основных элементов состава преступления – объективной стороны, субъективной стороны, а также самого субъекта. Вывод можно сделать только один – ст. 238 УК РФ в действующей редакции к профессиональной медицинской деятельности неприменима.

Таким образом, в сегодняшней правоприменительной практике квалификации медицинских происшествий по ст. 238 УК РФ вопросов, к сожалению, больше чем ответов. Отсутствие в диспозиции нормы составообразующих признаков и четких критериев разграничения, отсутствие легального толкования в виде разъяснений ВС РФ, отсутствие сложившейся однообразной практики применения данной нормы – слишком много неизвестных, не позволяющих решить уравнение. С учетом наметившейся тенденции к нарастанию случаев уголовно-правовой оценки фактов ненадлежащего оказания медицинской помощи по данной статье, логично предположить, что число ошибок правоприменения будет только расти.

**Клиническая медицина как часть программы повышения квалификации  
следователей Следственного комитета Российской Федерации «Расследование  
преступлений, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи»  
(информационное сообщение)**

Медицинская деятельность во всем мире характеризуется высоким уровнем профессиональных рисков даже при ее надлежащем выполнении, поскольку связана с возможностью причинения вреда здоровью. Расследование преступлений, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи представляет особую сложность. По этой причине, несмотря на разную подследственность составов, которые принято относить к профессиональным медицинским преступлениям, расследование данных преступлений сосредоточено в подразделениях Следственного комитета Российской Федерации (далее – СК России). Такие уголовные дела представляют собой одну из самых сложных категорий, потому требуют специальной подготовки следователей и углубленного изучения не только правовых и процессуальных тонкостей расследования, но и серьезных познаний в вопросах судебно-медицинской оценки медицинских происшествий и даже клинической медицины. Не случайно в некоторых территориальных управлениях Следственного комитета России введена внутренняя специализация следователей, в производстве которых находятся только уголовные дела о профессиональных преступлениях медицинских работников, а также материалы проверки соответствующих сообщений о преступлениях.

В 2018 году Московская академия Следственного комитета Российской Федерации впервые организовала и провела обучение следователей на курсах повышения квалификации по программе дополнительного профессионального образования «Расследование преступлений, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи». В период с 22 января по 02 февраля 2018 года обучение прошли 23 следователя из разных регионов страны (Хабаровск, Красноярск, Челябинск, Тюмень, Омск, Башкортостан, Оренбург, Алтайский край, Ростов-на-Дону, Волгоград, Санкт-Петербург, Нижний Новгород, Воронеж, Владимир, Ярославль, Липецк, Самара, Ставрополь, Тверь, Московская область, Москва). Программа включает в себя три взаимосвязанных образовательных модуля (блока): правовой, экспертный и клинический.

В рамках правового модуля следователи получили новые знания по нормативным основам здравоохранения в Российской Федерации, выяснили правовой статус нормативных документов, регламентирующих деятельность медицинских работников при оказании медицинской помощи, подробно разобрали все составы преступлений, относящиеся к профессиональным медицинским, а также должностным преступлениям в сфере здравоохранения. Особое внимание при проведении занятий уделялось практическим вопросам квалификации, процессуальным особенностям выемки и осмотра медицинских документов, вопросам организации взаимодействия с медицинскими и экспертными учреждениями. Круглые столы с участием сотрудников региональных подразделений процессуального контроля и криминалистами позволил коллегам поделиться положительным опытом выявления и расследования данной категории преступлений, взаимодействия с органами прокуратуры и судом.

Экспертный модуль представлен ведущими специалистами в области комиссионных судебно-медицинских экспертиз дефектов оказания медицинской помощи (Российский Центр судебно-медицинской экспертизы, Бюро судебно-медицинской экспертизы Московской области). По признанию самих экспертов экспертизы дефектов оказания медицинской помощи – это наиболее сложные, наукоемкие и трудоемкие процессы, требующие огромных временных затрат и привлечения в комиссию высококвалифицированных клиницистов в качестве экспертов. Активное внимание следователей было приковано к собственному и пока единственному экспертному судебно-медицинскому подразделению СК России, пилотный проект которого реализован в Управлении СК России по Республике Татарстан. В ходе проведения занятий

эксперты обратили внимание следователей на порядок подготовки материалов и объектов экспертного исследования, перечень подлежащих разрешению вопросов, оценку экспертных выводов и типичные ошибки при назначении и проведении комиссионных СМЭ дефектов оказания медицинской помощи.

Клинический модуль обособился в программе повышения квалификации следователей одновременно с правовым и экспертным. Его целесообразность не вызвала сомнений, поскольку следователям крайне необходимы базовые знания по основным клиническим профилям, в которых допускается наибольшее число дефектов оказания медицинской помощи. В своей практической деятельности они, безусловно, сталкиваются с сообщениями о преступлениях, совершенных медицинскими работниками в хирургии, анестезиологии и реаниматологии, акушерстве и педиатрии.

Почему, по нашему мнению, следователям необходимы знания клинической медицины? При анализе клинического случая с точки зрения его уголовно-правовой оценки, которую дает правоприменитель, в первую очередь необходимо разграничить профессиональный проступок от неизбежных в медицине осложнений не только заболеваний и состояний пациента, но и показанных медицинских вмешательств, выделить случаи обоснованного профессионального риска и действий медиков в условиях крайней необходимости. Не обладая элементарными знаниями в области клиники состояний практически невозможно отличить дефекты оказания медицинской помощи, ставшие результатом непрофессиональных недобросовестных действий или бездействия медицинских работников, от осложнений, возникших вне зависимости от действий медиков, зачастую неизбежных или непредсказуемых. Разумеется, следователь не станет специалистом-клиницистом, но это и не его задача. Но понимать суть клинического случая и объяснений медицинских работников, понимать значение основных терминов, используемых в медицине в общем или конкретном клиническом профиле, логику возникновения и развития состояния или осложнения, их причины и условия, возможности предотвращения и профилактики – он должен для эффективного и объективного разбирательства, выяснения всех обстоятельств клинического случая.

Основной базой для преподавания клинического блока стала Городская клиническая больница (ГКБ) № 52 Департамента здравоохранения г. Москвы. Важно было привлечь специалистов именно многопрофильного лечебно-диагностического учреждения, которые имеют помимо глубоких теоретических знаний огромный клинический опыт, ежедневно работают в отделениях и операционных, обладают самыми современными навыками и технологиями оказания медицинской помощи (включая использование высокотехнологичного медицинского оборудования и медицинских изделий) как экстренным, так и плановым больным. ГКБ № 52 ДЗ г. Москвы – одна из крупнейших в г. Москве многопрофильных больниц, которая оказывает круглосуточную неотложную и плановую медицинскую помощь более чем 60 000 пациентов в год. В клинике трудятся более 2000 сотрудников, в их числе 16 докторов медицинских наук, 111 кандидатов медицинских наук. ГКБ № 52 является образцовым медицинским учреждением, опыт которого по повышению качества медицинской помощи и профилактике дефектов ее оказания крайне ценен и поучителен для следователей из различных регионов страны. Профессионализм сотрудников больницы и качество медицинской помощи был высоко оценено профессиональным медицинским сообществом: в 2014 году ГКБ № 52 ДЗ г. Москвы признана лучшей в номинации «Многопрофильная клиника», а в 2016 году главный врач ГКБ № 52 Лысенко Марьяна Анатольевна стала победителем в номинации «Специалист года – лучший главный врач». Также немаловажен территориальный принцип ГКБ № 52 находится рядом с Московской академией СК России.

Специалисты ГКБ № 52 в рамках преподавания клинического модуля осветили наиболее актуальные для следователей клинические профили: акушерство и гинекология, анестезиология-реаниматология, общая хирургия, организация здравоохранения, основы фармакологии и лекарственной терапии. Дополнительно с целью максимально полного ознакомления с основами клинической медицины, были приглашены специалисты по педиатрии и детским инфек-

циям, травматологии и ортопедии, терапии, офтальмологии, челюстно-лицевой и пластической хирургии. Все приглашенные лекторы являются практикующими врачами-клиницистами, имеют научные степени и руководят различными подразделениями учреждений здравоохранения. В ходе реализации клинического модуля проходили лекции, круглые столы, разбор случаев из клинической практики. Следователей знакомили с организацией различных видов медицинской помощи в РФ, с акцентом на экстренную и неотложную, особенностями и трудностями работы врачей в наиболее сложных областях медицины, с проблемой возникновения наиболее часто встречающихся в следственной практике дефектов оказания медицинской помощи.

В целом программа дополнительного профессионального образования получилась насыщенной и разносторонней. Построение ее на основе синтеза трех образовательных модулей позволило глубоко и всесторонне освоить новые знания, закрепить их практикой, выявить не только проблемы и ошибки, но и пути их решения, провести междисциплинарный диалог специалистов разных профилей, решающих общие задачи профилактики и сокращения числа дефектов оказания медицинской помощи.

**Ю.И. Пиголкин,  
Ю.Е. Морозов,  
И.В. Глоба**

### **Компетенции врача и юриста при установлении врачебной ошибки**

**Аннотация.** Настоящее время характеризуется ростом числа случаев врачебных ошибок и жалоб пациентов на ненадлежащее оказание медицинской помощи. Данному факту способствует увеличение этапов развития и внедрения в практику врачей современных методов лечения. Врачебная ошибка устанавливается при поэтапном решении вопросов, относящихся к компетенции врача и юриста. Факт наличия врачебной ошибки определяется профессиональным медицинским сообществом. Правовая квалификация врачебной ошибки осуществляется профессиональным юристом с учетом медицинской оценки ненадлежащего оказания медицинской помощи. Причиненный вред здоровью подлежит правовой квалификации, в соответствии с конкретными статьями УК РФ и на основании соответствующих судебно-медицинских критериев. Причинно-следственные связи, вытекающие из установленной тяжести вреда здоровью, предусмотренные в конкретном правонарушении, находятся в компетенции правоохранительных органов.

**Ключевые слова:** врачебные ошибки; профессиональное медицинское сообщество; медицинские критерии вреда здоровью; юридическая квалификация преступлений.

Ненадлежащее оказание медицинской помощи, именуемое также как ее недостатки или врачебные ошибки (далее ВО) в отечественной медицинской практике не имеет четкого понятийного аппарата и процессуальной регламентации при рассмотрении этого явления в качестве правонарушения. Очевидно, что ВО являются частью профессиональной медицинской деятельности, оценку которой могут дать только профессионалы на основе принципов доказательной медицины, то есть врачи, используя при этом такие формы документов как решения профессиональных медицинских конференций, ассоциаций, конгрессов. При расследовании ВО в рамках правового поля осуществляется её юридическая квалификация с использованием полученных результатов ее врачебной оценки. Для правильной юридической квалификации неблагоприятных результатов медицинских вмешательств требуется нормативная разработка пошаговой, согласованная работы юристов и медиков с учетом границ их компетенции. К сожалению, на практике не всегда соблюдается последовательность и преемственность медицинских и юридических компетенций. В постановлениях о назначении судебно-медицинских экспертиз фигурируют вопросы не о медицинских критериях, а о квалификации тяжести при-

чиненного вреда здоровью и о наличии причинно-следственной связи вреда здоровью с обнаруженными телесными повреждениями и даже с ВО, а судебно-медицинские эксперты отвечают на эти вопросы, обосновывают свои ответы. Превышение границ компетенции специалистов при этом игнорируется.

Предпосылки такого смешения компетенций заложены в нечеткости формулировок, касающихся ВО в ведомственных нормативных актах. Так, согласно приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 24 апреля 2008 г. № 194н ухудшение состояния здоровья человека, обусловленное дефектом оказания медицинской помощи, рассматривается как причинение вреда здоровью. Вместе с тем, причинение вреда здоровью, предусмотрено ст. 111, 112, 115 и др., а также квалифицированными составами УК РФ - это преступления, требующие установления их состава (объекта и объективной стороны, субъекта и субъективной стороны), что является исключительной компетенцией юриста, но никак не врача. Врач должен установить лишь медицинские критерии, соответствующие конкретной степени тяжести вреда здоровью. На практике судебно-медицинская экспертная комиссия, в составе которой лишь 1-2 специалиста профессионала по соответствующей специальности, устанавливая ВО, а также тяжесть причинённого её вреда здоровью, явно превышая свою компетенцию. Постановления о назначении комиссионных судмедэкспертиз, связанных с необходимостью анализа якобы допущенных ВО, содержат вопросы о тяжести вреда здоровью и наличии причинно-следственной связи.

Под вредом, причинённым здоровью человека, понимается нарушение анатомической целостности и физиологической функции органов и тканей человека в результате воздействия физических, химических, биологических и психогенных факторов внешней среды. Медицинские критерии определения степени тяжести вреда, причинённого здоровью человека разработаны в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 17 августа 2007 г. № 522 «Об утверждении Правил определения степени тяжести вреда, причинённого здоровью человека». Медицинские критерии являются медицинской характеристикой квалифицирующих признаков, которые используются для определения степени тяжести вреда, причинённого здоровью человека, при производстве судебно-медицинской экспертизы в гражданском, административном и уголовном судопроизводстве на основании определения суда, постановления судьи, лица, производящего дознание, следователя.

Медицинские критерии используются для оценки повреждений, обнаруженных при судебно-медицинском обследовании живого лица, исследовании трупа и его частей, а также при производстве судебно-медицинских экспертиз по материалам дела и медицинским документам. Степень тяжести вреда, причинённого здоровью человека, определяется в медицинских учреждениях государственной системы здравоохранения врачом – судебно-медицинским экспертом, а при его отсутствии — врачом иной специальности (далее – эксперт), привлечённым для производства экспертизы, в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, и в соответствии с Правилами и Медицинскими критериями.

Важный фактор правовой квалификации дефектов оказания медицинской помощи - наличие причинно-следственной связи между действиями медицинского работника и негативными последствиями для здоровья пациента. В случае неблагоприятного исхода лечения необходимо отдельно учитывать состояние здоровья пациента к медицинскому вмешательству (исходное состояние) и после лечения. Это оправдано с целью выяснения причинно-следственной связи между действиями медика и результатом, который наступил, а также для решения вопроса об ответственности медицинского работника. Это также свидетельствует о необходимости четкого определения причинно-следственной связи действий (бездействия) каждого врача, который принимал участие в лечении пациента. Последовательность этапов соблюдения компетенции врачей и юристов является взаимосвязанной частью в установлении факта врачебной ошибки.

1. Ненадлежащее оказание медицинской помощи. Судебно-медицинская экспертиза: учеб. пособие / под ред. П.О. Ромодановского, А.В. Ковалева, Е.Х. Баранова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. 144 с.
2. Постановление Правительства РФ от 17 августа 2007 г. № 522 «Об утверждении Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека».
3. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 24.04.2008 № 194н (ред. от 18.01.2012) «Об утверждении Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека».

М.А. Полянский

### Отдельные проблемы расследования уголовных дел о преступлениях, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи

**Аннотация.** В сообщении автор, являясь следователем Следственного комитета Российской Федерации, делится опытом практической деятельности по расследованию преступлений, совершенных медицинскими работниками в своей профессиональной деятельности.

**Ключевые слова:** ненадлежащее оказание медицинской помощи, уголовная ответственность медицинских работников, комиссия судебно-медицинская экспертиза.

Являясь следователем Следственного комитета Российской Федерации, с декабря 2016 года мне было поручено проведение проверок сообщений о преступлениях и расследование уголовных дел, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи. Такая «специализация» стала необходимой в Следственном управлении Следственного комитета Российской Федерации по Тюменской области (далее - Управление) ввиду наметившейся тенденции к увеличению числа заявлений с просьбой привлечь к уголовной ответственности врачей за ненадлежащее исполнение своих профессиональных обязанностей, повлекшее причинение смерти либо тяжкого вреда здоровью пациента.

Следует отметить, что все следственные ситуации очень разные. Где-то провели операцию, после которой пациент скончался, где-то уже выписанный из медицинского учреждения пациент внезапно умер дома. Нет какой-то определенной статистики или тенденции по клиническим профилям, каждый случай индивидуален. Например, пациент умер в областной больнице после трех операций, его родственники считают, что последняя операция была сделана неправильно, что врачи не оценили фактическую тяжесть состояния больного. Медики же в свою защиту доказывают, что сделали все возможное и вообще - это чудо, что пациент не умер намного раньше. Очень сложно разбираться в подобной ситуации, надо изучать многоотомную историю болезни пациента. К тому же, разбирательство осложняется тем, что родственники погибшего пациента — сами врачи. Как же определить, кто прав?

В 2016-2017 годах в Тюмени (только в городе, не по области!) было возбуждено порядка 30 уголовных дел по факту причинения по неосторожности смерти либо тяжкого вреда здоровью вследствие ненадлежащего исполнения своих профессиональных обязанностей медицинскими работниками. Из них около 95% уголовных дел были возбуждены по ч. 2 ст. 109 и ч. 2 ст. 118 УК РФ, остальные – ст.ст. 238 и 293 УК РФ. За 2017 год было прекращено пять уголовных дел данной категории, два были приостановлены. В ноябре 2017 года в моем производстве находилось одновременно 20 уголовных дел указанной категории. Из них по 12 медицинская помощь оказывалась детям до 6 лет. Времени хватало лишь на то, чтобы продлевать сроки предварительного следствия, своевременно назначать комиссионные судебно-медицинские экспертизы и общаться с многочисленными потерпевшими. Если добавить к этому необходимость постоянно изучать медицинские справочники, порядки оказания медицинской помощи, клинические рекомендации, соответствующие федеральные законы, а еще смотреть значение

каждого неизвестного медицинского термина, то становится понятно, что одному следователю с такой нагрузкой не справиться, в том числе психологически. В декабре 2017 года еще один следователь Управления был переориентирован на расследование ятрогенных преступлений. Вместе с тем, легче не стало - основные проблемы никуда не делись, в настоящий момент у каждого следователя в производстве находится по 11 уголовных дел, и еще несколько дел в настоящее время передаются из районов города в Управление.

По предварительным оценкам на сегодняшний день из общего числа находящихся в производстве отдела уголовных дел реальную судебную перспективу имеют лишь четыре-пять. При этом сроки следствия по большинству дел неуклонно приближаются к 12 месяцам.

Выявлена основная проблема, в том числе, больших сроков расследования - потерпевшие практически никогда не соглашаются с заключениями комиссионной судебно-медицинской экспертизы дефектов оказания медицинской помощи, даже в том случае, если она «в их пользу». Так, например, по одному уголовному делу в достаточно приемлемые сроки была выполнена комиссионная судебно-медицинская экспертиза, в выводах которой было указано, что врач анестезиолог-реаниматолог в ходе операции «тонзиллотомия» допустил дефекты, которые состоят в прямой причинно-следственной связи с наступившими последствиями в виде причинения тяжкого вреда здоровью ребенку 6 лет, а в действиях врача-оториноларинголога, выполнявшего указанную операцию, дефекты имеются, но они носят организационно-тактический характер и в причинно-следственной связи с наступлением последствий не состоят. Казалось бы, установлена и доказана вина первого врача, направляем дело в суд, вносим представление в отношении второго врача (дефекты в его деятельности тоже имеются), помогаем потерпевшим в составлении гражданского иска, но потерпевшие – родители мальчика, который остался инвалидом вероятнее всего на всю оставшуюся жизнь, не согласились с выводами экспертизы в части отсутствия причинно-следственной связи между действиями врача-оториноларинголога и наступившим неблагоприятным исходом. Их устное заявление звучало примерно так: «Он тоже должен сидеть». Никакие доводы следствия ими не воспринимались. В итоге - в настоящее время проводится четвертая комиссионная судебно-медицинская экспертиза по данному уголовному делу, и есть большие сомнения, что она установит причинно-следственную связь с последствиями действий обоих врачей. Кроме того, за время затянувшегося следствия по ходатайству стороны обвинения были допрошены главный внештатный специалист по оториноларингологии по Уральскому федеральному округу, главный внештатный анестезиолог-реаниматолог Тюменской области, заведующий кафедрой лор-болезней Тюменского медицинского университета и другие, показания которых полностью противоречат первоначальной комиссионной судебно-медицинской экспертизе. По другому уголовному делу у пациента был диагностирован Синдром Гудпасчера (системный васкулит с поражением почек в виде быстро прогрессирующего нефрита со злокачественным течением и с развитием почечной недостаточности), течение данного заболевания было молниеносным, после двух месяцев нахождения в стационаре областной клинической больницы пациент скончался. Ближайший родственник сразу отказался от вскрытия («по религиозным и этическим причинам»). Через несколько месяцев он же стал писать жалобы, указывая, что его родственника «убили» врачи поликлиники, не выявившие заболевание, и врачи стационара, не вылечившие ее. Комиссионная судебно-медицинская экспертиза установила дефекты оказания медицинской помощи, но не выявила какой-либо причинно-следственной связи между дефектами и наступившим неблагоприятным исходом в виде смерти пациента. С выводами экспертизы потерпевший категорически не согласен, от предложения подачи гражданского иска отказался, и в настоящий момент требует, чтобы мы «разобрались», почему его родственник умер в больнице, путем назначения повторной экспертизы в другом субъекте РФ. При этом предусмотренных законом процессуальных оснований для назначения такой экспертизы нет. И таких дел большинство!

Но есть уголовные дела, где вина врача очевидна, и в первую очередь это подтверждается протоколами врачебных комиссий, проведенных по факту смерти пациента в лечебном учреждении, а также протоколами допросов свидетелей, в том числе заведующих отделениями, руководителей служб, а также среднего медицинского персонала. Так, в настоящий момент в



моем производстве находится уголовное дело по факту причинения смерти девушке 1988 г.р., которой в областной больнице была проведена плановая операция «чистэктомия», на вторые сутки послеоперационного периода, около 17 часов, она, идя по коридору, почувствовала резкую сильную боль в животе справа, согнулась, не могла разогнуться и чуть не потеряла сознание. Прибывший по вызову дежурный хирург, осмотрев пациентку, назначил ей наркотический анальгетик (промедол), который был введен в 17.20. Затем в связи с нарастанием болевого синдрома и ухудшением состояния, тот же врач был вызван повторно и в 22.00 по его назначению пациентке повторно введен промедол. Ночью, в 02.00 пациентке третий раз введен промедол. При этом в истории болезни врачом сделаны записи лишь о назначении препарата, а записи о проведении осмотров, в том числе обоснование повторного назначения обезболивающего, отсутствуют. Лишь в 06.00 врач сделал запись об осмотрах, но в ней отсутствовал диагноз, также было указано, что «перитонеальные симптомы отрицательные». Заступивший на смену ответственный хирург в 09.20 осмотрел пациентку, им был заподозрен перитонит, после чего девушку начали готовить к экстренной операции. В 12.00 начата операция, в ходе которой в брюшной полости было обнаружено большое количество кишечного содержимого – имел место разлитой каловый перитонит. Было обнаружено перфоративное отверстие в стенке сигмовидной кишки (в ходе предыдущей плановой операции были разделены спаянные матка и петля сигмовидной кишки и была выполнена коагуляция жирового подвеса для остановки кровотечения). Отверстие было ушито, брюшная полость санирована, была установлена колостома. После операции пациентка находилась в палате интенсивной терапии, где скончалась через 12 часов после операции. Уголовное дело было возбуждено в отношении врача-гинеколога, проводившего первую операцию, и врача-хирурга, допустившего недооценку тяжести состояния пациентки. В настоящий момент проводится комиссия судебно-медицинская экспертиза. Согласно акту проверки регионального Департамента Здравоохранения, допущенное повреждение стенки сигмовидной кишки, повлекшее возникновение перфоративного отверстия, является не дефектом оказания медицинской помощи, а осложнением указанной операции. Но особенность этого уголовного дела в том, что этот же врач-гинеколог ранее неоднократно допускал подобные «осложнения», и как минимум в двух случаях это привело к смерти пациенток. В связи с этим, в случае неустановления экспертами причинно-следственной связи следствие намерено доказать наличие этой связи следственным путем, в том числе допросами свидетелей, специалистов, анализом иных документов – должностных инструкций, протоколов врачебных комиссий, актов проверки Росздравнадзора и т.п.

Таким образом, следователи должны понимать, что каждое уголовное дело по факту ненадлежащего оказания медицинской помощи – индивидуально, в данном случае – особенно. Мне есть с чем сравнивать, я работаю не первый год. В каждом клиническом случае надо тщательно разбираться, более того, помимо правовых и процессуальных особенностей надо разбираться в клинике: терминах, в особенностях заболевания и методах лечения. Очевидно, что следователь никогда не будет знать столько, сколько знает врач, но надо стремиться общаться с медицинскими работниками так, чтобы они не воспринимали следователя как «неуча» в вопросах медицины. У следствия нет цели «посадить» врача и нет цели «отшить» потерпевших и их родственников. Следователь стремится установить истину по уголовному делу, быть максимально беспристрастным и объективным. При этом к каждому потерпевшему, какими бы абсурдными не казались его подозрения, следует относиться с должным вниманием, дать понять, что вы искренне заинтересованы помочь ему.

В заключение хотелось бы поделиться с коллегами одной практической хитростью. Поскольку больше года я уже «мучаю» наших тюменских врачей, со многими из них у меня сложились уважительные, а зачастую и дружеские отношения. Это очень помогает в работе: я всегда могу посоветоваться с ними, пусть неофициально, по поводу той или иной клинической ситуации: был ли дефект, как должен был поступить врач для избегания негативных последствий, какова сложившаяся практика и пр. Кроме того, поскольку город Тюмень - относительно небольшой, и медики «все всех знают», я могу получить объективную характеристику на любого врача от его коллег, узнать о ранее имевших место недочетах и даже дефектах в его

работе, о которых по различным причинам может быть неизвестно следствие. Да, такая информация носит неофициальный характер, но, тем не менее она помогает следователю сформировать мнение, позицию и определить направление своей работы.

Исходя из собственного опыта, врачам могу сказать, что самое главное в их профессиональной деятельности, как бы это не казалось странным, это отношение врача к пациенту. Известно, что вы не должны любить пациентов - вы должны их лечить. Но практикой доказано, что в случаях, если даже врач допустил какой-либо дефект, но был вежлив с пациентом и отнесся к нему «по-человечески» (как говорят сами потерпевшие), то вероятность того, что на него напишут жалобу - стремится к нулю. Это действительно так!

Судебно-медицинских экспертов хотелось бы поблагодарить за их труд: понимаем, что вы очень загружены, иногда недоумеваете по поводу вопросов следствия в постановлениях о назначении экспертиз... Единственное, о чем мы, следователи, вас просим – нам крайне важно в выводах видеть слова «причинно-следственная связь», при этом не важно в каком контексте: «... имеется прямая...» или «... отсутствует...».

*Отдельные слова благодарности хотелось бы выразить в адрес Московской академии Следственного комитета Российской Федерации за проведенный в январе-феврале 2018 года курс повышения квалификации по программе дополнительного профессионального образования «Расследование преступлений, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи». Уважаемый Анатолий Михайлович и все преподаватели, старавшиеся вместе с нами разобраться в хитросплетениях и особенностях расследования указанной категории дел, спасибо вам большое!*

**С.С. Самищенко**

### **О проблеме установления объективной истины по «врачебным» делам**

**Аннотация.** В работе рассматриваются некоторые вопросы судебно-медицинского экспертного обеспечения установления объективной истины по уголовным делам. Анализируются возможности, в указанном аспекте, государственных и негосударственных экспертов и специалистов. Предлагается создать вневедомственную экспертную структуру, которая позволит снизить уровень ошибочных и заведомо ложных судебно-медицинских заключений.

**Ключевые слова:** судебная медицина, объективная истина, заключение, специалист, врачебные дела.

Проблема установления объективной истины по уголовным делам одна из наиболее актуальных проблем современного российского судопроизводства. Председателем Следственного комитета России профессором Бастрыкиным А.И. предложено вернуть в УПК институт установления объективной истины, что «позволит обеспечить гарантии конституционного права на справедливое правосудие»<sup>1</sup>.

Сказанное в полной мере относится к так называемым «врачебным делам», возбуждаемым по фактам не оказания или ненадлежащего оказания медицинской помощи. В таких делах ключевое значение имеют судебно-медицинские экспертизы, которые призваны оценить своевременность и правильность лечения пациента, и другие объективные характеристики события.

В нашей стране основной структурой, производящей судебно-медицинские экспертные исследования являются региональные бюро судебно-медицинской экспертизы, эти организации подчинены региональным министерствам здравоохранения, им же подчиняются и лечебные

---

<sup>1</sup> Козлова Н. Суть суда. Интервью с Председателем СК России А.И. Бастрыкиным // Российская газета. 16 марта 2012 г. № 5731.

учреждения. Следовательно, рассчитывать на объективные выводы судебно-медицинских экспертиз по врачебным делам во всех случаях не приходится. Даже в тех случаях, когда экспертиза дала действительно обоснованный и объективный вывод, но он оказался в пользу лечебного учреждения и врача, потерпевшая сторона, пациент и (или) его родственники будут сомневаться в выводах судебно-медицинской экспертизы.

В случаях сомнения, как правило, родственники пациента обращаются к негосударственным экспертам, то есть к экспертам независимым от органов здравоохранения. Независимые эксперты зависят в первую очередь от гонораров, которые им выплачивают заказчики. Если эксперт в силу своих моральных убеждений отказывается давать заведомо нужное клиенту заключение, заказчик-клиент уходит к другому эксперту. Поэтому в некоторых негосударственных экспертных заведениях и у частных экспертов существует негласное правило - «клиент всегда прав».

Во «врачебных» делах на предварительном следствии значение выводов судебно-медицинских экспертиз имеет первостепенное значение, от них зависит как сам факт возбуждения уголовного дела, так и установление лица, совершившего действия повлекшие возбуждение дела. Зачастую по делу имеют место две, а иногда и более, экспертизы с противоположными выводами, что крайне затрудняет следователя в принятии процессуального решения.

В этой связи в Следственном комитете России было принято правильное решение о создании в его структуре судебно-медицинских подразделений. Положительный опыт работы такого отделения в экспертно-криминалистическом отделе следственного управления Следственного комитета Российской Федерации по Республике Татарстан хорошо представлен в статье П.М. Николаева и В.А. Спиридонова<sup>1</sup>. В отделении выполняются комиссионные судебно-медицинские экспертизы, заключения специалистов, проводятся консультации следователей, осуществляется иная деятельность, направленная на повышения качества следственной работы.

В настоящее время в судебно-медицинской практике сложилась система, которая может обеспечить здоровую конкуренцию в судебно-медицинском обеспечении раскрытия и расследования преступлений. Структурные составляющие этой системы: судебно-медицинская служба министерства здравоохранения; негосударственные судебно-медицинские эксперты; судебные медики в структуре Следственного комитета РФ, военные судебно-медицинские эксперты.

Наличие «разнообразия» экспертных структур судебно-медицинской направленности наряду с положительными сторонами имеет и отрицательные.

В первую очередь это отсутствие унифицированной нормативной и методологической базы. Зачастую эксперты в своих заключениях опираются на совершенно разные по своей сути источники специальной информации, что дает основание для совершенно разных выводов, тем самым ставя в затруднительное положение следствие и суд.

Во-вторых, неодинаковое отношение судов к заключениям, выполненным экспертами и специалистами государственных и негосударственных структур. Не имея специальных знаний для оценки судебно-медицинских заключений по существу, суды предпочитают основывать свои решения на заключениях государственных экспертов, а среди государственных экспертов отдают предпочтение экспертам из числа руководителей судебно-медицинских бюро, или экспертам с докторской степенью. Мне неоднократно приходилось сталкиваться с такими решениями судов.

В-третьих, нет инстанции, которая бы могла взять на себя объективную оценку заключений экспертов из различных государственных ведомственных и негосударственных экспертных структур. На практике приходится сталкиваться не только с ошибочными заключениями экспертов и специалистов, но и с откровенными заказными, заведомо ложными заключениями.

---

<sup>1</sup> Николаев П.М., Спиридонов В.А. Судебно-медицинское отделение в экспертно-криминалистическом отделе следственного управления Следственного комитета Российской Федерации по Республике Татарстан: первые шаги // Мир криминалистики. 2017. № 4. С. 73-77.

Причем в зависимости от обстоятельств это могут быть заключения как государственных экспертов, так и «частных». При этом встречаются случаи, когда «мягко говоря» ошибочные заключения судебно-медицинских экспертов не только не получают должной профессиональной оценки вышестоящей инстанции, но покрываются ею.

На мой взгляд, должна быть независимая от ведомств судебно-медицинская инстанция с правами оценки по существу заключений государственных и «частных» судебно-медицинских экспертов и специалистов, которая бы работала по обращениям судов, прокуроров, следователей, адвокатов, организаций и граждан. В рамках ее работы могли бы применить свои знания на штатной и внештатной основе ведущие специалисты, как в области судебной медицины, так и в других областях медицинских знаний. Основную массу экспертов и специалистов могут составить преподаватели вузов. Работа такой организации должна быть построена на принципе отсутствия контактов между заказчиком и исполнителем работы. Финансирование организации может быть смешанным – частично бюджетным, частично – коммерческим.

Установление истины в процессе раскрытия и расследования уголовных преступлений, в том числе и так называемых «врачебных», может достигаться разными путями. Один из них, совершенствование экспертного обеспечения путем оптимизации организационной и методологической составляющей указанной деятельности.

**Ю.Б. Самойлова**

### **К вопросу о возмещении вреда, причинённого в результате совершения преступлений в сфере оказания медицинских услуг**

**Аннотация.** Автор рассматривает актуальные аспекты обеспечения права потерпевшего на возмещение вреда, причиненного в результате совершения преступления. На основании анализа норм уголовно-процессуального закона, Гражданского кодекса Российской Федерации, законодательства в сфере здравоохранения, судебной практики обосновывается необходимость привлечения медицинской организации гражданским ответчиком по уголовному делу в сфере оказания медицинских услуг.

**Ключевые слова:** потерпевший, гражданский иск, возмещение вреда, причиненного преступлением, медицинская помощь, медицинская услуга.

Возмещение вреда, причиненного в результате совершения преступления, имеет важное значение по всем уголовным делам. Не являются исключением преступления в сфере оказания медицинских услуг, количество которых неукоснительно растет в отдельных регионах страны<sup>1</sup>.

Анализ уголовных дел о преступлениях в сфере оказания медицинских услуг свидетельствует о том, что по таким делам предъявлялись гражданские иски о взыскании причиненного вреда с обвиняемых. Примером может служить приговор Кузьминского районного суда г. Москвы от 16 мая 2011 года, согласно которому удовлетворен иск к участковой медицинской сестре, осужденной по ч.2 ст.109 УК РФ<sup>2</sup>. Аналогичное решение принял и Люберецкий городской суд Московской области, удовлетворив иски к врачу-колопроктологу, признанному виновным в совершении преступления, предусмотренного ч.2 ст. 109 УК РФ<sup>3</sup> и др.

В отдельных случаях иски предъявлялись и к медицинскому работнику, и к медицинской организации (причем имеют место быть случаи возмещения вреда медицинской организации

<sup>1</sup> См.: Официальный сайт Следственного комитета Российской Федерации. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://sledcom.ru/search?q=ятрогенные+преступления&dates=>. Дата обращения 16.01.2018.

<sup>2</sup> Приговор Кузьминского районного суда г. Москвы от 16 мая 2011 г. по уголовному делу № 1-329/11 17с. [Электронный ресурс]. ГАС «Правосудие».

<sup>3</sup> Приговор Люберецкого городского суда Московской области от 31 мая 2017 г. по уголовному делу № 1-302/2017. [Электронный ресурс]. ГАС «Правосудие».

в порядке гражданского судопроизводства еще до рассмотрения уголовного дела в суде). Более распространенной является практика предъявления гражданского иска к медицинской организации, работник которой обвиняется в совершении преступления. В виду отсутствия единства правоприменительной практики, неоднозначного толкования нормативных предписаний, поднятый вопрос требует освещения.

По УПК РФ (ч.1 ст. 54) в качестве гражданского ответчика может быть привлечено как физическое, так юридическое лицо, которое в соответствии с ГК РФ несет ответственность за вред, причиненный преступлением. Как видно, названная норма является бланкетной и прямо отсылает к соответствующим положениям гражданского законодательства.

Специфика медицинской деятельности такова, что, хотя лечебный процесс осуществляет конкретный медицинский работник, он не выступает по отношению к больному отдельным субъектом права. Таковым является исполнитель, применительно к медицинской деятельности – только специальный субъект<sup>1</sup>. Системный анализ законодательства позволяет сделать вывод о том, что медицинскую деятельность могут осуществлять исключительно юридические лица, а также индивидуальные предприниматели, имеющие лицензию<sup>2</sup>.

Абз.2 ч.1 ст. 1064 ГК РФ закрепляет возможность возмещения вреда лицом, не являющимся причинителем вреда. В соответствии с ч. 3 ст. 98 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ (ред. от 29.12.2017) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»<sup>3</sup> вред, причиненный жизни, здоровью граждан при оказании им медицинской помощи, возмещается медицинскими организациями. Эта норма корреспондирует с ч.1 ст. 1068 ГК РФ, согласно которой юридическое лицо возмещает вред, причиненный его работником при исполнении трудовых (служебных, должностных) обязанностей.

Медицинская помощь по законодательству ничто иное как предоставление медицинских услуг<sup>4</sup>. К отношениям по предоставлению гражданам медицинских услуг, оказываемых медицинскими организациями, применяется законодательство о защите прав потребителей, - сказано в п. 9 Постановления Пленума Верховного Суда РФ от 28 июня 2012 года № 17 «О рассмотрении судами гражданских дел по спорам о защите прав потребителей». Причем как в рамках добровольного, так и обязательного медицинского страхования<sup>5</sup>. А согласно данному законодательству исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение обязательств или за ненадлежащее исполнение обязательств, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы, а также по иным основаниям, предусмотренным законом

---

<sup>1</sup> См.: *Шиманская С.В.* Особенности гражданско-правовой ответственности при осуществлении медицинской деятельности. Дисс. ... канд. юрид. наук., М. 2013. С. 38; *Галь И.Г.* Обязательство по оказанию медицинской услуги. Дисс. канд. юрид. наук., Москва, 2014. С. 82.

<sup>2</sup> Ст. 49 ГК РФ, Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 01.07.2017) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Собрание законодательства РФ. 2011. № 48. Ст. 6724; Федеральный закон от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ (ред. от 30.12.2015) «О лицензировании отдельных видов деятельности» // Собрание законодательства РФ. 2011. № 19. Ст. 2716; ИПО «Гарант»; Постановление Правительства РФ от 16.04.2012 № 291 (ред. от 23.09.2016) «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)» // Собрание законодательства РФ. 2012. № 17. Ст. 1965; ИПО «Гарант».

<sup>3</sup> Федеральный закон от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ (ред. от 29.12.2017) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Собрание законодательства РФ. 2011. № 48. Ст. 6724; СПС «КонсультантПлюс».

<sup>4</sup> П. 3 с. 2 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ (ред. от 29.12.2017) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Собрание законодательства РФ. 2011. № 48. Ст. 6724; СПС «КонсультантПлюс».

<sup>5</sup> Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 28 июня 2012 г. № 17 «О рассмотрении судами гражданских дел по спорам о защите прав потребителей» // Российская газета. 2012. 11 июля. № 156.

(нарушение потребителем установленных правил пользования результатами)<sup>1</sup>. Следует обратить внимание на еще один важный момент: если вред причинен здоровью при оказании медицинской помощи, то его возмещение подчиняется правилам ст. 1095 ГК РФ<sup>2</sup>.

Как разъяснено в пункте 45 постановления Пленума Верховного Суда Российской Федерации от 28 июня 2012 года № 17 «О рассмотрении судами гражданских дел по спорам о защите прав потребителей», при решении судом вопроса о компенсации потребителю вреда достаточным условием для удовлетворения иска является установленный факт нарушения прав потребителя.

Таким образом, по общему правилу гражданско-правовую ответственность в случае причинения вреда здоровью и жизни пациента несет медицинская организация. По гражданскому законодательству вред возмещается независимо от наличия или отсутствия вины медицинской организации, в случае причинения вреда пациентам (гражданам - потребителям) (ст. 1095 ГК РФ); причинения вреда деятельностью, которая создает повышенную опасность для окружающих (ст. 1079 ГК РФ)<sup>3</sup>. Нельзя не согласиться с позицией И.Г. Галя, который отмечает следующее. Несмотря на то, что медицинская помощь зачастую является опасной в силу невозможности до конца просчитать все происходящие в результате лечения процессы, нельзя ее саму по себе относить к источникам повышенной опасности, «без приложения к каким-то конкретным инструментам, лекарствам, инъекциям или их системной совокупности, объединенной тем или иным методом лечения»<sup>4</sup>.

В этой связи уместны следующие примеры. По уголовному делу по обвинению врача-анестезиолога-реаниматолога ГОБУЗ «Боровичская центральная районная больница» в совершении преступления, предусмотренного ч.2 ст. 109 УК РФ Боровичский районный суд Новгородской области отказал в удовлетворении иска к подсудимому о компенсации морального вреда в сумме 1 млн. рублей, причиненного в результате смерти супруги потерпевшего, указав в приговоре, что врач, являясь штатным сотрудником медицинской организации, находился при исполнении профессиональных обязанностей анестезиолога-реаниматолога, также суд сослался на ч.1 ст. 1068 ГК РФ<sup>5</sup>.

По другому уголовному делу врач-кардиолог был признан виновным в причинении смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей и осужден по ч. 2 ст. 109 УК РФ. Судом было постановлено взыскать с осужденного компенсацию морального вреда в размере 500 000 руб. в пользу потерпевшего. Как следует из материалов дела, осужденный, работая врачом-кардиологом в районной больнице муниципального учреждения здравоохранения, состоял с этой организацией в трудовых отношениях, выполняя свои обязанности согласно должностной инструкции. Судебная коллегия по уголовным делам Верховного Суда Российской Федерации отменила приговор и последующие судебные решения в отношении осужденного в части взыскания компенсации морального вреда в размере 500 000 руб. в пользу потерпевшего и дело в этой части направила на новое рассмотрение в порядке гражданского судопроизводства, указав при этом: в соответствии с требованиями ст. 1068 ГК РФ, если вред причинен работником юридического лица при исполнении им своих трудовых (служебных, должностных) обязанностей на основании заключенного трудового договора (служебного контракта), то ответственность за его возмещение возлагается на это юридическое лицо. Следовательно, судебные решения о взыскании в пользу

<sup>1</sup> Ст. 13 Закона РФ от 07.02.1992 № 2300-1 (ред. от 01.05.2017) «О защите прав потребителей» // Собрание законодательства РФ. 1996. № 3. Ст. 140; СПС «КонсультантПлюс».

<sup>2</sup> См.: *Летута Т.В.* Согласованность норм гражданского и медицинского права как гарантия возмещения вреда, причиненного здоровью при оказании медицинской помощи // Национальная ассоциация ученых. 2015. №2–6(7). С. 97.

<sup>3</sup> См.: *Огнерубов Н.А.* Профессиональные преступления медицинских работников. Дис. ... канд. юрид. наук. Москва, 2014. С. 29.

<sup>4</sup> См.: *Галь И.Г.* Обязательство по оказанию медицинской услуги. Дисс. канд. юрид. наук., Москва, 2014. С.118.

<sup>5</sup> Приговор Боровичский районный суд Новгородской области от 20 апреля 2017 г. по уголовному делу №1-14/2017 (1-266/2016). [Электронный ресурс] ГАС «Правосудие».

представителя потерпевшей морального вреда в размере 500 000 руб. с осужденного не основаны на законе<sup>1</sup>.

**А.В. Сахаров,  
И.В. Титовец**

**О последствиях нарушений оказания медицинской помощи  
и порядка назначения судебно-медицинских экспертиз по факту  
умышленного причинения тяжкого вреда здоровью**

**Аннотация.** В статье на примере конкретного уголовного дела представлен анализ нарушений, допущенных как при оказании медицинской помощи, так и при расследовании преступления, предусмотренного ч.4 ст. 111 УК РФ, в том числе при назначении судебно-медицинских экспертиз.

**Ключевые слова:** Умышленное причинение тяжкого вреда здоровью, нарушения уголовно-процессуального закона, судебно-медицинская экспертиза, дефекты оказания медицинской помощи.

Умышленное причинение тяжкого вреда здоровью (ст. 111 УК РФ)<sup>2</sup> является одним из наиболее тяжких преступлений, лишаящих человека (потерпевшего) ценностного блага – здоровья и ставящих в опасность его жизнь. Установление лиц, совершивших такое опасное посягательство, привлечение их к предусмотренной законом ответственности в целях реализации социальной справедливости и принципа неотвратимости наказания - главная задача правоохранительных органов.

Расследование умышленного причинения вреда здоровью имеет свою специфику, особенности и неразрывно связано с взаимодействием следователя с медицинскими работниками, в частности с судебно-медицинским экспертом (ами). Без заключения соответствующей судебно-медицинской экспертизы (далее - СМЭ) о тяжести причиненного вреда здоровью потерпевшего невозможно предъявить обвинение в окончательной редакции лицу, его совершившему и направить уголовное дело с обвинительным заключением прокурору для утверждения.

Медицинские критерии определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека», утвержденные Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 24 апреля 2008 года № 194н<sup>3</sup> являются тем «ориентиром» при определении тяжкого вреда здоровью, которые должны знать и следователи, и судебные медики.

Изучение истории данного вопроса свидетельствует, что практика взаимодействия медиков и сотрудников правоохранительных органов имеет место длительный период времени. Так, после принятия в 1922 г. первого Уголовного кодекса РСФСР и закрепления в нем ответственности за преступления против здоровья человека, в том же году на уровне Минздрава были изданы «Правила для составления заключений о тяжести повреждения»<sup>4</sup>.

Положениями ст. 151 УПК РФ<sup>5</sup> разграничена подследственность преступления, предусмотренного ст. 111 УК РФ; часть 4, предусматривающая ответственность за

<sup>1</sup> Определение Верховного Суда РФ от 17.09.2015 № 18-УД15-50. Обзор судебной практики Верховного Суда РФ № 1 (утв. Президиумом Верховного Суда РФ 13 апреля 2016 г.) // ИПО «Гарант».

<sup>2</sup> Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 N 63-ФЗ (ред. от 31.12.2017) // Собрание законодательства РФ. 17.06.1996. № 25. Ст. 2954.

<sup>3</sup> Приказ Минздравсоцразвития РФ от 24.04.2008 N 194н (ред. от 18.01.2012) «Об утверждении Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека» // Российская газета. № 188. 05.09.2008.

<sup>4</sup> *Расторгов С.В.* Уголовно-правовая охрана здоровья человека от преступных посягательств: Монография. СПб., 2006. С. 134.

<sup>5</sup> Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации от 18.12.2001 № 174-ФЗ (ред. от 31.12.2017) // Собрание законодательства РФ. 24.12.2001. № 52 (ч. 1). Ст. 4921.

умышленное причинение тяжкого вреда здоровью человека (деяния, предусмотренные частями первой, второй или третьей), повлекшие по неосторожности смерть потерпевшего относятся к исключительной компетенции следователей Следственного Комитета РФ.

Рассмотрим на примере конкретного уголовного дела, как симбиоз дефектов оказания медицинской помощи и процессуальных нарушений в ходе предварительного расследования, связанных с назначением СМЭ по факту умышленного причинения тяжкого вреда здоровью отразился на судьбе обвиняемого (осужденного).

12 октября 2017 года Крымским районным судом Краснодарского края Г. вынесен обвинительный приговор<sup>1</sup> по ч.1 ст. 111 УК РФ. Обстоятельства дела: 24 февраля 2016 года, примерно в 11 часов, Г., по адресу: г. Крымск ул. Коммунистическая д. 172 «б», имея умысел на причинение тяжкого вреда здоровью Д., опасного для жизни последнего и реализуя свой противоправный умысел, понимая, что удары кулаками в жизненно важный орган человека - голову, могут повлечь тяжкий вред здоровью, и, желая этого, умышленно, осознавая общественную опасность своих действий, нанес не менее 7 ударов кулаками рук в область головы Д., после чего с места происшествия скрылся.

Д. причинены повреждения в виде: множественных фрагментарных переломов костей носа, решетчатой кости, двухстороннего перелома верхнечелюстной кости, кровоизлияния и ушибленной раны в области ската спинки носа слева, сопровождающегося носовым кровотечением с затеканием крови в носоглотку, что привело к развитию массивной кровопотери и геморрагического шока тяжелой степени, которые квалифицируются как тяжкий, опасный для жизни вред здоровью, вызвавшие угрожающее жизни состояние, согласно п. 6.2.1 и п. 6.2.3 Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека.

После конфликта с Г., Д. вернулся домой, у него не останавливалось носовое кровотечение и около 17 часов, он обратился в МБУЗ «Крымская центральная больница», его госпитализировали. Вследствие ухудшения состояния здоровья 25 февраля 2016 года Д. перевели в реанимационное отделение, где в 16 часов он скончался. Органами предварительного следствия в связи с этим Г. предъявлено обвинение по ч. 4 ст.111 УК РФ.

По делу назначалось несколько СМЭ, в том числе и после эксгумации трупа Д. Судом установлено, что смерть Д. наступила в результате массивной кровопотери с развитием геморрагического шока тяжелой степени и является осложнением травмы, полученной последним. Вместе с тем, по мнению экспертной комиссии, при своевременном оказании медицинской помощи имелась возможность избежать наступления смерти Д. Кроме того, экспертами также установлено, что в период нахождения Д. в МБУЗ «Крымская ЦРБ», медицинскими работниками ему некачественно оказана медицинская помощь. Экспертной комиссией выявлены следующие дефекты ее оказания: не остановлено кровотечение, не восполнена кровопотеря; при своевременном осмотре ЛОР-врачом и правильно произведенной тампонаде, а в случае ее неэффективности - эмболизации кровоточащих сосудов в условиях краевой больницы или перевязки на протяжении наружной сонной артерии, а также при достаточном и своевременном восполнении кровопотери имелась возможность предотвращения неблагоприятных последствий в виде смерти Д.

Экспертная комиссия пришла к выводу, что между дефектами оказания медицинской помощи в МБУЗ «Крымская центральная районная больница» и смертью Д. имеется прямая причинно-следственная связь.

В период предварительного расследования защитником А.В. Сахаровым неоднократно заявлялись ходатайства, в том числе с просьбой дать оценку своевременности и правильности оказания врачебной медицинской помощи Д. Кроме того, обращалось особое внимание следователя на несоответствие описаний проводимого лечения Д. в двух разных заключениях СМЭ. В первоначальном заключении эксперт Я. ссылался на текст, содержащийся в истории

<sup>1</sup> Уголовное дело № 1-29/17 [Электронный ресурс]. - Режим доступа: [https://krimsk-krd.sudrf.ru/modules.php?name=sud\\_delo&name\\_op=case&uid=B37B0DA0-956A-4BA4-9DC0-6D798703D6B8&deloid=1540006&\\_caseType=0&\\_new=0&\\_doc=1&srsv\\_num=1](https://krimsk-krd.sudrf.ru/modules.php?name=sud_delo&name_op=case&uid=B37B0DA0-956A-4BA4-9DC0-6D798703D6B8&deloid=1540006&_caseType=0&_new=0&_doc=1&srsv_num=1). Дата обращения 10.02.2018 г.



болезни стационарного больного Д., который не соответствует тексту истории болезни Д., представленной для проведения повторной комиссионной экспертизы и отраженной в заключении.

Таким образом, в уголовном деле имелись два противоречивых варианта одной истории болезни. Очевидно, что спустя время медицинскими работниками «подчищались» факты оказания неквалифицированной медицинской помощи, послужившие причиной смерти Д.

На ходатайства защитника поступили отказы в удовлетворении, материалы в отношении медицинских работников в отдельное производство не выделялись, правовая оценка их действиям не давалась.

Хотелось бы акцентировать внимание и на других нарушениях уголовно-процессуального законодательства. Так, 05 августа 2016 года обвиняемый Г. совместно с защитником ознакомились с постановлением о назначении повторной СМЭ по факту причинения телесных повреждений Д., которую следователь назначил в марте 2016 года. В этот же день, при обстоятельствах невозможности поставить дополнительные вопросы и заявить ходатайства Г. и его защитник были ознакомлены с заключением комиссии экспертов № 190/2016 от 20.07.2016 г.

Постановление Пленума Верховного Суда Российской Федерации четко определяет, что подозреваемый, обвиняемый и их защитники, должны быть ознакомлены с постановлением о назначении экспертизы до ее производства<sup>1</sup>, что было проигнорировано в полном объеме, так же как и принцип уголовного судопроизводства, закрепленный в п. 2 ч. 1 ст. 6 УПК РФ о защите личности от незаконного и необоснованного обвинения, ограничения ее прав и свобод.

Таким образом, защитник и обвиняемый по вине следователя были лишены возможности осуществлять свою защиту в соответствии с уголовно-процессуальным законом.

Более того, в таком сложном в доказывании уголовном деле следователем при назначении повторной комиссионной СМЭ не были заданы иные дополнительные вопросы, неизбежно возникшие в результате получения первого заключения, кроме тех, которые были заданы им при назначении первой экспертизы.

В результате такого следственного «брака» комплексные СМЭ пришлось назначать и проводить на стадии судебного разбирательства. Дело рассматривалось в суде год.

Более того, допущенные следователем нарушения не дали возможности своевременно переквалифицировать действия Г. с ч. 4 на ч. 1 ст. 111 УК РФ и лишили обвиняемого права заявить ходатайство на применение особого порядка судебного разбирательства, что повлекло бы смягчение наказания на 1/3 от максимально возможного.

### *Литература*

1. Постановление Пленума Верховного Суда Российской Федерации от 21.12.2010 № 28 «О судебной экспертизе по уголовным делам» //Российская газета. № 296. 30.12.2010.
2. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 24.04.2008 N 194н (ред. от 18.01.2012) «Об утверждении Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека» // Российская газета. № 188. 05.09.2008.
3. Расторопов С. В. Уголовно-правовая охрана здоровья человека от преступных посягательств: Монография. СПб., 2006. - 462 с.
4. Уголовное дело № 1-29/17 // [Электронный ресурс] Режим доступа: // [https://krimsk--krd.sudrf.ru/modules.php?name=sud\\_delo&name\\_op=case&uid=B\\_3\\_7B\\_0DA\\_0-956A-4BA4-9DC0-6D798703D6B8&\\_deloId=1540006&\\_caseType=0&\\_new=0&\\_doc=1&srv\\_num=1](https://krimsk--krd.sudrf.ru/modules.php?name=sud_delo&name_op=case&uid=B_3_7B_0DA_0-956A-4BA4-9DC0-6D798703D6B8&_deloId=1540006&_caseType=0&_new=0&_doc=1&srv_num=1). Дата обращения 10.02.2018 г.
5. Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации от 18.12.2001 № 174-ФЗ (ред. от 31.12.2017) //Собрание законодательства РФ. 24.12.2001. № 52 (ч. I). Ст. 4921.

---

<sup>1</sup> Постановление Пленума Верховного Суда Российской Федерации от 21.12.2010 № 28 «О судебной экспертизе по уголовным делам» //Российская газета. № 296. 30.12.2010.

6. Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 N 63-ФЗ (ред. от 31.12.2017) // Собрание законодательства РФ. 17.06.1996. № 25. Ст. 2954.

И.А. Сидакова

### **К вопросу о дефиниции понятий врачебная ошибка, дефект оказания медицинской помощи, ятрогенное преступление**

**Аннотация.** В статье анализируется содержание терминов врачебная ошибка, дефект оказания медицинской помощи, ятрогенное преступление, проводится их разграничение. Указанные термины не нашли своего законодательного закрепления, не имеют единого общепринятого ненормативного определения, но даже единого подхода к их пониманию, вместе с тем широко используются теоретиками и правоприменителями в медицине, юриспруденции, судебной экспертизе.

**Ключевые слова:** медицинский работник, медицинская помощь, ятрогенные преступления, врачебная ошибка, дефект оказания медицинской помощи.

Оказание медицинской помощи – это сложный и многоаспектный процесс, сопряженный изначально с высокими рисками неблагоприятных исходов вплоть до наступления смерти. Сложность такой профессиональной деятельности и непредсказуемость исхода обусловлены, главным образом, объектом, с которым приходится иметь дело медикам – человеческим организмом, что принято называть спецификой деятельности. Специфика медицинской деятельности такова, что медицина невозможна без осложнений, рисков во имя спасения жизни и неблагоприятных исходов, в том числе летальных. Именно поэтому профессиональная медицинская деятельность требует повышенного внимания того, кто избрал ее своей профессией, одновременно предполагая и повышенный уровень ответственности за ненадлежащее оказание медицинской помощи.

Проблема ненадлежащего оказания медицинской помощи – проблема давно вышедшая за пределы теоретических дискуссий. В настоящее время ненадлежащее врачевание может повлечь привлечение медицинского работника к юридической ответственности. Уголовная ответственность, как самый суровый вид юридической ответственности, возможна в отношении медицинских работников, совершивших преступления в своей профессиональной деятельности или так называемые ятрогенные преступления.

Человек имеет право получить доступную и качественную медицинскую помощь (в соответствии со ст. 10 Конституции Российской Федерации), которая характеризуется своевременностью ее оказания, правильностью выбора метода профилактики, диагностики лечения и реабилитации, степенью достижения запланированного результата (п. 21, ст. 2 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»). Однако, по разным причинам, как объективным, так и субъективным врачами допускается немало недостатков, следствием которых становится причинение вреда жизни и здоровью человека. Безусловно, медицина невозможна без осложнений, которые могут быть как прогнозируемыми, так и непредвиденными, как невозможна она и без профессионального риска. Никто не представляет сколь часто врачам приходится действовать в условиях крайней необходимости, когда речь идет о спасении жизни человека. Но как определить, где врач добросовестно выполняет свою работу, но ошибается (в силу того, что врач такой же человек, как и мы все, а человеку свойственно ошибаться), где допускает профессиональный дефект и когда он становится ятрогенным преступлением?

Проблема ненадлежащего оказания медицинской помощи порождает множество вопросов, в том числе понятийного характера, как то: что такое врачебная ошибка, дефект медицинской помощи, ятрогенное преступление? Чем они отличаются одно от другого, как соотносятся и каковы критерии отнесения медицинского происшествия к указанным видам? Стоит отметить, что ни одно из приведенных понятий не имеет нормативного закрепления. Почему так важно

их дифференцировать? Ответ прост: эти понятия по своей сути имеют много общего как в части фактических действий врача, так и в части последствий для пациента (как правило, негативных), однако существенно разнятся по юридическим последствиям к лицам, их допустившим<sup>1</sup>. В современной литературе насчитывается большое количество определений этих терминов. Профессор Ю.Д. Сергеев, основоположник медицинского права в Российской Федерации, доктор юридических и доктор медицинских наук, указывает на существование не менее 65 промежуточных определений, понятий и признаков врачебных ошибок<sup>2</sup>. Ряд авторов относят к врачебной ошибке неправильные действия врача, которые обусловлены его добросовестным заблуждением при надлежащем исполнении своих профессиональных обязанностей. Добросовестное заблуждение объясняется объективными причинами, как то: особенность течения заболевания у данного больного (нетипичная клиническая картина), индивидуальная непредсказуемая реакция организма пациента на медицинские препараты, ошибки в диагностике из-за несовершенства медицинской техники и ее методов обследования и т.п. При этом должны отсутствовать признаки противоправного виновного умышленного или неосторожного действия (бездействия) врача и причинно-следственная связь между такими действиями и причиненным вредом. При таких обстоятельствах уголовная ответственность наступать не может в связи с отсутствием события преступления. Замечена интересная закономерность: чем шире возможности современной медицинской науки и технические возможности оказания медицинской помощи новейшего поколения – тем больше по количеству и многообразней по качеству допускается ошибок. Можно сказать, что качество медицины закономерно повышает «качество» ошибок диагностики и лечения.

В соответствии со вторым подходом врачебная ошибка рассматривается как возникшая по субъективным причинам, т.е. виновно совершенная медицинским работником. Субъективными обстоятельствами признаются, в частности, недостаток знаний врача (профессиональное невежество, подмена знаний и навыков самоуверенностью), непроведение или неполное проведение им необходимых обследований при имеющейся возможности и др. Вина врача в этом случае выражается в форме неосторожности (небрежности или легкомыслия). Если такие виновные действия (бездействие) врача привели к наступлению опасных последствий (смерть или тяжкий вред здоровью пациента), то врач должен быть привлечен к уголовной ответственности. Специалисты, придерживающиеся данного подхода, предлагают в таком случае обозначить виновные действия (бездействие) врача не как медицинскую ошибку, а как медицинский деликт (проступок, влекущий за собой возмещение вреда и ущерба, профессиональное преступление медицинских работников, в основе которых лежит *дефект оказания медицинской помощи*).

Под дефектом медицинской помощи понимается неокказание или некачественное оказание медицинской помощи: нарушения процесса диагностики, лечения или организации медицинской помощи, которые привели или могут привести к ухудшению здоровья пациента или наступлению смерти.

В литературе выделяют такие виды дефектов оказания медицинской помощи, как:

- дефекты медицинской тактики (преждевременная выписка больного; несвоевременное направление больного на стационарное лечение; неправильно выбранный метод диагностики, лечения, родоразрешения и т.д.);
- дефекты транспортировки больного (транспортабельность; нетранспортабельность; нецелесообразность транспортировки; неправильная транспортировка);
- дефекты диагностики (непроведение показанных в конкретном случае диагностических исследований; неправильное толкование результатов диагностики; непроведение необходимых дополнительных исследований и другое);
- дефекты лечения (несвоевременное лечение; лечение не в полном объеме; неправильная методика лечения; необоснованность хирургического вмешательства и другое).

<sup>1</sup> Петрова Т.Н. Врачебные ошибки и дефекты оказания медицинской помощи: в поисках различий // Вестник Академии Следственного комитета Российской Федерации. 2017. № 1. С. 38–42.

<sup>2</sup> Сергеев Ю.Д., Ерофеев С.В. Неблагоприятный исход оказания медицинской помощи. М. 2001. 285 с.

Еще одно расхожее определение дефекта оказания медицинской помощи выглядит следующим образом «ошибочное действие (бездействие) медицинского персонала, выражающееся в нарушении обычаев оказания медицинской помощи и действующих нормативно-правовых документов, которое привело к тому, что был нарушен один из критериев качества оказания медицинской помощи (правильность, полнота, своевременность, в некоторых случаях – степень запланированного результата)»<sup>1</sup>. Тем не менее, допущение медицинским работником дефекта в своей профессиональной деятельности само по себе не является безусловным основанием для привлечения медика к уголовной ответственности за совершение ятрогенного преступления. С учетом формулировки законодателем наиболее типичных для профессиональной медицинской деятельности составов по типу материальных (ч. 2 ст. 109, ч. 2 ст. 118, ст. 124 УК РФ) важна оценка наступивших общественно-опасных последствий и причинной связи между допущенным дефектом (дефектами) медицинской помощи и фактически наступившими последствиями. Только при установлении такой связи, мало того, отражающей прямую зависимость последствий от дефекта, медицинское происшествие может быть признано ятрогенным преступлением, влекущем обязательность привлечения виновного медицинского работника к уголовной ответственности.

В приведенном исследовании определено содержание терминов «врачебная ошибка», «дефект медицинской помощи», «ятрогенное преступление» и установлены «границы» их применимости по отношению к медицинским происшествиям. Термин «врачебная ошибка», по сути, указывает на «безвиновный» характер действий, хотя сами медики вкладывают в него противоположный смысл. Врачебная ошибка «превращается» в дефект оказания медицинской помощи, когда возникает по субъективным причинам, т.е. совершена виновно. В свою очередь термин «дефект медицинской помощи» уже изначально содержит в себе элемент противоправности, как то ненадлежащее, попустительское, некачественное выполнение каких-либо действий или же их полное либо частичное невыполнение<sup>2</sup>. Термин «ятрогенное преступление» определяет виновно совершенное медицинским работником общественно опасное деяние, результатом которого стало допущение дефекта медицинской помощи, прямо причинно связанного с наступлением тяжких последствий для пациента, которое имеет признаки профессионального преступления.

Ю.В. Сидорович,  
О.В. Веселкина

#### **Оценка результатов рассмотрения гражданских дел в отношении медицинских организаций судом с позиции возможного досудебного урегулирования**

**Аннотация.** Был проведен анализ судебно-медицинских экспертиз дефектов оказания медицинской помощи, проведенных в рамках гражданских дел, а также анализ решений по гражданским делам судов первой и второй инстанции. Были сопоставлены выявленные дефекты оказания медицинской помощи с суммами компенсаций, взыскиваемыми с медицинских организаций судами первой и второй инстанции.

**Ключевые слова:** решение суда, дефекты оказания медицинской помощи, апелляция, гражданское дело в отношении медицинской организации, судебно-медицинская экспертиза дефектов оказания медицинской помощи.

**Введение.** Тема дефектов оказания медицинской помощи и их квалификации в уголовном и гражданском в настоящее время является одной из самых обсуждаемых в медицинском сообществе.

<sup>1</sup> Клевено А.В., Веселкина О.В., Сидорович Ю.В., Зазулин В.А. Мониторинг дефектов оказания медицинской помощи по материалам бюро судебно-медицинской экспертизы Московской области в 2015 году: ежегодный доклад. М. 2016. С. 5.

<sup>2</sup> Петрова Т.Н. Указ. соч.

шестве. Возросший интерес к ней обусловлен не только широким освещением неблагоприятных исходов лечения больных в средствах массовой информации, но и подробным освещением хода судебных разбирательств конкретных врачей на профильных сайтах. В рамках ежегодно производимого анализа дефектов медицинской помощи с изданием «Мониторинга дефектов оказания медицинской помощи по материалам Бюро судебно-медицинской экспертизы Московской области: ежегодный доклад» [1,2] мы отметили рост экспертиз по гражданским делам 2,7 раза за последние 10 лет. В настоящее время все большую популярность получает досудебное урегулирование конфликтных ситуаций, в том числе, и при недовольстве пациентов или их родственников качеством оказания медицинской помощи в медицинских организациях.

Цель, материалы и методы исследования. Для того, чтобы оценить возможные последствия для медицинских организаций различного профиля в случае подачи искового заявления пациентом или его родственником, нами был проведен анализ судебно-медицинских экспертиз дефектов оказания медицинской помощи (так называемых «врачебных» экспертиз), произведенных в рамках гражданских дел в 2015-2017 гг. в отделе сложных экспертиз ГБУЗ МО «Бюро СМЭ»

На втором этапе исследования нами были запрошены судебные решения, вынесенные на основании проведенных нами экспертиз. На третьем этапе нами были проанализированы апелляционные жалобы, поданные в суд второй инстанции и результаты их рассмотрения. В заключение было произведено сопоставление серьезности допущенных дефектов оказания медицинской помощи с суммами компенсаций, взыскиваемыми с медицинских организаций судами первой и второй инстанции.

Обсуждение результатов. При анализе экспертиз о дефектах оказания медицинской помощи были выделены следующие профили:

- терапия;
- хирургия;
- акушерство;
- педиатрия;
- стоматология.

Профиль хирургия общий, включал в себя также частные профили:

- собственно хирургия;
- травматология;
- отоларингология;
- онкология;
- сердечно-сосудистая хирургия;
- нейрохирургия;
- пластическая хирургия.

По уровню сложности медицинская помощь была условно разделена нами на три группы:

1. амбулаторное лечение, скорая медицинская помощь;
2. плановая операция/ срочная операция при отсутствии непосредственной угрозы для жизни пациента;
3. ургентная операция/многоэтапная операция

Дефекты оказания медицинской помощи также были нами ранжированы:

- находящиеся в прямой причинно-следственной связи с наступившими последствиями для пациента;
- приведшие к ухудшению состояния пациента, удлинению лечения, но не находящиеся в прямой причинно-следственной связи с наступившими последствиями;
- не повлиявшие на состояние пациента/ не повлиявшие на объем последующего лечения;
- дефекты оформления медицинской документации, не позволяющие высказаться о наличии дефектов оказания медицинской помощи и причинно-следственной связи с наступившими последствиями для потерпевшего.

При анализе экспертиз с отказным решением суда в 26 случаях каких-либо дефектов оказания медицинской помощи выявлено не было. При этом в 14 случаях из 26 была подана апелляционная жалоба в суд второй инстанции. Судом второй инстанции в 10 случаях решение было оставлено без изменения, 2 случая в настоящий момент еще на рассмотрении, в 1 случае решение было изменено: истица обратилась в онкологический стационар для прохождения 6 курсов химиотерапии в связи с наличием у нее злокачественного образования молочной железы, после 3-х курсов выявлялся положительный клинический эффект, но у истицы были выявлены психические нарушения. В связи с этим лечение было приостановлено. Как было указано ранее, суд первой инстанции, учитывая данное нами заключение об отсутствии дефектов оказания медицинской помощи, в удовлетворении исковых требований отказал, однако судом второй инстанции было расценено, что риск развития неблагоприятных последствий для здоровья истицы от приостановки химиотерапии гораздо выше, чем от развившихся психических отклонений. Соответственно первое решение было отменено и было вынесено определение о предоставлении истице оставшихся 3-х курсов химиотерапии.

Из 116 проанализированных экспертиз 65 были по профилю хирургия. Большинство экспертиз хирургического профиля назначались судами первой инстанции (61), 4 второй (Московский областной суд). Из 65 в 5-ти случаях на настоящий момент решение не вынесено, в 1 случае было достигнуто мировое соглашение (сумма неизвестна). Из оставшихся 59 в 25 случаях в удовлетворении иска было отказано, в 34 – иск был удовлетворен, в 1 случае, когда было выявлено ятрогенное повреждение возвратно-гортанного нерва, приведшее к нарушении функции речи у истца и соответственно ее инвалидизации, иск был удовлетворен полностью, в остальных случаях (33) частично. В 7 случаях сумма компенсации нам неизвестна, в 26 известна.

В 1 случае с удовлетворением исковых требований никаких дефектов оказания медицинской помощи установлено не было, но судом первой инстанции иск был удовлетворен (141139), т.к. исключить возможность госпитальной инфекции экспертная комиссия не смогла, хоть и данных за ее развитие не имелось. В остальных 25 случаях дефекты оказания медицинской помощи имелись.

По объему оказания медицинской помощи больным хирургического профиля была выявлена следующая закономерность: при оказании амбулаторной помощи (7 случаев) средняя сумма компенсации составила 70 942,12 руб., при оказании стационарной помощи (14) 245 138 руб., при проведении urgentных операций, многоэтапных операций сумма составила 306 773,51 руб.

Какой-либо корреляции между серьезностью дефектов и суммами компенсаций в профиле терапия и стоматология не выявлено. В педиатрическом профиле закономерность соответствует хирургическому профилю, средние суммы компенсаций составили: при грубых дефектах 60 235,67 руб., при незначительных 37 200 руб.

Что касается профиля акушерство (11), отказное решение было вынесено в 7 случаях, при этом не было дефектов в 2-х, незначительные дефекты наблюдались в 5 – одно решение было изменено судом второй инстанции. Удовлетворено частично было 4 иска, из них точные суммы известны в 3-х случаях, во всех – грубые дефекты, средняя сумма компенсации составила 402 391 руб.

При наличии дефектов медицинской документации, не позволивших сделать вывод о правильности оказания помощи в ряде случаев истцу отказывали, в других удовлетворяли частично.

Выводы. Таким образом, проведенный анализ показал, что среди экспертиз о дефектах оказания медицинской помощи лидирующие позиции занимает хирургический профиль. Серьезность дефектов увеличивает сумму компенсации. Компенсация за амбулаторную помощь меньше компенсаций за стационарную. Тренд увеличения суммы компенсации в зависимости от объема дефектов прослеживается также в педиатрическом профиле. Суммы компенсаций по профилю терапии не коррелируют с серьезностью дефектов оказания медицинской по-

мощи, при незначительных дефектах, но при наступлении инвалидизации или смерти больного, судами исковые требования удовлетворялись частично. Незначительные дефекты, а также дефекты оформления медицинской документации, даже не влияющие на оценку случая, также могут расцениваться судом как обоснование для компенсации морального вреда. При этом, зачастую суммы судами второй инстанции увеличиваются.

### *Литература*

1. Мониторинг дефектов оказания медицинской помощи по материалам Бюро судебно-медицинской экспертизы Московской области в 2016 году: ежегодный доклад / *Клевно В.А., Веселкина О.В., Сидорович Ю.В.*; под ред. проф. *В.А. Клевно*. М.: Ассоциация СМЭ, 2017, 140 с.
2. Мониторинг дефектов оказания медицинской помощи по материалам Бюро судебно-медицинской экспертизы Московской области в 2015 году: ежегодный доклад / *Клевно В.А., Веселкина О.В., Сидорович Ю.В.*; под ред. проф. *В.А. Клевно*. М.: Ассоциация СМЭ, 2016, 124 с.

**Б.А. Спасенников**

### **К вопросу о разграничении врачебной ошибки и преступления**

**Аннотация.** В статье проведен сравнительный анализ различных определений врачебной ошибки. Показано, что единообразного подхода к этому определению нет, что затрудняет в уголовном процессе разграничение виновных и невиновных действий в медицинской практике. Дополнительную сложность составляет определенная незавершенность современных представлений о физиологии и патологии человека.

**Ключевые слова:** врачебная ошибка, преступление, уголовная ответственность, наказание.

Вопрос о понятии врачебной ошибки весьма сложен в силу комплекса объективных причин, в числе которых незавершенность современных представлений о физиологии и патологии человека.

Общепринятым можно считать, что ошибка – родовое понятие, включающее отклонение от обычного хода дела, от существующего плана, обусловленное, нарушением восприятия, мышления и памяти; одновременно ошибка включает и сам результат деяния лица, который отличается от ожидаемого.

В содержание «врачебной ошибки» включается весьма противоречивое содержание. Либман К. и Хаймэн К. к врачебным ошибкам относят предотвращаемые системные проблемы, а также ненадлежащее выполнение деятельности в медицинской сфере. Бывший вице-президент Американской ассоциации домашних врачей Б. Бэгли определил: «Медицинская ошибка – это всё то, что происходило в моем офисе, что не должно было случиться и что я совершенно не хочу, чтобы повторилось». Кон Л.Т., Корригэн Дж.М. и Дональдсон М.С. полагают, что врачебная ошибка – это когда «не удалось выполнить запланированные действия, направленные на достижение поставленной цели лечения, либо выбран ошибочный план лечения»<sup>1</sup>.

По мнению И.В. Давыдовского «врачебная ошибка – добросовестное заблуждение врача, связанное с несовершенством современного состояния медицинской науки и методов исследования, а также особого течения болезни у определенного больного; недостатка знаний и опыта врача, но без элементов небрежности, халатности и профессионального невежества»<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Цит. по: *Мохов А.А., Мохова И.Н.* «Врачебная ошибка» как актуальная проблема судебной практики // *Медицинское право*. 2004. № 2. С. 21–24.

<sup>2</sup> *Давыдовский И.В.* Врачебные ошибки // *Советская медицина*. 1941. № 3. С. 3–5.

Большая медицинская энциклопедия определяет понятие врачебной ошибки как «ошибки врача при выполнении своих профессиональных обязанностей, являющейся следствием добросовестного заблуждения и не содержащей состава преступления или признаков проступков»<sup>1</sup>.

В справочнике по судебно-медицинской экспертизе сказано, что врачебная ошибка – вытекающее из определенных объективных условий добросовестное заблуждение врача при отсутствии умысла, небрежности, халатности и профессионального невежества. Врачебные ошибки могут быть диагностическими (нераспознавание симптомов заболевания или ошибочная их оценка и др.), тактическими (ошибочное определение показаний к операции, ошибочный объем операции и др.); техническими (ошибочное использование медицинской техники и медикаментов).

По мнению С.Г. Стеценко, врачебная ошибка – дефект оказания медицинской помощи, что связано с неправильными действиями врача, которые характеризуются добросовестным заблуждением при отсутствии умысла или неосторожности<sup>2</sup>.

Аналогичную дефиницию предлагает А.В. Саверский: «Врачебная ошибка – неправильное деяние при оказании медицинской помощи (дефект медицинской помощи), совершенное 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»<sup>3</sup>.

Хохлова Е. указывает, что врачебная ошибка – вид дефекта оказания медицинской помощи, связанный с добросовестным заблуждением врача, основанным на несовершенстве медицинского знания, атипичном течении патологического процесса<sup>4</sup>.

Иной подход прослеживается в определениях ошибки, которые игнорируют добросовестное заблуждение. Тихомиров А.В. приводит следующую интерпретацию врачебной ошибки: «не распознавание или несоразмерность действий характеру и тяжести патологического процесса, естественное прогрессирование которого приводит к неизбежной угрозе (реализации этой угрозы) жизни или здоровью пациента. И неважно также, вследствие ли недобросовестного заблуждения медицинского работника наступили последствия его действий в виде физического вреда для пациента, или из-за профессионального невежества. И в связи с фактической выраженностью этих последствий наступает правовая ответственность такого лица, а не в связи с тем, насколько полно соблюдены положения соответствующей инструкции. Такое понимание ошибки включает не только действия, совершенные в добросовестном заблуждении, но и совершенные вследствие профессиональной неграмотности, халатности и небрежности»<sup>5</sup>.

По мнению А.В. Кудакова, «врачебная ошибка – это избрание опасных для жизни или здоровья больного методов и средств диагностики и лечения, вызванное незнанием либо самонадеянным игнорированием специальных юридически значимых требований, предъявляемых к профессиональному поведению в сложившейся ситуации»<sup>6</sup>. Из этого определения остается неясным, каким образом медицинский работник, имеющий обыденное правосознание, что является «специальным юридическим значимым требованием».

Лейбович Я. считает ошибкой «неверные, недобросовестные, невежественные действия медицинских работников при оказании медицинской помощи пациенту»<sup>7</sup>.

Ригельман Р.К. понимает под врачебной ошибкой нежелательный результат, которого можно было бы избежать<sup>8</sup>.

<sup>1</sup> Большая медицинская энциклопедия. М., 1976. Т. 4. С. 442.

<sup>2</sup> Стеценко С.Г. Медицинское право: учебник. СПб, 2004. С. 534.

<sup>3</sup> Тихомиров А.В. Медицинское право. М., 1997. С. 245.

<sup>4</sup> Хохлова Е. Ятрогенция – это не врачебная ошибка // Медицинская газета. 01.07.2011. № 49. С. 10.

<sup>5</sup> Тихомиров А.В. Указ. соч.

<sup>6</sup> Кудakov А.В. Врачебная ошибка и ее уголовно-правовая оценка: Дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.08. Саратов, 2011.

<sup>7</sup> Лейбович Я. Врачебные ошибки и незаконное врачевание (судебная ответственность врачей). Л.-М., 1926. С. 84.

<sup>8</sup> Ригельман Р.К. Как избежать врачебных ошибок: Книга практикующего врача: Пер. с англ. М., 1994. С. 12.



Под несчастным случаем в медицинской практике понимается неблагоприятный исход оперативного или терапевтического лечения, когда доктор был не в состоянии его предвидеть, несмотря на добросовестное отношение к своим служебным обязанностям (например, внезапная смерть при приёме лекарства, когда наступление смерти обусловлено повышенной чувствительностью к нему). Поэтому несчастный случай уголовно не наказуем.

Итак, отсутствие единообразного, общепризнанного подхода к пониманию и толкованию врачебной ошибки, наличие различных, оппонирующих друг другу, подходов к ее определению, определяет актуальность проводимой конференции в Академии Следственного комитета России.

**В.Г. Стаценко**

### **О необходимости правовой регламентации изъятия медицинской документации при проверке сообщений о профессиональных преступлениях, совершенных медицинскими работниками**

**Аннотация.** В статье рассматриваются проблемные вопросы правового регулирования изъятия медицинской документации при проверке сообщений о преступлениях, совершенных медицинскими работниками. Автор приходит к выводу о необходимости внесения соответствующих изменений в действующее законодательство.

**Ключевые слова:** медицинские работники, проверка сообщений о преступлениях, медицинская документация, изъятие.

Повышенное внимание к вопросу расследования ятрогенных преступлений связано с тем, что число преступлений, обусловленных небрежным исполнением медицинскими работниками своих профессиональных обязанностей, в ряде регионов продолжает расти. Следственные органы обязаны немедленно реагировать на сигналы о врачебной халатности, качественно и в короткие сроки расследовать такие уголовные дела, а также в полном объеме информировать органы здравоохранения и общественность о причинах и условиях совершения ятрогенных преступлений в целях их исключения в медицинской практике<sup>1</sup>.

Проверка сообщения о любом совершенном или готовящемся преступлении по смыслу законодателя имеет целью разрешение вопроса о наличии или отсутствии оснований для возбуждения уголовного дела.

Последовательность предусмотренных ст.144 УПК РФ проверочных действий обуславливается конкретной ситуацией, складывающейся при доследственной проверке сообщения о преступлении, совершенном медицинским работником, характером и объемом информации о совершенном деянии, особенностями источника сведений о проверяемом событии.

Проведение проверки сообщения о преступлении в отношении медицинского работника отличается своей спецификой и связано со многими сложностями, которые возникают в связи с установлением факта ненадлежащего оказания медицинской помощи, а также причинно-следственной связи между ненадлежащим исполнением медицинским работником своих профессиональных обязанностей и наступившими последствиями.

Для объективной оценки правомерности деятельности медицинского работника на первоначальном этапе доследственной проверки возникает необходимость оперативного изъятия медицинской документации, с помощью которой в дальнейшем специалистами в ходе судебной экспертизы или исследований могут быть оценены действия участников врачебного процесса и качество оказанной ими медицинской помощи, сделаны выводы о взаимосвязи дей-

---

<sup>1</sup> Бастрыкин А.И. Выступление на совещании 4 октября 2017 года в Следственном комитете Российской Федерации по вопросам расследования ятрогенных преступлений // URL: <http://sledcom.ru/press/events/item/1170974/> (дата обращения 08.02.2018).

ствий по оказанию медицинской помощи с их последствиями. Получение медицинской документации должно быть произведено как можно быстрее, так как нельзя исключать возможности фальсификации сведений, содержащихся в них, и их умышленную утрату.<sup>1</sup>

Правовая неурегулированность изъятия медицинской документации при проверке сообщений о преступлениях, в том числе и рассматриваемой категории, порождает проблемы в правоприменительной практике.

Полагаем, не подлежит обсуждению, что изъятие может быть осуществлено только в рамках процессуальных действий. Однако законодатель не определяет, каких именно. Как известно, самостоятельного процессуального действия «изъятие» УПК РФ не предусматривает<sup>2</sup>. «Указанная в ч.1 ст.144 УПК РФ ссылка «в порядке, установленном настоящим Кодексом» не дает правовых оснований для изъятия предметов и документов в рамках следственных действий, производство которых до возбуждения уголовного дела не предусмотрено УПК РФ (в том числе путем производства выемки (ст.183)»<sup>3</sup>.

В соответствии с положениями ч.ч. 2,3 ст.7 Федерального закона "О Следственном комитете Российской Федерации" сотрудник Следственного комитета при осуществлении процессуальных полномочий, возложенных на него уголовно-процессуальным законодательством Российской Федерации, вправе требовать от руководителей и других должностных лиц органов, предприятий, учреждений и организаций предоставления необходимых документов, материалов, статистических и иных сведений, выделения специалистов для выяснения возникших в ходе проверки сообщения о преступлении и проведения предварительного расследования; при этом требования (запросы, поручения) сотрудника Следственного комитета, предъявленные (направленные, данные) при проверке сообщения о преступлении, проведении предварительного расследования или осуществлении других полномочий, обязательны для исполнения всеми вышеуказанными лицами незамедлительно или в указанный в требовании (запросе, поручении) срок<sup>4</sup>.

Сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении, составляют врачебную тайну. Они могут быть предоставлены без согласия гражданина или его законного представителя по запросу органов следствия в связи с проведением расследования<sup>5</sup>. Буквальное толкование п.3 ч.4 ст.13 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" приводит к выводу о том, что следователь не вправе получать сведения, составляющие врачебную тайну, в ходе доследственной проверки сообщения о преступлении.

Между тем, лишь располагая всей необходимой медицинской документацией, включая и ту, которая составляет врачебную тайну, следователь, как правило, имеет возможность использовать весь арсенал предусмотренных законом проверочных мероприятий и принять обоснованное решение о возбуждении уголовного дела или об отказе в возбуждении<sup>6</sup>.

<sup>1</sup> Багмет А.М., Черкасова Л.И. Тактика и методика расследования причинения смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения медицинскими работниками своих профессиональных обязанностей. М.: Институт повышения квалификации Следственного комитета Российской Федерации, 2013. С.16.

<sup>2</sup> Стаценко В.Г. Новые средства проверки сообщения о преступлении: проблемы применения и пути их решения // Расследование преступлений: проблемы и пути их решения: сборник научно-практических трудов. Выпуск 3. М.: Академия Следственного комитета Российской Федерации 2014. С.148–151.

<sup>3</sup> Информационное письмо Заместителя Председателя Следственного комитета Российской Федерации Пискарева В.И. от 30.12.2014 №211-51098-14 // Сборник информационно-методических документов СК России. М. 2015. С. 86.

<sup>4</sup> Федеральный закон от 28 декабря 2010 г. № 403-ФЗ «О Следственном комитете Российской Федерации» (с изм. и доп.) // Российская газета от 30 декабря 2010 г. № 296.

<sup>5</sup> Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (с изм. и доп.) // опубликован на Официальном интернет-портале правовой информации ([www.pravo.gov.ru](http://www.pravo.gov.ru)) 22 ноября 2011 г.

<sup>6</sup> Иванова В.Г. Теория и практика расследования преступлений, совершенных медицинскими работниками в процессе профессиональной деятельности: монография. - М.: Юрлитинформ, 2017. С.81.

Разрешение вопроса о наличии или отсутствии оснований для возбуждения уголовного дела, а значит, о необходимости предварительного расследования, предполагает наделение органа дознания или следователя полномочиями по собиранию и проверке необходимых для решения этой задачи сведений, в том числе составляющих врачебную тайну, в частности, если это требуется для назначения и проведения судебных экспертиз, касающихся состояния здоровья тех или иных участников процесса<sup>1</sup>.

Для того, чтобы устранить нередко возникающие ситуации, связанные с отказом медицинских учреждений представлять сведения, составляющие врачебную тайну, органам расследования по запросам, направляемым ими до возбуждения уголовного дела, видится необходимым внести соответствующие изменения в Федеральный закон "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Таким образом, изъятие медицинской документации при проверке сообщений о профессиональных преступлениях, совершенных медицинскими работниками, требует правовой регламентации, что, безусловно, будет способствовать обеспечению своевременной, законной и обоснованной деятельности органов предварительного расследования.

**Т.А. Терешонок**

**Научный руководитель: А.Ю. Оборский**

### **Взгляд современной студенческой молодёжи на проблему коррупции в российском здравоохранении: проблемы и пути их решения**

**Аннотация.** В статье рассматривается коррупция в сфере здравоохранения как социально-экономическое явление, дается ее интерпретация. Приведены результаты авторского социологического исследования, посвященного отношению современной студенческой молодёжи к коррупции в российском здравоохранении, где выявлены ее ключевые причины, распространенность и проблематичность, с точки зрения студенческой молодёжи. В заключении статьи предложены методы по борьбе с данным явлением.

**Ключевые слова:** коррупция, студенческая молодёжь, борьба с коррупцией, здравоохранение, антикоррупционное законодательство, школа парламентаризма, социология, социологическое исследование.

Свою статью хотелось начать со слов Президента Российской Федерации Владимира Владимировича Путина «Нет такой таблетки и от коррупции – раз проглотил и вы здоровы», отражающих масштабность и распространенность коррупции в Российской Федерации, а также бесконечные сложности в борьбе с ней. Коррупция затрагивает все сферы жизни нашего общества, но особенно хотелось бы обратить внимание на сферу здравоохранения, так как цена коррупции в данной сфере оплачивается человеческим страданием, а порой даже и жизнью человека.

Коррупцию в сфере здравоохранения можно трактовать, как использование должностными лицами своих прав, полномочий, авторитета, связей и имеющихся возможностей в целях личной выгоды. Зачастую личные интересы должностных лиц противоречат моральным установкам и законодательству<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Определение Конституционного Суда РФ от 29 сентября 2015 г. N 2300-О «Об отказе в принятии к рассмотрению жалобы гражданина Копылова Владимира Владимировича на нарушение его конституционных прав положениями статьи 144 Уголовно-процессуального кодекса Российской Федерации», ст. 7 Федерального закона «О Следственном комитете Российской Федерации» и статьи 13 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // сайт Конституционного Суда РФ (<http://www.ksrf.ru>) (дата обращения 08.02.2018).

<sup>2</sup> Российская коррупция: мы видим, платим и молчим. Пресс-релиз Центра антикоррупционных исследований и инициатив «Трансперенси Интернешнл-Р» // [www.transparency.org.ru](http://www.transparency.org.ru) (дата обращения 12.04.2018).

Высокий уровень коррупции оказывает негативное влияние на становление зарождающегося в России гражданского общества, и одной из самых уязвимых социально-демографических групп является студенческая молодёжь, которая становится свидетелем коррупционных преступлений, большинство из которых не получают должных санкций, а некоторые и вовсе остаются безнаказанными, в том числе и самые крупные<sup>1</sup>. Все эти факты приводят к выработке в сознании молодых людей установки, связанной с отношением к коррупции как к нормальному пути решения возникающих проблем и вопросов, и в результате чего происходит деформация правового сознания и правовой культуры подрастающего поколения.

Из всего сказанного можно сделать вывод, что в современном российском обществе необходимо уделять большое внимание проблеме коррупции в сфере здравоохранения, где ключевым аспектом является отношения к ней молодого поколения, ведь как сказал депутат Государственной Думы, заместитель председателя Комитета Государственной Думы по безопасности и противодействию коррупции Анатолий Выборный на своей лекции в рамках проекта «Школа Парламентаризма»: «Очень важно донести до умов молодого поколения идею честности по отношению к себе и своей профессии, уважения к окружающим и их работе. Необходимо делать акцент на молодёжь. Сегодня – студенты, завтра – врачи, губернаторы, министры и президенты».

Все вышеназванные факторы послужили толчком для проведения индивидуального социологического исследования под названием «Взгляд современной студенческой молодёжи на проблему коррупции в сфере российского здравоохранения: проблемы и пути их решения». Исследование состояло из двух этапов. Первый этап – количественный метод в виде опроса, состоящего из 5 вопросов, отражающих отношение к коррупции в целом, социальные установки и ее оценку в сфере здравоохранения с точки зрения студенческой молодёжи. Второй этап – качественный метод в виде фокусированного интервью у выпускников второго сезона федерального образовательного проекта «Школа Парламентаризма», то есть студентов, обладающих неким базисом знаний о текущей политической, экономической и социальной обстановке в нашей стране. Всего в исследовании приняли участие 218 студентов из более чем 16 российских городов (было опрошено 200 студентов и проведено 3 фокус-группы по 6 человек).

Для начала, на наш взгляд, целесообразно было выявить главную проблему в нашей стране, по мнению студенческой молодёжи. Так, 42 % респондентов отметили, что именно коррупция и есть самая насущная проблема в России. Среди причин были названы: состояние общественной морали (38%), низкий уровень заработных плат и несовершенство законодательной базы (по 22%), а также низкая эффективность правоохранительных органов (19%). Затем мы попросили оценить по 5-балльной шкале (0-нет коррупции, 5-полностью коррумпирована) коррумпированность сферы российского здравоохранения. Так, почти треть респондентов поставили оценку «4».

Следующий блок вопросов касался социальных установок и поведения студенческой молодёжи. Согласно результатам исследования, 40% респондентов готовы в случае необходимости дать взятку в сфере здравоохранения (42% готовы только в крайних случаях) и лишь 22% сказали, что никогда не прибегут к взяткам в медицине. 38% студентов сказали о том, что им самим или знакомых их возраста уже приходилось давать взятку в медицине.

На наш взгляд, самым важным аспектом в борьбе с коррупцией является оптимистичный настрой и вера студенческой молодёжи в то, что коррупции в сфере здравоохранения необходимо противостоять, именно поэтому крайний вопрос звучал следующим образом: «Как Вы думаете, можно ли полностью искоренить коррупцию в российском здравоохранении или хотя бы существенно уменьшить ее масштабы – или Вы думаете, что с этим «социальным злом» бесполезно бороться?». Утешительно, что абсолютное большинство студентов считают, что масштабы коррупции можно уменьшить, однако нужны более радикальные меры (52% - можно значительно уменьшить, 18% можно ее искоренить), а 16% сказали о том, что при таких мерах можно ее уменьшить, но незначительно.

---

<sup>1</sup> Терешонок Т.А. Коррупция в сфере здравоохранения // Плехановский Барометр. 2016. С. 21–24.

Таким образом, большинство участников опроса считают проблему коррупции в сфере здравоохранения насущной и актуальной на сегодняшний день, и главная ее причина заключается в общественной морали, то есть в восприятии коррупции как нормального явления среди российского населения. Однако, отрадно, что в сознании молодежи все же берет верх оптимистический настрой по борьбе с коррупцией, молодые люди уверены, что российское антикоррупционное законодательство нуждается во внедрении более радикальных и жестких мер.

Следующий этап исследования – фокус-группа, где мы попросили студентов назвать основные причины коррупции как в российском здравоохранении, так в стране в целом, а также эффективные, на их взгляд, меры по борьбе с ней. Обобщая ответы всех респондентов можно выделить следующие причины коррупции и практические рекомендации:

Внутренние причины коррупции:

1. Неуважение к законодательной системе Российской Федерации, пренебрежение ей;
2. Особенности менталитета, россияне считают коррупцию нормальным явлением;
3. Отсутствие в сознании россиян отрицательного образа коррупционера;
4. Нежелание каждого отдельного человека бороться с коррупцией;
5. Желание и, самое главное, зачастую наличие возможности использовать свои связи и полномочия ради обогащения себя и своих близких.

Внешние причины коррупции:

1. Отсутствие четкой нормативно-правовой базы. Недостаточно строгая и регламентированная система наказаний;
2. Непрозрачность государственного механизма, информационная асимметрия, наличие оффшорных зон, отсутствие честных исследований проблемы коррупции;
3. Наличие большого числа законов непрямого действия, оставляющих простор для чиновного произвола, а значит и для коррупции;
4. Слабость судебной системы. Нищета судов и отсутствие контроля качества судебных решений заменяют формальную независимость судов их реальной зависимостью от почти любого источника финансирования, который может носить, в том числе и преступный характер;
5. Недостаточная эффективность действий правоохранительной системы страны по предупреждению и борьбе с коррупцией;
6. Низкий уровень экономического благополучия (ВВП на душу населения, 8664,06 в России, 72 место в мире);
7. Сложная структура бюрократического аппарата – высокий риск для процветания коррупции. Огромные размеры страны служат причиной трудностей в управлении и контроле над деятельностью чиновников на местах;
8. Расцвет коррупции в России в имеющихся масштабах был бы невозможен без влияния международной и зарубежной коррупции;
9. "Стареющие" верхи, которые не уступают места молодежи, проталкивая своих людей. Эффективные методы борьбы с коррупцией:
1. Ужесточение наказаний за получение взяток, включая конфискацию имущества и лишение различного рода льгот, наличие в трудовой книжке записи о факте взяточничества;
2. Совершенствование законодательства, обеспечивающее открытость правотворческой деятельности, разработка механизмов реализации правовой базы противодействия коррупции, представленной лишь уголовно-правовыми нормами и международными правовыми актами
3. Контроль за деятельностью суда (видеонаблюдение, аудиозапись, возможность трансляции судебных заседаний через интернет);
4. Объявление на высшем уровне курса по борьбе с коррупцией;
5. Увеличение полномочий в деятельности Счётной палаты по контролю бюджета;
6. Налоговый контроль за происхождением богатства всех граждан России, занимающих потенциально коррупционные должности, а не только чиновников и их ближайших родственников;

7. Проведение разъяснительных бесед/встреч с молодежью (необходимо вовлечь будущих молодых специалистов в решение проблемы, чтобы они чувствовали свою причастность и ответственность);

8. Безусловный общественный контроль над деятельностью власти, включающий обязательное проведение общественных слушаний по проектам бюджетов и отчетов об их исполнении;

9. Показательные судебные процессы, доказывающие неотвратимость и неизбежность наказания вне зависимости от рангов и постов;

10. Открытие горячей линии, где можно сообщить о фактах коррупции;

11. Организация открытых конференций с вопросами, подобно прямой линии Владимира Владимировича Путина;

12. Пропаганда в обществе крайне негативного образа «коррупционера»

В конечном итоге, студенты пришли к выводу, что в России по аналогии с Сингапуром необходим автономный тайный отдел по расследованию случаев коррупции, и его основные функции будут следующие:

1. Получение и расследование жалоб, содержащих обвинения в коррупции в общественных и частных сферах;

2. Расследование случаев халатности и небрежности, допущенные государственными служащими;

3. Проверка деятельности и операций, проводимых государственными служащими с целью минимизировать возможность совершения коррумпированных действий.

Таким образом, с проблемой коррупции следует бороться комплексно. Необходимо донести до населения, что коррупция начинается и заканчивается в каждом отдельном человеке, и ответственность за каждую мелкую взятку человек несёт в первую очередь перед собой, перед своей семьёй. Главная причина коррупции, по мнению студенческой молодежи, заключается в недостаточно строгих законах касающихся этого явления, и один из методов решения проблемы, заключается в строгом ужесточении наказаний за коррупционные преступления.

**А.Н. Титов**

### **О нормативном закреплении понятия «врачебная ошибка»**

**Аннотация.** Решение вопроса об ответственности медицинских работников в связи с расследованием врачебных дел невозможно без чёткого понимания и единообразного использования соответствующей терминологии. В статье предпринята попытка исследования понятия «врачебная ошибка». Автором предлагается закрепление дефиниции «врачебная ошибка» на законодательном уровне.

**Ключевые слова:** врачебная ошибка, ятрогенция, медицинская помощь, преступление, юридическая ответственность.

В Донецкой Народной Республике (далее – ДНР) каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь (ч. 1 ст. 34 Конституции ДНР)<sup>1</sup>. В средствах массовой информации все чаще поднимаются вопросы, связанные с правонарушениями, совершенными в ходе профессиональной деятельности медицинских работников. Из-за так называемых «врачебных ошибок» нередко снижается качество жизни пациентов, а порой возникают серьезные последствия в виде смерти или тяжкого вреда здоровью. Уголовно-правовая проблема преступлений в области медицины - одна из самых острых и обсуждаемых.

На протяжении многих лет в отечественной практике ведущим было определение, данное академиком И.В. Давыдовским (1941). Он понимал врачебную ошибку как добросовестное заблуждение врача, основанное на несовершенстве современного состояния медицинской

<sup>1</sup> Конституция Донецкой Народной Республики от 14 мая 2014 года. URL: <http://dnr-online.ru/konstituciya-dnr/>.

науки и ее методов исследования, либо вызванное особенностями течения заболевания, определенного больного, либо объясняемое недостатком знаний и опыта врача<sup>1</sup>.

Законодательно термин «врачебная ошибка» не регламентирован, поэтому юристы его, как правило, не употребляют. Он имеет распространение преимущественно в медицинской литературе, но и здесь не существует общепринятого понятия этого термина. Под врачебной ошибкой различными авторами понимается:

- неумышленное действие или бездействие медицинского работника (лечащего врача), субъективно характеризующееся как преступная самонадеянность или преступная небрежность по отношению к исполнению своих обязанностей в отношении обратившегося за медицинской помощью, причинившее последнему физический, материальный или моральный вред;

- ошибка врача при исполнении своих профессиональных обязанностей, являющаяся следствием добросовестного заблуждения и не содержащая состава преступления или признаков проступков;

- незлоумышленное заблуждение врача (или любого другого медицинского работника) в ходе его профессиональной деятельности, если при этом исключается халатность и недобросовестность.

Как отмечают И.Е. Лобан и В.Д. Исаков, из вышеприведённых определений видно, что понятие врачебной ошибки содержит ряд юридических категорий и не может рассматриваться (оцениваться) при судебно-медицинской экспертизе<sup>2</sup>.

В то же время, использование в современной медицине лечебно-диагностической аппаратуры и средств интенсивной терапии не только привело к невиданным ранее возможностям диагностики и лечения болезней, но и вызвало значительный рост нежелательных и неблагоприятных последствий врачебных действий, именуемых ятрогениями (от греч. *iatros* - врач и *gennoo* - создавать)<sup>3</sup>. О злободневности этой темы академик Е.А. Тареев настаивал еще в 1978 г.<sup>4</sup>

Всемирная организация здравоохранения в 1995 г. возвела ятрогении в ранг основных заболеваний, определив их как любые нежелательные или неблагоприятные последствия профилактических, диагностических и лечебных вмешательств либо процедур, которые приводят к нарушениям функций организма, ограничению привычной деятельности, инвалидизации или смерти; осложнения медицинских мероприятий, развившиеся в результате как ошибочных, так и правильных действий врача. В Международной классификации болезней X пересмотра (МКБ-10) ятрогении представлены как самостоятельные патологические процессы<sup>5</sup>.

Решение вопроса об ответственности медицинских работников в связи с расследованием врачебных дел невозможно без чёткого понимания и единообразного использования соответствующей терминологии. В.Н. Чаплыгина указывает, что понятия «врачебная ошибка» и «ятрогения» порой взаимозаменяют друг друга. Однако «ятрогения» - сугубо медицинский термин, обозначающий следствие медицинского вмешательства. Следователей же при расследовании данной категории дел интересует именно характер действий, приведших к ятрогении, поэтому термин «врачебная ошибка» наиболее применим в их деятельности. Зачастую термин «ятрогения» используется в связи с причинением смерти и вреда здоровью, что при-

<sup>1</sup> Давыдовский И.В. Врачебные ошибки // Советская медицина. 1941. С. 12.

<sup>2</sup> Лобан И.Е., Исаков В.Д. О понятиях: ятрогения и дефект оказания медицинской помощи // Уголовная ответственность медицинских работников : вопросы теории и практики. Сборник статей по материалам Всероссийского научно-практического круглого стола : 3 марта 2017 г. // Северо-Западный филиал ФГБОУ ВО «Российский государственный университет правосудия» / под общ. ред. Е.Н. Рахмановой, доктора юридических наук, доцента. СПб: ИД «Петрополис», 2017. С. 105.

<sup>3</sup> Пристанков В.Д. Особенности расследования ятрогенных преступлений, совершаемых при оказании медицинской помощи : учебное пособие. СПб.: СПб юрид. ин-т Генеральной прокуратуры РФ, 2007. С. 3.

<sup>4</sup> Тареев Е.М. Проблема ятрогенных болезней // Тер. арх. 1978. Вып. 1.

<sup>5</sup> Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем: десятый пересмотр (МКБ-10). М.: Медицина, 2003.

водит к тому, что он расценивается и медиками, и юристами как синоним юридической ответственности<sup>1</sup>. Более того, термин «ятрогенный» иногда используется судебно-медицинскими экспертами в своих заключениях, исключительно на основе которых следователями делаются однозначные выводы о виновности медицинского работника<sup>2</sup>.

В.Н. Сафонов отмечает, что необходимо на законодательном уровне унифицировать определение врачебной ошибки, отразив её медико-правовое содержание. Он считает уместным принятие Медицинского Кодекса РФ, который и предусмотрел бы такое определение, но с учётом подходов, выработанных и зарекомендовавших себя в праве, в частности, в уголовном праве<sup>3</sup>.

Мы полагаем, что в законодательстве ДНР (а именно – в Законе ДНР «О здравоохранении от 24 апреля 2015 г.) было бы целесообразно закрепить понятие «ятрогенный», данное Всемирной организацией здравоохранения, приведенное нами выше, а также предусмотреть понятие «врачебной ошибки», взяв за основу определение, предложенное М.Н. Репиным: «незлоумышленное заблуждение врача (или любого другого медицинского работника) в ходе его профессиональной деятельности, если при этом исключается халатность и недобросовестность»<sup>4</sup>. Кроме того, следует указать, что ответственность за врачебную ошибку наступает только при наличии признаков конкретного правонарушения (преступления), предусмотренного действующим законодательством ДНР.

**А.М. Трофименко**

#### **Актуальные вопросы оценки обстоятельств, влияющих на степень и характер ответственности обвиняемого, при расследовании преступлений, предусмотренных статьёй 162 Уголовного кодекса Республики Беларусь**

**Аннотация.** В данной статье освещаются проблемные аспекты оценки предусмотренной Законом Республики Беларусь «О здравоохранении» клятвы врача Республики Беларусь в качестве обстоятельства, отягчающего ответственность лиц, подлежащих привлечению в качестве обвиняемых.

**Ключевые слова:** медицинский работник, обстоятельства, отягчающие ответственность, присяга, профессиональная клятва, клятва врача Республики Беларусь.

Обеспечение защиты жизни и здоровья граждан является основополагающей задачей любого социального государства.

Право гражданина на жизнь гарантировано статьёй 23 Конституции Республики Беларусь (далее – Конституция), а право на охрану здоровья, включая право на бесплатное лечение в государственных учреждениях здравоохранения – статьёй 45 Конституции<sup>5</sup>.

---

<sup>1</sup> Чаплыгина В.Н. Терминологический подход к понятиям «врачебная ошибка» и «ятрогенный» при расследовании ятрогенных преступлений // Северо-Западный филиал ФГБОУВО «Российский государственный университет правосудия» / под общ. ред. Е.Н. Рахмановой, доктора юридических наук, доцента. СПб: ИД «Петрополис», 2017. С. 213–214.

<sup>2</sup> Сергеев С.Д., Ерофеев С.В., Козырев В.А. Ненадлежащее оказание медицинской помощи: социально-правовые аспекты проблемы // Адвокат. 1999. № 7. С. 89.

<sup>3</sup> Сафонов В.Н. Преступность в сфере здравоохранения: необходима системность исследования и противодействие // Северо-Западный филиал ФГБОУВО «Российский государственный университет правосудия» / под общ. ред. Е.Н. Рахмановой, доктора юридических наук, доцента. СПб: ИД «Петрополис», 2017. С. 139–140.

<sup>4</sup> Репин М.Н. Некоторые тактические и методические особенности расследования преступлений, связанных с врачебной ошибкой // Северо-Западный филиал Российский государственный университет правосудия / под общ. ред. Е.Н. Рахмановой, доктора юридических наук, доцента. СПб: ИД «Петрополис», 2017. С. 133.

<sup>5</sup> Конституция Республики Беларусь 1994 года (с изм. и доп., принятыми на республиканских референдумах 24.11.1996 и 17.10.2004) // [Электронный ресурс]. Национальный центр правовой информации Республики Беларусь.



Ответственность за ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей медицинским работником предусмотрена статьёй 162 Уголовного кодекса Республики Беларусь<sup>1</sup>. Особенностью статьи является наличие специального субъекта преступления – медицинского работника.

Согласно ст. 1 Закона Республики Беларусь от 18.06.1993 «О здравоохранении» (далее – Закон) медицинский работник – это физическое лицо, имеющее высшее или среднее специальное медицинское образование, подтвержденное документом об образовании, и в установленном законодательством Республики Беларусь порядке занимающееся деятельностью, связанной с организацией и оказанием медицинской помощи, обеспечением санитарно-эпидемиологического благополучия населения, проведением медицинских экспертиз<sup>2</sup>.

В соответствии со статьёй 89 Уголовно-процессуального кодекса Республики Беларусь, при производстве дознания, предварительного следствия и судебного разбирательства уголовного дела подлежат доказыванию:

- 1) наличие общественно опасного деяния, предусмотренного уголовным законом (время, место, способ и другие обстоятельства его совершения);
- 2) виновность обвиняемого в совершении преступления;
- 3) обстоятельства, влияющие на степень и характер ответственности обвиняемого (обстоятельства, смягчающие и отягчающие ответственность, характеризующие личность обвиняемого);
- 4) характер и размер вреда, причиненного преступлением;
- 5) обстоятельства, подтверждающие, что имущество приобретено преступным путем или является доходом, полученным от использования этого имущества<sup>3</sup>.

Перечень обстоятельств, отягчающих ответственность, является исчерпывающим. В качестве одного из таких обстоятельств содержится признак совершения преступления лицом, нарушившим тем самым принятую им присягу или профессиональную клятву (п. 12 ч. 1 ст. 64 Уголовного кодекса Республики Беларусь)<sup>4</sup>. Данное отягчающее ответственность обстоятельство может быть вменено виновному лишь при нарушении им официально предусмотренной присяги или профессиональной клятвы.

В статье 55 Закона содержится упоминание термина «клятва врача Республики Беларусь». Данная клятва принимается в торжественной обстановке лицами, получившими высшее медицинское образование в государственных учреждениях образования, осуществляющих подготовку специалистов с высшим медицинским образованием, при вручении им соответствующих документов об образовании.

В вышеуказанной статье Закона приводится текст клятвы врача Республики Беларусь: «Клянусь в любое время помогать каждому пациенту независимо от его социального происхождения, вероисповедания и национальности, всегда хранить врачебную тайну, постоянно совершенствовать свои медицинские знания и врачебное искусство, содействовать своим трудом развитию медицинской науки и практики, обращаться, если этого требуют интересы пациента, за советом к своим коллегам и самому никогда не отказывать им в совете и помощи, беречь и развивать благородные традиции отечественной медицины, всегда помнить о высоком призвании врача, об ответственности перед белорусским народом и государством. Верность этой клятве обещаю пронести через всю свою жизнь»<sup>5</sup>.

---

1 Уголовный кодекс Республики Беларусь (в ред. от 18.07.2017) // [Электронный ресурс]. Национальный центр правовой информации Республики Беларусь.

2 Закон Республики Беларусь от 18.06.1996 № 2435-ХІІ (в ред. от 21.10.2016) «О здравоохранении» // [Электронный ресурс]. Национальный центр правовой информации Республики Беларусь.

3 Уголовно-процессуальный кодекс Республики Беларусь (в ред. от 18.07.2017) // [Электронный ресурс]. Национальный центр правовой информации Республики Беларусь.

4 Уголовный кодекс Республики Беларусь (в ред. от 18.07.2017) // [Электронный ресурс]. Национальный центр правовой информации Республики Беларусь.

5 Закон Республики Беларусь от 18.06.1996 № 2435-ХІІ (в ред. от 21.10.2016) «О здравоохранении» // [Электронный ресурс]. Национальный центр правовой информации Республики Беларусь.

Подготовку специалистов с высшим медицинским образованием в Республике Беларусь обеспечивают четыре государственных медицинских университета – Белорусский государственный медицинский университет, Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет, Гомельский государственный медицинский университет и Гродненский государственный медицинский университет.

При производстве расследования по уголовным делам рассматриваемой категории установлено, что клятва врача Республики Беларусь в настоящее время представляет собой своеобразный торжественный ритуал, произносится выпускниками в устной форме при получении дипломов об окончании высших учебных заведений медицинского профиля. При этом какие-либо документы, подтверждающие факт принятия клятвы конкретным выпускником, не оформляются и в личные дела медицинских работников не помещаются. Свои подписи при принятии клятвы выпускники нигде не ставят.

С учётом сложившейся ситуации в следственной практике в Республике Беларусь в настоящее время отсутствует единый подход к вопросу вменения обвиняемым по ст. 162 Уголовного кодекса Республики Беларусь в качествеотячающего вину обстоятельства признака совершения преступления лицом, нарушившим тем самым принятую им присягу или профессиональную клятву. В связи с отсутствием наработанной в данном направлении практики, в подавляющем большинстве случаев вопрос о данном отячающем обстоятельстве не ставится, а само отячающее вину обстоятельство в тексте постановления о привлечении в качестве обвиняемого не описывается.

В качестве путей решения данной проблемы предлагается разработка единой позиции правоохранительных органов по рассматриваемому вопросу, а также инициирование введения письменной формы клятвы врача Республики Беларусь (например, в виде соответствующей подписки).

**Ю.А. Хрусталева**

#### **К вопросу об установлении ненадлежащего оказания медицинской помощи и причинной связи его с неблагоприятным исходом**

**Аннотация.** Судебно-медицинские эксперты решают вопросы о правильности диагностики и лечения, выражающиеся в характеристиках надлежащего (ненадлежащего) исполнения медицинским работником профессиональных обязанностей, наличии или отсутствии неблагоприятного исхода и взаимосвязи выявленных негативных явлений. Вопросы об ответственности определенных лиц находятся в компетенции органов юстиции.

**Ключевые слова:** медицинская помощь, причинно-следственная связь, экспертиза, неблагоприятный исход.

Обеспечение российских граждан качественной медицинской помощью является приоритетом здравоохранения Российской Федерации.

Не только не потеряло свою актуальность, но и укрепило насущность и остроту сообщение, приведенное десятилетие назад Н.Д. Владыченковой (2008)<sup>1</sup>, о том, что количество исков пациентов по вопросам неудовлетворительного оказания медицинской помощи неизменно увеличивается. Этому способствует значительная информированность населения по вопросам защиты прав потребителей и целый ряд публикаций о наступлении административной, уголовной и гражданско-правовой ответственности медицинских работников в случае ненадлежащего оказания медицинской помощи. Весь этот поток информации стимулирует потребителей медицинских услуг, подготавливает их к будущим судебным процессам еще на этапе первого визита к врачу с момента оказания медицинской помощи.

В последнее время возникает все больше ситуаций, в которых рассматриваются основания

---

<sup>1</sup> Владыченкова Н.Д. Последствия врачебных ошибок при ненадлежащем оказании стоматологической помощи // Медицинское право. 2008. № 3 (23). С. 35.

именно для юридической ответственности медицинского работника в ходе оказания медицинской помощи.

Чаще всего медицинским работникам инкриминируют преступления, наказание за которые предусмотрены следующими статьями Уголовного кодекса РФ: ст. 109 ч. 2 «Причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей»; ст. 118 ч. 2 «Причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности - совершенное вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей»<sup>1</sup>.

Основанием для возникновения уголовной ответственности является наличие полного состава уголовного преступления. Это понятие включает в себя ряд элементов: объект и объективную сторону преступления, субъект и субъективную сторону преступления.

В соответствии с уголовным правом объективная сторона преступления – это совокупность признаков, характеризующих внешнее проявление преступления в реальной действительности, т.е. общественно опасное деяние (действие или бездействие), общественно опасные последствия, наступившие в результате преступления, и причинная связь между ними, а также время и место совершения преступления, способ, орудия, средства и обстановка его совершения<sup>2</sup>.

Таким образом, при решении вопросов в уголовном судопроизводстве о неправильной диагностике и лечении, между действиями врачей и возникшими осложнениями (неблагоприятным – летальным исходом) судебно-следственными органами должна быть установлена причинная связь.

Определение причинно-следственных связей может не требовать специальных познаний, и тогда оно осуществляется непосредственно следователем и судом. Если же специальные познания необходимы, для установления причинности назначается экспертиза.

Судебно-медицинская экспертиза заканчивается оформлением процессуального документа – «заключения эксперта».

Заключение эксперта является одним из доказательств в судебной практике. Таким образом, результаты экспертизы, изложенные в экспертном документе, в частности ответы эксперта на вопросы судебно-следственных органов по оценке медицинской деятельности и о наличии или отсутствии причинно-следственной связи неблагоприятного исхода с «медицинской помощью», могут стать доказательной базой для решения вопросов в суде.

Врачи лечебных учреждений должны быть осведомлены о том, как решаются задачи органов юриспруденции в производстве судебно-медицинской экспертизы.

Следует еще раз подчеркнуть, что уголовная ответственность наступает вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей. Применительно к медицинской практике событие преступления составляет причинение неблагоприятного исхода (смерти, вреда здоровью) пациенту медицинским работником вследствие ненадлежащего исполнения профессиональных обязанностей.

Таким образом, при производстве судебно-медицинской экспертизы комиссия экспертов должна установить было ли исполнение медицинским работником профессиональных обязанностей ненадлежащим.

В последнее время этому вопросу уделяется большое внимание, в то же время в практике судебной медицины отсутствуют отвечающие специфике дисциплины критерии, по которым можно было бы определять ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей медицинским работником.

В методических рекомендациях А.В. Ковалева (2017) отмечено: «...Ненадлежащее оказание медицинской помощи пациенту – оказание медицинской помощи не в соответствии с общепринятыми порядками оказания медицинской помощи и стандартами медицинской по-

<sup>1</sup> Сучкова Т.Е. О юридической ответственности медицинских работников при совершении ими профессиональных правонарушений // Медицинское право. 2011. № 6 (40). С. 37.

<sup>2</sup> Сворцова С.А. Уголовное право. Общая часть: учебное пособие. 4-е изд. М.: РОИР: ИНФА-М, 2010. С.21.

мощи, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, разработанными и утвержденными медицинскими профессиональными некоммерческими организациями, в том числе технические и лечебно-диагностические ошибки при оказании медицинской помощи пациенту»<sup>1</sup>.

Статьи Уголовного кодекса Российской Федерации определяют наказание за ненадлежащее исполнение лицом своих профессиональных обязанностей. Несмотря на это, в отмеченных рекомендациях дано определение ненадлежащего оказания медицинской помощи пациенту, отсутствуют критерии ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей, а также условия и признаки сопряженности ненадлежащего оказания медицинской помощи пациенту с ненадлежащим исполнением лицом своих профессиональных обязанностей.

При выполнении судебно-медицинской экспертизы, социально значимым является установление признаков именно того, что имело место со стороны медицинских работников, принимавших участие в оказании помощи пациенту, ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей.

Представляется рациональным использование для установления, было ли исполнение медицинским работником профессиональных обязанностей ненадлежащим (надлежащим) критериев, предложенных Ю.Д. Сергеевым, Л.В. Канунниковой (2007)<sup>2</sup>.

После определения ненадлежащего исполнения медицинским работником профессиональных обязанностей в рамках проведения судебно-медицинской экспертизы должен решаться вопрос о причинной связи такого исполнения профессиональных обязанностей с неблагоприятным исходом.

Для практики судебной медицины С.О. Захаровым (2003) предложены критерии при которых медицинское вмешательство является необходимым элементом (причиной) системы причинения неблагоприятного исхода, это происходит если: «1. При отсутствии имевшего место медицинского вмешательства динамика состояния пациента в сторону ухудшения была бы достоверно менее выражена. 2. Соответственно, неблагоприятный исход наступил бы достоверно позднее. 3. Либо характер неблагоприятного исхода при этом имел бы достоверные качественные отличия (возможно, исход был бы менее тяжким для пациента)»<sup>3</sup>. Применение критериев позволяет судебно-медицинским экспертам единообразно оценивать влияние медицинских вмешательств на течение патологического процесса.

На судебно-медицинских экспертах лежит большая ответственность при проведении экспертиз по оценке оказания медицинской помощи, так как на основании выводов комиссии экспертов, следователь должен определить имеются ли основания для привлечения медицинского работника (работников) к уголовной ответственности.

Необходимо заострить внимание на том, что судебно-медицинские эксперты решают вопросы о правильности диагностики и лечения, выражающиеся в характеристиках надлежащего (ненадлежащего) исполнения медицинским работником профессиональных обязанностей, наличии или отсутствии неблагоприятного исхода и взаимосвязи выявленных негативных явлений. Вопросы об ответственности определенных лиц находятся в компетенции органов юриспруденции.

Для повышения профессиональной и правовой грамотности медицинские работники должны знать подходы судебных медиков к выполнению экспертиз по «врачебным делам». В то же время, в условиях увеличения количества исков пациентов по вопросам неудовлетвори-

---

<sup>1</sup> Ковалев А.В. Порядок проведения судебно-медицинской экспертизы и установления причинно-следственных связей по факту неоказания или ненадлежащего оказания медицинской помощи: методические рекомендации. М., 2017. С. 14

<sup>2</sup> Сергеев Ю.Д., Канунникова Л.В. Ненадлежащее оказание медицинских услуг и факторы риска его возникновения // Медицинское право. 2007. № 4. С. 3–6.

<sup>3</sup> Захаров С.О. Экспертный анализ при производстве судебно-медицинских экспертиз по материалам уголовных и гражданских дел, связанных с ненадлежащим исполнением медицинскими работниками профессиональных обязанностей. Москва, 2003. С. 144.

тельного оказания медицинской помощи, медицинским работникам следует очень внимательно относиться к своим действиям (назначениям, манипуляциям, операциям, записям в медицинской документации и т.д.).

Только повышенный контроль за своими поступками, может помочь медикам избежать участия в разбирательствах, связанных с оценкой оказания ими медицинской помощи.

**В.Н. Чаплыгина,  
В.Ф. Васюков**

### **Дискуссионные вопросы терминологической конструкции понятия «ятрогенное преступление»**

**Аннотация.** Статья посвящена изучению понятийного аппарата, используемого следователем при расследовании преступлений, совершенных медицинскими работниками. Авторами в статье указывается на значительную сложность расследования данных уголовных дел через призму процесса познания совершенного преступления. Уделено внимание анализу и оценке собранной информации в связи с использованием следователями терминологического аппарата, не являющегося привычным для них, и постоянной необходимостью обращения к специальным знаниям.

**Ключевые слова:** ятрогения, преступление, следователь, болезнь, ошибка, здоровье.

Особое внимание в настоящее время уделяется проблемным аспектам расследования преступлений, совершенных медицинскими работниками вследствие ненадлежащего исполнения ими своих профессиональных обязанностей. Данный вид преступлений довольно сложен в квалификации в силу объективно существующих обстоятельств, анализа и оценки следователем собранной информации, использованием при расследовании непривычного и трудно воспринимаемого понятийного аппарата, а также необходимостью обращения к специальным знаниям.

Следователю при расследовании данного вида преступлений приходится обращаться к целому ряду несистематизированных нормативных актов органов государственной власти в области охраны здоровья. Так, статья 41 Конституции РФ закрепляет за гражданами право на охрану здоровья и медицинскую помощь, в связи с чем Россия имплементировала международные нормы права, закрепляющие основополагающую роль охраны здоровья граждан как одного из приоритетных условий жизни общества и ответственность государства за сохранение и укрепление здоровья граждан, закрепив приоритет прав и свобод человека и гражданина в области охраны здоровья<sup>1</sup>.

В ст. 4 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» закрепляются основные принципы охраны здоровья, среди которых соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий, доступность и качество медицинской помощи<sup>2</sup>.

В настоящее время сложно говорить о том, что современное медицинское право и его правовые механизмы не достаточным образом изучены и надлежащим образом урегулированы, в связи с чем необходимо усилить уголовно-правовые гарантии человека на охрану здоровья в условиях увеличения объема медицинского вмешательства в человеческий организм<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> *Ибатулина Ю.Ф.* Ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей медицинскими работниками и врачебная ошибка: уголовно-правовой аспект // Российский следователь. 2014. № 1. С.13.

<sup>2</sup> Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // <https://rg.ru/2011/11/23/zdorovie-dok.html>

<sup>3</sup> *Чаплыгина В.Н.* Терминологический подход к понятиям «врачебная ошибка» и «ятрогения» при расследовании ятрогенных преступлений // Сборник статей по материалам Всероссийского научно-практического круглого стола «Уголовная ответственность медицинских работников: вопросы теории и практики». Под общей редакцией Е.Н. Рахмановой. СПб., 2017. С. 214.

Поэтому считаем нужным обратить внимание на дискуссионный характер отдельных понятийных категорий, используемых при расследовании преступлений, совершенных медицинскими работниками. Прежде всего, требует разрешения получивший повсеместное распространение термин «ятрогенные преступления». Несмотря на дискуссионный характер данного понятия как в медицинской так и юридической литературе, он прочно входит в научный и практический оборот.

В международной классификации болезней (МКБ) X пересмотра Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) в 1997 году возвела ятрогении в ранг основных заболеваний, определив их самостоятельные патологические процессы, как любые нежелательные или неблагоприятные последствия профилактических, диагностических и терапевтических вмешательств или процедур, которые приводят к нарушениям функций организма, инвалидности или смерти<sup>1</sup>. Несмотря на столь проработанное терминологическое определение термин «ятрогенные патологии» не имеет правового значения.

Следует помнить о том, что медицинские работники при исполнении своих функциональных обязанностей довольно часто не застрахованы от совершения противоправных деяний, совершаемых в форме неосторожности. В связи с этим полагаем, что под «врачебной (медицинской) ошибкой» следует понимать наступление неблагоприятных последствий оказания медицинской помощи не только при объективно неправильных действиях, но при отсутствии психического отношения медицинского работника к выполненным им действиям в форме умысла или неосторожности<sup>2</sup>.

Полагаем, что ятрогении могут возникнуть в результате врачебной ошибки, при осуществлении оказания медицинской помощи в условиях крайней необходимости или обоснованного риска, а также могут быть результатом несчастных случаев. Не исключено, что неблагоприятный исход оказания медицинской помощи может явиться результатом действий самого пациента (самостоятельного приёма лекарственных средств или их передозировки, использование какой-либо медицинской техники). Тем не менее, патологические процессы, возникшие в результате данных действий, ятрогенными не являются. Попутно заметим, что во всех проанализированных нами случаях отсутствуют основания уголовной ответственности медицинских работников, что дает нам основания полагать нецелесообразным использование термина «ятрогенные преступления» для определения преступлений, совершённых медицинскими работниками, т.к. «ятрогения» - сугубо медицинский термин, обозначающий следствие медицинского вмешательства. Следовательно же при расследовании данной категории дел интересует именно характер действий, приведших к ятрогении, поэтому термин «врачебная ошибка» наиболее применим в их деятельности.

Однако при анализе специальной литературы, касающейся вопросов расследования преступлений, совершенных медицинскими работниками, можно встретить употребление термина «врачебная ошибка», которая на наш взгляд, характеризуется наступлением неблагоприятного исхода оказания медицинской помощи при объективно неправильных действиях, но при отсутствии психического отношения медицинского работника к выполненным им действиям в форме умысла или неосторожности.

Проведенное в данном направлении исследование дает основание полагать, что термины «врачебная ошибка» и «ятрогения» порой взаимозаменяют друг друга. Так, М.И. Галюкова, анализируя судебную практику, пишет, что «в ходе судебного разбирательства по делу было установлено, что причиной тромбоза и в дальнейшем ампутации руки ребёнка стали ошибочная катеризация и отсутствие инфузионной терапии». Употребление слова «ошибочная» может натолкнуть на мысль о врачебной ошибке, но автор продолжает, что «согласно заключению судебно-медицинских экспертов ампутация руки ребенка потребовалась из-за технически

---

<sup>1</sup> Автандилов Г.Г. Особенности X пересмотра Международной классификации болезней и применение ее в патологоанатомической практике // Архив патологии. 2013. № 4. С. 67.

<sup>2</sup> Чаплыгина В.Н. О соотношении понятий «врачебная ошибка» и «ятрогения» при расследовании преступлений, совершенных медицинскими работниками // Наука и практика. 2015. № 2 (63). С. 117–119.

неверной категоризации и длительного отсутствия интенсивной терапии»<sup>1</sup>. Нетрудно заметить, что такое использование взаимоисключающих терминов представляется неверным, поскольку оно может привести к путанице и принятию неверных решений. В свою очередь Ю.Д. Сергеев считает понятия «ятрогения» и «врачебная ошибка» идентичными и у него вызывает тревогу то, что с расширением понятия «ятрогения» увеличилось число жалоб и, так называемых, «врачебных дел», что связывают с частным употреблением термина «ятрогения»<sup>2</sup>.

Таким образом, нетрудно заметить, что термин «ятрогения» довольно часто используется в связи с оценкой причинения медицинским работником смерти и вреда здоровью. Данный факт приводит к тому, что он расценивается и медиками, и юристами как синоним юридической ответственности, а иногда и используется судебно-медицинскими экспертами в своих заключениях, исключительно на основе которых следователями делаются однозначные выводы о виновности медицинского работника<sup>3</sup>. Отсюда вытекает главная дилемма, заключающаяся в том, что возникает излишнее доверие следователя к заключению судебной экспертизы по данной категории уголовных дел, влекущее за собой ненадлежащую проверку данного доказательства<sup>4</sup>.

Безусловно, доказать факт врачебной ошибки довольно сложно и зачастую на сегодняшний день именно результаты судебной медицинской экспертизы являются основным доказательством вины или невиновности медицинского работника, так как без специальных познаний нельзя сделать однозначный вывод, имеется ли прямая причинно-следственная между деянием субъекта и общественно-опасными последствиями. Так, по результатам анализа заключений экспертов частота установления прямой причинно-следственной связи между оказанием медицинской помощи и неблагоприятными последствиями в среднем по России составила 39,9%, чаще других такая связь имела место при оказании медицинской помощи урологами, стоматологами, гинекологами<sup>5</sup>.

Резюмируя сказанное, отметим, что для полного и всестороннего расследования уголовных дел по преступлениям, совершенными медицинскими работниками, следователю необходимо четко уяснить и определить смысл понятий «ятрогения» и «врачебная ошибка» и их значение для правоприменительной практики, а также четко разграничивать причины и последствия неблагоприятных исходов медицинских мероприятий.

**А.А. Чимбирева**

### **Критерии оценки качества оказания медицинской помощи, используемые при квалификации действий медицинского работника по ст. 238 УК РФ**

**Аннотация.** В статье дана характеристика множественности трактовок критериев качества медицинской помощи, используемых при квалификации действий медицинских работников по ст. 238 УК РФ.

Анализ действующего законодательства и судебной практики свидетельствует о том, что недостатки оформления медицинской документации, являющейся основным объектом исследования при оценке качества медицинской помощи, не должны являться универсальным основанием для характеристики оказанной медицинской помощи как некачественной.

<sup>1</sup> Галукова М.И. Особенности доказывания вины по уголовным делам о преступлениях медработников // Уголовный процесс. 2010. № 2. С. 27.

<sup>2</sup> Сергеев Ю.Д. Ненадлежащее оказание медицинских услуг и факторы риска его возникновения // Медицинское право. 2007. № 4. С. 4.

<sup>3</sup> Курилова Е.В., Васюков В.Ф. Производство предварительной проверки по сообщению о преступлении в случае наступления смерти ее участников // Законность. 2015. № 6 (968). С. 32.

<sup>4</sup> Васюков В.Ф. Проблемные вопросы производства предварительной проверки по сообщению о совершенном преступлении // Наука и практика. 2015. № 4. С. 27.

<sup>5</sup> Чаплыгина В.Н. Базовые проблемы назначения и проведения судебно-медицинских экспертиз при расследовании ятрогенных преступлений // Юрист-Правовед. 2017 № 3 (82). С. 38.

**Ключевые слова:** критерии качества медицинской помощи, медицинская документация, дефекты оказания медицинской помощи.

В соответствии с действующим Уголовным кодексом РФ<sup>1</sup> действия (бездействия) медицинских работников, связанные с неоказанием или ненадлежащим оказанием медицинской помощи и содержащие в себе признаки состава преступления, могут быть квалифицированы несколькими способами:

1. как неоказание помощи больному (ст. 124 УК РФ);
2. как халатность, повлекшая по неосторожности причинение тяжкого вреда здоровью или смерть человека (ч. 2 ст. 293 УК РФ);
3. как причинение смерти по неосторожности или причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей (ч. 2 ст. 109 УК РФ, ч. 2 ст. 118 УК РФ);
4. как оказание медицинских услуг, не отвечающих требованиям безопасности, повлекшее по неосторожности причинение тяжкого вреда здоровью или смерть человека (ч. 2 ст. 238 УК РФ).

Статья 238 УК РФ устанавливает уголовную ответственность за совершаемые умышленно деяния, состоящие в производстве, хранении или перевозке в целях сбыта либо сбыте товаров и продукции, выполнении работ или оказании услуг, не отвечающих требованиям безопасности жизни или здоровья потребителей, в том числе повлекшие по неосторожности смерть двух и более лиц (часть третья), и имеет своей целью защиту здоровья населения.

По смыслу данной статьи ответственность за предусмотренное ею преступление возможна лишь при условии доказанности самого факта производства, хранения или перевозки в целях сбыта либо сбыта товаров и продукции, выполнения работ или оказания услуг, опасности этих действий для жизни или здоровья потребителей, а также наличия у совершившего их лица, независимо от организационно-правовой формы его деятельности, осознания характера своих действий и их несоответствия требованиям безопасности<sup>2</sup>.

Оценка качества медицинской помощи, приобретающая в последние годы конституционно-правовое значение<sup>3</sup>, в уголовном судопроизводстве определяет квалификацию деяния.

В соответствии с п. 21 ст. 2 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»<sup>4</sup> (далее – ФЗ № 323) под качеством медицинской помощи понимается совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, а также степень достижения запланированного результата.

Согласно п. 1 ст. 64 ФЗ № 323 в целях выявления нарушений при оказании медицинской помощи проводится экспертиза качества медицинской помощи, в ходе которой оцениваются названные выше параметры медицинской помощи.

Оценка качества медицинской помощи позволяет «исследовать процесс оказания медицинской помощи, оценить организационно-техническую структуру ресурса здравоохранения, включая обеспеченность квалифицированными кадрами, оснащением»<sup>5</sup>.

<sup>1</sup> Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 г. № 63-ФЗ (ред. от 31.12.2017) // СПС «Консультант-Плюс».

<sup>2</sup> Определение Конституционного Суда РФ от 29.09.2016 г. № 1932-О «Об отказе в принятии к рассмотрению жалобы гражданина Короткова Н.В. на нарушение его конституционных прав ч.3 ст. 238 УК РФ, ч. 8 ст. 259 и ст. 283 УПК РФ» // СПС «Консультант-Плюс».

<sup>3</sup> Тимофеев И.В. О проблемах правового регулирования качества медицинской помощи, снижающих эффективность реализации конституционного права на охрану здоровья и медицинскую помощь в Российской Федерации // Медицинское право. 2016. № 3. С. 12 - 17.

<sup>4</sup> Федеральный закон Российской Федерации от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ред. от 29.12.2017 г.) // СПС «Консультант-Плюс».

<sup>5</sup> Зорькина А.В. Контроль и надзор за качеством и безопасностью медицинской деятельности // Законность. 2016. № 3.



Критерии оценки качества медицинской помощи формируются по группам заболеваний или состояний на основе соответствующих порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций.

Стоит отметить, что клинические рекомендации (протоколы лечения), в отличие от порядков оказания и стандартов медицинской помощи, не являются обязательными. Таким образом, профессиональная деятельность в области медицины регулируется не только нормативно-правовыми актами, но и общепринятыми в профессиональном сообществе правилами, рекомендациями<sup>1</sup>.

Сложность заключается в том, что используемые в качестве критериев качества параметры абстрактны и порождают множество возможных трактовок в силу отсутствия закрепления понятий «своевременности», «правильности выбора методов», «запланированного результата»<sup>2</sup>.

Порядки оказания медицинской помощи, дифференцированные в зависимости от профиля медицинской деятельности, содержат в себе требования к штату и оснащению медицинской организации.

В связи со сказанным возникает следующий вопрос: каким образом формальные правила организации деятельности кабинета или отделения по какой-либо специальности, требования к его оснащению и образованию медицинских работников свидетельствуют о своевременности медицинской помощи, правильности выбора методов профилактики (диагностики, лечения, реабилитации) и степени достижения запланированного результата у конкретного пациента?<sup>3</sup>

Основным критерием качества в перечне, установленном в действующем приказе федерального органа исполнительной власти<sup>4</sup>, является ведение медицинской документации.

При проведении экспертизы и исследовании медицинской документации «неточность, недостоверность информации, ошибки в назначениях по количеству и дозам и другие, пусть и мелкие, недостатки, имеющие место в медицинских документах»<sup>5</sup> расцениваются как дефекты оказания медицинской помощи.

Например, выводы о наличии или отсутствии факта проведения диагностического исследования также будут базироваться на исследовании медицинской документации. Непроведение или ненадлежащее проведение диагностического исследования, в свою очередь, следственными органами квалифицируется по совокупности преступлений, предусмотренных ч. 2 ст. 293 УК РФ и ч. 2 ст. 238 УК РФ<sup>6</sup>.

Более того, как недостаток медицинской документации может быть квалифицировано не только отсутствие записей, отсутствие обоснования проведения исследования, но и небрежный почерк, а также необоснованные сокращения<sup>7</sup>.

---

<sup>1</sup> Сергеев Ю.Д., Козлов С.В. Судебно-медицинская экспертиза неблагоприятных последствий лечения // Медицинское право. 2011. № 1 (35). С. 27–30.

<sup>2</sup> Шишов М.А. Актуальные проблемы осуществления экспертизы качества // Медицинское право. 2016. № 2. С. 27–32.

<sup>3</sup> Там же.

<sup>4</sup> На момент подготовки статьи действует приказ Министерства здравоохранения России от 10.05.2017 г. № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» // СПС «Консультант-Плюс».

<sup>5</sup> Бобровская О.Н. Ведение медицинской документации как существенный признак (критерий) надлежащего качества оказания медицинской помощи (на примере амбулаторно-поликлинического звена) // Медицинское право. 2017. №2. С. 32–36.

<sup>6</sup> Власенко В.В., Власенко О.А. Сложности уголовно-правовой квалификации не проведения или ненадлежащего (заведомо неполного) проведения диагностического исследования» // Уголовное право. 2017. №2.

<sup>7</sup> Косухина О.И. Основные дефекты ведения медицинской документации в терапевтической практике // Судебная медицина и медицинское право: актуальные вопросы. Материалы научно-практической конференции с международным участием, посвященной памяти Заслуженного деятеля науки РФ, профессора Г.А. Пашиняна. М. ЮрИнфоЗдрав. 2011. С. 157–161.

В то же время единообразная трактовка и общепринятая терминология в отношении недостатков качества медицинской помощи отсутствует<sup>1</sup>, равно как и единый алгоритм экспертных действий при выполнении исследований по делам о преступлениях, совершенных медицинскими работниками в связи с осуществлением профессиональной деятельности.<sup>2</sup>

Термины «дефекты», «ошибки», «упущения», «неполнота» употребляются при вынесении решений в различном значении.

Так, несоответствие критериям качества в судебной практике характеризуется как «неполнота обследования и ошибки диагноза»<sup>3</sup> или как «врачебная ошибка», «нарушение правил»<sup>4</sup>.

Более того, наличие дефекта не всегда означает некачественный характер медицинской помощи с точки зрения соблюдения условий ее оказания<sup>5</sup>.

В условиях нестабильности законодательства, регулирующего осуществление медицинской деятельности, и ограниченности финансирования соответствие медицинской помощи критериям оценки качества должно устанавливаться с учетом временных нормативов, установленных для приема пациентов, и квалификации медицинского персонала<sup>6</sup>.

Отсутствие единой методики осуществления экспертизы качества оказания медицинской помощи в купе с широким спектром возможных трактовок терминов, которыми обозначаются основные параметры медицинской помощи, препятствуют становлению единообразной судебной практики и порождают опасность необоснованного уголовного преследования медицинских работников.

**А.В. Чистяков**

#### **Некоторые проблемы расследования преступлений о ненадлежащем оказании медицинской помощи в Нижегородской области**

**Аннотация.** В статье с учетом практики следственного органа рассматриваются проблемы расследования преступлений, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи. Автором приведен опыт решения проблем несвоевременного поступления в правоохранительные органы сообщений о ятрогенных преступлениях и назначения судебно-медицинских экспертиз. На основании анализа сложившейся практики предложены изменения в законодательство, касающиеся взаимодействия медицинских учреждений и правоохранительных органов, обязательного проведения судебно-медицинской экспертизы при наличии сведений о ятрогенном преступлении.

**Ключевые слова:** ятрогенные преступления, здравоохранение, медицинская помощь, смерть пациента, предварительное следствие.

В следственном управлении Следственного комитета Российской Федерации по Нижегородской области (далее - следственное управление) ежегодно находятся в производстве уголовные дела о ненадлежащем оказании медицинской помощи.

---

<sup>1</sup> *Тягунов Д.В.* Судебно-медицинская характеристика дефектов, возникших при оказании медицинской помощи (по материалам судебно-медицинских комиссионных экспертиз). Автореф. на соиск. уч. ст. канд. мед. наук. Москва, 2010.

<sup>2</sup> *Пиголькин Ю.И., Мурзова Т.В., Жарков В.В., Зайцев В.В., Мирзоев Х.М.* Анализ неблагоприятных исходов оказания стоматологической помощи по материалам комиссионных судебно-медицинских экспертиз БСМЭ Департамента здравоохранения Москвы // Судебно-медицинская экспертиза. 2012. №2. С. 25–27.

<sup>3</sup> Апелляционное постановление Тамбовского областного суда от 22.08.2017 г. № 22К-1177/2017. Источник: <http://sudact.ru/regular/doc/vlqZryVYYpO/>. Дата обращения: 07.02.2018 г.

<sup>4</sup> Кассационное определение Санкт-Петербургского городского суда от 19.02.2013 № 22-959/2013. Источник: [sudact.ru/regular/doc/FLNdW5wj1QJ1/](http://sudact.ru/regular/doc/FLNdW5wj1QJ1/). Дата обращения: 07.02.2018 г.

<sup>5</sup> *Нестеров А.В.* Экспертиза качества медицинской помощи как экспертная оценка ее пригодности // Медицинское право. 2017. № 2. С. 3–7.

<sup>6</sup> *Бобровская О.Н.* Соотношение критериев оценки качества медицинской помощи с нормативами по ее оказанию (на основе анализа работы амбулаторно-поликлинического звена) // Современное право. 2016. № 11.

Расследование преступлений в сфере профессиональной деятельности медицинских работников связано со значительными трудностями, которые обусловлены спецификой указанных преступлений, необходимостью исследования огромного количества медицинских документов, анализа сложного процесса оказания медицинской помощи следователем, который зачастую не обладает достаточными медицинскими знаниями, а также недооценкой медицинскими работниками произошедших событий, циничного поведения медиков при производстве следственных действий и их попытками скрыто противодействовать следствию. Все изложенное характерно не только для Нижегородской области.

Уже на первоначальном этапе следователь сталкивается с проблемой несвоевременности получения информации о преступлении, от которой зависит эффективность осмотра места происшествия и иных неотложных следственных действий.

Это связано с тем, что организационно-распорядительные документы в сфере здравоохранения не предусматривают обязанности медицинских учреждений информировать правоохранительные органы о смерти пациентов в ходе оказания им медицинской помощи, за исключением случаев, когда в учреждения здравоохранения поступают пациенты с телесными повреждениями после преступных посягательств.

Порядок информирования медицинскими организациями органов внутренних дел о поступлении пациентов, в отношении которых имеются достаточные основания полагать, что вред их здоровью причинен в результате противоправных действий, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17.05.2012 № 565н, содержит исчерпывающий перечень оснований, в соответствии с которыми медицинские учреждения уведомляют территориальные органы МВД России. Такими основаниями являются огнестрельные ранения, травмы, полученные при взрывах, колотые, резаные и рваные раны, переломы, гематомы, механическая асфиксия, признаки половых преступлений, истощение, а также иные признаки причинения вреда здоровью, в отношении которых есть основания полагать, что они возникли в результате противоправных действий<sup>1</sup>. Факты ятрогении в указанном приказе не упоминаются, поэтому у медицинских работников отсутствует обязанность информировать правоохранительные органы о таких случаях.

Вместе с тем, своевременное проведение неотложных следственных действий, в том числе осмотра места происшествия, имеет решающее значение для уголовного дела о ятрогенном преступлении.

Промедление с выездом на осмотр чревато потерей важных доказательств, так как возможны преднамеренные и непреднамеренные изменения в обстановке, порча и уничтожение следов и других материальных объектов.<sup>2</sup> Специфика ятрогенных преступлений такова, что место оказания медицинской помощи, где и происходят преступления рассматриваемой категории, как правило, является помещением медицинского учреждения, салоном автомобиля скорой помощи, жилищем больного, в котором привычные признаки преступлений и криминальных событий отсутствуют.

В правоохранительные органы очень редко непосредственно после смерти пациента или причинения вреда его здоровью в результате оказания медицинской помощи поступают заявления о привлечении к уголовной ответственности медицинских работников.

Сложившаяся ситуация позволяет сотрудникам учреждений здравоохранения, например, утилизировать материалы и остатки медицинских препаратов, которые использовались при оказании медицинской помощи, и это не всегда связано с преступным умыслом врачей, а продиктовано текущей деятельностью и соблюдением санитарного режима в помещении медицинского учреждения.

---

<sup>1</sup> Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17.05.2012 № 565н // Российская газета от 03.08.2012 № 177.

<sup>2</sup> Криминалистика. Учебник под общей редакцией заслуженного юриста Российской Федерации, д. ю. н., проф. А.И. Бастрыкина в 2-х томах, т. 2 // М.: издательство «Экзамен», 2014. С. 47.

С целью своевременного получения сведений о произошедших ятрогенных преступлениях следственное управление, органы прокуратуры, внутренних дел и министерство здравоохранения Нижегородской области заключили межведомственное соглашение «О порядке взаимодействия при обеспечении конституционных прав граждан на жизнь, охрану здоровья, получение медицинской помощи» от 10.02.2016 (далее – Соглашение)<sup>1</sup>.

Соглашением на учреждения министерства здравоохранения Нижегородской области возложена обязанность представлять в случаях, не противоречащих действующему законодательству, в дежурные части органов внутренних дел, а также в следственные отделы следственного управления по месту нахождения медицинской организации не позднее одного часа с момента летального исхода при оказании медицинской помощи телефонограммой информацию о смерти рожениц, новорожденных и несовершеннолетних, скончавшихся в медицинских учреждениях. Заключенное Соглашение фактически позволило решить ранее существовавшую проблему несвоевременного получения сообщений о ятрогенных преступлениях.

Представляется, что аналогичная практика может быть использована на более высоком уровне, например, могут быть внесены изменения в нормативно-правовые документы Министерства здравоохранения Российской Федерации с целью закрепления обязанности уведомления дежурных частей органов внутренних дел и территориальных органов Следственного комитета Российской Федерации о фактах смерти пациентов в медицинских учреждениях.

С несвоевременным информированием о происшествии связана не менее важная проблема назначения и проведения судебно-медицинской экспертизы по трупам пациентов.

При отсутствии постановления правоохранительных органов о производстве судебно-медицинской экспертизы врачи руководствуются приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации «О порядке проведения патологоанатомических вскрытий» от 06.06.2013 № 354н<sup>2</sup>.

В соответствии с пунктом 3 данного приказа по религиозным мотивам при наличии письменного заявления супруга или близкого родственника (детей, родителей, усыновленных, усыновителей, родных братьев и родных сестер, внуков, дедушки, бабушки), а при их отсутствии иных родственников либо законного представителя умершего или при волеизъявлении самого умершего, сделанном им при жизни, патологоанатомическое вскрытие не производится<sup>3</sup>.

Патологоанатомическое исследование и изъятие в ходе него гистологические образцы позволяют в дальнейшем решить задачи следствия, но в случае его отсутствия или не проведения судебно-медицинской экспертизы по трупам пациентов практически полностью исключается возможность установления причины смерти и уголовного преследования медицинских работников.

В следственном управлении расследовано уголовное дело по ч. 2 ст. 109 УК РФ по факту смерти 03.06.2015 малолетнего М., скончавшегося в стационаре медицинского учреждения в результате ненадлежащего оказания на более раннем этапе заболевания амбулаторной медицинской помощи врачом-педиатром, которым своевременно не выявлена внебольничная правосторонняя очагово-сливная пневмония.

Родители малолетнего М., исповедующие ислам, отказались от проведения патологоанатомического вскрытия трупа ребенка по религиозным соображениям. Правоохранительные органы не были информированы о смерти пациента, уголовное дело возбуждено только после поступления заявления родителей об уголовном преследовании медицинских работников. Су-

---

<sup>1</sup> Межведомственное соглашение «О порядке взаимодействия при обеспечении конституционных прав граждан на жизнь, охрану здоровья, получение медицинской помощи» от 10.02.2016 № Исорг-20-880-16/2/1-/266/315-02-01-16/3 // Номенклатурное дело следственного управления Следственного комитета Российской Федерации по Нижегородской области № 216-36-2017.

<sup>2</sup> Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации «О порядке проведения патологоанатомических вскрытий» от 06.06.2013 № 354н. // Российская Газета от 25.12.2013 № 291.

<sup>3</sup> Там же

дебно-медицинская экспертиза по трупам ребенка была проведена 09.07.2015, спустя более месяца после смерти, поскольку сообщение о преступлении поступило только через 20 дней после захоронения трупа, также потребовалось проведение эксгумации на основании судебного решения. Принятыми мерами была установлена причина смерти ребенка и получены гистологические препараты, что позволило в дальнейшем провести в ходе предварительного следствия комиссионные судебно-медицинские экспертизы и подтвердить дефекты оказания медицинской помощи. Уголовное дело направлено в суд, где оно прекращено в связи с истечением сроков давности уголовного преследования<sup>1</sup>.

В настоящее время следователями расследуется уголовное дело, возбужденное по признакам преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 109 УК РФ, по факту смерти И. в медицинском учреждении в результате лимфоплазмозитарной лимфомы, осложненной нозокомиальной двусторонней нижнедолевой пневмонией. Пациентка проходила стационарное лечение и скончалась в марте 2016 года, однако, родственники обратились с заявлением о противоправных действиях врачей только в феврале 2017 года. При этом судебно-медицинская экспертиза и патологоанатомическое вскрытие умершей не проводилось, причина смерти установлена на основании клинического диагноза. В ходе расследования на вопросы следствия о причине смерти и наличии причинно-следственной связи между действиями (бездействием) врачей и смертью пациентки судебно-медицинские эксперты дали ответ о невозможности установить требуемые обстоятельства, что препятствует доказыванию виновности медицинских работников<sup>2</sup>.

Также одной из проблем, возникающих при расследовании ятрогенных преступлений, является недостаточность медицинских знаний и опыта у следователей для правильной постановки перед экспертами вопросов при назначении судебно-медицинских экспертиз на предмет проверки качества оказания медицинской помощи.

Для решения этой проблемы следственным управлением и ФБУЗ «Приволжский окружной медицинский центр» ФМБА России заключено соглашение, определяющее порядок взаимодействия с указанным учреждением. В частности, на подразделение ФМБА России возложены обязанности по запросам следователей оказывать консультативную помощь при назначении комплексных, комиссионных судебных экспертиз, предоставлять кандидатуры медицинских специалистов для участия в производстве судебных экспертиз по уголовным делам и материалам проверок, а также предоставлять сведения федеральных баз данных в сфере здравоохранения, медицинскую документацию, которые могут иметь значение для уголовного дела и до следственной проверки<sup>3</sup>.

Практика расследования ятрогенных преступлений показала, что для обеспечения следствия по рассматриваемой категории дел в разумные сроки требуется специализация следователей, которые, имея опыт работы по таким делам, организуют качественное и своевременное выполнение необходимых следственных действий.

Представляется, что назрела необходимость разработки законодателем нормативной базы об обязательном проведении судебно-медицинских экспертиз по трупам пациентов, умерших в медицинских учреждениях, а также своевременном информировании правоохранительных органов о фактах возможной ятрогении, что позволит эффективно и в разумные сроки осуществлять уголовное преследование медицинских работников, совершивших преступления в сфере профессиональной деятельности.

<sup>1</sup> Контрольное производство по уголовному делу № 89005 следственного управления Следственного комитета Российской Федерации по Нижегородской области.

<sup>2</sup> Контрольное производство по уголовному делу № 11702220082000023 следственного управления Следственного комитета Российской Федерации по Нижегородской области.

<sup>3</sup> Соглашение о порядке взаимодействия между следственным управлением Следственного комитета Российской Федерации по Нижегородской области и Федеральным бюджетным учреждением здравоохранения «Приволжский окружной медицинский центр» Федерального медико-биологического агентства от 11.01.2017 № 1/1 // номенклатурное дело следственного управления Следственного комитета Российской Федерации по Нижегородской области № 216-36-2017.

## Актуальный анализ правового регулирования прав и обязанностей участников процесса оказания и получения медицинской услуги: опыт зарубежных стран

**Аннотация.** Во многих случаях причинение вреда здоровью при оказании медицинских услуг происходит при взаимной вине врача и пациента. Однако при этом, врач наделен большим количеством обязанностей, в то время как пациенты свободны в своих действиях, что зачастую приводит к серьезным последствиям. Больной не наделен обязанностью сообщать лечащему врачу обо всех аспектах своего здоровья и если он умолчит, например, о наличии аллергии на лекарственное средство, то при причинении вреда или смерти пациента, вина ляжет на медицинского работника, который хоть и должен был уточнить эту информацию, не имеет право требовать ее в обязательном порядке, поскольку законодательством это не урегулировано.

**Ключевые слова:** медицинская помощь, медицинская услуга, обязанности пациента.

В процессе оказания медицинской помощи гражданам во взаимодействие вступают три субъекта: пациент, медицинский работник -сотрудник лечебного учреждения и само лечебное учреждение (обычно - в лице его руководства). При этом все субъекты должны подчиняться требованиям «правил игры» - совокупности норм и правил, сформулированных в виде прав и обязанностей каждого из вышеперечисленных субъектов соответствующими законодательными актами. Сама по себе медицинская помощь не относится к числу правовых категорий, и сегодня объектом гражданских прав является услуга, а медицинские услуги оказываются на основании договоров.

Недостаточная законодательная урегулированность оказания медицинских услуг приводит к возникновению многочисленных конфликтов между субъектами данных правоотношений, которые могут провоцировать многочисленные обращения в советующие контролирующие и правоохранительные органы, а также сложностям при проведении досудебных расследований.

Базовые принципы прав пациентов и обязанностей пациентов в Российском законодательстве отражены в Ст. 27 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»<sup>1</sup> закрепляет следующие обязанности граждан в сфере охраны здоровья:

1. обязанность заботиться о сохранении своего здоровья;
2. обязанность проходить медицинское обследование и лечение, а также заниматься профилактикой заболеваний, в случаях предусмотренных законом;
3. обязанность соблюдать режим лечения;
4. обязанность соблюдать правила поведения пациента в медицинских организациях.

Перечень обязанностей является исчерпывающим. Формулировка некоторых обязанностей затруднительна для трактования. Возникают некоторые сложности, например, с тем, что допустимо включить в обязанность соблюдать режим лечения, а что, по мнению законодателя, будет являться неприемлемым, ущемляющим права пациента.

Деятельность по реализации каждой из закрепленных обязанностей, по мнению некоторых специалистов, является отдельным направлением в работе, как медицинской организации, так и органов законодательной и исполнительной власти и требует соответствующей доработки<sup>2</sup>.

Вместе с тем прав у пациента гораздо больше, чем обязанностей, в ч. 5 ст. 19 Федерального закона № 323-ФЗ перечислено 11 пунктов прав пациента.

<sup>1</sup> Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 29.12.2015) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2016) // Российская газета, № 263, 23.11.2011.

<sup>2</sup> Кичул И.С., Пивень Д.В. Информирование пациентов о своих правах и обязанностях в медицинской организации // Вестник Росздравнадзора. 2015. № 1. С.73–75.

В свою очередь в зарубежном законодательстве прослеживается более тщательная урегулированность правоотношений в сфере оказания медицинских услуг.

Рассмотрим в качестве примера Чешскую Республику, где медицинские услуги отдельно урегулированы в Гражданском кодексе, там существует раздел, посвященный медицинским услугам («Забота о здоровье»)<sup>1</sup>.

Анализируя положения этого Кодекса можно выделить такие обязанности пациента, которые не отражены в Российском законодательстве:

1. Принять разъяснения медицинского работника о состоянии своего здоровья.
2. Искренне сообщить сведения необходимые для оказания медицинской услуги.
3. Не получать в период лечения медицинскую услугу у другого исполнителя, кроме предусмотренных законом случаев.

По Российскому законодательству некоторые положения могут считаться ущемляющими права пациента, как потребителя. Однако специфический характер медицинских услуг часто требует наложения ограничений на действия пациента. Так, обращение пациента к другому специалисту, в то время когда он получает лечение у другого, может привести к неблагоприятным последствиям для здоровья и снизить качество лечения.

Законодательство РФ не обязывает пациента правдиво сообщать врачу информацию о состоянии своего здоровья, но именно эта информация может иметь решающее значения для формирования плана лечения и последующего восстановления. Так, умолчание о наличии аллергических реакций на препараты, может повлечь за собой причинение существенного вреда здоровью, и, в случае возникновения спора, пациент может сослаться на отсутствие у него законодательной обязанности сообщить такую информацию.

Лечебно-профилактическое учреждение имеет много законодательно закрепленных обязательств по отношению к своим пациентам. Это диагностика заболеваний и лечение пациентов, соблюдение лечебно-охранительного режима, проявление к пациентам милосердия. Для пациента также значима информация о том, в каком медицинском учреждении он может рассчитывать на излечение своего заболевания.

В связи с развитием в настоящее время государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения разительно меняется и рынок услуг здравоохранения, что в значительной степени влияет на охрану здоровья граждан в целом, представляющую собой не что иное, как совокупность медицинских, социально-экономических и юридических факторов.

Внесение изменений в законодательство РФ, а именно дополнение Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан» дополнительными обязанностями пациента, позволит защитить права, как получателей медицинских услуг, так и медицинских работников, оказывающих медицинские услуги. За счет более ответственного отношения к получаемым медицинским услугам, часто носящим высокотехнологичный и уникальный по отношению к каждому конкретному пациенту характер, повысится качество таких услуг, и снизятся риски злоупотребления правами и обязанностями всех участников процесса оказания и получения медицинской услуги.

#### *Литература*

1. Конституция Российской Федерации. Принята всенародным голосованием 12 декабря 1993 г. // Собрание законодательства РФ, 04.08.2014, № 31, ст. 4398.
2. Гражданский кодекс Российской Федерации (часть первая, часть вторая, часть третья, часть четвертая)" от 30.11.1994 № 51-ФЗ (ред. от 31.01.2016) // Российская газета, № 238-239, 08.12.1994.
3. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 29.12.2015) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2016) // Российская газета, № 263, 23.11.2011.

---

<sup>1</sup> Закон № 89/2012 Сб. Гражданский кодекс Чешской Республики // URL: [www.czechlegislation.com/ru/89-2012-sb](http://www.czechlegislation.com/ru/89-2012-sb).

4. Закон РФ от 07.02.1992 N 2300-1 «О защите прав потребителей» // Российская газета. 16.01.1996. № 8.
5. Постановление Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» // Российская газета, № 233, 10.10.2012.
6. Распоряжение Правительства РФ от 17.11.2008 N 1662-р «О Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года» (вместе с «Концепцией долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года») // Собрание законодательства РФ, 24.11.2008, № 47, ст. 5489.
7. Кицул И.С., Пивень Д.В. Информирование пациентов о своих правах и обязанностях в медицинской организации // Вестник Росздравнадзора. 2015. № 1. С.73–75.
8. Закон № 89/2012 Сб. Гражданский кодекс Чешской Республики [Электронный ресурс] // &Czech Legislation // URL: [www.czechlegislation.com/ru/89-2012-sb](http://www.czechlegislation.com/ru/89-2012-sb) (дата обращения: 26.01.2018).

**Л.А. Шмаров**

### **Причинно-следственная связь между действием (бездействием) и неблагоприятным исходом**

**Аннотация.** В статье кратко рассмотрена проблема установления причинно-следственной связи между действием (бездействием) и наступлением неблагоприятного исхода. Показаны существующие подходы к решению данного вопроса, а также кратко сообщено о существующих проблемах.

**Ключевые слова.** Действие, бездействие, причинно-следственная связь, ненадлежащее оказание медицинской помощи.

Обязательным условием уголовной ответственности лица является наличие причинной связи между действием (бездействием) и наступившими вредными последствиями. Речь идет об установлении того, что наступившие общественно опасные последствия порождены данными действиями (бездействием) лица, а не действиями третьих лиц либо каких-либо деяние продуцировало предусмотренные законом общественно опасные последствия<sup>1</sup>.

При этом в юридической литературе даже само словосочетание, характеризующее эту связь, звучит по-разному. В некоторых источниках, она характеризуется, как «причинно-следственная связь»<sup>2</sup>, в других – как «причинная связь» без употребления слова «следственная»<sup>3</sup>. Возможно, что не имеет большого значения, какое словосочетание при этом использовать, однако однообразие более подходит для современной юриспруденции, нежели вольное использование тех или иных выражений, пусть и близких по своему содержанию. Вообще, проблема установления причинно-следственной связи не решена и решена, видимо, в принципе быть не может в силу наличия очень большого количества подходов к её пониманию и лишь возможно частное применение к конкретно поставленной задаче. Данное предположение соотносится с мнением Ф. Энгельса, который считал, что причина и следствие, суть представления, которые имеют значение, как таковые, только в применении к данному отдельному случаю<sup>4</sup>.

---

<sup>1</sup> Кузнецова Н.Ф., Тяжкова И.М. Курс уголовного права в пяти томах. Том 1. Общая часть: Учение о преступлении. М.: Зерцало. 2002. С. 151.

<sup>2</sup> Костикова Е.О. Возмещение вреда, причиненного жизни или здоровью граждан вследствие медицинской ошибки. Автореф. дис. ... канд. юрид. наук. М.: НОУ ВПО «ИМПГиЭ им. А.С.Грибоедова», 2009. 26 с.; Галь И.Г. Обстоятельство по оказанию медицинской услуги: дис. канд. юр. наук. М.: ФГБОУ ВПО, 2014. 197 с.

<sup>3</sup> Акопов В.И. Врач и современное право: Медицинское право в вопросах и ответах. М., 2000. С. 121.

<sup>4</sup> Маркс К., Энгельс Ф. Сочинения. В 39 т. М.: Государственное издательство политической литературы, 1961. Т. 20. С. 21.



В силу того, что нет главного в причине и следствии, в силу того, что, для правоприменителя важны и причина, и следствие, то правильнее использовать словосочетание «причинно-следственная связь». Такое словосочетание подчёркивает очень важное свойство данной связи, важное в праве вообще, и в уголовном праве, в частности, а именно, что причина всегда предшествует следствию и следствие одно-однозначно связано с причиной.

В юридической литературе имеется огромное количество всевозможных подходов к определению причинно-следственной связи. Ниже приведены лишь некоторые из них, так как основательное изучение этой важнейшей категории требует отдельного фундаментального исследования, невозможного в рамках настоящей статьи. При этом, во многих руководствах по юриспруденции вообще и уголовному и гражданскому праву в частности, не даётся чёткой дефиниции причинно-следственной связи, а лишь пространные умозаключения о её природе и сложности её установления.

Так, Белов В.А. считает, что причинная связь - философская категория, отражающая такие объективно существующие связи в природе и обществе, в которых одни явления выступают причиной, а другие - следствием этих причин. Выявление таких связей применительно к конкретным жизненным отношениям, в том числе и к ответственности за причиненный вред, связано с серьезными трудностями<sup>1</sup>. В юридической науке предложено множество теорий причинной связи. Известны теории равноценных условий, необходимого условия, необходимой и случайной причинной связи, теория возможности и действительности и др<sup>2</sup>.

С точки зрения Гонгало Б.М., для привлечения лица к ответственности обычно требуется установить причинную связь между противоправным поведением и неблагоприятными последствиями. Под причинной связью понимают объективно существующую связь между двумя явлениями, одно из которых причина, а другое - следствие. Необходимо различать обстоятельства, создающие абстрактную возможность наступления неблагоприятных имущественных последствий, и обстоятельства, порождающие реальную (конкретную) возможность умаления имущественной сферы кого-либо. Юридическое значение имеет конкретная причина, с необходимостью вызывающая следствие<sup>3</sup>.

Цыганова О.А., соавт., считают, что причинная связь – разновидность взаимосвязи явлений, при которой одно явление (причина) всегда предшествует другому и порождает его, а другое (следствие), всегда является результатом действия первого. Причинно-следственная связь между вредом здоровью и дефектом оказания медицинской помощи носит объективный характер и устанавливает зависимость наступления отрицательных последствий для жизни или здоровья пациента от действий медицинского персонала. При наступлении ответственности за не оказание или ненадлежащее оказание медицинской помощи судом исследуется причинная связь между вредом здоровью (жизни) гражданина и противоправным поведением причинителя вреда. В одних случаях связь очевидна и не вызывает проблем у правоприменителя, в других требует исследования экспертами. Обычно этот вопрос ставится на разрешение судебно-медицинской экспертизы<sup>4</sup>. Цыганова О.А. с соавт. используют одновременно понятие причинная связь и причинно-следственная связь, видимо предполагая некую иерархию между ними, то есть причинная связь – всеобъемлющая, а причинно-следственная связь частна, применима для гражданского права, что вряд ли добавляет ясности в эту непростую логическую категорию.

Более оригинальные дефиниции причинно-следственной связи приведены в диссертационных работах, посвящённых возмещению причиненного вреда жизни и здоровью.

<sup>1</sup> Белов В.А. Гражданское право. Т. 2. Книга 2. М.: Юрайт, 2016. С. 173.

<sup>2</sup> См.: Новицкий И.Б., Луцкий Л.А. Общее учение об обязательстве. М.: Госюриздат, 1950. С. 300–319; Тархов В.А. Ответственность по советскому гражданскому праву. Саратов: Издательство Саратовского университета, 1973. 108–136; Белякова А.М. Имущественная ответственность за причинение вреда. М.: Юридическая литература, 1979. С. 21–26; Иоффе О.С. Ответственность по советскому гражданскому праву. Л.: Издательство Ленинградского университета, 1955. С. 219–235.

<sup>3</sup> Гонгало Б.М. Гражданское право: Учебник в 2-ух т. М.: Статут, 2016. Т. 1. С. 185.

<sup>4</sup> Цыганова О.А., Мартынов Е.А., Ившин И.В. Гражданско-правовая ответственность медицинских работников за причинение вреда здоровью пациентов при осуществлении профессиональной деятельности. Архангельск, 2010. С. 85.

Так, по мнению Костиковой Е.А., причинно-следственная связь – это объективная конкретная взаимосвязь двух (или более) явлений, одно из которых (ненадлежащее оказание медицинской помощи) в силу объективных законов развития материального мира вызывает или объективно может вызвать другое явление (неблагоприятные последствия для пациента)<sup>1</sup>. При всей очевидности такого определения, ничего нового или существенного к приведённым выше, не добавляет.

Тихомиров А.В. не раскрывая дефиниции понятия «причинно-следственная связь» сообщает нам о сложности её установления в случае оказания медицинской помощи. Он считает, что для того правоприменительно необходимо иметь представление о «треугольнике вредоносности» при оказании медицинской помощи, что это позволяет ориентироваться в путях исключения вероятных причин наступления вреда: от составляющих медицинскую помощь врачебных действий, от прогрессирования самой патологии и от реакции организма на медицинское воздействие<sup>2</sup>. Однако, следует заметить, что вряд ли правоприменитель, не обладающий специальными познаниями в области медицины, в состоянии самостоятельно разобраться в том, что оказало наибольший вред здоровью потерпевшего, и вряд ли этот «треугольник вредоносности» поможет ему установить наличие или отсутствие причинно-следственной связи.

Таким образом, исходя из всего многообразия дефиниций, можно констатировать, что причинно-следственная связь, это связь двух явлений, одно из которых является причиной, а другое – следствием данной причины.

Не вдаваясь в обсуждение существующих теорий причинно-следственных связей, упомянутых выше, можно сказать, что каждая из теорий в той или иной степени лишь «разрабатывает» один из индуктивных методов установления наличия причинно-следственной связи, которые достаточно подробно рассмотрены в логике. Это такие методы, как метод единственного сходства, единственного отличия, соединённый метод сходства и различия, метод сопутствующих изменений, метод остатков<sup>3</sup>.

При этом некоторые авторы справедливо указывают на смешение понятий при установлении причинно-следственных связей. Так, Тархов В.А. указывает, на смешивание противоправности с виновностью, при этом, причинная связь определяется по признакам противоправности, а противоправность подменяется виновностью<sup>4</sup>.

Также в юридической литературе нет единого мнения, а кто же собственно должен устанавливать наличие или отсутствие причинно-следственной связи между, например, недостатками в оказании медицинской помощи, и неблагоприятным исходом (причинением вреда жизни и здоровью). Часть авторов считает, что это возможно в рамках проведения судебно-медицинской экспертизы<sup>5</sup>, сами судебно-медицинские эксперты иногда считают, что, так как причинность категория немедицинская (логическая), то её определение в их компетенции не входит и является прерогативой правоприменителя и такой спор видимо, завершён никогда не будет, по крайней мере, до законодательного закрепления того, кто должен устанавливать наличие или отсутствие причинно-следственной связи в конкретной ситуации.

Нет единого подхода и в решении такой проблемы, как возможность установления наличия причинно-следственной связи между бездействием и исходом (в данном случае, причинением вреда жизни и здоровью). И проблема связана с тем, что как таковое, бездействие в материальном мире не существует, и в силу этого не может предшествовать следствию во времени, и, исходя из этого привести к чему бы то ни было также не может, а значит, бездействие исходя из такого

---

<sup>1</sup> Костикова Е.О. Возмещение вреда, причиненного жизни или здоровью граждан вследствие медицинской ошибки. Автореф. дис. ... канд. юрид. наук. М.: НОУ ВПО «ИМПИЭ им. А.С. Грибоедова», 2009. 26 с.

<sup>2</sup> Тихомиров А.В. Проблемы правовой квалификации вреда здоровью при оказании медицинских услуг: дис. канд. юр. наук. М.: Академия народного хозяйства при Правительстве РФ, 2007. 165 с.

<sup>3</sup> Грядовой Д.И. Логика. Учебник. М.: Юнити, 2013. С. 201–212.

<sup>4</sup> Тархов В.А. Гражданское право. Общая часть. Курс лекций. Чебоксары: Чувашское книжное издательство, 1997. С. 316–317.

<sup>5</sup> Берилло М.С. Основания освобождения медицинской организации от ответственности за причинение вреда здоровью пациента: дис. канд. юр. наук. Новосибирск: Новосибирский государственный технический университет, 2014. С. 47.

подхода не может состоять в причинно-следственной связи с чем бы то ни было<sup>1</sup>. Схожего мнения придерживался М.Д. Шаргородский, указавший, что при бездействии причинная связь отсутствует вообще. И вопрос, который нужно решать в этом случае - не о том, когда бездействие является причиной наступившего результата, а только о том, когда субъект отвечает за бездействие: когда преступник желал наступления преступного результата и сознательно бездействовал для того, чтобы результат наступил, то, хотя причинной связи нет, виновный отвечает и как за причинение, ибо он обязан был действовать<sup>2</sup>. В данном примере автор собственно заменил понятие причинности на понятие вины, что не позволяет принять такую позицию.

Таким образом, существуют два диаметрально противоположных подхода, первый из которых, бездействие не причиняет последствия и второй, бездействие причиняет последствия<sup>3</sup>, а также различные вариации промежуточных подходов с использованием условий, семантического подхода<sup>4</sup> и так далее. При всём многообразии подходов к решению указанной проблемы, можно лишь констатировать возможность установления некой условно называемой «юридической» причинно-следственной связи между бездействием и вредом жизни и здоровью. И связь эту можно установить при соблюдении трёх условий, описанных В.Н. Кудрявцевым, а именно: у субъекта существовала обязанность совершить определённые действия, существовала возможность как положительного, так и отрицательного исхода, совершение действия могло привести к положительному исходу<sup>5</sup>. Но и с таким подходом встаёт вопрос, при какой вероятности наступления благоприятного исхода следует ставить наличие причинно-следственной связи, а при какой – нет. И вопрос этот очень актуален, так судья Европейского Суда по правам человека в своём совпадающем мнении указал, что правильное оказание медицинской помощи (в данном случае, ранее поступление в больницу) не является залогом сохранения жизни или развития иного благоприятного исхода, и благодаря подобному выводу данный документ приобретает особую ценность для приверженцев тоталитаризма: даже в тех ситуациях, когда вероятности сохранения жизни составляет порядка 20%, последователи тоталитарного режима не предпримут каких-либо мер по сохранению жизни, которая для них не имеет существенного значения<sup>6</sup>.

Таким образом, даже очень краткий экскурс в проблематику причинно-следственных связей показал её обширность и во многом нерешённость. В связи с чем возможно высказаться о следующем:

- целесообразно использовать термин «причинно-следственная связь», как наиболее отвечающий её сути;
- недопустимо смешение причинной связи с противоправностью, а противоправности с виновностью;
- для установления причинно-следственной связи между действием и вредом жизни и здоровью необходимо использовать индуктивные методы логики;
- для установления условно «юридической» причинно-следственной связи между бездействием и вредом жизни и здоровью необходимо соблюдение трёх условий: у субъекта существовала обязанность совершить определённые действия, существовала возможность как положительного, так и отрицательного исхода, совершение действия могло привести к положительному исходу.

<sup>1</sup> Матвеев Г. К. Теоретические вопросы причинности бездействия // Советское государство и право. 1962., № 10. С. 57-67

<sup>2</sup> Шаргородский М.Д. Вопросы уголовного права в практике Верховного Суда СССР // Социалистическая законность. 1945, № 9. С.47

<sup>3</sup> Кудрявцев В.Н. Уголовное право России. Общая часть. М.: Юристъ, 2006. 540 с.

<sup>4</sup> Врублевский В.И. Бездействие и причинность // Правоведение, 1971, № 1. С. 69–72.

<sup>5</sup> Кудрявцев В.Н. Объективная сторона преступления. М.: Госюриздат, 1960. С. 92.

<sup>6</sup> Постановление Европейского Суда по правам человека от 23 февраля 2016 г. по жалобе № 40378/06 Y.Y. против России // Бюллетень Европейского суда по правам человека. Российское издание, 2016, № 11(173).

1. Постановление Европейского Суда по правам человека от 23 февраля 2016 г. по жалобе № 40378/06 У.У. против России // Бюллетень Европейского Суда по правам человека. Российское издание. 2016, № 11(173).
2. Акопов В.И. Врач и современное право: Медицинское право в вопросах и ответах. М., 2000. С. 121.
3. Белов В.А. Гражданское право. Т. 2. Книга 2. М.: Юрайт, 2016. С. 173.
4. Белякова А.М. Имущественная ответственность за причинение вреда. М.: Юридическая литература, 1979. С. 21–26;
5. Берилло М.С. Основания освобождения медицинской организации от ответственности за причинение вреда здоровью пациента: дис. канд. юр. наук. Новосибирск: ФГБОУ ВПО «Новосибирский государственный технический университет», 2014. С. 47.
6. Врублевский В.И. Бездействие и причинность // Правоведение, 1971, № 1. С. 69–72.
7. Галь И.Г. Обстоятельство по оказанию медицинской услуги: дис. канд. юр. наук. М.: ФГБОУ ВПО, 2014. 197 с.
8. Гонгало Б.М. Гражданское право: Учебник в 2-ух т. М.: Статут, 2016. Т. 1. С. 185.
9. Грядовой Д.И. Логика. Учебник. М.: Юнити, 2013. С. 201–212.
10. Иоффе О.С. Ответственность по советскому гражданскому праву. Л.: Издательство Ленинградского университета, 1955. С. 219–235.
11. Костикова Е.О. Возмещение вреда, причиненного жизни или здоровью граждан вследствие медицинской ошибки. Автореф. дис. ... канд. юрид. наук. М.: НОУ ВПО «ИМПИЭ им. А.С.Грибоедова», 2009. 26 с.;
12. Кудрявцев В.Н. Объективная сторона преступления. М.: Госюриздат, 1960. С. 92.
13. Кудрявцев В.Н. Уголовное право России. Общая часть. М.: Юрист, 2006. 540 с.
14. Кузнецова Н.Ф., Тяжкова И.М. Курс уголовного права в пяти томах. Том 1. Общая часть: Учение о преступлении. М.: Зерцало. 2002. С. 151.
15. Маркс К., Энгельс Ф. Сочинения. В 39 т. М.: Государственное издательство политической литературы, 1961. Т. 20. С. 21.
16. Матвеев Г.К. Теоретические вопросы причинности бездействия // Советское государство и право. 1962., № 10. С. 57–67.
17. Новицкий И.Б., Луиц Л.А. Общее учение об обязательстве. М.: Госюриздат, 1950. С. 300–319.
18. Тархов В.А. Гражданское право. Общая часть. Курс лекций. Чебоксары: Чувашское книжное издательство, 1997. С. 316–317.
19. Тархов В.А. Ответственность по советскому гражданскому праву. Саратов: Издательство Саратовского университета, 1973. С. 108–136.
20. Тихомиров А.В. Проблемы правовой квалификации вреда здоровью при оказании медицинских услуг: дис. канд. юр. наук. М.: Академия народного хозяйства при Правительстве РФ, 2007. 165 с.
21. Цыганова О.А., Мартынов Е.А., Ившин И.В. Гражданско-правовая ответственность медицинских работников за причинение вреда здоровью пациентов при осуществлении профессиональной деятельности. Архангельск, 2010. С. 85.
22. Шаргородский М.Д. Вопросы уголовного права в практике Верховного Суда СССР // Социалистическая законность. 1945, № 9. С. 47.

**М.Н. Шувалов**

### **О некоторых вопросах расследования ятрогенных преступлений**

**Аннотация.** В настоящей статье раскрыты вопросы, связанные с предметом доказывания при расследовании ятрогенных преступлений. Рассмотрены уголовно-правовые и криминали-

стические признаки обстоятельств, подлежащих доказыванию по делам данной категории. Автором отражена структура и перечень обстоятельств, входящих в предмет доказывания по делам о ятрогенных преступлениях.

**Ключевые слова:** ятрогенные преступления, медицина, пациент, вред, ответственность.

Расследование ятрогенных преступлений<sup>1</sup>, связано с рядом проблем, которые обусловлены объективными сложностями, детерминированные своеобразием предмета доказывания, особенностью анализа и оценивания собранной информации, отсутствием надлежащих знаний у лиц, производящих расследование, о специфике рассматриваемых категорий преступлений.

Результативность расследования ятрогенных преступлений во многом зависит от правильного определения максимально исчерпывающего перечня обстоятельств, подлежащих выяснению в ходе предварительного расследования. Количество и характер этих обстоятельств обусловлены: предметом доказывания, определенном в ст. 73 УПК РФ; диспозициями статей Особенной части УК РФ, в которых предусмотрена ответственность за преступления, совершенные при оказании медицинской помощи и криминалистической характеристикой данной категории преступлений.

При этом уголовно-правовые и криминалистические признаки уточняют, конкретизируют перечень этих обстоятельств. Для определения непосредственного круга обстоятельств, подлежащих выяснению, необходимо учитывать наличие причинно следственной связи между действиями (бездействием) лица, оказывающего медицинские услуги, с неблагоприятными последствиями в виде причинения вреда здоровью пациента или его смерти.

Для расследуемой категории преступлений указанная связь имеет довольно сложную структуру с последовательно расположенными элементами. В специальной литературе относительно имеющихся элементов рассматриваемой структуры высказаны различные точки зрения. Так, М. Н. Яковлев и Е. П. Ищенко процесс взаимодействия врача и пациента считают динамичной системой, которая последовательно разворачивается во времени и пространстве, и состоит из следующих основных элементов: пациент, медицинский работник, действия последнего по осуществлению лечебного процесса, допущенное нарушение правил оказания медицинской помощи, опасные для жизни или здоровья пациента последствия и их неблагоприятный исход, действия участников лечебной взаимодействия после совершения преступления<sup>2</sup>. В свою очередь В. Д. Пристансков считает, что процесс отношений между врачом и пациентом, который приводит к неблагоприятным последствиям оказания медицинской помощи, представляет собой цепь причинно-связанных событий и фактов, а именно: пациент, медицинский работник, осуществления лечебного процесса, нарушение правил оказания медицинской помощи, дефект, ятрогенная, неблагоприятный исход<sup>3</sup>.

Анализ литературы дает основание предложить следующую схематическую модель причинно-следственной связи между действиями медицинского работника и последствиями в виде причинения вреда здоровью пациента или его смерти. Среди элементов модели особое место занимает лечебный процесс, осуществление которого предусматривает обязательное соблюдение соответствующих требований и технологий оказания медицинской помощи в конкретных условиях, отклонения или неправильное применение которых является причиной возникновения дефекта, который наносит вред здоровью пациента или приводит к летальным последствиям.

---

<sup>1</sup> Деяния медицинского работника, повлекшее смерть или вред здоровью пациента. URL: [www.ceur.ru/library/words/item316495/](http://www.ceur.ru/library/words/item316495/)

<sup>2</sup> Ищенко Е.П. Расследование преступлений, связанных с профессиональной деятельностью / Е. П. Ищенко, Н. Н. Яковлев; под ред. Е. П. Ищенко. М.: Юрлитинформ, 2009. С. 249.

<sup>3</sup> Пристансков В.Д. Теоретические и методологические проблемы расследования ятрогенных преступлений: Дисс. ... канд. юрид. наук. СПб: Санкт-Петербургский юридический институт Генеральной прокуратуры РФ, 2000. 122 с.

Учитывая изложенное, в круг обстоятельств, которые подлежат выяснению при расследовании ятрогенных преступлений, целесообразно отнести вид и этап оказания медицинской помощи, на котором имело место нарушение, факт и характер нарушения стандарта оказания медицинской помощи, и как следствие нарушения – дефект.

Необходимо отметить, что традиционно в специальной литературе выделяют три этапа оказания медицинской помощи: диагностирование; лечение и реабилитация<sup>1</sup>. При установлении нарушения стандарта или технологии оказания медицинской помощи на этапе диагностирования, то есть при распознавании болезни и оценке индивидуальных биологических особенностей пациента, включающих целенаправленное медицинское обследование, толкование полученных результатов и их обобщение в виде диагноза, необходимо выяснить вид примененного диагностирования, стадию диагностирования и ее содержание. Так, на стадии сбора анамнеза выясняют, насколько полно и подробно были описаны проявления болезни на стадии объективного осмотра определяют наличие учета всех симптомов болезни и правильность их оценки; на стадии клинико-лабораторного исследования устанавливают объективность постановки диагноза и его полноту.

Если нарушение имеет место на этапе лечения (терапии), т.е. при осуществлении системы медицинских мероприятий, направленных на восстановление состояния здоровья, необходимо выяснить вид лечения, обоснованность избрания тактики и методики лечения, их соответствие критериям (формам) тяжести болезни; характер медицинских мероприятий, своевременность и качество их осуществления; наличие надлежащего контроля и наблюдения за состоянием здоровья пациента до, во время и после использования средств, приемов и методов лечения.

При установлении нарушения на последнем этапе предоставления медицинской помощи - реабилитации, то есть процесса, направленного на полное или частичное восстановление или компенсацию утраченных функций организма пациента, выяснению подлежит обоснованность избрания предназначенных средств и медицинских мероприятий, наличие совпадения задач восстановления с полученным результатом процесса реабилитации, динамика инвалидирующих факторов и условий, которые приводят к физическим и другим дефектам.

Факт нарушения стандарта оказания медицинской помощи выясняется на основании анализа гарантированного объема медицинской помощи, то есть стандарта, который определяет упорядоченную последовательность лечебно-диагностических мероприятий, их объем и характер, отражающие достижения науки и практики в сочетании с оценкой эффективности медицинской деятельности

Медицинские стандарты служат для оценки полноты и качества предоставляемой услуги пациенту<sup>2</sup>. Согласно положению Всемирной организации здравоохранения, медицинская услуга признается качественной, если она соответствует следующим признакам: адекватность, безопасность, эффективность, научно-технический и профессиональный уровень<sup>3</sup>.

В специальной литературе высказывается мнение, согласно которому понятие «медицинский стандарт» объединяет совокупность критериев адекватности оказания медицинской помощи<sup>4</sup>. На наш взгляд, эта мысль заслуживает внимания, поскольку понятие «адекватность» - это соответствие чьему-либо представлению о правильности, соответствии общественным правилам и нормам<sup>5</sup>, в данном случае, гарантированном объеме медицинской помощи. Анализ

<sup>1</sup> Словарь медицинских терминов. URL: [www.lib.ru/NTL/MED/slowar\\_a-k.txt](http://www.lib.ru/NTL/MED/slowar_a-k.txt)

<sup>2</sup> Кром Л.И. Правовые основы контроля качества медицинской помощи / Л. И. Кром // Проблемы оценки качества медицинской помощи : сб. науч. тр. СПб., 1998. Вып. 2. С. 11–16.

<sup>3</sup> Всемирная организация здравоохранения. URL: [www.who.int/universal\\_health\\_coverage/ru/](http://www.who.int/universal_health_coverage/ru/)

<sup>4</sup> Малаев К.В., Малаева Е.О. Медико-правовые проблемы ответственности медицинских работников: Идея конституционализма в РФ и за рубежом и практика ее реализации // Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского: Идея конституционализма в РФ и за рубежом и практика ее реализации. Нижний Новгород: Изд-во ННГУ, 2003, Вып. 1 (6). С. 190–198.

<sup>5</sup> Колесникова И. Адекватность – это что? Степень, критерии и принцип адекватности. URL: [www.syl.ru/article/274027/new\\_adekvatnost-eto-cto-stepen-kriterii-i-printsip-adekvatnosti](http://www.syl.ru/article/274027/new_adekvatnost-eto-cto-stepen-kriterii-i-printsip-adekvatnosti)

литературы<sup>1</sup> дает основание утверждать, что критериями адекватности оказания медицинской помощи являются: достаточность; обоснованность и своевременность. При установке адекватности оказания медицинской услуги, следует выяснить: достаточность объема, вида, характера проведенного диагностического исследования, лечения, реабилитации и осуществленных медицинских мероприятий, соответствие их требованиям стандарта; наличие необходимых сведений о принятии аргументированного решения относительно объема диагностического обследования пациента, соответствие выбранной тактики и методики лечения поставленного диагноза; динамику, его соответствие требованиям медицинского стандарта, обоснованность решения о сроках выполнения медицинских мероприятий<sup>2</sup>.

Характер нарушения технологии оказания медицинской помощи устанавливается на основании оценки технологии оказания медицинской помощи, то есть всех ресурсов, которые были использованы для сохранения здоровья пациента, включающих лекарственные средства, приборы, аппараты, оборудование и медицинские процедуры<sup>3</sup>.

Дефект как следствие нарушения стандарта и технологии оказания медицинской помощи непосредственно связан с выяснением двух предыдущих (нарушение стандарта и технологии оказания медицинской помощи). Принимая во внимание такую связь при установлении этого обстоятельства, следует выяснить: характер дефекта - следствие нарушения стандарта медицинской помощи или последствия нарушения технологии оказания медицинской помощи<sup>4</sup>; его качественную характеристику, которая определяется формой патологии, в виде телесных повреждений, заболеваний и патологическим положением, то есть отклонения от нормы, имеет отрицательное значение для организма.

Таким образом, определение и установление указанных обстоятельств, связанных с оказанием медицинских услуг, является необходимыми условиями качественного сбора доказательств при расследовании ятрогенных преступлений.

---

<sup>1</sup> Goldman D., Mcglynn E. U.S. Health Care Facts About Cost, Access, and Quality. URL: [www.rand.org/content/dam/rand/pubs/corporate\\_pubs/2005/RAND\\_CP484.1.pdf](http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/corporate_pubs/2005/RAND_CP484.1.pdf)

<sup>2</sup> Белкин Р.С. Курс криминалистики. Учебное пособие для вузов в 3-х томах. 3-е изд., дополненное, 2001. Т. 2. Частные криминалистические теории. С. 452–459.

<sup>3</sup> Правила техники безопасности при эксплуатации изделий медицинской техники в учреждениях здравоохранения, утверждены Минздравом СССР 27.08.1984 // Охрана труда в здравоохранении. Техника безопасности. Организация работы. М., 1998.

<sup>4</sup> Сердюков А.В., Шишов Е.Е. Определение степени тяжести вреда здоровью при расследовании посягательств на личность // Уголовное право. 2006. № 4. С. 127–130.

## Раздел 2

### Актуальные проблемы производства судебных экспертиз и расследования преступлений, совершенных медицинскими работниками по неосторожности

А.Н. Алехин,  
Е.С. Черкасова

#### Актуальные вопросы оказания психотерапевтической и психологической помощи

**Аннотация.** Публикация посвящена актуальным проблемам оказания психотерапевтической и психологической помощи в государственных и негосударственных лечебных заведениях, клиниках и центрах, связанных с правовым регулированием общественных отношений в целях обеспечения социальной защищенности, психологического благополучия и психотерапевтической помощи населению Российской Федерации.

Актуальность рассмотрения проблем на пути реализации прав граждан на психологическое здоровье и безопасность, заслуживает особого внимания, исходя из принципов государственной политики Российской Федерации в сфере психотерапевтической и психологической помощи, развития профессиональной психотерапии. Правовые, научно-методологические, организационные и экономические основы этой деятельности, находящиеся на стыке нескольких наук гуманитарного и медицинского профиля, подлежат рассмотрению авторами публикации через призму основных понятий и положений, а также актуальных вопросов реализации вышеуказанной помощи.

**Ключевые слова:** помощь, психотерапия, психология, качество, психолог, психотерапевт.

На современном этапе развития медицинских, психотерапевтических и психологических услуг реализация услуг специалистами психолого-психотерапевтического профиля осуществляется в соответствии с ранее полученными профессиональными компетенциями. Отличительная особенность в этой связи состоит в разнице полученного образования: психологического (для оказания психологических услуг) и медицинского (для оказания психотерапевтических услуг). Если обратиться к Интернет-ресурсам, рекламирующим деятельность, например, специалистов-психологов, то мы увидим перечень этих так называемых услуг, суть которых состоит в рекламе: «психолог отвечает на запросы людей»<sup>1</sup>. К психологическим услугам чаще всего относят такие, как: психодиагностика, психологическая помощь в трудных ситуациях (немедицинская психотерапия), психологическая профилактика, психологическая реабилитация, психологическое консультирование, психологическое просвещение, проведение психологических тренингов, развивающая и психокоррекционная работа, мотивирование, внушения, педагогика и пропаганда, соединение психологии с развлечениями, организацией отдыха и знакомств. С психотерапевтической помощью ситуация выглядит сложнее, так, например известный Интернет-ресурс предлагает нам следующую трактовку: «Психотерапевтическая помощь заключается в рассмотрении, казалось бы, социальной, личной проблемы со стороны психологии. И применении соответствующих методов для её лечения»<sup>2</sup>. Озвучивать весь спектр возможного «лечения», на наш взгляд не продуктивно. Предложений об оказании услуг в этом направлении в совокупности с многообразием реализуемых видов психотерапии много, но качество этих услуг оценить крайне сложно. В условиях отсутствия правового регулиро-

<sup>1</sup> URL: <http://www.psychologos.ru/articles/view/psihologicheskie-uslugi>

<sup>2</sup> URL: <http://psytheater.com/psixoterapevticheskaya-pomoshh.html>



вания оказания психологической и психотерапевтической помощи населению Российской Федерации, реалии оказания услуг напоминают строку известного всем фразеологизма, наглядно демонстрирующего отсутствие единого подхода и понимания<sup>1</sup>.

Проекты Федеральных законов о психологической и психотерапевтической помощи населению Российской Федерации обсуждаются уже давно, но на данный момент с уверенностью мы можно констатировать только принятый 07.10.2009 Закон «О психологической помощи населению в городе Москве», а предложенный депутатами Государственной Думы Л.И. Швецовой, И.В. Белых, С.С. Журовой, С.П. Кузиным, Ю.А. Липатовым, И.В. Мануйловой, С.Ш. Мурзабаевой, В.В. Терешковой, Н.А. Шайденко, членами Совета Федерации З.Ф. Драгункиной, Л.П. Кононовой, проект Федерального закона N 553338-6 «О психологической помощи населению в Российской Федерации»<sup>2</sup> до сих пор не рассмотрен и не принят.

В чем же, по мнению авторов, заключается опасность подобной помощи в не рамок правового поля? Прежде всего речь идет о неблагоприятном воздействии на психику клиентов (пациентов) методов психолого-психотерапевтического воздействия, возможность провоцирования обострения состояния при неучтенном или не профессионально диагностированном диагнозе (нарушении, патологии). Так, в одном из частных медицинских центров города Новосибирска, пациент посетивший психотерапевта и получивший рекомендацию «отпустить» ситуацию напряжения, вызванную проблемами в отношениях с матерью, совершает в течение часа попытку ее убийства, аргументируя свой поступок словами: «Мне терапевт разрешил...» Или: подросток 15 лет, посетивший психолога в городе Барнаул, вернулся домой с вопросом: «... психолог меня спросил: твой папа вообще нормальный?»

Назначение медикаментозного лечения специалистами-психологами заслуживает отдельного внимания, примеров данного, зачастую преступного поведения, масса. Под угрозой в данном случае находится здоровье и детей и взрослых. Подобные случаи в Новосибирске зафиксированы в школах и гимназиях, когда психолог не только ставит ребенку диагноз, например, «гиперактивность», но и предлагает «погасить» активность ребенка фенотепамом, назначает нейрорептики или антидепрессанты.

Подобных частных проблем на этом поприще необыкновенно и даже пугающе много, дискуссии по поводу необходимости или не нужности принятия соответствующего законодательства неоднократно проходили и будут проходить, на наш взгляд не лишним будет обратиться к опыту западных стран. Так, в Европе существуют три вида психотерапевтических законов: медицинские, психиатрические (психотерапевтами могут становиться врачи), психологические (психотерапией могут заниматься психологи). Психологический закон Швейцарии, вступил в силу с 1 января 2013 года, то есть несмотря на многолетнюю историю помощи, законы сами по себе «молоды». В ряде стран приняты смешанные законы, в соответствии с которыми психотерапия является отдельной профессией, но везде на первый план поставлены вопросы аккредитации, четкого законодательного определения понятий: «психологический» и «медицинский психотерапевт» признаны во многих странах, ввод таких четких градаций, по мнению Е.В. Макаровой<sup>3</sup>, обяжет профессионалов предоставлять достаточную информацию пациенту, обеспечит прозрачность профессиональной компетенции специалиста.

Принятие общепринятой на Западе модели с теоретическим, практическим, методологическим, терапевтическим и супервизорским уровнями, позволит прописать в законе тех, кто имеет право заниматься личной терапией, определить их характеристики, решить вопрос с аккредитацией, выставляя акцент в этом вопросе на права и защиту пациентов (клиентов), оберегая их от некачественной помощи и от непрофессиональных специалистов ее оказывающих.

Приоритетными в работе по нивелированию вышеназванных негативных последствий станут законодательные положения, используемые законодателем в Федеральном законе «О

<sup>1</sup> «Запели молодцы: кто в лес, кто по дрова. И у кого что силы стало. В ушах у гостя затрещало, И закружилась голова» (И. Крылов).

<sup>2</sup> URL: <http://www.garant.ru/hotlaw/federal/550197/#ixzz55YnACzEz>

<sup>3</sup> Е.В. Макарова — национальный представитель профессиональной психотерапевтической лиги в Европейской ассоциации по психотерапии, руководитель молодежной секции Всемирного совета по психотерапии.

психотерапевтической помощи в Российской Федерации», позволяющие внести однозначность, ясность и ответственность специалистов-психологов и психотерапевтов, выводя понятие «качество помощи» на необходимый законодательный уровень. Определение «научно-обоснованных требований по обеспечению планируемой психологической, клинической, социальной и экономической эффективности, представленным в системе соответствующих профессиональных стандартов» в совокупности с такими понятиями как «квалификация», «лицензирование», «метод профессиональной терапии» и т.д. позволят навести правовой порядок в этой развернутой и слабо контролируемой деятельности.

**Е.Х. Баринов,  
Р.Э. Калинин,  
П.О. Ромодановский**

### **Полнота и качество материалов «врачебного» дела как залог успеха судебно-медицинской экспертизы**

**Аннотация.** В статье дается краткая характеристика состава и содержания документов, входящих в материалы «врачебных» дел. Обосновывается необходимость приобщения различных документов к материалам «врачебных» дел с точки зрения эффективности назначаемых следствием судебно-медицинских экспертиз. Рассматриваются порядок и сроки получения документов в рамках, предусмотренных законодательством правовых процедур.

**Ключевые слова:** судебно-медицинская экспертиза, «врачебные» дела, экспертиза по материалам дела.

Успех предварительного следствия по «врачебным» делам во многом зависит от результатов судебно-медицинской экспертизы. Методика расследования «профессиональных» преступлений медицинских работников находится в прямой зависимости от приемов, способов и методов работы судебно-медицинских экспертов. Столь существенная роль экспертизы, фактически определяющая перспективу и исход дела, находится в некотором противоречии с ч. 2 ст. 17 УПК РФ и может быть предметом дискуссии. Однако в настоящее время правовая процедура уголовного процесса, как на досудебном этапе, так и на этапе судебного производства, не может предложить какой-либо достойной внимания альтернативы. Несмотря на одновременное сосуществование нескольких институтов оценки качества медицинской помощи, ни один из них не отвечает целям и задачам уголовного судопроизводства. Только судебно-медицинская экспертиза в достаточной степени вовлечена в уголовный процесс, что позволяет ей быть действенным средством получения сведений, имеющих высокую доказательственную ценность и полученных процессуальным путем. Приоритет судебно-медицинской оценки над другими видами компетентной оценки качества медицинской помощи на современном этапе не вызывает сомнений.

Вместе с тем немалое количество субъектов и процедур, осуществляющих контроль качества медицинской помощи, предопределяет плюралистический характер заключений, выводов и оценок деятельности медицинских работников. При неблагоприятном исходе оказания медицинской помощи все органы и организации, уполномоченные на проведение контроля, зачастую проводят проверки одновременно, реже сотрудничая, а чаще – конкурируя друг с другом. В таких условиях наличие в материалах каждого «врачебного» дела нескольких версий становится не столько итогом реализации общего принципа состязательности сторон, закрепленного ст. 15 УПК РФ, сколько отражением специфики данной категории дел. Так или иначе, следовательно приходится иметь дело с множеством документов, в которых зафиксированы выводы специалистов и экспертов различных структур и ведомств, нередко противоречащие друг другу, а иногда взаимоисключающие. Значение судебно-медицинской экспертизы в этой связи возрастает еще больше, поскольку только полноценная и квалифицированная судебно-

медицинская оценка может устранить имеющиеся противоречия и нестыковки, правильно расставить акценты и создать тем самым необходимые предпосылки для обоснованного процессуального решения по делу.

Силы и средства судебно-медицинской экспертизы демонстрируют высокую эффективность при рациональном их применении, учитывающем особенности как правовой процедуры, так и экспертной методики. Основополагающий принцип судебно-экспертной деятельности закреплён в ст. 8 ФЗ о ГСЭД<sup>1</sup> – полнота и всесторонность исследования. Реализация данного принципа в ходе комиссионной (комплексной) экспертизы становится возможной только при правильной работе следствия на «доэкспертном» этапе.

В составе материалов «врачебного» дела на момент назначения судебно-медицинской экспертизы, помимо протокола вскрытия трупа и медицинских карт, по возможности должны содержаться следующие документы: протоколы допросов свидетелей, в том числе медицинских работников, протокол заседания комиссии по исследованию летальных исходов (КИЛИ), экспертное заключение (протокол оценки качества медицинской помощи) эксперта страховой медицинской организации, акт проверки органом управления здравоохранением субъекта РФ, акт проверки Росздравнадзором.

Анализ экспертной практики показывает, что следователи не уделяют достаточного внимания допросам среднего и младшего медицинского персонала (медицинских сестер и санитаров), фокусируя свое внимание на допросах врачей и должностных лиц из числа администрации медицинских организаций, преимущественно заведующих отделениями и заместителей главных врачей. Вместе с тем информацией о диагностике и лечении конкретного пациента в наибольшей мере располагает лечащий врач и медицинские сестры, при этом сестринское наблюдение за пациентом по длительности и интенсивности, как правило, превосходит врачебное. Руководители структурных подразделений лечебного учреждения о лечении конкретных больных обычно ничего не знают, не обязаны и не могут знать.

Порядок работы КИЛИ не урегулирован федеральным законодательством, в связи с чем КИЛИ функционируют в соответствии с приказами региональных органов управления здравоохранением и/или приказами главного врача. Тем не менее, в России сложилась практика привлечения к процедуре работы КИЛИ рецензентов из числа врачей, наиболее компетентных в вопросах диагностики и лечения заболевания, ставшего причиной смерти пациента. Выполняемые ими рецензии могут содержать информацию, полезную следствию как в чистом виде, так и в качестве объекта исследования судебно-медицинской экспертизы.

Согласно ч. 6, 7 ст. 40 Закона об ОМС<sup>2</sup>, экспертиза качества медицинской помощи (ЭКМП) – это выявление нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценка своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата. Экспертом качества медицинской помощи является врач-специалист, имеющий высшее образование, свидетельство об аккредитации специалиста или сертификат специалиста, стаж работы по соответствующей врачебной специальности не менее 10 лет. Таким образом, в процедуре ЭКМП законом предусмотрена компетенция оценки процесса оказания медицинской помощи специалистом соответствующего профиля.

Региональные и федеральные органы управления здравоохранением при проведении проверок также привлекают к работе комиссий врачей-специалистов по профилю оказанной медицинской помощи. Такая возможность обеспечивается сложившейся практикой использования труда главных внештатных специалистов.

В настоящий момент в законодательстве появились новеллы, введение которых в практику может оказать существенное влияние на предварительное следствие по «врачебным» делам.

<sup>1</sup>Федеральный закон от 31.05.2001 №73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» // СЗ РФ. 2001. №23. Ст. 2291.

<sup>2</sup>Федеральный закон от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» // СЗ РФ. 2010. №49. Ст. 6422.

Утвержден и вступил в силу с 12.06.2017 порядок проведения ЭКМП в тех случаях, когда медицинская помощь оказана вне рамок ОМС<sup>1</sup>. Данный порядок возлагает на эксперта обязанность определить наиболее значимые нарушения при оказании медицинской помощи, повлиявшие на исход заболевания, т.е. высказать суждения о причинно-следственной связи нарушений с неблагоприятным исходом.

С 01.07.2017 действуют новые критерии оценки качества медицинской помощи<sup>2</sup>, согласно которым, в отличие от ранее применявшихся критериев и стандартов медицинской помощи, оценка должна даваться в связи с конкретной нозологической формой (заболеванием или травмой), при этом оценивается не только объем обследования (как ранее по стандартам), но и его сроки, полнота и своевременность выполнения определенных медицинских вмешательств и другие аспекты.

Расследуя «врачебное» дело, следователь должен понимать, что судебно-медицинская экспертная комиссия в рамках комиссионной (комплексной) экспертизы способна и правомочна дать свою оценку всем имеющимся в деле материалам. В то же время преждевременное назначение экспертизы нередко приводит к тому, что в дальнейшем получаемые следователем заключения других экспертов и специалистов вступают в противоречия с уже имеющимся заключением комиссии судебно-медицинских экспертов. Это порождает трудности в принятии процессуального решения по делу и влечет необходимость назначения дополнительных и повторных экспертиз, проведения допросов экспертов и других следственных действий, которые могли бы и не понадобиться при рациональном построении последовательности следственных мероприятий в плане расследования «врачебного» дела.

Учитывая сроки доследственной проверки, установленные ст. 144 УПК РФ, а также реальные сроки проведения ЭКМП, заседаний КИЛИ и проверок органами государственного контроля, назначение судебно-медицинской экспертизы на этапе рассмотрения сообщения о «врачебном преступлении» до принятия решения о возбуждении уголовного дела представляется нецелесообразным, поскольку собрать полный перечень необходимых для экспертизы материалов в такие сроки невозможно по объективным причинам.

### *Литература*

1. *Баринов Е.Х., Сундуков Д.В.* Анализ врачебных ошибок в медицинской практике // *Общая реаниматология*. 2012. Т. VIII. №2. С. 79–80.
2. «Врачебные дела» в уголовном процессе / Е.Х. Баринов, П.О. Ромодановский, М.А. Очирова [и др.] // *Медицинское право*. 2014. № 3. С. 33–34.
3. *Зороастров О.М., Лоттер М.Г.* К оценке компетенции судебно-медицинской экспертизы по «врачебному делу» // *Судебно-медицинская экспертиза*. 2009. Т. 52. №1. С. 55–56.
4. *Кладов С.Ю.* Судебно-медицинская экспертиза в оценке деятельности врачей и качества медицинской помощи // *Профилактическая и клиническая медицина*. 2008. №4. С. 21–24.
5. *Кравчик Д.Э., Хомякова А.В.* Судебно-медицинская экспертиза по «врачебным» делам // *Актуальные проблемы юридической науки: теория и практика. Сборник материалов XV международной научно-практической конференции*. 2015. С. 73–74.
6. *Флоря В.Н.* Судебно-медицинская экспертиза по делам о «врачебных преступлениях» // *Медицинское право*. 2009. №2. С. 37–42.

<sup>1</sup> Приказ Минздрава России от 16.05.2017 №226н «Об утверждении Порядка осуществления экспертизы качества медицинской помощи, за исключением медицинской помощи, оказываемой в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании» // *Официальный интернет-портал правовой информации*. URL: [www.pravo.gov.ru](http://www.pravo.gov.ru).

<sup>2</sup> Приказ Минздрава России от 10.05.2017 №203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» // *Официальный интернет-портал правовой информации*. URL: [www.pravo.gov.ru](http://www.pravo.gov.ru).

7. Челноков В.С., Ильина Е.В. Судебно-медицинские аспекты оценки деятельности медицинских работников // Верхневолжский медицинский журнал. 2014. №4. С. 36–38.

Ф.В. Ведмеденко

**Актуальные вопросы судебно-медицинских экспертиз  
по делам о дефектах проведения экспертизы нетрудоспособности  
при оказании медицинской помощи в лечебных учреждениях**

**Аннотация.** Законодательные и подзаконные документы и последовательность исследования по делам о дефектах проведения экспертизы нетрудоспособности при судебно-медицинской экспертизе.

**Ключевые слова:** дефекты, экспертиза нетрудоспособности, нормативно-правовые документы, листок нетрудоспособности, временная нетрудоспособность, судебно-медицинская экспертиза

"Экспертиза временной нетрудоспособности граждан в связи с заболеваниями, травмами, отравлениями и иными состояниями, связанными с временной потерей трудоспособности ..., проводится в целях определения способности работника осуществлять трудовую деятельность, необходимости и сроков временного или постоянного перевода работника по состоянию здоровья на другую работу, а также принятия решения о направлении гражданина на медико-социальную экспертизу"<sup>1</sup>.

Судебно-медицинскую экспертизу по дефектам проведения экспертизы нетрудоспособности проводят, в соответствии с законодательством Российской Федерации о государственной судебно-экспертной деятельности, в целях установления обстоятельств, подлежащих доказыванию по конкретному случаю временной нетрудоспособности гражданина и выдачи медицинским работником гражданину листка нетрудоспособности.

Судебно-медицинская экспертиза проводится в целях проверки "происхождения" листка нетрудоспособности, т.е. определения возможности организации проводить экспертизу временной нетрудоспособности, а также достоверности и обоснованности выдачи листка нетрудоспособности, для чего, наряду с листком нетрудоспособности, проверяется первичная медицинская документация по конкретному случаю выдачи листка нетрудоспособности.

Судебно-медицинскую экспертизу, по делам о дефектах проведения экспертизы нетрудоспособности в учреждениях здравоохранения, актуально проводить в определенной последовательности.

Последовательность исследования по делам о дефектах проведения экспертизы нетрудоспособности на основе законодательных и подзаконных документов Российской Федерации:

1. Необходимо определить подлинность бланка листка нетрудоспособности, предъявляемого для экспертизы.

Листок нетрудоспособности может быть выдан в форме документа на бумажном носителе, являющимся защищенной полиграфической продукцией со степенью защиты уровня "В", по утвержденной форме бланка листка нетрудоспособности, в соответствии с законодательством Российской Федерации.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

<sup>2</sup> Федеральный закон «О внесении изменений в статью 13 Федерального закона «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» и статьи 59 и 78 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 01.05.2017 № 86-ФЗ.

С письменного согласия пациента листок нетрудоспособности может быть сформирован в виде электронного документа, подписанного с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи медицинским работником и медицинской организацией<sup>1</sup>.

2. Необходимо определить соответствуют ли данные на пациента в предъявленном на экспертизу листке нетрудоспособности, данным документа удостоверяющего личность пациента, зафиксированным в первичной документации учреждения здравоохранения, выдавшего данный листок нетрудоспособности.

Листок нетрудоспособности выдается при предъявлении документа, удостоверяющего личность.

3. Необходимо определить имел ли право пациент получить предъявленный на экспертизу листок нетрудоспособности.

Листок нетрудоспособности выдается застрахованным лицам, в соответствии с законодательством Российской Федерации.<sup>2</sup>

4. Необходимо определить где выдан пациенту предъявленный на экспертизу листок нетрудоспособности.

Выдача листков нетрудоспособности осуществляется медицинским учреждением или лицами, имеющими, в соответствии с законодательством Российской Федерации, документы о полученной лицензии на медицинскую деятельность, и деятельность "Экспертиза временной нетрудоспособности".

Лицензию получают государственные и негосударственные учреждения здравоохранения, частнопрактикующий врач.

5. Необходимо определить кем выдан пациенту предъявленный на экспертизу листок нетрудоспособности.

Чтобы быть допущенным к проведению экспертизы нетрудоспособности врачу, необходимо иметь:

- диплом о высшем медицинском образовании по специальности «Лечебное дело» или «Педиатрия», или «Стоматология»;
- диплом о клинической интернатуре или ординатуре по лечебной специальности;
- сертификат специалиста по лечебной специальности;
- свидетельство о прохождении цикла повышения квалификации «Экспертиза временной и стойкой нетрудоспособности» (обучение 72 часа).

Частнопрактикующий врач должен дополнительно иметь лицензию на осуществление деятельности по экспертизе временной нетрудоспособности.

Листок нетрудоспособности выдают: лечащие врачи медицинских организаций, клиник научно-исследовательских учреждений, фельдшеры и зубные врачи медицинских организаций, в случаях, установленных уполномоченным федеральным органом исполнительной власти<sup>3</sup>.

6. Необходимо определить, предъявленный на экспертизу листок (листки) нетрудоспособности, выдан для представления на какую работу.

Листок (листки) нетрудоспособности выдается для представления на основную работу и работу по совместительству, в соответствии с законодательством Российской Федерации.

7. Необходимо установить причину выдачи гражданину листка нетрудоспособности медицинским работником.

---

<sup>1</sup> Федеральный закон «О внесении изменений в статью 13 Федерального закона Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством и статьи 59 и 78 Федерального закона Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 01.05.2017 № 86-ФЗ.

<sup>2</sup> Федеральный закон от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством»

<sup>3</sup> Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 29 июня 2011 г. № 624 (ред. от 02.07.2014) «Об утверждении порядка выдачи листков нетрудоспособности» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 07.07.2011 г. № 21286).

В связи с заболеванием, травмой, отравлением и иными состояниями, связанными с временной потерей трудоспособности, в связи с долечиванием в санаторно-курортных организациях, при необходимости ухода за больным членом семьи, в связи с карантинном, на время протезирования в стационарных условиях, в связи с беременностью и родами, при усыновлении ребенка.

8. Необходимо определить, осуществлялась ли выдача, продление и закрытие листка нетрудоспособности медицинским работником после осмотра гражданина.

При проведении судебно-медицинской экспертизы ретроспективно, по документам, необходимо установить:

- проводился ли медицинским работником осмотр гражданина при выдаче, при продлении и при закрытии листка нетрудоспособности,

- есть ли в медицинской карте амбулаторного пациента или истории болезни пациента записи данных о состоянии его здоровья по результатам осмотра,

- есть ли в медицинской карте амбулаторного пациента или истории болезни пациента при выдаче листка нетрудоспособности и при продлении листка нетрудоспособности в записи данных осмотров, обосновывающих, на момент осмотра, необходимость временного освобождения гражданина от работы по состоянию его здоровья, запись об установлении на момент осмотра факта нетрудоспособности гражданина: "Нетрудоспособен с...по...",

- совпадают ли даты выдачи и продления листка нетрудоспособности в листке нетрудоспособности с датами осмотров гражданина медицинским работником при выдаче и продлении листка нетрудоспособности по записи данных о состоянии здоровья гражданина,

- есть ли в медицинской карте амбулаторного пациента или истории болезни пациента в записи данных осмотра при закрытии листка нетрудоспособности, обосновывающих, возможность возвращения гражданина к работе по состоянию его здоровья, запись об установлении факта трудоспособности гражданина, при закрытии листка нетрудоспособности,

- при закрытии листка нетрудоспособности: в листке нетрудоспособности, в медицинской карте амбулаторного пациента или истории болезни пациента, указывается дата выхода на работу: "Приступить к работе с...",

- совпадает ли дата выхода на работу в листке нетрудоспособности при закрытии листка нетрудоспособности, с датой выхода на работу в записи медицинским работником,

- в случае сохранения у гражданина утраты трудоспособности в записи о состоянии здоровья гражданина обосновывается необходимость его лечения в специализированном учреждении здравоохранения и указываются сведения о направлении гражданина в другую медицинскую организацию,

- в случае сохранения у гражданина утраты трудоспособности в записи о состоянии здоровья гражданина, обосновывается необходимость его направления на освидетельствование медико-социальной экспертной комиссии для установления группы инвалидности, в соответствии с законодательством Российской Федерации, с учетом сроков временной нетрудоспособности (сроков пребывания на листке нетрудоспособности) гражданина.

9. Необходимо определить осуществлялась ли регистрация листка нетрудоспособности медицинским работником в медицинской карте амбулаторного пациента или истории болезни пациента, в записи данных осмотров гражданина.

Бланки листов нетрудоспособности, с указанием их номера, регистрируются в первичной медицинской документации, при выдаче листка нетрудоспособности, при продлении листка нетрудоспособности и при закрытии листка нетрудоспособности.

В первичной медицинской документации также регистрируются даты выдачи, продления листка нетрудоспособности, выписки гражданина на работу, а, в случаях сохранения у гражданина утраты трудоспособности: сведений о направлении гражданина:

- в другую медицинскую организацию (при необходимости лечения гражданина в специализированном учреждении),

- на освидетельствование медико-социальной экспертной комиссии для установления группы инвалидности

10. Необходимо определить был ли листок нетрудоспособности выдан пациенту.

Учреждением здравоохранения листок нетрудоспособности выдается гражданину:

В день обращения или в день закрытия листка нетрудоспособности по желанию гражданина.

В день закрытия листка нетрудоспособности, оформленного для назначения и выплаты пособия.

В день обращения, если гражданин направляется (обращается) на лечение в другое учреждение здравоохранения, которое и осуществит продление и (или) закрытие листка нетрудоспособности.

11. Необходимо определить правильно ли оформлен предъявленный на экспертизу листок нетрудоспособности.

Порядок обеспечения бланками листов нетрудоспособности, их учета, хранения и оформления осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации.

12. Необходимо определить правильно ли соблюдены сроки оформления предъявленного на экспертизу листка нетрудоспособности.

Сроки продления листка нетрудоспособности для граждан, как и сами группы граждан, определены, в соответствии с законодательством Российской Федерации<sup>1</sup>.

Единолично лечащий врач имеет право выдавать гражданам листок нетрудоспособности сроком до 15 календарных дней включительно.

При сроках временной нетрудоспособности, свыше 15 календарных дней листок нетрудоспособности продлевает врачебная комиссия учреждения здравоохранения<sup>2</sup>.

13. Необходимо определить было ли лечение пациента проведено в соответствии с рекомендуемыми стандартами диагностики и лечения

по предъявленным на экспертизу медицинских первичных документов.

Было ли лечение пациента проведено в соответствии с рекомендуемыми стандартами диагностики и лечения устанавливается по медицинской первичной документации, предъявленной на экспертизу.

14. Необходимо определить проводился ли контроль качества медицинской помощи, оказываемой пациенту.

При сроке временной нетрудоспособности, превышающем 15 календарных дней, дальнейшее лечение гражданина осуществляет врачебная комиссия.

Врачебная комиссия также осуществляет контроль качества и эффективности лечебно-диагностических мероприятий. Экспертиза качества медицинской помощи проводится врачебной комиссией в целях сокращения пребывания гражданина на листке нетрудоспособности и оптимального по срокам восстановления трудоспособности гражданина, путем выявления и устранения нарушений при оказании медицинской помощи и, соответственно, дефектов проведения экспертизы временной нетрудоспособности.

---

<sup>1</sup> Приказ Фонда социального страхования Российской Федерации и Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 января 2004 г. № 18/29 «Об утверждении Инструкции о порядке обеспечения бланками листов нетрудоспособности, их учета и хранения» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 19 февраля 2004 г. № 5573).

<sup>2</sup> Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 5 мая 2012 г. № 502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации» (зарегистрирован в Минюсте РФ 9 июня 2012 г. № 24516).



## Проблемы нормативно-правового регулирования судебно-медицинских экспертиз дефектов оказания медицинской помощи: пути решения

**Аннотация.** В статье проанализированы нормативно-правовые документы, регламентирующие производство экспертизы дефектов медицинской помощи с начала двадцатого века до настоящего времени. Приведены аргументы в пользу и против некоторых норм права, которые в настоящее время утратили силу. Сделан вывод о необходимости разработки и принятия нормативно правового документа, регламентирующего производство экспертиз дефектов медицинской помощи для всех видов судебно-медицинских экспертных учреждений.

**Ключевые слова:** дефекты медицинской помощи, вред, причиненный здоровью человека, экспертные ошибки, профессиональные правонарушения медицинских работников, врачебное дело, врачебная ошибка.

**Введение.** Проблема ненадлежащего оказания медицинской помощи и связанного с ним уголовного и гражданского судопроизводства является одной из наиболее обсуждаемой в обществе Российской Федерации и широко обсуждается в средствах массовой информации. Ее освещение весьма неоднозначно и нередко диаметрально противоположно: то широко обсуждается случай оказания медицинской помощи конкретному пациенту, при этом доводы медицинского сообщества не выходят на первый план обсуждения, даже если сам случай неоднозначный, зачастую скатываясь вплоть до обобщения о «врачах убийцах»; то наоборот общество рьяно обсуждает очередной приговор врачу и его несправедливость, требуя его отмены, при этом ни о смерти пациента, ни о пострадавших родственниках речи практически не идет. Одной из важных составляющих при расследовании профессиональных правонарушений медицинских работников является судебно-медицинская экспертиза дефектов оказания медицинской помощи (далее – экспертиза ДОМП), поэтому важно, чтобы экспертизы, ложащиеся в основу решений правоохранительных органов и судов, были выполнены на основе достижений современной медицинской науки и в то же время соответствовали главным критериям доказательства.

**Актуальность темы.** В Московской области ежегодно проводится детальный анализ дефектов медицинской помощи с изданием «Мониторинга дефектов оказания медицинской помощи по материалам Бюро судебно-медицинской экспертизы Московской области: ежегодный доклад» [1,2]. В ежегодном докладе мы анализируем все проведенные за год экспертизы. Мы отмечаем рост количества экспертиз, назначаемых следователями других субъектов РФ, эти экспертизы повторные, зачастую речь идет о третьей, четвертой экспертизе по делу с решением одних и тех же вопросов. Кроме того, следствие активно обсуждает вопрос недоверия к судебно-медицинской экспертизе дефектов оказания медицинской помощи, проведенной в ГСМЭУ своего субъекта Федерации. Нам известно о рекомендациях назначения судебно-медицинских экспертиз дефектов медицинской помощи в другие субъекты РФ и даже в негосударственные СМЭУ. Поэтому целью настоящей работы явился анализ причин назначения повторных экспертиз.

**Материал и методы.** Мы проводили анализ заключений эксперта и сведений из постановлений и материалов дела, при этом использовались:

1) Данные судебно-медицинских экспертиз дефектов оказания медицинской помощи, проведенные в ГБУЗ МО «Бюро СМЭ» в 2015-2017 годах. Анализу подвергались только повторные экспертизы, в которых были полностью даны ответы на поставленные в постановлении вопросы. Экспертизы, назначенные по гражданским делам не анализировались. Всего проанализировано 98 заключений эксперта, из них 57 экспертиз было выполнено по уголовным делам, 41 экспертиза по материалам доследственной проверки.

2) Данные судебно-медицинских экспертиз дефектов оказания медицинской помощи, поступивших для консультации врача судебно-медицинского эксперта Ассоциации судебно-медицинских экспертов в рамках пилотного проекта Национальной медицинской палаты «Независимая медицинская экспертиза» в 2016 и 2017 годах. Всего проанализировано 24 заключения эксперта по 16 случаям.

3) Данные судебно-медицинских экспертиз дефектов оказания медицинской помощи, выполненных в других Бюро судебно-медицинских экспертиз и иных экспертных учреждениях, встретившихся в материалах уголовных и гражданских дел, направляемых в ГБУЗ МО «Бюро СМЭ» в 2016 и 2017 годах (экспертиза в Бюро СМЭ МО не производилась). Всего проанализировано 25 заключений эксперта по 14 случаям.

Таким образом, всего проанализировано 147 заключений эксперта.

Результаты и обсуждение. Проведенный анализ выявил, что в подавляющем большинстве случаев повторные экспертизы назначались «в связи с несогласием потерпевшего с результатами проведенной экспертизы», при этом фабула постановления редко содержала хотя бы такое обоснование причины назначения повторной экспертизы, а чаще всего просто отражала суть произошедшего медицинского случая. Лишь в части случаев причиной назначения повторной экспертизы были противоречия между проведенными экспертизами, при этом всегда отсутствовала мотивировка для назначения первой повторной экспертизы.

Выделив основные, принципиально важные этапы экспертизы мы отметили следующие проблемы, приводящие к назначению повторных экспертиз и подкреплению мнения о необъективности проведенных экспертиз:

I. Разный подход к привлечению внештатных экспертов. Нам встретились разнообразные варианты:

- полное отсутствие в составе экспертных комиссий врачей клинических специальностей (некоторые ГСМЭУ, некоторые негосударственные СМЭУ);

- включение в состав экспертных комиссий врачей клинических специальностей заведомо не подходящих к рассматриваемому медицинскому происшествию (только негосударственные ГСМЭУ);

- включение в состав экспертной комиссии одного специалиста, имеющего множество сертификатов и очевидно, не имеющего достаточного практического опыта для решения вопроса о наличии дефектов оказания медицинской помощи (только негосударственные ГСМЭУ);

- разный подход к выбору клинических специальностей внештатных экспертов при проведении экспертизы в разных ГСМЭУ.

Причиной выявленной проблемы является почти полное отсутствие нормативно-правового регулирования вопроса привлечения внештатных экспертов (врачей клинических специальностей) к производству экспертизы дефектов оказания медицинской помощи. Лишь в приказе Минздравсоцразвития России от 12 мая 2010 г. N 346н «Об утверждении порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях российской федерации» указано о том, что к производству экспертиз по делам о привлечении к ответственности медицинских работников за профессиональные правонарушения могут привлекаться эксперты-врачи соответствующих специальностей, то есть норма приведена в рекомендательной форме и не обязательна к исполнению. Ни постановление правительства Российской Федерации от 17.08.2007 года №522 «Об утверждении правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека», ни приказ Минздравсоцразвития России от 24.04.2008 года №194н «Об утверждении Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека» нормы об обязательном комиссионном характере таких экспертиз и обязательном привлечении к ее производству врачей клинических специальностей не содержат.

Анализ судебно-медицинской литературы, к сожалению, также не дает результатов. Большинство работ посвящены анализу видов дефектов медицинской помощи по профилям, виду оказываемой помощи, однако отсутствуют методики, методические рекомендации и работы,

анализирующие привлечение врачей тех или иных клинических специальностей к производству экспертизы.

II. Разный подход к объему исследуемых документов, проведению исследований в ходе экспертизы ДОМП. Мы выделили основные варианты:

- пренебрежение исследованием материалов дела (последственной проверки) (многие ГСМЭУ, почти все негосударственные СМЭУ);

- неполное исследование медицинских документов. Нередко имеет место исследование только медицинской карты стационарного больного из одной медицинской организации, вопросы по оказанию медицинской помощи в которой имеются в постановлении, при этом пациент имел либо длительный анамнез болезни (наблюдения и лечения), либо лечился в нескольких медицинских организациях (негосударственные ГСМЭУ);

- отказ от повторного исследования гистологического материала (цитология, биопсия, операционный материал, материал от трупа) (многие ГСМЭУ и почти все негосударственные СМЭУ);

- отказ от повторного исследования томограмм, рентгенограмм, ЭКГ, ЭЭГ и т.п. результатов инструментальных исследований.

Причиной выявленной проблемы является полное отсутствие нормативно-правового регулирования объема исследований и практически полное отсутствие каких-либо работ в судебно-медицинской литературе. Действующие нормативно-правовые документы лишь в общем устанавливают принципы производства любой экспертизы, в том числе экспертизы ДОМП, однако не содержат порядка действий при производстве экспертизы ДОМП, как это прописано для всех остальных видов экспертиз (трупа, живого лица, вещественных доказательств). Исследование же специальной литературы позволило обнаружить лишь наличие «Инструкции о работе судебно-медицинских экспертных комиссий Бюро судебно-медицинских экспертиз» (Москва, 1959), утвержденной заместителем министра здравоохранения СССР М.Хомутовым. Стоит сказать, что приведенная «Инструкция...» несколько устарела и не соответствует положениям действующего УПК РФ.

III. Отсутствие единого подхода к разрешению ключевых вопросов экспертизы ДОМП:

- установлению вида и сути дефектов оказания медицинской помощи. Нам встретились случаи когда одно и то же последствие медицинской манипуляции одними экспертами расценивалось как осложнение правильно проведенной медицинской манипуляции при отсутствии дефектов ОМП, а в другом экспертной учреждении признавалось дефектом медицинской помощи и расценивалось как вред, причиненный здоровью человека. Фактически, в настоящее время суждение всей экспертной комиссии базируется на суждении конкретного врача клинической специальности, привлеченного к производству экспертизы и не обязательно отражает мнения профессионального сообщества по своей специальности;

- неверная оценка дефектов медицинской помощи с позиции вреда, причиненного здоровью человека. Мы отметили попытки расценивать дефекты оказания медицинской помощи из категории бездействия как вред, причиненный здоровью человека, что не соответствует определениям вреда здоровью в действующих нормативно-правовых документах. Законодатель четко определил, что сутью вреда, причиненного здоровью человека является только внешнее воздействие;

- неверное применение пунктов группы 6.2. «Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека» (утверждены приказом Минздравсоцразвития России от 24.04.2008 года №194н). Группа пунктов 6.2 отражает различные осложнения (кома, острая сердечно-сосудистая недостаточность и т.п.) и не может оторвано, без установления причины, приведшей к ее развитию, применяться к дефектам оказания медицинской помощи. Фактически экспертами производится оценка вреда, причиненного здоровью имеющегося у пациента заболевания, а не дефектов оказания медицинской помощи;

- установление причинно-следственных связей с выходом за рамки компетенции экспертов медицинской специальности. Судебно-медицинская экспертиза компетентна устанавливать лишь медицинскую часть причинно-следственной связи на основе законов логики и работ по

изучению проблем причинности в медицине. В ходе экспертизы должна быть прослежена причинно-следственная цепочка от причины заболевания до исхода через цепь осложнений. Отсутствие выполнения каких-либо действий медицинских работников при оказании медицинской помощи, то есть бездействие – выходят за рамки медицинской части причинно-следственной связи и соответственно не относятся к компетенции судебно-медицинской экспертизы.

Выводы. Проведенный анализ позволил выявить проблемы экспертизы ДОМП, закономерно приводящие к назначению повторных экспертиз, отсутствию возможности сравнения экспертиз при оценке следствием и судом экспертиз с точки зрения допустимого доказательства и укреплению недоверия к судебно-медицинской экспертизе ДОМП в целом.

Решение проблемы возможно только путем разработки и утверждения нормативно-правовых документов, регламентирующих производство экспертизы во всех СМЭУ: государственных, негосударственных, экспертных подразделениях при следственных органах.

В первую очередь необходим документ, разработанный судебно-медицинскими экспертами, что возможно реализовать в виде клинических рекомендаций, разработанных профессиональным сообществом. Такой документ должен содержать порядок производства таких экспертиз и обязательно закреплять ставшие уже догмой истины: экспертиза дефектов оказания медицинской помощи должна производиться комиссионно, обязательно с привлечением врачей соответствующих клинических специальностей; прямая причинно-следственная связь и вред, причиненный здоровью пациента дефектами оказания медицинской помощи должны устанавливаться исходя из принципов логики. Разработка такого нормативно-правового документа должна быть тщательной, опираться на достигнутое в судебной медицине, сам документ должен быть подвергнут широкому обсуждению в судебно-медицинском и клиническом сообществе прежде чем его первый проект будет направлен в Минздрав России.

Во вторую очередь необходимо проведение обсуждения с профессиональными сообществами клиницистов для разработки протоколов дефектов оказания медицинской помощи в конкретной специальности, утверждаемых профессиональными ассоциациями. Идея состоит в том, чтобы само профессиональное сообщество определилось с тем что считать дефектом оказания медицинской помощи, а что осложнением правильно проведенной процедуры. Такой документ должен быть обязателен для использования врачом клинической специальности, входящим в состав экспертной комиссии.

Приведенные меры позволят решить проблему сравнимости экспертиз ДОМП и снизить количество повторных экспертиз.

#### *Литература*

1. Мониторинг дефектов оказания медицинской помощи по материалам Бюро судебно-медицинской экспертизы Московской области в 2016 году: ежегодный доклад / *Клевно В.А., Веселкина О.В., Сидорович Ю.В.*; под ред. проф. *В.А. Клевно*. М.: Ассоциация СМЭ, 2017, 140 с.: ил.
2. Мониторинг дефектов оказания медицинской помощи по материалам Бюро судебно-медицинской экспертизы Московской области в 2015 году: ежегодный доклад / *Клевно В.А., Веселкина О.В., Сидорович Ю.В.*; под ред. проф. *В.А. Клевно*. М.: Ассоциация СМЭ, 2016, 124 с.: ил.

**В.С. Власова**

#### **Особенности назначения и производства судебных экспертиз при расследовании уголовных дел о преступлениях, связанных с заражением ВИЧ-инфекцией**

**Аннотация.** В статье на основе анализа действующего законодательства, информационно-аналитических материалов, размещенных в сети Интернет и справочной правовой системе

Консультант-Плюс: Версия Проф, различных литературных источников относящихся к исследуемой проблеме, а также материалов следственно-судебной практики, проанализированы особенности назначения и производства судебных экспертиз при расследовании преступлений, предусмотренных ст. 122 УК РФ.

**Ключевые слова:** ВИЧ-инфекция, ст. 122 УК РФ, здоровье, заражение, экспертиза, осмотр документов, преступления медицинских работников, профессиональные преступления.

В Российской Федерации здоровье, как неотъемлемое и неотчуждаемое благо, принадлежит человеку от рождения, охраняется государством и находится под защитой Конституции Российской Федерации<sup>1</sup>.

Болезнь, вызванную вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) – относят к заболеванию, которое представляет опасность для окружающих<sup>2</sup>. Поскольку, хроническое заболевание, вызываемое вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция), приобретает массовое распространение во всем мире, вызывает тяжелые социально-экономические и демографические последствия, создает угрозу личной, общественной, государственной безопасности, а также угрозу существованию человечества, в Российской Федерации разработаны механизмы медицинского и правового предупреждения распространения ВИЧ-инфекции<sup>3</sup>.

Уголовный кодекс Российской Федерации (далее - УК РФ) устанавливает уголовную ответственность за заражение ВИЧ-инфекцией (ст. 122 УК РФ). Несмотря на достаточно незначительную судебную практику расследования данного вида преступлений, в свете реализации Государственной стратегии противодействия распространению ВИЧ-инфекции в Российской Федерации на период до 2020 года и дальнейшую перспективу, утвержденным распоряжением Правительства Российской Федерации от 20 апреля 2017 г. № 754-р<sup>4</sup>, выработка современной методики расследования таких преступлений не вызывает сомнений.

Кроме того, следует учитывать определенную специфику объективной стороны преступлений, предусмотренных ч. 1 и ч. 4 ст. 122 УК РФ, и моментом наступления преступных последствий в виде заражения ВИЧ-инфекцией.

В связи с тем, что в некоторых случаях выявить заболевание возможно только через определенное время, а исследование крови для обнаружения антител к вирусу иммунодефицита человека процесс сложный, требующий определенных временных затрат, и, к тому же, может дать ложные результаты и потребовать проведения повторных исследований, необходимо назначать судебно-медицинскую экспертизу.

Для её назначения необходимо предоставить соответствующие, достаточные материалы, документы. Поэтому, как правило, назначению судебно-медицинской экспертизы предшествует изъятие и осмотр документов: медицинских карт, историй болезни, писем, дневников, записок, обнаруженных у подозреваемого либо потерпевшего.

К осмотру медицинских карт и историй болезней могут быть привлечены в качестве специалистов медицинские работники. В результате осмотра могут быть получены сведения о диагнозе заболевания подозреваемого и потерпевшего, о времени заражения и моменте выявления болезни, о стадии заболевания. Особое внимание следует обратить на аккуратность и своевременность прохождения больным обследований и лечения, на выполнение им требований врачей, на поведение в стационарном лечебном учреждении и по месту жительства, а также наличие предупреждения лицу, инфицированному ВИЧ - необходимо установить, когда и кем было сделано данное предупреждение, какие запреты и правила установлены больному, кто подписал это предупреждение.

<sup>1</sup> Конституция Российской Федерации // СЗ РФ. 2014. № 31. Ст. 4398.

<sup>2</sup> Постановление Правительства РФ от 01.12.2004 № 715 (ред. от 13.07.2012) «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих» // СЗ РФ. 2004. № 49. Ст. 4916.

<sup>3</sup> Федеральный закон от 30.03.1995 № 38-ФЗ (в ред. от 30.12.2015) «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» // СЗ РФ. 1995. № 14. Ст. 1212.

<sup>4</sup> СЗ. 2017. № 19. Ст. 2854.

Данные обстоятельства, как правило, находят документальное подтверждение в амбулаторной карте ВИЧ-инфицированного.

Так, в ходе осмотра амбулаторной карты было установлено: карта состоит из 210 прошитых и сброшюрованных листов. На первой странице карты имеется разграфка, в которой заполнены установочные данные на имя амбулаторного больного Е. ... На 19 странице карты вклеен бланк расписки «Предупреждение лицу, инфицированному ВИЧ», в виде листа бумаги белого цвета, размерами сторон 21х14 см, на котором имеется печатный и рукописный тексты. Печатный (машинописный) текст выполнен красящим веществом черного цвета. В верхней части по центру имеется текст следующего содержания: «Предупреждение лицу, инфицированному ВИЧ», чуть ниже – «Я», далее рукописный текст выполненный чернилами синего цвета - «Е., 1982 года рождения», затем печатный текст – проживающий по адресу, далее рукописный текст – М.О., г. Краснознаменск, ул. Ш. 4 - 79. После построчно имеется печатный текст - письменно подтверждаю, что сего числа я предупрежден (а) о том, что я инфицирован (а) вирусом иммунодефицита человека, что может стать источником заражения других лиц, и мне понятен порядок и сроки контрольного наблюдения. Мне разъяснены правила профилактики, мои обязанности, в том, числе, что я не могу быть донором, независимо от давности ВИЧ-инфекции. Мне и приглашенным моим возможным контактам по ВИЧ-инфекции гарантирована конфиденциальность со стороны медицинского персонала.

Мне разъяснено: - что, в случае не соблюдения правил профилактики, поставление в опасность заражения ВИЧ-инфекцией другого лица, я несу уголовную ответственность в соответствии со ст. 122 УК РФ.

Ниже данного текста на указанном листе (расписке) на первой строчке имеется печатный текст: «подпись больного», напротив которой имеется рукописная подпись, выполненная чернилами синего цвета. На второй строчке имеется печатный текст: «подпись врача», напротив которой рукописная подпись, выполненная чернилами черного цвета. Далее имеется дата заполнения, выполненная рукописно, чернилами синего цвета: ««23» декабря 2008 г.»», «г. Москва Центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями»<sup>1</sup>.

При назначении экспертизы особое внимание необходимо уделить правильной постановке вопросов перед экспертом. Следует отметить, что именно от грамотной реализации данного подготовительного этапа назначения экспертизы, во многом зависит полнота и всесторонность разрешения экспертных задач.

В целом, вопросы, которые необходимо поставить перед экспертом, сводятся к получению ответов на них о наличии или отсутствии ВИЧ-инфекции у соответствующего лица, момента приобретения синдрома иммунодефицита человека, способа заражения (передачи) данной инфекции, стадии заболевания, в силу чего целесообразно поставить следующие обязательные вопросы:

1. Является ли подозреваемый ВИЧ-инфицированным? Если да, то, с какого времени? На какой стадии находится заболевание?

2. Какими конкретными действиями подозреваемый поставил в опасность заражения или заразил ВИЧ-инфекцией потерпевшего?

3. В какой период произошло заражение ВИЧ-инфекцией?

Кроме судебно-медицинской по делам данной категории могут быть проведены почерковедческая, биологическая, судебно-психиатрическая и наркологическая экспертизы, а также криминалистические виды экспертиз, с целью идентификации личности (дактилоскопические, портретные и т.д.)

Например, в случае обнаружения у подозреваемого во время обыска шприца для внутривенных инъекций, целесообразно назначить биологическую экспертизу<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Из материалов обзора практики расследования уголовных дел о преступлениях, предусмотренных ст. 122 УК РФ, представленные УОД МВД России исх. № 90/221 от 10.02.2015 г.

<sup>2</sup> См.: Приказ МВД России от 29.06.2005 № 511 (в ред. от 18.01.2017) «Вопросы организации производства судебных экспертиз в экспертно-криминалистических подразделениях органов внутренних дел Российской Феде-

На ее разрешение могут быть поставлены следующие вопросы:

1. Имеется ли в представленном на исследование шприце кровь человека?
2. Какова групповая принадлежность данной крови?
3. Может ли данная кровь принадлежать подозреваемому (потерпевшему)?
4. Имеются ли в обнаруженной крови признаки ВИЧ-инфекции?
5. Какая стадия развития ВИЧ-инфекции диагностируется по данной крови?
6. Может ли ВИЧ-инфекция передаваться от одного человека другому при использовании данного шприца?

Подводя итог, отметим, что специфика назначения и производства судебных экспертиз по рассматриваемой категории уголовных дел, требует определенных временных затрат, которые необходимо учитывать для тактически грамотного планирования расследования, с целью недопущения нарушения процессуальных сроков.

**К.Е. Дёмин**

### **О судебно-экспертном обеспечении раскрытия и расследования профессиональных преступлений, совершенных медицинскими работниками**

**Аннотация.** В статье рассматриваются проблемы судебно-экспертного обеспечения раскрытия и расследования профессиональных преступлений, совершенных медицинскими работниками, анализируются различные формы ее реализации при оптимизации предварительного следствия. Автор, исходя из системы функционирования составляющих данного вида деятельности, определяет ее цели и задачи при расследовании указанных преступлений.

**Ключевые слова:** автоматизация системы криминалистической регистрации; источники ультрафиолетового и инфракрасного излучения; криминалистическая техника; поисковые приборы; специальные знания; судебное исследование; судебная экспертиза; судебно-экспертное обеспечение.

Как показывает анализ практики расследования преступлений, в том числе совершаемых медицинскими работниками при выполнении ими своих профессиональных и должностных полномочий, эффективность деятельности по раскрытию и расследованию преступлений во многом зависит от её судебно-экспертного обеспечения. Как известно, в настоящее время в Российской Федерации судебно-экспертные подразделения на государственном уровне в полном объеме функционируют в Министерстве внутренних дел, Министерстве юстиции, Министерстве здравоохранения, Министерстве обороны, Следственном комитете, Федеральной службе безопасности, таможенном комитете.

Применительно к раскрытию, расследованию и предупреждению преступлений, в том числе профессиональных преступлений, совершенных медицинскими работниками, указанная деятельность осуществляется в следующих направлениях: участие экспертов-криминалистов в качестве специалистов при производстве следственных действий и оперативно-розыскных мероприятий; производство экспертиз по уголовным делам и исследований по оперативным материалам; ведение криминалистических учетов и коллекций, разработка новых и совершенствование имеющихся экспертных методик, сертификация экспертных лабораторий, обучение и повышение квалификации судебных экспертов и т.д. Так, в написанном сотрудниками ЭКЦ МВД России практическом руководстве по производству судебных экспертиз под редакцией профессора Т.В. Аверьяновой и В.Ф. Статкуса указано, что в процессе расследования данная деятельность осуществляется в следующих формах: консультирование следователя по вопросам выбора необходимых технико-криминалистических средств, исходя из их

---

рации» (вместе с «Инструкцией по организации производства судебных экспертиз в экспертно-криминалистических подразделениях органов внутренних дел Российской Федерации», «Перечнем родов (видов) судебных экспертиз, производимых в экспертно-криминалистических подразделениях органов внутренних дел Российской Федерации») // Российская газета. 2005. 30 августа.

возможностей, на стадии подготовки проведения следственного действия; использование специальных знаний в области экспертных технологий для объяснения особенности механизма следообразования участникам следственных; непосредственное применение технико-криминалистических средств в процессе проведения следственного действия; оказание помощи следователю в фиксации обнаруженных следов и иных вещественных доказательств, а также в процессуальном оформлении факта применения технико-криминалистических средств<sup>1</sup>.

В ряде опубликованных нами работ, мы предлагали выделить в судебно-экспертном обеспечении раскрытия, расследования и предупреждения преступлений следующие уровни:

- уровень подготовки и стаж работы практических судебных и судебно-медицинских экспертов, задействованных в обеспечении данного вида деятельности;
- наличие в распоряжении специалиста соответствующих сертифицированных лабораторий, оборудованных необходимым для целей исследования технико-криминалистических средств;
- организационно-методический уровень, обеспечивающий действующих сотрудников, в т.ч. информационным обеспечением<sup>2</sup>, производство судебных экспертиз и исследований<sup>3</sup>.

Рассматривая содержание первого уровня отметим следующее негативное явление, выпускники экспертных факультетов в основном распределяются в головные экспертно-криминалистические подразделения и в дальнейшем занимаются определённым видом экспертного исследования и редко принимают участие в качестве специалиста в проведении следственных действий, в том числе в осмотре места происшествия (в среднем два раза в месяц)<sup>4</sup>. Выход из создавшегося положения состоит в организации в штатах судебно-экспертных подразделений института техников-криминалистов, что было формально реализовано еще в 1990 году, улучшении технической оснащённости экспертно-криминалистических подразделений и специализации подготовки техников-криминалистов применительно к отдельным видам преступлений.

В ходе обеспечения практических сотрудников новыми методами по собиранию, исследованию, оценке и использования доказательственной и ориентирующей информации необходимо исходить из ряда криминальных детерминант, преобладающее значение среди которых, по нашему мнению, имеют следующие: способ совершения преступления и применяемые при этом орудия преступления; способ сокрытия преступления; система следов, возникающих при подготовке, совершении и сокрытии преступления. Естественно, что все указанные составляющие взаимосвязаны, поскольку, профессиональное преступление, совершенное медицинскими работниками, обуславливает возникновение определённой системы следов. Например, причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения медицинским сотрудником своих профессиональных обязанностей потребует исследование следовой картины, зафиксированной как в медицинских документах потерпевшего, так и всесторонний анализ биологического и трупного материала (при необходимости вплоть до эксгумации тела из захоронения).

При рассмотрении организационного аспекта судебно-экспертного обеспечения раскрытия, расследования преступлений следует отметить, что одна из важнейших проблем и как правильно пишет П.Т. Скорченко «...весьма многогранная, ответственная и трудоёмкая работа»<sup>5</sup>.

<sup>1</sup> Практическое руководство по производству судебных экспертиз для экспертов и специалистов: науч.-практич. пособие. Под ред. Т.В. Аверьяновой, В.Ф. Статкуса. М., 2011, с.29–42.

<sup>2</sup> Суденко В.Е. Криминалистические учеты – важнейшее средство борьбы с преступностью // Право и государство: теория и практика. 2016. № 6 (138), С. 137–140.

<sup>3</sup> Дёмин К.Е., Потокин Р.С. К вопросу об экспертном обеспечении как элементе противодействия организованной преступной деятельности // Энциклопедия судебной экспертизы. №1(5) 2015; <http://www.proexpertizu.ru/archive/645/>; Дёмин К.Е. Техничко-криминалистическое обеспечение как составляющий элемент раскрытия и расследования преступлений // Новый юридический журнал. 2012. № 4 (октябрь-декабрь). М.: МГОУ им. В.С. Черномырдина, 2012. С. 153.

<sup>4</sup> Васюков В.Ф. К вопросу о производстве следственных действий // Наука и практика. 2014. № 3 (60), С. 21–23.

<sup>5</sup> Скорченко П.Т. Криминалистика. Техничко-криминалистическое обеспечение расследования преступлений. М., 1999, с.40.



На взгляд автора, в указанном аспекте возможно выделение двух подуровней: межведомственного и внутриведомственного<sup>1</sup>. В свою очередь, при анализе внутриведомственного уровня следует учитывать структуру и функции экспертно-криминалистических и судебно-медицинских подразделений, осуществляющих сопровождение предварительного следствия<sup>2</sup>, в т.ч. профессиональных преступлений, совершаемых медицинскими работниками.

Таким образом, судебно-экспертное обеспечение раскрытия и расследования преступлений, в т.ч. совершенных медицинскими работниками, представляет собой специфическую деятельность экспертных подразделений, направленная на создание постоянной готовности применения специальных научных знаний и технических средств в целях раскрытия и расследования преступлений.

**С.В. Ерофеев,  
Н.А. Каменская,  
Н.В. Малахов,  
А.С. Семенов**

### **Сложность и особенности современной экспертной оценки неблагоприятного исхода медицинской помощи**

**Аннотация.** В статье проанализирован опыт организации и методика сложных медицинских экспертиз в связи с неблагоприятным исходом медицинской помощи. Освещены возникающие при этом сложности формирования экспертных комиссий, финансирования, процессуальных положений, оценки заключений следователем и судом. Предложены реальные способы разрешения противоречий и совершенствования экспертной деятельности.

**Ключевые слова:** профессиональные правонарушения медицинских работников; судебно-медицинская экспертиза в уголовном процессе; ненадлежащая медицинская помощь; неблагоприятный исход медицинской помощи.

Экспертизы в связи с правонарушениями медицинского персонала всегда оценивались в судебно-медицинской практике как одни из самых сложных и ответственных. Наблюдение за этой сферой конфликтов между пациентом и врачом позволяет не только приобрести весьма ценный опыт для предупреждения правонарушений в медицине, но и использовать его для совершенствования судебно-следственной практики, а также корректировки клинической, экспертной и организационной деятельности в здравоохранении.

Поэтому мы более 20 лет ведём наблюдение за случаями неблагоприятного исхода медицинской помощи по материалам уголовных, гражданских дел и сложных комиссионных экспертиз и целенаправленно обмениваемся этой информацией с коллегами на конференциях и съездах по медицинскому праву и судебной медицине<sup>3</sup>.

Мониторинг проблемы в последние 2 года демонстрирует следующее.

Обращает на себя внимание рост негативных оценок государственной судебно-медицинской экспертизы по «врачебным делам» со стороны всех основных субъектов уголовного и

<sup>1</sup> *Вольнский А.Ф.* Концептуальные основы технико-криминалистического обеспечения раскрытия и расследования преступлений. Дис...док. юрид.наук. М., 1999. С. 29–30.

<sup>2</sup> *Хмыз А.И.* Практика использования экспертно-криминалистических средств и методов при раскрытии и расследовании преступлений на современном этапе// Актуальные проблемы борьбы с преступлениями и иными правонарушениями: материалы девятой международной научно-практической конференции. Барнаул: Барнаульский юридический институт МВД России, 2011. Ч. 1, С. 70–74.

<sup>3</sup> *Сергеев Ю.Д., Ерофеев С.В.* Неблагоприятный исход оказания медицинской помощи. М., 2001. 293 с.; *Ерофеев С.В., Каменская Н.А., Павлова Ю.В. и др.* Современный взгляд на проблему неблагоприятного исхода медицинской помощи: что наблюдаем и что тревожит // Научные труды V Всероссийского съезда Национального Конгресса) по медицинскому праву / под ред. Ю.Д.Сергеева, С.В. Ерофеева. М: НИМП, 2013. С.83–87; *Sergeev Yu.D., Erofeev S. V.* Forensic Medicine and Medical Law in Modern Russia/ - In.: Legal and Forensic Medicine. Editors Beran, Roy G., in 3 vol. - Springer Verlag, Berlin, Heidelberg. 2013. 1845 p. (p. 553–570).

гражданского процесса, а также общественных организаций, формирующих общественное мнение об экспертной деятельности Бюро СМЭ.

Результатами судебно-медицинской экспертизы всегда недовольны и пациенты, и врачи, если заключение не соответствует их представлениям о происшедшем. Это выражается в многочисленных жалобах сторон вплоть до самых высоких инстанций. Активное недовольство экспертизой обычно ведет к возобновлению следственных действий и пересмотру решения суда – по мнению вышестоящей судебной или следственной инстанции. Это практически всегда сопровождается назначением повторной экспертизы – вопреки четко обозначенным в процессуальных Кодексах основаниям для неё. И действительно, ни в УПК РФ, ни в ГК РФ не содержится такого основания для повторной экспертизы, как «несогласие с результатами экспертизы», которое мы встречаем в большинстве постановлений и определений.

Из изложенного становится понятными сложность расследования дел о «медицинских происшествиях», а также раздражение следователя и судьи, которое оборачивается неудовлетворенностью в отношении основного документа, несущего доказательственную информацию, – заключения комиссионной медицинской судебной экспертизы (КМСЭ).

В итоге от сотрудников СУ СК мы неоднократно слышали заявления о необходимости проведения этих экспертиз специальным подразделением при СУ СК РФ. А теперь видим реализацию этих намерений, которая имеет как позитивные стороны, так и очевидные сложности воплощения этой идеи. И это заслуживает обстоятельного обсуждения – в интересах СК РФ.

Таким образом, в последние годы вокруг процедуры выполнения судебно-медицинских экспертиз при «медицинских инцидентах» сложилась атмосфера недовольства экспертизой со стороны всех основных субъектов уголовного и гражданского процесса, а также со стороны общественных организаций.

Очевидно: если судебно-медицинская экспертиза по «врачебным делам» умудрилась «обидеть» столь разные по своим функциям структуры, имеющие противоположные цели в процессе расследования, то упреки в «экспертном субъективизме и некомпетентности» вряд ли справедливы.

В целом такие условия работы государственной судебно-медицинской экспертной службы характерны для последних лет. Для экспертов они не являются новыми: любая экспертиза изначально обречена на недовольство хотя бы одной из противоборствующих сторон, а потому специальность «Судебно-медицинская экспертиза» также обречена на конфликтность. Кроме этих условий, работу экспертных комиссий осложняет резкий и неоправданный рост комиссионных экспертиз на этапе доследственной проверки, что мы прогнозировали ранее<sup>1</sup>.

Стремительный рост числа комиссионных экспертиз по этой категории дел обусловлен тремя факторами:

- упорством управлений СК РФ в назначении экспертиз на этапе доследственной проверки в Бюро судебно-медицинской экспертизы вместо назначения служебного расследования в органы управления здравоохранением;

- постоянно растущей правовой активностью населения, ориентируемого СМИ и другими средствами пропаганды на восстановление нарушенных прав непременно с помощью СУ СК РФ или органов прокуратуры;

- отказом органов управления здравоохранением от ведения служебных проверок в подобных случаях с направлением следователя в Бюро судебно-медицинской экспертизы. Такая линия работы управленческих структур выглядит порочной, так как они утрачивают при этом контроль над наиболее опасными по последствиям конфликтам и сами лишают себя возможности проанализировать инцидент с целью построения защиты.

Такой путь организации доследственной проверки выглядит тупиковым ввиду того, что назначение экспертизы на этапе проверки уже привело к формированию порочного круга: рост объема и количества первичных экспертиз влечёт снижение их качества и увеличение сроков,

---

<sup>1</sup> *Сергеев Ю.Д., Ерофеев С.В.* Экспертно-правовые аспекты ненадлежащего оказания медицинской помощи // Медицинское право. 2014. № 6. С.3–9.

что вызывает недоверие следствия и участников уголовного процесса, а это оборачивается ростом повторных и дополнительных экспертиз. В итоге легко возникла и всё рельефнее ощущается проблема, которой раньше не существовало: и СУ СК РФ, и многие Бюро судебно-медицинской экспертизы завалены и уголовными делами, и материалами проверок по жалобам пациентов.

Повторно предлагаем руководству службы криминалистики СК РФ несложный выход из непростой ситуации. Разрешению проблем, возникающих при реализации поправки к ст. 144 УПК РФ от 15.03.2013 могло бы способствовать разъяснение СК РФ о правоприменении следователями этого процессуального положения: его целесообразно и эффективно применять при всех видах судебно-медицинских экспертиз, где объекты подвергаются быстрому изменению (труп, вещественные доказательства биологического происхождения), и нецелесообразно использовать при экспертизах по материалам дел, где состояние изучаемых объектов надежно зафиксировано и не изменяется. Рост числа повторных экспертиз и объема разрешаемых при них вопросов напрямую связан с ростом объема первичных экспертиз и падением их качества ввиду недостаточности предоставленных материалов, которые и не могут быть собраны следователем в полном объеме на этапе проверки. К сожалению, далеко не все эксперты и руководители Бюро могут противопоставить активности следователя право своего отказа от экспертизы из-за недостаточности материалов, предоставленное ст. 57 УПК РФ.

Рост числа повторных экспертиз в последние годы связан также ещё с двумя дефектами в работе следствия и судов, носящими системный методический характер.

1. Отсутствие (или нежелание) установить и придерживаться унифицированной методики оценки экспертных заключений следователем (судом). Мы имеем в виду:

- отсутствие чётких оценочных критериев, позволяющих считать заключение эксперта дефектным и недопустимым;

- отсутствие положения о том, обладает ли повторная комиссионная экспертиза преимуществом и приоритетом по сравнению с первичным заключением, которое признано дефектным;

- следует ли назначать повторную экспертизу после повторной, противоречащей первичному заключению, признанному дефектным;

- учитывая, что в ряде несущественных деталей повторные заключения могут различаться, сколь долгим может быть этот ряд повторных экспертиз. Очевидно, что рост степени нерешительности, безответственности следователя (судьи) приближает этот ряд повторных экспертиз к бесконечности.

2. Назначение повторной экспертизы не в строгом соответствии с основаниями, предусмотренными законом (ст.ст. 204, 207, 283 УПК РФ и соответствующие статьи ГПК РФ), а по «социальным» показаниям: в связи с жалобами потерпевших, немотивированным несогласием сторон, защитников и т.п. с заключением экспертов.

Описанные проблемы в организации комиссионных экспертиз усугубляются целым спектром сложностей в связи с привлечением врачей-клиницистов в состав экспертной комиссии.

По закону обязанность по формированию комиссии лежит, в первую очередь, на лице, назначившем экспертизу. Однако правоохранители легко перекладывают эту свою обязанность на плечи организаторов здравоохранения: многие руководители органов управления здравоохранением получают десятки писем из иных субъектов РФ с просьбой «выделить или подобрать из числа медицинского персонала» специалиста в области офтальмологии, урологии, детской онкологии и т.п. Орган управления здравоохранением, как правило, в поиске специалистов отказывает, так как реально не может исполнить эти запросы правоохранителей. Таким образом, и у государственной судебно-медицинской службы, и у «независимых» экспертных структур, и у правоохранителей существует общая проблема в виде недостатка подготовленных компетентных консультантов.

Рассмотрим, какая из экспертных и правоохранительных структур имеет возможность эффективнее разрешить эту проблему.

Для привлечения консультантов в состав экспертной комиссии существует 3 возможных пути:

- заинтересовать привлекаемых врачей материально;
- заинтересовать привлекаемых врачей морально; например, предлагая им поработать с энтузиазмом во имя идеалов справедливости и медицины;
- ввести их в состав комиссии в принудительном порядке.

Для формирования компетентной и независимой в суждениях комиссии необходимо учесть ещё два критерия.

1. Необходимо обеспечить участие специалиста, компетентного во всех отношениях – и в представляемой им клинической специальности, и в области смежных вопросов медицинского права, и в области коммуникации – для достойного представления своего мнения в суде и общения с участниками заседания.

2. Необходимо обеспечить процессуальную безупречность привлекаемых в комиссию специалистов. В частности, знать и исключить основания для отвода экспертов и по существу их возможной заинтересованности, и по формальным основаниям.

Каковы же пути преодоления описанных сложностей формирования экспертной комиссии?

Наш опыт позволяет утверждать, что единственным способом привлечения компетентного специалиста является создание условий для его материальной заинтересованности. Причём оплата его труда должна быть выше уровня оплаты по основному месту работы в силу уникальности исполняемой работы, и ввиду высокой ответственности за её результат. Учитывая мощностное общественное резонанс вокруг проблемы экспертной оценки медицинской помощи, в каждом субъекте РФ могут быть найдены сравнительно небольшие средства для достойного финансирования труда членов медицинских экспертных комиссий. Эти средства важны для организации первичных комиссионных судебно-медицинских экспертиз.

Учитывая растущую потребность правоохранительных органов в проведении повторных и дополнительных экспертиз, очевидную тенденцию к проведению экспертиз вне субъекта РФ, где имел место инцидент, реальный путь финансирования повторных экспертиз может быть следующим. Эти «перекрестные» экспертизы Бюро судебно-медицинской экспертизы для правоохранителей соседних субъектов РФ исполнять безвозмездно не сможет, так как оберегает свой и без того скудный бюджет. Поэтому финансирование их должно осуществляться из средств федерального бюджета, которыми должен располагать СК РФ. Мы готовы участвовать в расчете ежегодного объема этих средств и уверены, что он будет значительно ниже, чем, к примеру, объем оплаты, который СУ СК РФ платит ежегодно за проведение строительных экспертиз.

Надеемся, что изложенные выше проблемы организации комиссионной экспертизы дают представление всем, кто стремится в эту сферу судебно-медицинской экспертизы, о необходимости опыта и специфических медико-правовых знаний.

Поэтому государственные судебно-медицинские учреждения по-прежнему компетентны наиболее квалифицированно давать экспертную оценку неблагоприятному исходу медицинской помощи. Что касается отношений с иными экспертными структурами, то большинство руководителей и сотрудников Бюро судебно-медицинской экспертизы придерживается следующих принципов.

- Наблюдаемое в последние годы противостояние между государственной судебно-медицинской службой и структурами, претендующими на «независимую» экспертизу в сфере медицинских конфликтов, неконструктивно и ведет к потере доверия правоохранительных органов к экспертным организациям в целом.

- Опыт государственных судебно-медицинских учреждений в области экспертизы при неблагоприятных исходах медицинской помощи значителен, является многолетним, отличается основательной методологией и совершенствуется в процессе научно-практической работы. Таким образом, судебно-медицинская служба имеет ряд значимых преимуществ в организации комиссионной судебно-медицинской экспертизы в связи с правонарушениями медицинского персонала.

- Судебно-медицинская служба не скрывает этот опыт и открыто публикует его. Но судебные медики так же, как следователи и судьи, не являются людьми публичными. Поэтому

публикации эти существуют в специальных изданиях, не имеют рекламного характера и не преследуют популистских целей. За взвешенным представлением информации о медицинских конфликтах стоит серьёзный научно-практический анализ проблемы и стремление к совершенствованию модели комиссионной экспертизы, адекватной современному состоянию медицины и удовлетворяющей потребности современной судебно-следственной практики.

Д.А. Жуков

### **О проблеме оформления дополнительных вопросов при назначении судебно-медицинской экспертизы**

**Аннотация.** В работе исследуется правовая неопределенность уголовно-процессуального закона, касающаяся процессуальной формы внесения в постановление о назначении медицинской судебной экспертизы дополнительных вопросов экспертам после ознакомления участников уголовного судопроизводства с постановлением о назначении экспертизы.

**Ключевые слова:** экспертиза, следователь, расследование, ятрогения, ознакомление участников уголовного судопроизводства, дополнительные вопросы.

При расследовании «ятрогении»<sup>1</sup> и оценки правильности оказания медицинской помощи пациенту обычно проводится комиссионная медицинская судебная экспертиза, а зачастую дополнительная или повторная медицинские судебные экспертизы. Такие экспертизы, как правило, проводятся комиссией, в которую привлекаются эксперты, являющиеся экспертами бюро судебно-медицинской экспертизы по субъектам Российской Федерации, а также внештатными экспертами данного бюро.

Конечно отдельной и очень большой дискуссии заслуживает момент осознания следователем необходимости проведения судебной медицинской экспертизы, после чего у следователя согласно ст. 38 и ч. 1 ст. 195 Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации<sup>2</sup> (здесь и далее - УПК РФ) уже возникает обязанность вынести постановление о назначении судебной экспертизы, но какие-либо сроки назначения экспертиз ни в указанной статье, ни в других статьях УПК РФ не определены. Следует отметить, что сроки назначения экспертиз не определены и в случаях, когда экспертиза должна быть обязательно назначена и проведена в соответствии со ст. 196 УПК РФ. Представляется, что установление таких сроков не нужно в уголовно-процессуальном законе, поскольку их определить невозможно.

Хочется только отметить, что моменту осознания следователем необходимости проведения любой, в том числе медицинской судебной экспертизы, и ее назначению, фактически предшествует получение следователем специальных знаний путем изучения литературы, нормативно-правовой базы по предмету экспертизы, допросов свидетелей и специалистов, из полученных документов.

То есть следователь в каждом конкретном случае определенный промежуток времени «разбирается по существу» и устанавливает, как совершено преступление, и что необходимо проверить, подтвердить или опровергнуть путем проведения судебной экспертизы, особенно, когда следователь уже предполагает, какой результат будет достигнут при ее проведении.

Таким образом, осознав необходимость проведения медицинской судебной экспертизы, следователь выносит постановление о назначении такой экспертизы и в соответствии с ч. 3 ст. 195 УПК РФ знакомит с ним участников уголовного судопроизводства, разъясняет им права, предусмотренные статьей 198 УПК РФ. Об этом составляется протокол, подписываемый следователем и лицами, которые ознакомлены с постановлением.

<sup>1</sup> Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем 10-го пересмотра (МКБ-10) [Электронный ресурс] URL: [http://khab03.ru/sites/default/files/field/attachments/mkb-10\\_1999.pdf](http://khab03.ru/sites/default/files/field/attachments/mkb-10_1999.pdf) (дата обращения 13.02.2018).

<sup>2</sup> Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации от 18.12.2001 № 174-ФЗ // СПС «КонсультантПлюс».

Участники уголовного судопроизводства должны быть ознакомлены с постановлением о назначении экспертизы до ее производства<sup>1</sup>.

Согласно п. 4 ч. 1 ст. 198 УПК РФ ознакомленные с постановлением о назначении экспертизы участники уголовного судопроизводства имеют право ходатайствовать о внесении в постановление о назначении судебной экспертизы дополнительных вопросов экспертам.

При этом, в какой процессуальной форме должно выражаться внесение дополнительных вопросов, глава 27 УПК РФ «Производство судебной экспертизы» не определяет.

Таким образом имеет место правовая неопределенность, которую на наш взгляд возможно и необходимо разрешить.

Из опыта своей практической деятельности известно, что следователи разрешают данную неопределенность предварительным обсуждением всех вопросов с участниками уголовного судопроизводства в период подготовки проекта постановления о назначении медицинской судебной экспертизы, после чего оформляют постановление с учетом устных предложений участников уголовного судопроизводства, и в протоколах ознакомления с ним, участники сообщают об отсутствии у них каких-либо ходатайств, заявлений и дополнительных вопросов. Нужно учитывать, что такой способ решения данной проблемы имеет право на применение, если взаимоотношения участников уголовного судопроизводства и следователя бесконфликтные.

На практике имеют место и другие способы разрешения данной правовой неопределенности.

Так, составив протокол ознакомления с постановлением о назначении экспертизы, в котором отражены дополнительные вопросы экспертам, первое постановление отменяется, после чего следователем выносится новое постановление с учетом дополнительных вопросов, которое и направляется экспертам.

Такой путь разрешения обозначенной правовой неопределенности представляется неверным, поскольку основное постановление о назначении медицинской судебной экспертизы фактически отменяется по формальным основаниям, а не потому что оно незаконное и необоснованное.

Существует также мнение, что в соответствии с ч. 1 ст. 205 УПК РФ следователем может выноситься постановление о назначении дополнительной медицинской судебной экспертизы, содержащее те дополнительные вопросы, которые были заявлены участниками уголовного судопроизводства при ознакомлении с основным постановлением о назначении экспертизы.

Данный путь разрешения указанной правовой неопределенности представляется также неправильным, поскольку дополнительная медицинская судебная экспертиза назначается «в отношении ранее исследованных обстоятельств уголовного дела, производство которой поручается тому же или другому эксперту», в действительности же фактически исследование обстоятельств уголовного дела еще не происходило.

В связи с изложенным представляется, что пункт 4 ч. 1 ст. 198 УПК РФ после слов «ходатайствовать о внесении в постановление о назначении судебной экспертизы дополнительных вопросов эксперту» необходимо дополнить простой и короткой фразой «о чем выносится постановление».

На наш взгляд такое дополнение полностью бы разрешило данную правовую неопределенность, при этом, до внесения такого изменения в УПК РФ, предлагается следующее.

В соответствии с пунктами 3 и 6 ч. 2 ст. 38 УПК РФ следователь уполномочен принимать решение о производстве следственных и иных процессуальных действий, за исключением предусмотренных УПК РФ случаев, и осуществлять иные полномочия.

Согласно п. 25 ст. 5 УПК РФ постановление – это решение следователя, вынесенное в ходе досудебного производства.

---

<sup>1</sup> Постановление Пленума Верховного Суда Российской Федерации от 21 декабря 2010 г. N 28 г. Москва «О судебной экспертизе по уголовным делам» // Российская газета. 2010 г. 30 декабря.

С учетом указанных положений УПК РФ простым и законным способом разрешения вышеуказанной правовой неопределенности на практике является вынесение следователем самостоятельного постановления, в резолютивной части которого указывается о внесении в основное постановление о назначении медицинской комиссионной судебной экспертизы дополнительных вопросов, заявленных участниками уголовного судопроизводства, при этом нумерация дополнительных вопросов в этом постановлении продолжает нумерацию вопросов из основного постановления.

Копии данного постановления вручаются всем заинтересованным участникам уголовного судопроизводства.

После этого данное постановление вместе с постановлением о назначении медицинской судебной экспертизы и материалами уголовного дела, вещественными доказательствами направляется для производства экспертизы.

**В.О. Захарова**

### **О примерах ненадлежащего расследования ятрогенных преступлений (при собирании характеризующего материала и ознакомлении с материалами уголовного дела)**

**Аннотация.** Автор на примерах из следственной практики показывает необходимость качественного расследования уголовного дела и говорит о последствиях ненадлежащего расследования преступлений.

**Ключевые слова:** следователь; следственные ошибки; уголовное дело; ятрогенные преступления.

Говоря о важности профессий и их рейтинге в судьбе человека, мы априори включаем туда профессию врача. Наверное, нет ни одного жителя нашей планеты, который бы добровольно согласился, чтобы его лечением занимался неквалифицированный доктор, ведь даже от ненадлежащей работы терапевта может зависеть жизнь человека.

Врачебные ошибки, которые подпадают под признаки уголовно-правового деяния, именуются ятрогенными преступлениями. Их расследованием, как правило, занимаются следователи Следственного комитета Российской Федерации. И не просто следователи, а достаточно опытные и хорошо себя зарекомендовавшие в профессии, потому что эти уголовные дела, зачастую, являются резонансными и стоят на ведомственном контроле.

Несмотря на это, по ряду уголовных дел при их внимательном изучении можно выявить следственные ошибки. Главное, чтобы они выявлялись своевременно (а еще лучше, не допускались), а не на стадии направления уголовного дела прокурору для утверждения обвинительного заключения и, тем более, судом.

Приведем ряд примеров ошибок, допускаемых следователями при собирании характеризующего материала и ознакомлении с материалами уголовного дела, которые не связаны со спецификой расследования ятрогенных преступлений, но в тоже время явившимися причиной возвращения уголовных дел для производства дополнительного следствия.

Так, при производстве по уголовному делу подлежат доказыванию обстоятельства, характеризующие личность обвиняемого (п. 3 ч. 1 ст. 73 УПК РФ). Рассмотрим ряд следственных ошибок, допущенных следователями при собирании материала, характеризующего личность лица, совершившего ятрогенное преступление;

- в нарушение п. 3 ч. 1 ст. 73 УПК РФ следствием не установлены обстоятельства, характеризующие личность обвиняемого (например, не Карпова Юлия Ивановна, а Карпова Юлия Михайловна; или характеризующий материал собран на Колганова Игоря Геннадьевича, а он согласно паспорта Колганов Игорь Геннадиевич; либо не 27.09.1983 года рождения, а 2.09.1983 года рождения);
- достоверно не установлено состоит или нет обвиняемый Д. на учете у врача психиатра

и нарколога, поскольку, как следует из материалов уголовного дела, ранее Д. носил фамилию З.; однако сведения из медицинского учреждения запрошены лишь на фамилию Д.;

- несмотря на наличие в уголовном деле сведений о регистрации и проживании обвиняемого М. в других субъектах РФ, информация о его привлечении к уголовной ответственности из ГИАЦ МВД России не запрошена;

- получена только справка от врача-нарколога (либо только от врача-психиатра);

- нет заверенной копии паспорта обвиняемого;

- не запрашивалась копия приговора либо постановления о прекращении уголовного дела (уголовного преследования) в отношении обвиняемого;

- копия приговора либо постановления о прекращении уголовного дела (уголовного преследования) в отношении обвиняемого запрашивалась, но не истребована, то есть приговор (либо постановление) в уголовном деле отсутствует;

- отсутствуют характеристики с места жительства и (или) с места работы обвиняемого.

Не меньше ошибок допускается следователями при производстве ознакомления с материалами уголовного дела:

- при наличии защитника, его не знакомят с материалами уголовного дела;

- при наличии ходатайства о совместном ознакомлении с материалами уголовного дела обвиняемый и защитник знакомятся раздельно;

- при отсутствии сведений о желании знакомиться совместно либо раздельно, ознакомление обвиняемого и его защитника производится следователем раздельно;

- в нарушение требований ч. 1 ст. 218, ч. 1 ст. 217 и ч. 4 ст. 166 УПК РФ протокол ознакомления обвиняемого и его защитника с материалами уголовного дела, а также прилагающийся к нему график, не содержат сведений о количестве листов дела, с которыми указанные лица были ознакомлены;

- ознакомление обвиняемого начато раньше ознакомления представителя потерпевшего (так, согласно протокола ознакомления обвиняемого Ш. и графика к протоколу гр-н Ш. 17.07.2017 в период с 16.10 до 17.00 ознакомился с материалами дела. Ознакомление представителя потерпевшего – адвоката С. произведено на следующий день 18.07.2017. При этом имеются сомнения в предъявлении обвиняемому материалов уголовного дела в подшитом и пронумерованном виде, поскольку допрос обвиняемого окончен в 16.00 17.07.2017, а ознакомление обвиняемого с материалами дела начато через 10 минут – в 16.10. 17.07.2017;

- протокол ознакомления обвиняемого Т. с материалами уголовного дела от 15.10.2015 не содержит времени начала и окончания ознакомления;

- в нарушение требований ст. 166 УПК РФ протокол ознакомления обвиняемой Б. и ее защитника Ч. с материалами уголовного дела не содержит даты ознакомления; в нарушение требований ч. 7 ст. 166 УПК РФ протокол следователем не подписан<sup>1</sup>.

Приведенными нами примеры нарушений со стороны следователя, как правило, приводят к возвращению уголовного дела для производства дополнительного расследования, так как ненадлежащее осуществление следователем своих функций напрямую влияет на невозможность осуществления правосудия<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Примеры взяты из практики следственных органов Следственного комитета Российской Федерации. Официально опубликованы не были.

<sup>2</sup> Захарова В.О. О следственных ошибках на стадии досудебного производства // Расследование преступлений: проблемы и пути их решения. 2015. № 3. С. 55–58.



**Проблемные вопросы расследования неосторожных  
преступлений, совершенных медицинскими работниками  
на основе анализа следственной практики**

**Аннотация.** Расследование неосторожных преступлений, совершенных медицинскими работниками, всегда вызывают проблемы. Это связано, прежде всего, с отсутствием у следователя специальных знаний в области медицины, а также в возникающих проблемах организационного характера. В статье автором на основе примеров из следственной практики одного из субъектов Дальневосточного федерального округа рассматриваются проблемы, возникающие в ходе расследования, а также высказываются предложения по их решению.

**Ключевые слова:** уголовное дело, неосторожные преступления, совершенные медицинскими работниками, правила и стандарты оказания медицинской помощи, дефект оказания медицинской помощи, судебно-медицинская экспертиза, проблемы расследования.

Расследование неосторожных преступлений, совершенных медицинскими работниками, практически всегда представляет сложность, что связано не только с отсутствием у следователя специальных знаний в области медицинской деятельности, но и с отсутствием четких методик лечения заболеваний и зачастую результат лечения зависит как от профессиональных действий медицинского персонала, так и от здоровья конкретного пациента. Вместе с тем, в следственной практике одного из субъектов Дальневосточного федерального округа имеются примеры успешного расследования подобного рода преступлений.

Например, следственным управлением расследовано уголовное дело, возбужденное по факту смерти малолетнего Х., 2014 г.р. в медицинской клинике «С.».

В ходе предварительного расследования установлено, что гр. К., являясь врачом-анестезиологом лечебного учреждения 14.02.2014 в ходе выполнения анестезиологического пособия выбранным им способом, при экстракции зубов малолетнему Х., находящемуся на стоматологическом кресле в кабинете, не выполнил обследование пациента при подготовке к хирургическому лечению, не осуществил должным образом мониторинг гемодинамики, вентиляции и оксигенации малолетнего и поднес к органам дыхания последнего ингаляционную маску, с находящемся в ней марлевым тампоном, пропитанным фторотаном, погрузив потерпевшего в состояние наркоза.

В дальнейшем, после экстракции зубов К., неправильно оценивал состояние ребенка в послеоперационном периоде, который находился в состоянии гиповентиляции (нарушения дыхания), требовавшей принятия активных мер, направленных на предотвращение наступления гиповентиляции с исходом в клиническую смерть в ближайшем послеоперационном периоде, а также несвоевременно применил дефибриллятор.

В результате ненадлежащего исполнения врачом-анестезиологом К. профессиональных обязанностей наступила смерть малолетнего Х.

К. предъявлено обвинение в совершении преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 109 УК РФ. 09.07.2015 городским судом по указанному уголовному делу вынесен обвинительный приговор, которым К. признан виновным в совершении инкриминируемого преступления и ему назначено наказание в виде 2 лет лишения свободы (условно), с испытательным сроком 2 года, с применением дополнительного наказания в виде лишения права заниматься лечебной медицинской деятельностью сроком на 3 года, а также вызыскано в пользу потерпевшей моральный вред в размере 1 000 000 рублей. Приговор вступил в законную силу.

Также следственным управлением расследовано и направлено в суд с обвинительным заключением уголовное дело, возбужденное по п.п. «б, в» ч. 2 ст. 238, ч. 1 ст. 238 УК РФ в отношении директора той же медицинской клиники «С.» гр. Б.

В ходе предварительного расследования установлено, что в период с 2011 по 2014 годы Б., являясь директором медицинской клиники «С.», основными видами деятельности которого являются стоматологическая помощь и иные медицинские услуги, оказывал медицинские

услуги по профилю «Анестезиология и реаниматология», предназначенные для детей в возрасте до шести лет, в нарушение Порядка оказания медицинской помощи, регламентированного Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 13 апреля 2011 года № 315н, Приказом Министерства здравоохранения от 12 ноября 2012 года № 909н, а именно в отсутствие организованных преданркозной палаты, палаты пробуждения, медицинского оборудования, наличие которых предусмотрено Приложением 3 к указанным приказам и является обязательным, то есть оказывал услуги, которые не отвечали требованиям безопасности жизни и здоровья потребителей, в том числе, детей в возрасте до 6 лет, и ставил под угрозу их жизнь и здоровье.

Действия гр. Б. квалифицированы по ст. п.п. «б, в» ч. 2 ст. 238, ч. 1 ст. 238 УК РФ.

Приговором суда от 29.02.2016 Б. признан виновным в инкриминируемых преступлениях и ему назначено наказание в виде 4 лет лишения свободы условно. В связи с применением акта об амнистии Б. от назначенного наказания освобожден, приговор вступил в законную силу 29.04.2016.

В ходе расследования уголовных дел, приведенных в примерах из следственной практики, был выявлен ряд проблем, одной из которых является несовершенство медицинских нормативно-правовых актов, которые прописывают общие правила и стандарты оказания медицинской помощи без учета конкретного профиля, в связи с чем, при составлении постановления о привлечении в качестве обвиняемого возникает сложность в обосновании нарушений, допущенных обвиняемым при оказании медицинских услуг, а также сложности в квалификации деяния, связанных с неопределенностью требований, регламентированных правилами и стандартами оказания медицинской помощи по конкретным профилям (например, «анестезиология и реаниматология») и установлению дефекта оказания медицинской помощи при оказании данных медицинских услуг.

Кроме того, все, что связано с бланкетными нормами, которые, по сути, являются диспозицией анализируемых преступлений, также представляет сложности в расследовании, поскольку сам следователь в силу отсутствия у него специальных познаний в области судебной медицины, медицинской и врачебной деятельности, без выводов экспертов может оценить содеянное только с внешней формы. В этой связи, по всем уголовным делам выводы следствия базируются исключительно на выводах эксперта, устанавливающих дефекты оказания медицинской помощи, исходя из его знаний и опыта, а следователь принимает его выводы как основное доказательство наличия преступных действий.

Другой типичной проблемой расследования уголовных дел о преступлениях, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи, является отсутствие на территории субъекта необходимого количества специалистов определенного профиля, которые могли бы провести независимое исследование и дать заключение по специальным вопросам, в связи с чем, следствие вынуждено подыскивать эксперта, который бы обладал «непререкаемым авторитетом» в области врачебной деятельности, обладал знаниями в совокупности с практической деятельностью.

Учитывая, данную проблему, практически по всем уголовным делам назначались комиссионные судебно-медицинские экспертизы в другом субъекте, что связано, прежде всего, с:

- корпоративной солидарностью медицинских работников. Например, при расследовании уголовного дела в отношении К. (пример указан выше), возникла необходимость в привлечении в экспертную комиссию врача-анестезиолога. Однако, в данном субъекте все имеющиеся врачи-анестезиологи являлись учениками К. и, следовательно, не могли быть объективными и беспристрастными;

- предоставлением стороной защиты альтернативных заключений экспертов, выполненных в независимых экспертных учреждениях, которые всегда содержат противоположные судебно-медицинской экспертизе выводы о причинах некачественного оказания медицинской помощи. Например, наличие в материалах дела двух взаимоисключающих заключений экспертов, что приводит зачастую к необходимости назначения повторной судебно-медицинской экспертизы.

При этом, проведение повторных экспертиз вызывает организационные сложности, которые связаны как с необходимостью поиска необходимого экспертного учреждения, согласного провести подобные исследования, оплаты работы экспертов, так и длительными сроками проведения экспертиз, что влияет на сроки предварительного расследования, которые увеличиваются на 3 – 6 месяцев.

В связи с отсутствием в области специалистов, обладающих познаниями, необходимыми для проведения комплексных комиссионных судебно-медицинских экспертиз по указанным делам, они проводилась в экспертных учреждениях, находящихся за пределами области. В связи со сложной схемой доставки в указанные учреждения материалов уголовного дела, необходимых для проведения экспертизы, а также получением их вместе с заключениями экспертов, уголовные дела были расследованы в срок, превышающий 10 месяцев.

Резюмируя вышесказанное, можно отметить, что проблемы организационного характера, касающиеся проведения судебно-медицинских экспертиз, возникающие в ходе расследования неосторожных преступлений, совершаемых медицинскими работниками, не могут быть разрешены без заинтересованного нормативно-правового урегулирования государства. Необходимо внести ясность в Федеральный закон от 31.05.2001 г. № 73 «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» в части использования возможности проведения СМЭ в ином субъекте независимо от источника его финансирования, места совершения преступления и дислокации следственного органа, проводящего расследование в разумные сроки.

#### *Литература*

1. *Казачек Е.Ю.* Использование возможности ситуационной судебно-медицинской экспертизы в расследовании фактов ненадлежащего оказания медицинских услуг // Проблемы выявления и расследования преступлений в сфере оказания медицинских услуг: материалы Всероссийского научно-практического «круглого стола» (Санкт-Петербург, 15 апреля 2016 года) под общ. ред. А.М. Багмета. М.: Академия Следственного комитета Российской Федерации, 2016. 166 с.
2. *Костенко К.А.* К вопросу о некоторых проблемах при проведении экспертных исследований в ходе расследования ятрогенных преступлений и путях их решения // Проблемы выявления и расследования преступлений в сфере оказания медицинских услуг: материалы Всероссийского научно-практического «круглого стола» (Санкт-Петербург, 15 апреля 2016 года) под общ. ред. А.М. Багмета. М.: Академия Следственного комитета Российской Федерации, 2016. 166 с.

**К.Ю. Каменева,  
Е.Х. Баринов**

#### **К вопросу о потребностях судебно-медицинской экспертизы по «медицинским» делам**

**Аннотация.** Рассмотрены основные препятствия на пути производства судебно-медицинской экспертизы по делам о причинении вреда здоровью при оказании (неоказании) медицинской помощи, предложены возможные способы их преодоления.

**Ключевые слова:** «медицинские» дела, неблагоприятные исходы в медицинской практике

За последние десять лет количество судебно-медицинских экспертиз по «медицинским» делам значительно увеличилось. По данным мониторинга дефектов оказания медицинской помощи, всего в 2016 году в Бюро судебно-медицинской экспертизы Московской области было произведено 29 комиссионных судебно-медицинских экспертиз по материалам уголовных дел с решением вопросов о последствиях оказания (неоказания) медицинской помощи в лечебных

учреждениях Московской области и других субъектов Российской Федерации, что составило 76 % от общего числа экспертиз, проведенных по уголовным делам, существенно превысив их среднее значение, составляющее 67,3 %<sup>1</sup>.

Постепенный, но устойчивый рост числа экспертиз, касающихся «медицинских» дел, за последние несколько лет обусловлен не только потребностью в них следственных органов. Его также можно объяснить стремительным внедрением в практику российских врачей современных технологий лечения на фоне значительного отставания технической оснащенности лечебных учреждений и системы практической подготовки специалистов в соответствии с современными требованиями<sup>2</sup>. Также нельзя не констатировать наличие реально существующего конфликта между требованиями пациентов и возможностями медицины, обусловленного возросшей грамотностью населения и пристрастной популяризацией темы неблагоприятных исходов при оказании (неоказании) медицинской помощи в средствах массовой информации.

Справедливо заметить, что судебно-медицинские экспертизы, выполняемые по данной категории дел, заслуженно считаются одними из самых трудновыполнимых. Однако на пути их производства нередко возникают внешние факторы, не зависящие от лиц, выполняющих производство экспертизы, но создающие препятствия на пути пригодности экспертных выводов для целей доказывания.

Под внешними факторами подразумевается несоответствие вопросов экспертного задания компетенции судебно-медицинской экспертизы, небрежное оформление медицинской документации, недостаточность либо отсутствие в ней информации, имеющей значение для экспертной оценки и т.п.

При возникновении проблем подобного рода, в частности, при недостаточности представленных материалов, ничто не мешает эксперту возвратить без исполнения постановление<sup>3</sup>. В случае наличия в экспертном задании вопросов, выходящих за пределы компетенции судебно-медицинского эксперта, последний вправе отказаться от дачи заключения на них<sup>4</sup> – возможно, это станет своего рода стимулом для требования от сторон более корректных формулировок. Однако подобные варианты действий окончательно не разрешат возникшую проблему. Поэтому в настоящее время, на этапе доэкспертной оценки, имеется необходимость в предотвращении вышеперечисленных внешних факторов, препятствующих вынесению единственно правильных выводов по делу.

В аспекте заявленной темы, нами было детально изучено содержание вопросов экспертных заданий 45 заключений комиссионных судебно-медицинских экспертиз, выполненных в ОБУЗ «Бюро СМЭ» комитета здравоохранения Курской области в 2013-2017 гг. по поводу неблагоприятных исходов при оказании (неоказании) медицинской помощи. Всего было проанализировано 165 вопросов экспертных заданий, в результате чего было установлено обилие не относящихся к компетенции судебно-медицинской экспертизы, а именно связанных с качеством оказания медицинской помощи. Это были вопросы об определении ее своевременности, достаточности (в частности, соответствии стандартам оказания медицинской помощи), эффективности и безопасности для здоровья пациента.

Стоит отметить, что Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» под «качеством медицинской помощи» понимает совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора ме-

---

<sup>1</sup> Мониторинг дефектов оказания медицинской помощи по материалам Бюро судебно-медицинской экспертизы Московской области в 2016 году: ежегодный доклад / *Клевно В.А., Веселкина О.В., Сидорович Ю.В.* М., 2017. С. 22.

<sup>2</sup> *Ромодановский П.О., Ковалев А.В., Баринев Е.Х.* Ненадлежащее оказание медицинской помощи. Судебно-медицинская экспертиза: учебное пособие. М., 2018. С. 6.

<sup>3</sup> Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации от 18.12.2001 № 174-ФЗ (ред. от 31.12.2017). п. 4 ст. 199. URL: [www.consultant.ru](http://www.consultant.ru) (дата обращения: 13.02.2018).

тодов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата<sup>1</sup>. При этом экспертиза «качества медицинской помощи» в контексте ст. 64 этого же Федерального закона не сопоставима с судебно-медицинской экспертизой<sup>2</sup>.

Таким образом, являясь несудебной медицинской экспертизой, экспертиза качества медицинской помощи, в отличие от судебно-медицинской, не имеет процессуальной формы, а также несет в себе кардинально отличные от нее цели и задачи<sup>3</sup>, что позволяет сделать вывод о невозможности отождествления данных видов экспертиз. При этом она должна проводиться исключительно экспертами качества медицинской помощи, включенными в соответствующий территориальный реестр экспертов<sup>4</sup>.

Вышеизложенное свидетельствует, что в настоящее время имеется острая необходимость в осознании лицами, назначающими производство судебно-медицинской экспертизы, того факта, что оценка вреда здоровью при оказании медицинских услуг и оценка экспертизы качества медицинской помощи не являются равнозначными понятиями, регламентируются разными статьями и нормативно-правовыми актами.

Таким образом, экспертные задания по «врачебным» делам в обязательном порядке должны содержать вопросы о сути дефекта оказания медицинской помощи (описание фактических обстоятельств с экспертно-медицинской точки зрения), об установлении вреда, причиненного здоровью пострадавшего, степени его тяжести, возможных причинах возникновения, а также об определении характера причинно-следственной связи между установленным дефектом оказания медицинской помощи и наступившим исходом. Кроме перечисленных, на разрешение экспертной комиссии могут быть поставлены вопросы, вытекающие из особенностей конкретного случая, к примеру, об определении наличия либо отсутствия причинно-следственной связи между сопутствующими заболеваниями и возникшим неблагоприятным исходом и т.п.

Корректное формулирование вопросов экспертного задания поможет повысить пригодность заключений для целей доказывания, а также избежать необходимости назначения дополнительной судебно-медицинской экспертизы.

Также в экспертных заданиях нередко отмечается однотипность их формулировок. Такие ситуации нередко побуждают экспертов к объединению похожих по смыслу вопросов в своих выводах. Однако подобного рода самостоятельность чревата игнорированием ответов на часть из них либо искажением изначального смысла. Поэтому в настоящее время имеется необходимость в выверке и оценке вопросов экспертных заданий с предварительным формулированием возможных ответов на них, что позволит избежать неоднозначных ответов.

Кроме того, имеется необходимость в унификации немедицинских терминов и понятий, употребляемых в вопросах экспертных заданий, поскольку многие из них могут трактоваться экспертами по-разному. Это относится к таким терминам, как: «дефекты», «ошибки», «упущения», «недостатки», «недочеты», «неполноценность», «погрешности» и пр. Конкретизация и однозначность толкования указанных терминов и понятий в вопросах экспертного задания позволит экспертам формулировать выводы в нужном понимании, а органам следствия и суда в последующем правильно оценивать суть неправильных действий или бездействия медицинского персонала при оказании медицинской помощи пострадавшему.

Особого внимания и обсуждения требует вопрос определения пригодности медицинской документации, предоставляемой комиссии для изучения, поскольку недооценка важности ее

<sup>1</sup> Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 29.12.2017) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». ), п/п 21 ст. 2. URL: [www.consultant.ru](http://www.consultant.ru) (дата обращения: 13.02.2018).

<sup>2</sup> Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 29.07.2017) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Ст. 64. URL: [www.consultant.ru](http://www.consultant.ru) (дата обращения – 13.02.2018).

<sup>3</sup> Мониторинг дефектов оказания медицинской помощи по материалам Бюро судебно-медицинской экспертизы Московской области в 2016 году: ежегодный доклад / *Клевню В.А., Веселкина О.В., Сидорович Ю.В.* М., 2017. С. 5.

<sup>4</sup> Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ (ред. от 28.12.2016 с изм. и доп., вступ. в силу с 09.01.2017). «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». п.2. ст. 31. URL: [www.consultant.ru](http://www.consultant.ru) (дата обращения: 13.02.2018).

полноты и качества ведения также имеет место быть. Ни для кого не секрет, что записи в медицинских картах в большинстве случаев не идеальны, а порой по ним просто невозможно произвести оценку случая. Таким образом, как неразборчивый подчерк, так и недостаточность либо отсутствие в представленных материалах информации, необходимой для формулирования единственно правильного решения, в равной степени наносят ущерб научной обоснованности заключения. Это говорит о том, что помимо вопросов экспертного задания, медицинская документация также нуждается в предварительной оценке до производства судебно-медицинской экспертизы.

Резюмируя вышеизложенное, на пути повышения пригодности судебно-медицинских заключений по «медицинским» делам для целей доказывания стоит немало трудностей. Однако их значительное число можно устранить, если разработать инструмент внутреннего контроля, направленный на предварительную оценку качества и объема медицинской документации по делу, а также содержания вопросов экспертного задания до производства экспертизы.

**В.Н. Карагодин**

### **Криминалистическая характеристика профессиональных преступлений медицинских работников**

**Аннотация.** В статье рассматриваются типичные признаки обстановки, личности медицинских работников, совершающих профессиональные преступления, обусловленные ими особенностями способов и следов посягательств данного вида.

**Ключевые слова:** криминалистическая характеристика, обстановка, способы, следы профессиональных преступлений, совершаемых медицинскими работниками.

Среди отечественных криминалистов продолжается дискуссия о роли и значении криминалистической характеристики преступления в теории и практике расследования. Каких-либо новых аргументов участники продолжающихся уже несколько десятилетий дебатов на указанную тему не приводят. Противники использования данной научной категории, не ограничиваясь отрицанием ее практического значения, пытаются разрабатывать рекомендации по расследованию без использования этой научной категории.

Практически никто из участников упомянутой дискуссии не отрицает, что одним из элементов объекта криминалистики является преступная деятельность, а предмета – закономерности возникновения доказательственной информации о преступлении. Соответственно, объект криминалистической методики охватывает отдельные виды преступной деятельности, а предмет – закономерности ее осуществления и отражения в окружающей действительности.

На основе изучения этих явлений должны разрабатываться методики расследования отдельных видов и групп преступлений.

Противники криминалистической характеристики как элемента методики расследования абсолютно безосновательно заявляют о низком коэффициенте полезного действия этой научной категории и предлагают заменить ее разделом об обстоятельствах предмета доказывания. В качестве подтверждения приводятся результаты опроса слушателей, почти половина из которых положительно оценивают значение данной категории для практики расследования (48,4%). Однако, в качестве решающего аргумента называется трудозатратность, сложность формирования криминалистических характеристик<sup>1</sup>.

Хотелось бы заметить, что научная категория не может иметь коэффициента полезного действия, поскольку представляет собой теоретическую абстракцию. С точки зрения эффективности или продуктивности может оцениваться деятельность человека. Сомнительна и объективность оценок следователей без учета уровня их профессиональной квалификации.

---

<sup>1</sup> Иванова В.Г. Теория и практика расследования преступлений, совершенных медицинскими работниками в процессе профессиональной деятельности. М.: Изд-во «Юрлитинформ», 2017. С. 37–401.

Предложения о включении в методики обстоятельств, подлежащих доказыванию при расследовании отдельных видов преступлений, вместо криминалистической характеристики, не отличаются новизной.

По этому поводу хотелось бы заметить, что в криминалистической характеристике содержатся обобщенные сведения, в том числе и об обстоятельствах предмета доказывания. Наряду с этим в ней содержатся данные о явлениях, не относящихся к предмету доказывания, но способствующих установлению обстоятельств, подлежащих доказыванию. Это в значительной степени предопределяет практическое значение криминалистической характеристики преступления. Конечно же, криминалистические, как и всякие другие научные изыскания, предполагают свободу творчества исследователя. Поэтому не исключается использование обобщенных данных об обстоятельствах, подлежащих установлению в процессе исследования и описания предмета доказывания. Однако, некоторые авторы пытаются разрабатывать методики расследования, не проводя обобщения данных о релевантных признаках преступной деятельности. Описание же предмета доказывания ограничивается перечнем и субъективной трактовкой обстоятельств, перечисленных в ст. 73 УПК РФ. В результате предлагаемые рекомендации весьма краткие и недостаточно обоснованы. К сожалению, такие погрешности касаются и относительно новой методики расследования преступления рассматриваемого вида, опубликованной в прошлом году.

Автор, отказавшись от формирования криминалистической характеристики, тем не менее пытается обобщить данные о преступлениях, совершаемых медицинскими работниками в процессе профессиональной деятельности. В частности, первоначально она была вынуждена перечислять признаки преступлений указанного вида, не описывая механизма их образования. В результате содержание, характер и локализация этих признаков не раскрываются. При таком подходе, естественно, невозможно разработать сколько-нибудь четких рекомендаций по обнаружению этих признаков. Поэтому автором просто перечисляются обстоятельства, которые следует установить в ходе исследования указанных признаков.

Представляется, что особенности способов совершения механизма слеодообразования данного вида преступлений в значительной степени обусловлены спецификой обстановки совершения таких посягательств. В ее структуру кроме пространственно-временных элементов входят условия ситуации осуществления профессиональной деятельности медицинского работника.

К этим условиям относятся источники, объем и качество информации о состоянии здоровья больного. Как известно, многие процессы, развивающиеся в человеческом организме, в том числе и беззаметные, достаточно трудно диагностируются. Степень выраженности и характер этих процессов, лично или опосредованно воспринимаемых медицинским работником, несомненно влияют на его решения и действия. В то же время могут существовать и другие факторы, затрудняющие или благоприятствующие деятельности медицинского работника. Среди них могут быть названы: наличие необходимых средств диагностики и лечения (медицинских приборов, приспособлений, инструментов, препаратов и т.д.), а также возможностей использования помощи коллег и других специалистов.

Кроме этого, в обстановку преступления включаются условия правового и организационного характера. К ним относится установленный порядок оказания медицинской помощи, регламентированный нормативными актами. В ряде учреждений складывается порядок, отличающийся от предусмотренного нормативными установлениями. Названные нормативные акты могут издаваться уполномоченными Федеральными органами законодательной и исполнительной власти, а также аналогичными региональными и муниципальными учреждениями и организациями, осуществляющими медицинскую деятельность. Основным из таких документов является Федеральный закон от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» № 323-ФЗ.

Общие правила оказания отдельных видов медицинской помощи (хирургической, терапевтической и т.п.) регламентируются в отраслевых стандартах, утверждаемых Минздравом РФ.

В стандартах содержится перечень лиц, уполномоченных на оказание указанных видов помощи, общепризнанных процедур и манипуляций, которые осуществляются для диагностики и позитивного изменения болезненного состояния пациента в условиях типичных ситуаций. Уместно отметить, что в стандартах содержатся указания как рекомендательного, так и императивного характера. К последним, в частности, относятся предписания о необходимости изучения с помощью разных методов и средств отдельных органов пациента с целью выявления симптомов определенных заболеваний. В большинстве выделяются основные этапы лечения, которые различаются по содержанию решаемых на них задач, последовательного улучшения состояния больного. В то же время, предлагаемые приемы и методы решения этих задач не являются обязательными. Подобное положение обусловлено ярко выраженной индивидуальностью реальных ситуаций оказания медицинской помощи. В то же время, в стандартах могут содержаться императивные указания о проведении отдельных манипуляций. Однако при этом далеко не всегда даются предписания о приемах выполнения этих манипуляций. Таким образом, можно констатировать, что в отраслевых стандартах содержится описание общей тактики диагностики и лечения. При этом медицинский работник не лишается права на выбор приемов и методов оказания медицинской помощи, не предусмотренных указанными стандартами, но наиболее целесообразными в данной ситуации.

Следует согласиться с суждением, что медицинские стандарты содержат критерии оценки качества оказания медицинской помощи<sup>1</sup>.

Правила оказания отдельных видов медицинской помощи могут содержаться и в других документах – инструкциях, положениях, приказах.

Органы управления здравоохранением субъектов Федерации также издают нормативные акты, регламентирующие оказание отдельных видов медицинской помощи. Непосредственно в лечебных учреждениях издаются локальные акты, регламентирующие порядок оказания отдельных видов медицинской помощи.

Кроме этого, актами, регламентирующими оказание медицинской помощи, предусмотрена фиксация выполненных (яемых) медицинским работником действий. В оказании медицинской помощи могут принимать участие разные медицинские работники. Выполняемые каждым из них процедуры и манипуляции подлежат фиксации в различных документах.

Названные элементы обстановки детерминируют особенности способов совершения преступления, в структуру которых могут входить действия медицинских работников, связанные с вмешательством в деятельность организма потерпевшего. Следы подобных способов преступления остаются в организме потерпевшего. Одновременно действия медицинского работника фиксируются в установленных нормативными предписаниями документах (регистрационных картах, журнал регистрации, историях болезни, заключениях и т.п.). Несколько иные следы образуются в результате неоказания какой-либо медицинской помощи. Как правило, это признаки развития болезнетворных процессов, повлекших в итоге причинение вреда здоровью или жизни потерпевшему.

В упомянутых выше документах отражаются следы ошибочных и неадекватных обстановке действий медицинского работника по диагностике, а также его выводы о состоянии потерпевшего и отсутствия возможности (необходимости) оказания ему медицинской помощи.

Как известно, условия обстановки преступления детерминируют способ его совершения не непосредственно, а опосредованно – через свойства личности субъекта посягательства. Эта закономерность распространяется и на влияние свойств личности медицинских работников на способ совершаемого(ного) ими преступления рассматриваемого вида.

По общему правилу, свойства личности субъекта отражаются в способе совершения, а через него в следах преступления. В следах преступлений анализируемого вида, образующихся в организме потерпевшего, редко отражаются признаки, позволяющие идентифицировать медицинского работника как субъекта посягательства.

---

<sup>1</sup> Багмет А.М., Черкасова Л.И. Тактика и методика расследования причинения смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения медицинскими работниками своих профессиональных обязанностей. М.: Институт повышения квалификации Следственного комитета Российской Федерации, 2013. С. 9.



Приведенные нами особенности криминалистической характеристики должны использоваться, прежде всего, при собирании и проверке фактических данных о содержании, характере действий, совершенных медицинским работником.

Для этого, наряду с судебно-медицинской экспертизой живого потерпевшего или трупа, необходимо тщательное изучение документации, регламентирующей выполнение необходимых в данных условиях медицинских процедур, содержащих рекомендации о тактике и методике медицинской помощи.

Важнейшее значение имеет собирание и исследование документов, отражающих выполнение медицинских процедур.

Эти документы также могут стать объектом экспертного исследования с целью установления адекватности медицинской помощи, оказанной потерпевшему, состоянию его здоровья и возможностям, имевшимся в распоряжении медицинского работника.

Приведенные доводы, на наш взгляд, достаточно убедительно демонстрируют связи между отдельными явлениями, сведения о которых являются элементами криминалистической характеристики преступлений указанной группы.

Ограниченный объем данной публикации позволяет весьма выборочно показать возможности использования криминалистической характеристики в реальных ситуациях расследования.

В частности, бесспорно, что данные криминалистических характеристик являются элементами теоретических оснований версии о содержании и характере расследуемого события, способах преступлений рассматриваемого вида и личности субъектов, их совершивших.

**М.В. Кардашевская**

#### **Предмет допроса потерпевшего по уголовным делам о профессиональных преступлениях, совершенных медицинскими работниками**

**Аннотация.** Статья посвящена особенностям производства допроса потерпевшего по уголовным делам о профессиональных преступлениях, совершенных медицинскими работниками. Разработана классификация потерпевших по данной категории уголовных дел в зависимости от вида причиненного вреда и действий (бездействий) виновного лица в отношении жертвы преступления. С учетом данной классификации предложен перечень вопросов, подлежащих выяснению при допросе различных видов потерпевших.

**Ключевые слова.** Предмет допроса; профессиональные преступления; медицинские работники; потерпевший; причинение вреда; лишение жизни по неосторожности.

Допрос является одним из наиболее информативных следственных действий, позволяющий получить сведения о событии преступления и сопутствующих ему явлениях, которые не могут быть получены другим путем. Особое значение при расследовании уголовных дел о профессиональных преступлениях, совершенных медицинскими работниками, имеют допросы потерпевших, которые обладают максимально полной информацией о развитии болезни, об оказанных медицинских услугах.

Предмет допроса – это круг обстоятельств, подлежащих выяснению в ходе допроса. От того, насколько точно следователь понимает, какие сведения могут быть получены от потерпевшего, напрямую зависит результативность данного следственного действия.

Следует учитывать, что при расследовании уголовных дел о профессиональных преступлениях, совершенных медицинскими работниками, потерпевшие могут быть квалифицированы по следующим основаниям:

1. В зависимости от вида причиненного преступлением вреда:

- физическое лицо, которому преступлением причинен физический вред;

- физическое лицо, которому преступлением, предусмотренным ч. 2 ст. 109, ч. 2 ст. 124 УК России, причинен моральный вред, обусловленный смертью близкого родственника.

2. В зависимости от действий (бездействий) виновного лица в отношении жертвы преступления:

- физический вред причинен в результате ненадлежащего лечения (ч. 2 ст. 118 УК России);
- физический вред причинен в результате заражения ВИЧ-инфекцией (ч. 4 ст. 122 УК России);
- физический вред причинен в результате оказания помощи больному (ч. 1, 2 ст. 124 УК России).

В зависимости от того, к какой категории относится потерпевший, и следует определять предмет его допроса.

Так, при допросе потерпевшего, которому причинен физический вред в результате ненадлежащего лечения, подлежат выяснению следующие обстоятельства:

- страдает ли потерпевший хроническим заболеванием, если, то каким; у какого врача лечится; какие лекарственные препараты принимает, и в какой дозировке; приобретает препараты по рецепту врача или самостоятельно, по рекомендации иных лиц (кого именно); где сейчас находятся данные препараты. Данная информация необходима для организации выемки его амбулаторной карты, лекарственных препаратов (для определения срока их годности, химического состава в сомнительных случаях) и подлежит обязательному предоставлению на судебно-медицинскую экспертизу;

- принимал ли потерпевший какие-либо витамины или БАДы, какие именно, где приобретал, кто рекомендовал, где сейчас находятся эти препараты (в случае их изъятия проводится химическая экспертиза, результаты которой предоставляются судебно-медицинскому эксперту);

- в связи с чем и когда обратился за медицинской помощью; сколько время прошло с момента появления первых симптомов заболевания до обращения в медицинское учреждение; принимал ли какие-либо меры для борьбы с болезнью до обращения за медицинской помощью и какие именно;

- в чем именно заключалась медицинская помощь (действие врачей, другого медицинского персонала);

- выясняли ли у него врач или медсестра о наличии хронического заболевания, приеме лекарственных и иных препаратов, способах лечения до обращения за медицинской помощью или он сам им об этом сообщил;

- в чем выражается причиненный вред здоровью и почему он считает, что этот вред наступил вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных медицинских обязанностей.

При причинении вреда здоровью путем заражения ВИЧ-инфекцией у потерпевшего выясняют, какую медицинскую помощь и в связи с чем он получал, когда и где, когда и как узнал, что получил заражение, почему считает, что заразился вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных медицинских обязанностей.

В случае если вред причинен больному путем неоказания ему соответствующей помощи, то выяснению подлежат обстоятельства его заболевания; сведения, свидетельствующие, что помощь могла быть оказана, т. е. у медицинских работников была возможность ее оказания.

У потерпевших, которым причинен моральный вред, выяснению подлежит тот же круг вопросов, только с формулировками «было ли ему известно...» и «откуда известно...».

Представляется, что установление указанных сведений в ходе допроса потерпевших позволит избежать судебных ошибок, когда наступивший вред не связан с ненадлежащим исполнением лицом своих профессиональных медицинских обязанностей.

## Причинно-следственная связь между дефектом оказания медицинской помощи и ухудшением состояния здоровья человека

**Аннотация.** Медицинские экспертизы, при производстве которых предполагается анализ случая оказания медицинской помощи и установление причинно-следственной связи, представляют собой два вида медицинских экспертиз, это экспертиза качества медицинской помощи и судебно-медицинская экспертиза по факту неоказания или ненадлежащего оказания медицинской помощи.

**Ключевые слова:** качество медицинской помощи; экспертиза качества медицинской помощи; дефект медицинской помощи; нарушение при оказании медицинской помощи; судебно-медицинская экспертиза; дефект оказания медицинской помощи; ухудшение состояния здоровья человека; вред, причинённый здоровью человека.

Медицинской экспертизой является проводимое в установленном порядке исследование, направленное на установление состояния здоровья гражданина, в целях определения его способности осуществлять трудовую или иную деятельность, а также установления причинно-следственной связи между воздействием каких-либо событий, факторов и состоянием здоровья гражданина<sup>1</sup>.

В Российской Федерации допускается оказание только качественной медицинской помощи<sup>2</sup>. Качество медицинской помощи обеспечивается соблюдением порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи<sup>3</sup>.

Понятие дефект оказания медицинской помощи (дефект медицинской помощи, нарушение при оказании и медицинской помощи) законодательно не сформулировано.

Экспертиза качества медицинской помощи по ОМС<sup>4</sup> проводится путём проверки соответствия медицинской помощи клиническим рекомендациям (протоколам лечения)<sup>5</sup> и сложившейся клинической практике<sup>6</sup>; медицинской помощи (за исключением ОМС)<sup>7</sup> — путём проверки соответствия медицинской помощи критериям оценки качества медицинской помощи<sup>8</sup>.

При проведении судебно-медицинской экспертизы по факту неоказания или ненадлежащего оказания медицинской помощи<sup>9</sup> используются критерии оценки качества медицинской

<sup>1</sup> Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 29.07.2017) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», ст. 58.

<sup>2</sup> Там же, ч. 2, п. 21.

<sup>3</sup> Там же, ст. 37, ч. 1.

Положение о Министерстве здравоохранения Российской Федерации (утв. Постановлением Правительства РФ от 19 июня 2012 г. N 608), п. 5.2. Решение Верховного Суда РФ от 9 апреля 2014 г. № АКПИ14-152 О признании недействующим приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 11 сентября 2007 г. № 582 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с инсулинзависимым сахарным диабетом».

<sup>4</sup> Порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утв. приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 1 декабря 2010 г. № 230.

<sup>5</sup> Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ, ст. 76 ч. 2.

<sup>6</sup> Порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утв. приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 1 декабря 2010 г. № 230, п. 21.

<sup>7</sup> Порядок осуществления экспертизы качества медицинской помощи, за исключением медицинской помощи, оказываемой в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании, утв. приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 16 мая 2017 г. № 226н, п. 11.

<sup>8</sup> Критерии оценки качества медицинской помощи, утв. приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 мая 2017 г. № 203н.

Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ, ст. 64 ч. 2.

<sup>9</sup> Порядок проведения судебно-медицинской экспертизы и установления причинно-следственных связей по факту неоказания или ненадлежащего оказания медицинской помощи.

помощи<sup>8</sup> и общепринятые в медицине представления об этиологии, патогенезе, клинической картине и лечении.

При проведении экспертизы качества медицинской помощи по ОМС, выявляются нарушения при оказании медицинской помощи, а сам эксперт качества устанавливает причинно-следственные связи выявленных дефектов медицинской помощи.

Экспертиза качества медицинской помощи (за исключением ОМС) выявляет нарушения при оказании медицинской помощи и определяет причинно-следственную связь между нарушениями при оказании медицинской помощи и их негативными последствиями.

Следует обратить внимание на противоречия, возникающие при производстве судебно-медицинских экспертиз, а именно приказом МЗиСР РФ регламентировано определение причинно-следственной связи между дефектом оказания медицинской помощи и ухудшением состояния здоровья человека<sup>1</sup>, а методическими рекомендациями<sup>2</sup> — определение причинно-следственной связи между недостатком (комплексом недостатков) оказания медицинской помощи и наступившим неблагоприятным исходом, в случаях наступления благоприятного исхода при лечении, даже при наличии недостатков оказания медицинской помощи, степень тяжести вреда, причиненного здоровью человека действием (бездействием) медицинского работника, не устанавливается.

Спекуляция понятиями при проведении судебно-медицинских экспертиз и экспертиз качества медицинской помощи, может привести к неверному пониманию сути выявленных дефектов оказания медицинской помощи не только у правоприменителя, но и у самих экспертов.

Отсутствие вреда, причиненного здоровью человека, при оказании ему медицинской помощи, может сопровождать наличие поверхностного повреждения (например, потеря одного здорового зуба, воспаление мягких тканей полости рта в результате пользования «неподходящим» зубным протезом).

Установление причинной связи идет в ретроспективном плане, то есть от следствия к причине. В одних случаях расстройство здоровья или смерть пациента являются прямым последствием ненадлежащей медицинской помощи: при повреждении какого-либо органа во время операции, оставлении инородного тела в операционной ране, введении противопоказанного лекарства и т.д. В других случаях непрофессиональные действия медицинского работника, например, неадекватное лечение или отказ в госпитализации, обуславливают снижение эффективности оказываемой медицинской помощи, не препятствуя естественному неблагоприятному течению болезни, наступлению осложнений, неправильному сращению переломов и пр.<sup>3</sup>

Причинная связь между бездействием и наступившим вредом имеет место, если у субъекта была обязанность совершить определенное действие, существовала возможность как отрицательного, так и положительного исхода, и совершение действия могло привести к положительному исходу<sup>12</sup>.

Таким образом, установление причинно-следственной связи обязательно при производстве судебно-медицинских экспертиз и экспертиз качества медицинской помощи.

#### *Литература*

1. Березников А.В., Конев В.П., Онуфрийчук Ю.О., Лебедева А. М., Стрелков Д. Г., Шкутин С.О. Экспертная деятельность в обязательном медицинском страховании: практич. пособие. М.: ИНФРА-М, 2016. 184 с.

<sup>1</sup> Медицинские критерии определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, утв. приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 24 апреля 2008 г. № 194н, п. 25.

<sup>2</sup> Порядок проведения судебно-медицинской экспертизы и установления причинно-следственных связей по факту неоказания или ненадлежащего оказания медицинской помощи.

<sup>3</sup> Адвокатская палата Красноярского края информационный бюллетень выпуск 5 (34), Красноярск, 2006.

2. Ромодановский О.О., Ковалев А.В., Баринев Е.Х. Ненадлежащее оказание медицинской помощи. Судебно-медицинская экспертиза: учебное пособие. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. 144 с.
3. Сергеев Ю.Д. Основы медицинского права России: учебное пособие. М: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2016. 416 с.
4. Сергеев Ю.Д., Мохов А.А. Ненадлежащее врачевание: возмещение вреда здоровью и жизни пациента. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. 312 с.

**В.В. Колкутин**

### **Дефекты в оказании медицинской помощи в современной конструкции оценки качества лечебно-диагностической работы**

**Аннотация.** В статье рассматривается соотношение современных критериев оценки качества медицинской помощи страховыми компаниями и соотнесение их с интересами судебно-следственного аппарата в случаях ведения уголовных и гражданских в отношении противоправных действий медицинских работников. Подвергается конструктивной критике существующая система экспертизы качества страховыми компаниями. Предложены первоочередные мероприятия для преодоления сложившейся негативной ситуации, связанной с отсутствием статистического учёта дефектов в оказании медицинской помощи.

**Ключевые слова:** качество медицинской помощи; дефекты в оказании медицинской помощи; экспертиза.

В последнее десятилетие в отечественной медицине отчётливо наблюдается выраженная разнонаправленная тенденция: с одной стороны, динамично нарастает объём высокотехнологичной медицинской помощи, синтезируются новые фармацевтические препараты и вакцины с другой – увеличивается число жалоб со стороны пациентов на качество её оказания. Снижение уровня качества оказания медицинской помощи закономерно повлекло за собой появление на свет ряда документов Минздрава России, направленных на объективизацию полноты врачебных действий в процессе оказания медицинской помощи как в амбулаторных условиях, так и в стационаре<sup>12</sup>. Однако какого-либо ощутимого эффекта эти действия пока не дали и у причины этого очевидного неуспеха есть несколько составляющих.

Первая – изложенные в Приказе Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.05.2017 г. № 203н критерии оценки качества медицинской помощи представляют собой не что иное, как простое перечисление врачебных действий, обязательных к выполнению при лечении той или иной патологии. Иными словами, они отражают врачебную функцию безотносительно к достигнутому в процессе оказания медицинской помощи результату. Это означает – не важно какой результат достигнут в лечении, важно, чтобы все этапы этого лечения были последовательно пройдены лечащим врачом. Тогда, каков бы ни был исход медицинских манипуляций – их исполнитель остаётся вне зоны какой-либо критики.

Вторая – функция оценки качества медицинской помощи («экспертиза качества медицинской помощи»), то есть, применение на практике указанных выше критериев, допустимо только в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании (ч. 3 ст. 64 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"). Это означает, что «экспертиза качества медицинской помощи проводится экспертом качества медицинской помощи, включенным в территориальный реестр экспертов качества медицинской помощи» (п. 22 Приказа Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01 декабря 2010 года № 230

<sup>1</sup> Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (последняя редакция) URL: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_121895/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/).

<sup>2</sup> Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» URL: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_216975/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_216975/).

«Об утверждении порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию»). При этом, оценка качества медицинской помощи этими экспертами проводится только по медицинским документам, без очного освидетельствования пациента, что значительно снижает объективность этого процесса<sup>1</sup>.

Третья – упомянутый выше эксперт, включенный в территориальный реестр и находящийся в штате страховых компаний, должен пройти специальную подготовку по приёмам и методам оценки качества медицинской помощи и получить соответствующие документы, подтверждающие его квалификацию в данных вопросах<sup>2</sup>.

Если объединить воедино все три составляющие, то образуется достаточно громоздкая медико-правовая конструкция, требующая больших финансовых и временных затрат, но не дающая эффекта, связанного с повышением качества медицинской помощи населению Российской Федерации. Это предопределено отсутствием ориентации критериев качества медицинской помощи на конечный результат в виде удовлетворения потребности больного человека в возвращении (полном или частичном) утраченного здоровья. Результат такой оценки имеет выраженный акцент, связанный с финансовой составляющей, а именно, будет или не будет оштрафовано то или иное медицинское учреждение за оказание «некачественной» медицинской помощи. Особое недоумение вызывает тот факт, что в случае причинение вреда здоровью пациенту оштрафованное медицинское учреждение не выплачивает ему никакой компенсации.

Таким образом, ранее существовавшая система выявления недостатков и дефектов в оказании медицинской помощи силами судебно-медицинских экспертов и патологоанатомов, способными полностью диагностировать все этапы её оказания используя как данные медицинских документов, так и результаты морфологических исследований, подменена экспертами страховых компаний, которые работают по своим критериям, не подразумевающим всестороннего и полноценного изучения этих негативных явлений.

По необъяснимым причинам до сего дня роль судебно-медицинских экспертов в деле выявления опросе в правовом отношении никак не регламентирована<sup>3</sup>. Достаточно вспомнить, что ещё два десятилетия тому назад в деле улучшения качества лечебно-диагностического процесса и контроле медицинской деятельности активное участие принимали как патологоанатомы, так и судебно-медицинские эксперты. Последние и сегодня по требованию правоохранительных органов, проводят комиссионные судебно-медицинские экспертизы по уголовным и гражданским делам о профессиональных правонарушениях медицинских работников, но эта деятельность носит характер «точечного оперативного реагирования» руководящих структур на состоявшееся причинение вреда пациенту, обратившегося за медицинской помощью<sup>4</sup>.

Изучение действующей нормативно-правовой базы Российской Федерации показало весьма нелицеприятную ситуацию – оказалось, что какая-либо объективная официальная статистика врачебных ошибок в Минздраве России отсутствует. Вопреки здравому смыслу и многолетней практике учёта «врачебных ошибок» («дефектов», «ятрогенный») в российском (советском) здравоохранении сегодня всё отдано на откуп экспертам страховых компаний. Это

---

<sup>1</sup> Тимофеев И.В. Право и медицина: конституционно-правовые, организационные вопросы доступности и качества медицинской помощи: учебное пособие для врачей и юристов. СПб.: Изд-во ДНК, 2017. 488 с.

<sup>2</sup> Приказ Минздрава России от 08.10.2015 г. № 707н «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки» (ред. от 15.06.2017) [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_188029/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_188029/).

<sup>3</sup> Приказ Минздравсоцразвития России от 12.05.2010 № 346н «Об утверждении Порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации» [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_103821/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_103821/).

<sup>4</sup> Уголовно-процессуальный Кодекс Российской Федерации (УПК РФ) от 18.12.2001 № 174-ФЗ (ред. от 31.12.2017) [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_34481/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_34481/).

открывает возможности различных вариантов коррупционных действий даже тех случаев, которые в лечебных учреждениях завершаются летальным исходом, не говоря уже о тех ситуациях, когда врачи успевают исправить свои профессиональные ошибки.

При современной системе оценки качества оказания медицинской помощи процесс возникновения «дефекта» возможен только в случае нарушения порядка (стандарта) оказания медицинской помощи. То есть, подразумевается, что причинение вреда здоровью пациента возможно только при нарушении имеющихся «предписаний», касающихся той или иной нозологии [4, 5].

Однако на практике случаются и иные варианты. Например, когда все стандарты и порядки были строго выполнены, а в силу допущенного дефекта, не относящегося к лечению основного заболевания, наступил летальный исход. Точно также не вписывается в эту схему и обратная ситуация, когда дефект был допущен, но в результате проведенного лечения (несмотря на этот дефект) наступило выздоровление. В обоих этих случаях эксперты страховых компаний имеют все основания выносить вердикт о том, что проведенное лечение было качественным и полноценным. В результате пациент остается один на один со своим несчастьем, а причинившие ему вред врачи остаются вне зоны правового воздействия<sup>1</sup>.

Эта ситуация яркий пример того, как Минздрав России, отказавшись от отработанного десятилетиями механизма учёта дефектов в оказании медицинской помощи и подменив его новым абортивным вариантом («критерии качества медицинской помощи»), породило (существенную в количественном отношении) дополнительную, и во многом бессмысленную нагрузку на судебную систему<sup>2</sup>.

Каков же выход из этой ситуации? Прежде всего, предлагается всю «терминологическую неразбериху», существующую в современной медицине («ятрогении», «критерии качества медицинской помощи», «вторые болезни», «врачебные ошибки» и др.) заменить всего двумя понятиями «недостаток в оказании медицинской помощи» и «дефект в оказании медицинской помощи».

Под недостатком в оказании медицинской помощи предлагается понимать такое действие (бездействие) медицинского персонала при оказании медицинской помощи пострадавшему (больному), которые по своему объёму, времени и последовательности оказания не соответствуют современным научно обоснованным теоретическим знаниям, практическим возможностям лечебного учреждения и/или конкретного врача, а также требованиям различных документов, регламентирующих данный вид медицинской деятельности. Недостаток в оказании медицинской помощи (по своей сути) не является причиной неблагоприятного исхода и не имеет с ним прямой причинной связи (то есть, не влияет на его возникновение).

Дефект в оказании медицинской помощи – это такой недостаток в оказании медицинской помощи, который явился причиной наступившего неблагоприятного исхода, либо находится с ним в прямой причинной связи (то есть, влияет на его возникновение или является его причиной).

Таким образом, «дефект в оказании медицинской помощи» является неблагоприятным (по своим последствиям) вариантом крайней формы «недостатка в оказании медицинской помощи».

Представляется целесообразным восстановление в системе Минздрава России статистического учёта дефектов в оказании медицинской помощи, выявляемых патологоанатомами и су-

<sup>1</sup> Федеральный закон от 31.05.2001 № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» (в действующей редакции) [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_31871/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_31871/).

<sup>2</sup> Постановление Правительства Российской Федерации от 17.08.2007 г. № 522 «Об утверждении Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека» (ред. от 17.11.2011 г.) [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_70563/92d969e26a4326c5d02fa79b8f9cf4994ee5633b/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_70563/92d969e26a4326c5d02fa79b8f9cf4994ee5633b/). Приказ Минздрава России от 24.04.2008 № 194н «Об утверждении Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека» (ред. от 18.01.2012 года) [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_79398/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_79398/).

дебно-медицинскими экспертами этого ведомства. Это позволит руководству ведомства увидеть истинную картину состояния качества медицинской помощи и на этой основе найти пути перманентного совершенствования лечебного процесса. Принципиальным моментом этого учёта является обмен негативным опытом в профессиональной медицинской среде с целью разбора конкретных случаев совершения дефектов в оказании медицинской помощи в одной организации для предупреждения совершения подобных дефектов в других лечебных учреждениях.

И, наконец, необходимо разработать полноценную судебно-медицинскую характеристику дефектов в оказании медицинской помощи, включающую суть дефектов, их причину, место совершения и конкретный вред здоровью пациента. В этом случае появится возможность значимого улучшения истинного (а не «бумажного») качества медицинской помощи с одновременным снижением количества жалоб и судебных разбирательств по, так называемым, «врачебным делам».

### *Литература*

1. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (последняя редакция) [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_121895/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/).
2. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_216975/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_216975/).
3. Тимофеев И.В. Право и медицина: конституционно-правовые, организационные вопросы доступности и качества медицинской помощи: учебное пособие для врачей и юристов. СПб.: Изд-во ДНК, 2017. 488 с.
4. Приказ Минздрава России от 08.10.2015 г. № 707н «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки» (ред. от 15.06.2017) [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_188029/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_188029/).
5. Приказ Минздравсоцразвития России от 12.05.2010 № 346н «Об утверждении Порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации» [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_103821/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_103821/).
6. Уголовно-процессуальный Кодекс Российской Федерации (УПК РФ) от 18.12.2001 № 174-ФЗ (ред. от 31.12.2017) [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_34481/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_34481/).
7. Федеральный закон от 31.05.2001 № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» (в действующей редакции) [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_31871/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_31871/).
8. Постановление Правительства Российской Федерации от 17.08.2007 г. № 522 «Об утверждении Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека» (ред. от 17.11.2011) [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_70563/92d969e26a4326c5d02fa79b8f9cf4994ee5633b/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_70563/92d969e26a4326c5d02fa79b8f9cf4994ee5633b/).
9. Приказ Минздравсоцразвития России от 24.04.2008 г. № 194н «Об утверждении Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека» (ред. от 18.01.2012 года) [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_79398/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_79398/).

**В.В. Компанец**

### **Проблемы расследования причин детской смертности и пути их решения**

**Аннотация.** В статье дается анализ проблем, в установлении и подтверждении причин детской смерти, при производстве доследственных проверок и расследовании уголовных дел по



фактам ненадлежащего оказания медицинской помощи детям. Рассматривается возможность их разрешения при использовании в судебно-медицинской практике методов рентгенологической компьютерной томографии (КТ), магнитно-резонансной томографии (МРТ).

**Ключевые слова:** посмертная томографическая визуализация, «виртуальная» аутопсия, патологоанатомические исследования, криминалистическая томография.

Соблюдение прав российских граждан в сфере охраны здоровья – доступность, своевременность и качество медицинской помощи, приоритет охраны здоровья детей – гарантированы государством. Однако, несмотря на современные расширенные возможности диагностики и лечения заболеваний, число обращений граждан по поводу ненадлежащего оказания медицинской помощи в суд и в правоохранительные органы ежегодно возрастает. Значительная часть этих фактов относится к сфере деятельности Следственного комитета Российской Федерации.

Выявление и расследование преступлений, связанных с дефектами оказания медицинской помощи, или так называемых ятрогенных преступлений, закономерно вызывают определенные практические трудности, обусловленные, прежде всего, их высокой латентностью и отдельными проявлениями корпоративности в медицинской среде.

Факты ненадлежащего оказания медицинской помощи детям, в том числе малолетним и новорожденным, привлекают пристальное внимание правоохранителей. Демографическая ситуация в России продолжает оставаться неудовлетворительной, несмотря на принимаемые на государственном уровне меры по стимулированию рождаемости. Этих мер явно недостаточно, так как при ближайшем рассмотрении становится очевидным, что прирост населения страны обусловлен исключительно миграционными процессами, а не «положительным естественным приростом населения» за счет рождаемости, как отмечают некоторые официальные источники<sup>1</sup>.

Так, по данным Минздрава РФ в 2014 году показатель младенческой смертности составил 7,4 на тысячу родившихся живыми (в абсолютных цифрах это 14.322 случая младенческой смерти<sup>2</sup>), в 2015 году – 6,5, а в январе-июле 2016 года этот показатель снизился до 6,0 на тысячу родившихся живыми. Однако, не смотря на направленность усилий государства на улучшение качества оказания акушерско-гинекологической помощи, внедрение и использование современных достижений науки и техники в данной области, достичь неких абсолютных показателей эффективности родовспоможения, равно как и безошибочной работы специалистов, к сожалению, невозможно. Это обусловлено многими причинами.

Каждый случай смерти ребенка должен подвергаться медицинской экспертизе для детального анализа причин смерти. Так ретроспективно анализируются упущенные возможности предотвращения этого случая смерти. По данным Департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения Минздрава РФ, не менее 40% смертей новорожденных можно было бы предотвратить (так называемые, условно предотвратимые потери). В этой связи особенно актуальным становится максимально объективное исследование причин младенческой и детской смертности в лечебных учреждениях, в том числе в результате ненадлежащего оказания медицинской помощи<sup>3</sup>.

Наиболее объективным, точным и широко распространенным способом определения патологии и причины смерти, в том числе детской, является *аутопсия* - патологоанатомическое вскрытие с последующим гистологическим исследованием кусочков тканей. В ряде случаев оно дополняется результатами микробиологического, генетического и молекулярно-биологического исследований. По данным литературы, в 30–90% наблюдений результаты вскрытия

<sup>1</sup>Доклад Министра здравоохранения РФ на заседании итоговой коллегии Минздрава России «Об итогах работы Министерства здравоохранения Российской Федерации за 2015 год и задачах на 2016 год» // <https://www.rosminzdrav.ru>

<sup>2</sup>Демографический ежегодник России.2015. [http://www.gks.ru/free\\_doc/doc\\_2015/demo15.pdf](http://www.gks.ru/free_doc/doc_2015/demo15.pdf)

<sup>3</sup>Петрова Т.Н. Некоторые проблемные вопросы расследования уголовных дел о ятрогенных преступлениях в сфере родовспоможения // Проблемы выявления и расследования преступлений в сфере оказания медицинских услуг. Материалы Всероссийского научно-практического круглого стола. Санкт-Петербург. 15 апреля 2016. С. 90–94.

плодов и умерших новорожденных подтверждают клинический диагноз, однако в 25–30% они дополняют, а в 10–40% случаев выявляются другие первоначальные причины смерти<sup>1</sup>.

В настоящее время согласно Федеральному закону № 323-ФЗ от 21.11.2011г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», патологоанатомическое вскрытие проводится во всех случаях мертворождения и смерти детей, впервые 28 дней жизни, т.е. патологоанатомическое вскрытие детей, умерших после 28 дней жизни, может не проводиться.

К сожалению, нередко ситуации, когда родственники из религиозных или этических побуждений не соглашаются на проведения аутопсии (вскрытия) тела ребенка. В таких случаях патологоанатомическое вскрытие детей, умерших после 28 дней жизни, может не проводиться, что лишает врачей возможности установления точного диагноза и истинной причины смерти<sup>2</sup>, а следователей -возможности дать надлежащую юридическую оценку действиям (бездействию) медицинских работников, допустивших дефекты оказания медицинской помощи детям. С другой стороны - во многих регионах России с заметной частотой встречаются факты, когда родственники младенца, умершего в лечебном учреждении, не согласны с заключением патологоанатомического исследования о причинах смерти их ребенка. Проведение доследственных проверок в таких случаях представляют для следователей повышенную сложность, т.к. подтвердить или опровергнуть первичные выводы патологоанатома иными первичными доказательствами, в полной мере не представляется возможным.

Повторная аутопсия в судебно-медицинской экспертизе не может дать достаточно объективной картины состояния организма, вследствие изменения состояния тела, как в результате первичного патологоанатомического исследования, так и по причине быстрой мацерации организма младенца.

В связи с этим заслуживает пристального внимания опыт использования методов посмертной лучевой визуализации для исследования причин детской смертности, которая в качестве объективного неинвазивного (без вскрытия) исследования, дополняющего патологоанатомическое вскрытие тела, применяется в зарубежной судебно-медицинской практике начиная с 90-х годов прошлого столетия. Использование компьютерной томографии (далее – КТ) и магнитно-резонансной томографии (далее – МРТ) для анализа тел умерших больных нашло свое отражение и в появлении новых терминов «виртуальная аутопсия» и «криминалистическая томография»<sup>3</sup>.

Современные визуализационные технологии, в частности мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ), характеризуются гораздо большей разрешающей способностью и возможностью последующего анализа полученных изображений. Так как посмертная томографическая визуализация является неинвазивным методом диагностики, то отпадает необходимость рассечения кожных покровов, повреждения органов. Не нарушаются топографические и анатомические особенности органов и тканей. Крайне важным является деликатное решение этических вопросов, поскольку таким образом удастся избежать дополнительной психической травматизации родителей. В тех случаях, когда родители категорически возражают против секционного исследования трупа ребёнка, метод посмертного КТ- (или МРТ-) исследования может выступать как альтернатива классической секционной методики и позволит выявить все элементы повреждений и патологических

<sup>1</sup>Туманова У.Н., Федосеева В.К., Ляпин В.М., Степанов А.В., Воеводин С.М., Щеголев А.И. Посмертная компьютерная томография мертворожденных с костной патологией // Медицинская визуализация. 2013. № 5. С. 110–120.

<sup>2</sup>Стрелков А.А. Установление причин детской смерти методом «виртуальной» аутопсии // Вестник Академии Следственного комитета. 2015. № 4. С. 166–168.

<sup>3</sup>Стрелков А.А. Развитие криминалистической томографии как метода исследования доказательств. Сборник материалов 4-й Международной конференции: Новейшие технологии контроля. 2016. 6–7 апреля 2016 г. М.: ВЕСТА-ПРИНТ. 2016. С.13–15.

процессов, интересующие ведомства и учреждения, осуществляющие контроль качества оказания медицинских услуг<sup>1</sup>. В случаях допущения дефектов оказания медицинской помощи детям методом для их фиксации и сохранения в первоначальном (неизменённом виде) может считаться только один – посмертная томографическая визуализация тела погибшего ребенка<sup>2</sup>. Проведение посмертной томографической визуализации – криминалистической томографии, повышает диагностические возможности обычного патологоанатомического вскрытия.

Однако такие технологии используются крайне редко, хотя обладают большими возможностями, особенно в случаях смерти новорожденных в лечебных учреждениях, что подтверждаются результатами посмертных КТ-исследований младенцев, новорожденных и мертворожденных детей, проводимых специалистами как «Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова».

Выводы, сделанные специалистами этого ведущего в Российской Федерации научного центра, показывают, что посмертное КТ-исследование способствуют более точному определению патологических процессов, механизмов и давности наступления смерти, повышая тем самым диагностические возможности патологоанатомического вскрытия или судебно-медицинского исследования трупа. Не являясь, на сегодняшний день, в полной мере альтернативой традиционного аутопсийного исследования, специалисты считают посмертное КТ-исследование целесообразным для обязательного проведения<sup>3</sup>.

Социальная значимость и многоаспектность обозначенной проблематики требует углубленного научного анализа учеными не только юридического, но и медицинского, психологического, социологического и иных профилей.

**С.А. Копыткин,  
А.Б. Назарова**

### **К вопросу о дифференциации проблематики, связанной с оценкой психического состояния подозреваемого (обвиняемого) при расследовании преступлений, совершенных лицами с психическими расстройствами**

**Аннотация.** Авторами статьи рассматривается проблематика оценки психического состояния подозреваемого (обвиняемого) при расследовании преступлений, совершенных лицами с психическими расстройствами. Предлагается ряд рекомендаций, направленных на повышение эффективности процесса расследования преступлений, совершенных рассматриваемой категорией лиц.

**Ключевые слова:** расследование преступлений, подозреваемый, обвиняемый, психические расстройства, психическое состояние.

Представляется очевидным, что расследование преступлений, совершенных лицами, имеющими психические расстройства, невозможно без назначения и производства судебно-психиатрической экспертизы, которая имеет ключевое значение в рамках уголовно-правового, уголовно-процессуального и, конечно же, криминалистического аспектов расследования. Думается, что первичным и обязательным условием достижения указанной выше цели является правильное понимание следователем содержания и функционального назначения разновидностей

<sup>1</sup> Стрелков А.А., Петрова Т.Н. Возможности криминалистического использования компьютерной томографии для выявления дефектов оказания медицинской помощи детям // Медицинская экспертиза и право. 2017. № 5. С.15–20.

<sup>2</sup> Стрелков А.А. Проблемы диагностики причин детской смертности в лечебных учреждениях и пути их решения: криминалистическая томография // Мир криминалистики. Московская Академия СК России. 2017. № 4. С. 29–34.

<sup>3</sup> Туманова У.Н., Федосеева В.К., Ляпин В.М., Щеголев А.И. Выявление скоплений газа в телах плодов, мертворожденных и умерших новорожденных при посмертном компьютерно-томографическом исследовании. Consilium Medicum. 2016; 18 (13): 26–33.

психиатрической экспертизы, поскольку законодательная регламентация подобных понятий, к сожалению, отсутствует. Вместе с тем современная наука дает достаточно широкую классификацию психиатрических экспертиз, выделяя в качестве классифицирующих оснований область процессуальных отношений, сочетание используемых областей специальных знаний, место производства экспертизы, периодизацию ее проведения и т.д. Рассмотрев предлагаемые учеными дефиниции судебно-психиатрической<sup>1</sup> и комплексной психолого-психиатрической<sup>2</sup> экспертиз, отметим, что эти определения помимо ориентации на непосредственную функцию – установление истинных обстоятельств дела посредством использования специальных знаний – должны четко передавать сущность и специфику их использования<sup>3</sup>. Вместе с тем распространенность данного следственного действия в сочетании с низкоэффективным взаимодействием субъектов участвующих расследовании уголовных дел о преступлениях, совершенных лицами с психическими расстройствами неминуемо приводят к возникновению сложностей, сопряженных с назначением, производством и оценкой результатов психиатрического исследования.

Анализ судебно-следственной практики позволяет дифференцировать массив подобных проблем, сформировав в его содержании следующие группы:

1. Проблемы, связанные с назначением и подготовкой психиатрической экспертизы. В настоящее время экспертиза является комплексным процессуальным действием, сочетающим в себе процессуальный (законодательный) и организационный аспекты с непосредственным использованием специальных знаний компетентным лицом. В этой связи в науке существует значительное количество различных по своему содержанию мнений об особенностях назначения и подготовки экспертизы в качестве самостоятельного следственного действия. Намеренно не вступая в дискуссию по данному вопросу, отметим, однако, что наличие хотя бы первичных знаний в области психиатрии и патопсихологии существенно упрощает процесс назначения следователем судебно-психиатрической экспертизы. Представляется, что ядром проблемы назначения судебно-психиатрической экспертизы является содержание вопросов, которыеследователь задает эксперту. При этом следователю важно понимать, что сама экспертиза на вменяемость или же невменяемость лица не устанавливает (поскольку в соответствии со ст. ст. 21 и 22 УК РФ это является прерогативой суда), а служит лишь средством оценки состояния подозреваемого (обвиняемого), и ее результаты, несмотря на их ключевое значение в процессе расследования исследуемой категории преступлений, нельзя считать догмой. В этой связи нужно обратить внимание на тот факт, что треть практических работников отмечают, что интенсивность осуществляемого ими процесса доказывания по рассматриваемой категории дел снижается в случае, если содержание заключения экспертизы свидетельствует о наличии у подозреваемого (обвиняемого) психического расстройства, лишившего его в момент совершения преступления способности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими, поскольку в этом случае подозреваемый (обвиняемый) все равно будет признан судом невменяемым и избежит уголовной ответственности.

Таким образом, есть основания полагать, что в некоторых случаях со стороны следователя имеет место варьирование интенсивности процесса доказывания, связанное с результатом судебно-психиатрической экспертизы, однако подобная закономерность, скорее, свойственна расследованию деяний, совершенных лицами в состоянии невменяемости.

2. Проблемы производства психиатрической экспертизы. Как уже отмечалось, все разновидности психиатрической экспертизы являются сложным динамическим процессом, комплексно сочетающим в себе различные виды деятельности участников предварительного следствия. Намеренно не вникая в специфику действий эксперта, что вывело бы нас за пределы юридического анализа рассматриваемого вопроса, отметим, что стадия производства экспертизы сопряжена с

<sup>1</sup>Консультация. СПЭ (понятие и основные признаки) // Проблемы вменяемости в судебной психиатрии: сборник научных трудов / под ред. акад. Г.В. Морозова. М., 1983.

<sup>2</sup>Кудрявцев И.А. Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза: научно-практическое руководство. М., 1999. С. 17.

<sup>3</sup>См. например: Дьяконова О.Г. Процессуальные проблемы назначения и производства психиатрических и психологических экспертиз по уголовным делам в отношении живых лиц. М., 2009. С. 24–25.

целым рядом проблем правового и организационного характера, решение которых требует от следователя быстрой ориентации в вопросах правовой регламентации экспертной и медико-психиатрической деятельности, а также знания процессуального законодательства. В этом контексте следует обратить внимание и на присутствие самого следователя при производстве экспертизы, что, по нашему мнению, сняло бы большое количество вопросов в тех случаях, когда предварительные консультации с экспертами-психиатрами по какой-либо причине не проводились или же в иных сложных следственных и (или) медицинских ситуациях. Разделяя мнения ученых, касающиеся расширения полномочий эксперта при производстве судебной экспертизы<sup>1</sup>, считаем необходимым предложить внести дополнения в ч. 3 ст. 57 УПК РФ, которые бы давали эксперту право приглашать субъекта, осуществляющего расследование, а также защитника подозреваемого (обвиняемого) на производство экспертизы в случаях, представляющих особую сложность, с последующим оказанием им консультативной помощи. Думается, что подобная законодательная инициатива существенно расширила бы периодичность взаимодействия следователя и эксперта, в том числе в процессе расследования исследуемой категории преступлений.

3. Проблемы, связанные с оценкой заключения, данного экспертом по завершении психиатрической экспертизы. В соответствии с ч. 1. ст. 88 УПК РФ любое из доказательств подлежит оценке по упомянутым в данной статье критериям относимости, допустимости, достаточности. Считаем, что не являются исключением в данном случае и результаты производства судебно-психиатрической экспертизы, в первую очередь заключение эксперта. Сложность вопроса состоит в том, субъект расследования, не обладая должным уровнем специальных знаний, должен в полном объеме оценить заключение эксперта-психиатра исходя из требований законодательства. Вместе с тем нужно отметить существование таких тенденций, как формальное отношение субъекта расследования к результатам экспертизы и отсутствие сомнений в правильности сделанных экспертом выводов. Подтверждение подобной точки зрения можно встретить в науке. Так, И.Л. Петрухин отмечает, что статус учреждения играет огромную роль в контексте оценки следователем или же судом заключения эксперта<sup>2</sup>, а Г.И. Поврезнюк считает отсутствие сомнений в результатах экспертизы необоснованным, поскольку эксперт может ошибиться в выводах по различным причинам как объективного, так и субъективного характера<sup>3</sup>. Преодоление трудностей в оценке следователем заключения эксперта-психиатра видится нам в формировании рекомендаций, касающихся этого процесса. Во многом базируясь на позиции С.Ф. Бычковой<sup>4</sup> и О.Г. Дьяконовой<sup>5</sup>, в качестве основных рекомендаций по оценке заключения эксперта-психиатра можно предложить: рассмотрение процессуальной формы заключения эксперта (формальные требования, предъявляемые к его оформлению), изучение надежности и эффективности применяемой методики исследования, определение соответствия выводов, сделанных экспертом, проведенным исследованиям, определение соответствия выводов, сделанных экспертом, вопросам, поставленным следователем.

Безусловно представленный перечень проблем, связанных с производством судебно-психиатрической экспертизы в судебно-следственной практике не является исчерпывающим. Однако вместе с тем авторы имеют основания утверждать, что решение хотя бы части из них существенно сможет повысить эффективность процесса расследования преступлений, совершенных лицами с психическими расстройствами.

<sup>1</sup>Духно Н.А., Корухов Ю.Г., Михайлов В.А. Судебная экспертиза по новому законодательству России (в уголовном, гражданском, арбитражном, административном процессах): монография / под ред. Ю.Г. Корухова. М.: Изд-во юрид. ин-та МИИТа, 2003. С. 182–188.

<sup>2</sup>Петрухин И.Л. Экспертиза как средство доказывания в советском уголовном процессе. М., 1964. С. 225–227.

<sup>3</sup>Поврезнюк Г.И. Судебная экспертиза (подготовка и назначение в уголовном и гражданском процессах). 2-е изд., перераб. и доп. Алматы, 2001. С. 62.

<sup>4</sup>Бычкова С.Ф. Теория и практика судебной экспертизы: научные, организационно-правовые и методические основы: учебное пособие. Алматы, 2002.

<sup>5</sup>Дьяконова О.Г. Указ. соч. С. 172–173.

## **Первоначальный этап расследования незаконной трансплантации органов человека, совершенной лицом, обладающим медицинскими знаниями**

**Аннотация.** В статье рассмотрены особенности первоначального этапа расследования преступлений, совершенных лицом, обладающим медицинскими знаниями, и связанных с изъятием органов или тканей человека для трансплантации.

**Ключевые слова:** Изъятие органов, трансплантация, медицинские работники, следственная ситуация, программа или алгоритм действий, психология, доказательства.

Рассматривая особенности деятельности правоохранительных органов на первоначальном этапе расследования преступления, связанного с изъятием органов или тканей человека для трансплантации, совершенных лицом, обладающим медицинскими знаниями, необходимо отметить, что формы и методы расследования определяются и строятся в зависимости от обстоятельств, подлежащих доказыванию по уголовному делу. Такая деятельность должна быть упорядочена и систематизирована, а так же представлять собой алгоритм действий в зависимости от определенных сложившихся условий и ситуаций.

Разумеется, как показали результаты анализа следственной практики, нельзя предусмотреть заранее все возможные алгоритмы таких действий, так как условия по своей природе не постоянны.

На взгляд ученых-криминалистов, следует, в основном, исходить из типичных следственных ситуаций и представленных наукой программ (алгоритмов следственных действий) расследования, предназначенных для их разрешения<sup>1</sup>.

Следственные ситуации, складывающиеся при расследовании преступления, связанного с изъятием органов или тканей человека для трансплантации, совершенное лицом, обладающим медицинскими знаниями, на момент возбуждения уголовного дела можно разделить на следующие разновидности: следственные ситуации, связанные с обнаружением трупа человека или его частей; следственные ситуации, связанные с исчезновением человека; следственные ситуации, связанные с полученной достоверной информацией о факте изъятия у лица органов или тканей для трансплантации; следственные ситуации, связанные с полученной достоверной информацией о принуждении лица к изъятию у него органов или тканей для трансплантации; следственные ситуации, связанные с полученной достоверной информацией о факте торговли несовершеннолетним лицом в целях изъятия у него органов или тканей для трансплантации.

По отношению к процессу расследования преступления, связанного с изъятием органов или тканей человека для трансплантации, совершенное лицом, обладающим медицинскими знаниями, следственная ситуация складывается из системы взаимосвязанных условий объективного и субъективного характера.

К объективным условиям, по нашему мнению, можно отнести следующие факторы: наличие и устойчивость осуществления еще не использованных источников доказательственной информации и надлежащих каналов поступления ориентирующей информации; наличие в данный момент в распоряжении следователя или органа дознания необходимых сил, средств, времени и возможности их оптимального использования.

К условиям субъективного характера можно отнести следующие факторы: психологического состояния лиц, проходящих по делу; психологического состояния следователя; подготовленности следователя; уровня его знаний и умений, практического опыта<sup>2</sup> и т. д.

<sup>1</sup> Особенности расследования тяжких преступлений. Руководство для следователей / Отв. науч. редакторы: Б.П. Смагоринский, А.А. Закалов. Волгоград, 1995. С. 226.

<sup>2</sup> Белкин Р. С. Курс советской криминалистики. М., 1979. Т.3. С.127–132.

Для того чтобы сформировать частную методику расследования преступления, связанного с изъятием органов или тканей человека для трансплантации, совершенное лицом, обладающим медицинскими и иными специальными знаниями, необходимо предложить типичные программы и схемы расследования в зависимости от следственной ситуации, необходимо их точное упорядочивание и систематизация.

С точки зрения логики расследования представляется целесообразным, прежде всего, распределение типичных следственных ситуаций применительно к первоначальному этапу расследования.

Дальнейшая их классификация возможна с учетом степени информированной определенности (преимущественно на первоначальном этапе), позиции участников процесса (в основном на последующем и завершающем этапах) и других факторов<sup>1</sup>.

Для расследования преступления, связанного с незаконным изъятием органов или тканей человека для трансплантации, совершенное лицом, обладающим медицинскими и иными специальными знаниями, как показали наши исследования, наиболее характерны и распространены следственные ситуации, когда расследование осуществляется в условиях наличия трупа человека или его частей.

Исходя из этого, при возбуждении уголовного дела по ч.2 ст. 105 УК РФ (по факту *обнаружения трупа человека или его частей*) можно выделить следующие ситуации: 1) имеются признаки (по результатам осмотра места происшествия, опросам и т.д.), указывающие на совершение преступления в целях изъятия органов или тканей человека для трансплантации, личность жертвы преступления не установлена, нет сведений ни об одном из лиц, совершивших преступление; 2) имеются признаки (по результатам осмотра места происшествия, опросам и т.д.), указывающие на совершение преступления в целях изъятия органов или тканей человека для трансплантации, личность жертвы преступления не установлена, имеются сведения о некоторых лицах (одном лице), совершивших преступление, имеющем медицинские знания; 3) имеются признаки (по результатам осмотра места происшествия, опросам и т.д.), указывающие на совершение преступления в целях изъятия органов или тканей человека для трансплантации, личность жертвы преступления установлена, имеются сведения о некоторых лицах (одном лице), совершивших преступление, имеющем медицинские знания; 4) имеются признаки (по результатам осмотра места происшествия, опросам и т.д.), указывающие на совершение преступления в целях изъятия органов или тканей человека для трансплантации, личность жертвы преступления установлена, одно или несколько лиц, совершивших преступление, задержаны; 5) обнаружен труп или части тела человека, но признаков, указывающих на совершение преступления в целях трансплантации органов или тканей нет, личность жертвы не установлена, нет сведений ни об одном из лиц, совершивших преступление.

На основе анализа следственной практики нами были выделены и наименее распространенные типичные следственные ситуации, складывающиеся на первоначальном этапе расследования.

Следственные ситуации, *связанные с полученной достоверной информацией о факте изъятия у лица органов или тканей для трансплантации.*

1). Первоначальная информация поступила от сотрудников милиции с места происшествия, где обнаружен труп жертвы: а) личность потерпевшего не установлена, нет сведений ни об одном из лиц, совершивших преступление; б) личность потерпевшего не установлена, имеются сведения о некоторых лицах (одном лице), совершивших преступление; в) личность потерпевшего установлена, нет сведений ни об одном из лиц, совершивших преступление; г) личность потерпевшего установлена, имеются сведения о некоторых лицах (одном лице), совершивших преступление; д) личность потерпевшего установлена, одно или несколько лиц, совершивших преступление, задержаны.

2). Первоначальная информация о жертве поступила от ее родственников: а) личность потерпевшего установлена, нет сведений ни об одном из лиц, совершивших преступление; б)

<sup>1</sup> Радаев В.В., Субботина М.В. Расследование групповых преступлений несовершеннолетних: Учебное пособие. Волгоград: ВЮИ МВД России, 1998. С. 52.

личность потерпевшего установлена, имеются сведения об некоторых лицах (одном лице), совершивших преступление; в) личность потерпевшего установлена, одно или несколько лиц, совершивших преступление, задержаны.

3). Первоначальная информация о жертве поступила от лечащего врача реципиента: а) личность потерпевшего не установлена, имеются сведения о некоторых лицах (одном лице), совершивших преступление; б) личность потерпевшего установлена, имеются сведения о некоторых лицах (одном лице), совершивших преступление; в) личность потерпевшего установлена, одно или несколько лиц, совершивших преступление, задержаны.

4). Первоначальная информация о жертве поступила от свидетеля: а) личность потерпевшего не установлена, нет сведений ни об одном из лиц, совершивших преступление; б) личность потерпевшего не установлена, имеются сведения о некоторых лицах (одном лице), совершивших преступление; в) личность потерпевшего установлена, нет сведений ни об одном из лиц, совершивших преступление; г) личность потерпевшего установлена, имеются сведения о некоторых лицах (одном лице), совершивших преступление; д) личность потерпевшего установлена, одно или несколько лиц, совершивших преступление, задержаны.

*Следственные ситуации, связанные с полученной достоверной информацией о принуждении лица к изъятию у него органов или тканей для трансплантации.*

1). Первоначальная информация поступила от жертвы преступления: а) личность потерпевшего установлена, нет сведений ни об одном из лиц, совершивших преступление; б) личность потерпевшего установлена, имеются сведения о некоторых лицах (одном лице), совершивших преступление; в) личность потерпевшего установлена, одно или несколько лиц, совершивших преступление, задержаны.

2). Первоначальная информация поступила от свидетеля преступления: а) личность потерпевшего не установлена, нет сведений ни об одном из лиц, совершивших преступление; б) личность потерпевшего не установлена, имеются сведения о некоторых лицах (одном лице), совершивших преступление; в) личность потерпевшего установлена, нет сведений ни об одном из лиц, совершивших преступление; г) личность потерпевшего установлена, имеются сведения о некоторых лицах (одном лице), совершивших преступление; д) личность потерпевшего установлена, одно или несколько лиц, совершивших преступление, задержаны.

*Следственные ситуации, связанные с полученной достоверной информацией о факте торговли несовершеннолетним лицом в целях изъятия у него органов или тканей для трансплантации.*

1). Первоначальная информация поступила от свидетеля преступления: а) личность потерпевшего не установлена, нет сведений ни об одном из лиц, совершивших преступление; б) личность потерпевшего не установлена, имеются сведения о некоторых лицах (одном лице, обладающем медицинскими знаниями), совершивших преступление; в) личность потерпевшего установлена, нет сведений ни об одном из лиц, совершивших преступление; г) личность потерпевшего установлена, имеются сведения о некоторых лицах (одном лице, обладающем медицинскими знаниями), совершивших преступление; д) личность потерпевшего установлена, одно или несколько лиц, совершивших преступление, задержаны.

2). Информация поступила от родственников жертвы (несовершеннолетнего): а) личность потерпевшего установлена, нет сведений ни об одном из лиц, совершивших преступление; б) личность потерпевшего установлена, имеются сведения о некоторых лицах (одном лице, обладающем медицинскими знаниями), совершивших преступление; в) личность потерпевшего установлена (несовершеннолетнего), одно или несколько лиц, совершивших преступление, задержаны.

Следственные ситуации, связанные с исчезновением человека. Данные ситуации тождественны с вышеперечисленными. После определения сложности и проблемности сложившихся ситуаций следовательно необходимо определить алгоритм следственных действий и иных мероприятий для их разрешения, а также составить план расследования.

Следственная ситуация № 1, возникающая по факту обнаружения трупа человека или его частей, когда имеются признаки (по результатам осмотра места происшествия, опросам и т.д.),



указывающие на совершение преступления в целях изъятия органов или тканей человека для трансплантации, личность жертвы преступления не установлена, нет сведений ни об одном из лиц, совершивших преступление. Данная ситуация является наиболее типичной и часто встречаемой на практике.

Характерными ее разрешения являются следующие следственные действия и иные мероприятия: следственные и иные действия: осмотр места происшествия, трупа, его частей, обнаруженных предметов и следов, взятие образцов для сравнительного исследования; выемка и осмотр одежды, обуви или их частей жертвы; допрос заявителя об источниках сообщенной информации и известных ему обстоятельствах преступления; письменное поручение работникам дознания путем обхода близлежащих домов, квартир, учреждений, организаций; опроса граждан выявить свидетелей и очевидцев преступления; установление личности жертвы – донора; проведение допросов установленных свидетелей; создание с их слов композиционных портретов лиц, причастных к совершению данного преступления; назначение судебно-медицинской экспертизы трупа или его частей; назначение необходимого комплекса криминалистических экспертиз.

Иные мероприятия: письменное поручение органу дознания о проведении оперативно-розыскных мероприятий по установлению лиц, совершивших данное преступление; получение дополнительной информации о преступлении или о жертве-доноре путем использования криминалистических учетов; выявление и изучение уголовных дел о преступлениях, аналогичных расследуемому по способу совершения, описанию преступников и т.д.

Следственная ситуация № 2, возникающая по факту обнаружения трупа человека или его частей, когда имеются признаки (по результатам осмотра места происшествия, опросам и т.д.), указывающие на совершение преступления в целях изъятия органов или тканей человека для трансплантации, личность жертвы преступления не установлена, имеются сведения о некоторых лицах (одном лице, обладающем медицинскими знаниями), совершивших преступление.

В данной следственной ситуации помимо проведения следственно-оперативных мероприятий, характерных следственной ситуации № 1, необходимо запланировать выполнение следующих следственных действий и иных мероприятия: следственные действия: задержание лиц, подозреваемых в совершении преступления; допрос свидетелей (выявленных на первоначальном этапе); иные мероприятия: установление ближайшего окружения задержанного и его связи; установление личности реципиента; проверка по криминалистическим учетам задержанных на причастность их к совершению иных преступлений.

Следственная ситуация № 3, возникающая по факту обнаружения трупа человека или его частей, когда имеются признаки (по результатам осмотра места происшествия, опросам и т.д.), указывающие на совершение преступления в целях изъятия органов или тканей человека для трансплантации, личность жертвы преступления установлена, имеются сведения о некоторых лицах (одном лице, обладающем медицинскими знаниями), совершивших преступление.

В данной следственной ситуации помимо проведения следственных действий и оперативных мероприятий, указанных в программе по следственной ситуации № 2, следует установить возможные связи жертвы, ее контактов с пунктами переливания крови, родильными домами и другими учреждениями, имеющими информацию о медицинских препаратах человека: группе крови и ее резус-факторе, перенесенных заболеваниях, противопокзаниям к донорству крови и т.д.

В случае выявления контактов жертвы с вышеуказанными учреждениями необходима проверка на причастность к совершенному преступлению сотрудников данной организации.

Следственная ситуация № 4, возникающая по факту обнаружения трупа человека или его частей, когда имеются признаки (по результатам осмотра места происшествия, опросам и т.д.), указывающие на совершение преступления в целях изъятия органов или тканей человека для

трансплантации, личность жертвы преступления установлена, одно (обладающее медицинскими знаниями) или несколько лиц, совершивших преступление, задержаны.

В данной следственной ситуации помимо проведения следственных действий и оперативных мероприятий, указанных в программе по следственной ситуации № 2, необходимо произвести иные следственные действия: производство обысков по месту жительства задержанных и в других необходимых местах в зависимости от полученной информации; месте работы, месте проведения операции по трансплантации и т.д.; проведение допроса задержанных лиц с целью установления обстоятельств совершения преступления, а так же установления остальных участников преступления; назначение комплекса криминалистических экспертиз; проведение освидетельствования задержанных лиц для выявления телесных повреждений, особых примет<sup>1</sup>.

По мнению Н.П. Яблокова, следственные ситуации, возникающие на первоначальном этапе расследования, различаются лишь объемом имеющейся информации о событии преступления и о причастных к нему лицах<sup>2</sup>.

Первоначальный этап расследования характеризуется ограниченным объемом информации об обстоятельствах преступления и лицах его совершивших, но при этом следователю необходимо ее оценить и использовать в условиях дефицита времени. В целях быстрого и полного раскрытия и расследования преступления усилия всех задействованных сил, на наш взгляд, должны быть оперативны, последовательны и скоординированы во времени и пространстве.

Первоначальный этап длится до тех пор, пока не будет реализован необходимый комплекс следственных действий, оперативно-розыскных мероприятий, пока доказательства не будут обнаружены и изъяты.

В организационном плане предварительное расследование на первоначальном этапе представляет такую систему, при которой должна быть определена перспектива расследования преступления, решены вопросы использования в расследовании всех возможных сил и средств.

**Е.А. Лушин**

### **Некоторые особенности расследования преступлений, совершенных медицинскими работниками**

**Аннотация.** Статья посвящена особенностям расследования преступлений, совершенных медицинскими работниками. Показано, что одним из первых действий при проверке сообщения о преступлении медицинских работников должно быть изъятие медицинской документации. Перечислены основные признаки возможной фальсификации медицинской документации.

**Ключевые слова:** преступления, совершенные медицинскими работниками, медицинская документация, способы фальсификации медицинских документов, признаки подделки медицинских документов.

Одними из основных прав каждого человека в нашей стране являются права на жизнь, на охрану здоровья и медицинскую помощь. В Уголовном кодексе РФ предусмотрен целый ряд статей, призванных защищать указанные ценности. К этим статьям относятся не только перечисленные в главе 16 УК РФ, но и другие статьи, например, ч.2,3 ст.293 УК РФ. К лицам, которые могут быть субъектами данных преступлений, помимо прочих, относятся и медицинские работники.

Расследование преступлений, совершенных медицинскими работниками, значительно осложнено необходимостью владения следователем медицинской терминологией и знаниями

<sup>1</sup> Веренич И.В., Кустов А.М., Прошин В.М. Криминалистическое обеспечение предварительного и судебного следствия умышленного убийства. М.: Юрлитиздат. 2017, Ч. 1–2. С. 420–440.

<sup>2</sup> Яблоков Н.П. Криминалистическая методика расследования: некоторые теоретические положения. М., 1985. С. 98.

медицинских нормативных актов, в числе которых акты, регламентирующие правила оказания медицинской помощи; стандарты оказания медицинской помощи; протоколы ведения больных, медицинские инструкции и методические рекомендации<sup>1</sup>.

Кроме того, со стороны медицинских работников нередки случаи нежелания оказания деятельного содействия расследованию по причине корпоративности медицинской среды, признаваемой самими медиками<sup>2</sup>.

Одним из способов оказания противодействия расследованию со стороны медицинских работников является подделка медицинских документов. В медицинских учреждениях исправляют диагнозы, сроки поступления и продолжительности лечения, дописываются проведенные процедуры и обследования, заполняются и приклеиваются любые недостающие документы, анализы, снимающие ответственность с медицинских работников, либо уводящие диагноз в противоположное нозологическое русло.

Например, в процессе расследования уголовного дела о неоказании помощи тяжелобольной умершей пациентке и при рассмотрении этого дела в суде было проведено несколько экспертных исследований ее истории болезни. В результате этих экспертиз было выявлено 14 фальсифицированных записей на 29 страницах истории болезни. В одном из заключений эксперт обратил особое внимание на то, что последняя приписка была сделана в документе через три месяца после смерти Максимовой<sup>3</sup>.

Имеются и факты ведения так называемой «двойной бухгалтерии» — для проверяющих (будь то суд или ведомственная инспекция) и для внутренних нужд. Известен случай, когда в суде фигурировало две истории болезни одного пациента. Одну историю болезни выкрал из медицинского учреждения отец погибшего мальчика, которого в больнице лечили от ларингита. Вторую в суд принесли сотрудники больницы, в которой умер ребенок. История болезни, принесенная врачами, содержала назначения, которых на самом деле не было<sup>4</sup>.

Способы фальсификации медицинских документов могут быть самыми разнообразными и заключаются в сознательном искажении представляемых доказательств: историй болезни, справок, эпикризов, листов нетрудоспособности и т.д. Документы фальсифицируются путем их подделки, подчистки, внесения исправлений, искажающих действительный смысл, или ложных сведений, в целях искусственного создания доказательств в пользу истца или ответчика, создания искусственных (ложных) вещественных доказательств и т.д.

Вследствие этого, после получения объяснений лиц, обладающих необходимыми на первоначальном этапе проверки сведениями, представляется целесообразным незамедлительное изъятие всей касающейся дела медицинской, а в некоторых случаях служебной и хозяйственной документации: амбулаторных карт; карт вызова скорой медицинской помощи; стационарных карт; протоколов патологоанатомического исследования трупов; протоколов заседания комиссии по изучению летальных исходов (КИЛИ); приказов по личному составу; объяснительных записок; должностных инструкций; списков работавших в отделении сотрудников и находившихся на излечении пациентов; журналов учета; в случаях смерти рожениц или новорожденных также обменных карт, истории родов, и т.д.

Необходимость незамедлительного изъятия указанных документов обусловлена возможностью внесения лечащими врачами исправлений и дополнений в медицинские документы, и даже полного переписывания истории болезни после проведения служебных проверок и консультаций с более умудренными коллегами, а также необходимостью скорейшего их направления в соответствующие органы для проведения внутриведомственной проверки.

<sup>1</sup> Багмет А.М., Черкасова Л.И. Криминалистические особенности расследования преступлений, совершенных медицинскими работниками. URL: <http://отрасли-права.ru/article/6554>.

<sup>2</sup> Сучков А.В. Проблемы назначения и проведения судебно-медицинских экспертиз при расследовании профессиональных преступлений, совершенных медицинскими работниками // Медицинская экспертиза и право. 2010. № 3. С. 39–43.

<sup>3</sup> URL: <http://apcmed.ru/news/news-all/poddelka-meditsinskoj-dokumentatsii-stala-obychnoy-praktikoy-vrachey.html>.

<sup>4</sup> Там же.

Изъятые документы должны быть осмотрены. В процессе осмотра медицинских документов помимо изучения их содержания необходимо обращать внимание и на следы возможной подделки документов. В частности, нарушение верхнего слоя бумаги и распливы красителя могут свидетельствовать о возможной подчистке и исправлении записи. Отличие цвета красителя в записях, произведенных в один день, может говорить о возможной дописке, сделанной позже, либо другим пишущим прибором, либо по прошествии большого промежутка времени. Об этом же будет свидетельствовать и отличие почерка в записях, якобы сделанных одним человеком. Кроме того, о дописке может свидетельствовать неоправданно увеличенные или уменьшенные промежутки между словами, строками или необычное их расположение.

Надо обращать внимание и на отдельные реквизиты документа. В частности, изготовлен ли бланк документа типографским способом или с помощью множительной техники. При изготовлении бланка типографским способом краска в штрихах должна быть нанесена сплошным слоем. При изготовлении способом высокой печати слой краски несколько толще по краям штрихов. С использованием высокой печати наиболее часто изготавливают номер бланка. При глубокой печати наоборот – в середине штриха слой краски толще, чем по краям. При использовании плоской печати слой краски в штрихах равномерно распределен, нет никаких следов давления на бумагу. Слой краски в штрихах настолько тонкий, что просвечивает. Если же документ изготовлен с использованием электрографической техники (множительная аппаратура, лазерные принтеры), то краска в штрихах блестящая, глянцевая, изображение сформировано отдельными крупинками порошка, как бы наклеенными на бумагу. При перегибании бумаги краситель осыпается.

Необходимо также обращать внимание на оттиски печатей и штампов. Если оттиск нечеткий, бледный, смазанный – это может свидетельствовать о его подделке различными способами перекопирования. Оттиск печати может быть подделан и на множительной аппаратуре, тогда изображение будет содержать признаки электрографии, указанные выше.

Особое внимание необходимо обращать на подписи. О подделке подписи может свидетельствовать пониженная выработанность письма, несоответствие размера и разгона почерка, отличие от оригинала в транскрипции подписи, отличие частных признаков почерка и др.

При подозрении на подделку документа его необходимо направить на почерковедческую экспертизу или на технико-криминалистическое исследование документов.

Подводя итог, можно констатировать, что расследование преступлений, совершенных медицинскими работниками, осложняется необходимостью знаний следователем медицинской терминологии и нормативной базы, регулирующей деятельность медицинских учреждений, а также возможной фальсификацией медицинских документов.

**В.Н. Миронов,  
Н.П. Дацко**

### **Правоприменительная практика при компенсации вреда здоровью после осложнений в имплантационной хирургии: анализ в России и за рубежом**

**Аннотация.** В статье приводится современное состояние проблемы эффективности и безопасности имплантационной хирургии при реконструктивных операциях у женщин. Отмечено, что применение синтетических материалов позволило значительно повысить эффективность реконструктивных операций на тазовом дне у женщин. Однако регистрируемое большое количество послеоперационных осложнений, которые в ряде случаев приводят к значительному ущербу здоровью, инвалидности и даже смерти пациентов, требуют правовой детализации ответственности врача, лечебного учреждения и производителя эндопротезов.

**Ключевые слова:** медицинское право, эндопротезы и импланты, имплантационная хирургия, компенсация вреда жизни и здоровью.

На современном этапе можно констатировать, что медицина стала одной из самых наукоемких и высокотехнологических областей. Широкое внедрение новых и более совершенных методов диагностики и лечения позволили врачам улучшить эффективность лечения различных заболеваний, сократить сроки реабилитации пациентов, и, как следствие, увеличить качество и продолжительность жизни. В арсенале врачей-хирургов в последнее время появились разнообразные и уникальные методы – роботические и лазерные технологии операций, криогенные и радиочастотные методы воздействия на патологический очаг, для замещения утраченных функций и систем человеческого организма широкого стали применяться различные эндопротезы-импланты. Сегодня, пожалуй, трудно назвать в какую хирургическую специальность прочно не вошла имплантационная хирургия. Эндопротезы повсеместно применяются в стоматологии, общей хирургии, травматологии и ортопедии, сердечно-сосудистой хирургии, гинекологии, урологии и во многих других областях хирургии. Однако есть и обратная сторона этого прогресса – появились новые, ранее не встречающиеся осложнения, непосредственно связанные с материалом импланта, технологией его установки и реакцией на него организма. Медицинскому сообществу еще предстоит полностью изучить и проанализировать эти осложнения, методы их предупреждения и варианты решения, определить: где ответственность врача и лечебного учреждения, а где вина разработчика и производителя изделия медицинского назначения. В нашей стране пока только формируются механизмы компенсации вреда, причиненного жизни и (или) здоровью граждан при оказании им медицинской помощи, в то время как за рубежом подобная правоприменительная практика существует давно, следовательно, положительные стороны зарубежного опыта могут быть использованы в нашей стране. Тем более что очень многие эндопротезы-импланты, которые применяются в отечественном здравоохранении, производятся за рубежом.

Статья основана на анализе эффективности и безопасности проведения реконструктивных операций с применением сетчатых имплантов в хирургии тазового дна у женщин. Разработанный во Франции метод реконструкции тазового дна с установкой эндопротеза из полипропиленовой сетки позволил повысить эффективность хирургического лечения пролапса тазовых органов с 56% до 96%, технология операции в последующем была запатентована и на ее основе стал производиться коммерческий набор для операций одним из концернов в США<sup>12</sup>.

Достигнутая высокая эффективность этого метода обусловила, что с 2002 по 2010 года американским агентством FDA (U.S. Food and Drug Administration) было одобрено 127 коммерческих наборов разных производителей синтетических сетчатых имплантов для урогинекологических операций<sup>34</sup>. Было отмечено резкое увеличение количества операций с применением сетчатых протезов, только в США ежегодно выполнялось около 500 000 операций<sup>56</sup>. Исходя из коммерческой прибыли, очень многие производители сетчатых протезов стали привлекать к проведению операций хирургов, не имеющих необходимого опыта и навыков. В итоге, количество осложнений в мире стало стремительно расти. И уже 13 июля 2011 г. на официальном сайте FDA был опубликован специальный бюллетень, в котором были отмечены свыше 1500 очень серьезных осложнений при трансвагинальной реконструктивной хирургии пролапса тазовых органов с установкой синтетических сетчатых имплантов. Кроме того, FDA

<sup>1</sup> *Debodinance P. et al. Changing attitudes on the surgical treatment of urogenital prolapse: birth of a tension-free vaginal mesh // J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2004 Nov;33(7):577–88.*

<sup>2</sup> *Fatton B. Et al Transvaginal repair of genital prolapse: preliminary results of a new tension-free vaginal mesh– a case series multicentric study // Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 2007 Jul;18(7):743–52.*

<sup>3</sup> *FDA Public Health Notification : Urogynecologic Surgical Mesh: Update on the Safety and Effectiveness of Transvaginal Placement for Pelvic Organ Prolapse [Electronic resource]. Mode of access : <http://www.fda.gov/downloads/MedicalDevices/Safety/AlertsandNotices/UCM262760.pdf>*

<sup>4</sup> *FDA Safety Communication : UPDATE on Serious Complications Associated with Transvaginal Placement of Surgical Mesh for Pelvic Organ Prolapse [Electronic resource]. Mode of access: <http://www.fda.gov/MedicalDevices/Safety/AlertsandNotices/ucm262435.htm>*

<sup>5</sup> *Shah A.D., Kohli N., Rajan S.S., Hoyte L. Surgery for stress urinary incontinence in the United States: does race play a role? // Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 2008 Aug;19(8):1085–92.*

<sup>6</sup> *Shah A.D., Kohli N., Rajan S.S., Hoyte L. The age distribution, rates, and types of surgery for pelvic organ prolapse in the USA// Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 2008 Mar;19(3):421–8.*

было зарегистрировано 7 смертей пациенток, перенесших реконструктивную операцию с установкой сетчатого импланта, причем в 3 из них имелась прямая связь с ранением органов таза (в 2 – ранение мочевого пузыря, в 1 – артерии с выраженным кровотечением).

На основании этих результатов были приняты следующие решения:

1. введен мораторий на регистрацию новых сетчатых имплантов до проведения более тщательных клинических исследований.

2. повышен класс риска сетчатых имплантатов до максимального, что потребует от производителей повторно провести технические, токсикологические и другие исследования.

3. создана специальная Консультативная группа внешних экспертов для анализа клинических исследований, которые должны оценить безопасность и эффективность сетчатых эндопротезов.

4. сформулирован основополагающий принцип о том, что оперирующие врачи должны пройти специализированную подготовку и приобрести соответствующие практические навыки для каждого метода установки сетчатого импланта, ответственность за которые возложена на производителей эндопротезов.

После этих решений производителями многие зарегистрированные в США сетчатые импланты были удалены с рынка, в том числе из-за большого количества судебных исков о возмещении вреда здоровью<sup>1</sup>. Следует особо отметить, что судебные иски подавались не против конкретного врача, который проводил операцию, не против медицинского учреждения, а против производителей сетчатых эндопротезов. По состоянию на ноябрь 2017 года в суде Западной Вирджинии против семи основных производителей сетчатых протезов возбуждены десятки тысяч судебных процессов. На настоящий момент в федеральных и местных судах США вынесено более 20 положительных решений по компенсации вреда здоровью общей стоимостью около 300 миллионов долларов. В 2017 году компании в досудебном порядке разрешили тысячи претензий на сотни миллионов долларов<sup>2</sup>.

Парадокс ситуации заключается в том, что при всех равных условиях, а именно, нанесение вреда жизни или здоровью пациентам после применения эндопротезов (зарегистрированных в России, в том числе иностранными производителями), вся ответственность в соответствии со статьей 98 Федерального закона №323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» ляжет на врача и лечебное учреждение<sup>3</sup>. Кроме того, согласно пунктам 2 и 4 статьи 98 этого закона произведенные компенсационные выплаты медицинской организацией ни в коей мере не снимают с медицинского работника персональной ответственности (вплоть до реального лишения свободы – уголовная ответственность в этой статье не рассматривается) за причинение вреда жизни и (или) здоровью при оказании гражданам медицинской помощи. При этом нормы указанного закона в отношении ответственности производителей медицинских изделий, в том числе иностранных, не конкретизированы и носят отсылочный характер.

В Гражданском Кодексе РФ существует положение о том, что медицинский работник, состоящий в трудовых отношениях с юридическим лицом (медицинской организацией), который при выполнении своих профессиональных обязанностей в силу разных причин совершает нанесение вреда здоровью пациенту, то по существующим правилам, ответственность несет юридическое лицо (ст. 402, 1068 ГК РФ). С другой стороны, вред, причиненный жизни, здоровью гражданина вследствие конструктивных, рецептурных или иных недостатков товара,

<sup>1</sup> Transvaginal Mesh Lawsuits [Electronic resource]. Mode of access: <https://www.drugwatch.com/transvaginal-mesh/lawsuit/>

<sup>2</sup> Boston Scientific Ordered to Pay \$100 Million Over Mesh. <https://www.bloomberg.com/news/articles/2015-05-28/boston-scientific-ordered-to-pay-100-million-over-vaginal-mesh>. van Geelen J.M., Dwyer P.L. Where to for pelvic organ prolapse treatment after the FDA pronouncements? A systematic review of the recent literature// Int Urogynecol J. 2013 May;24(5):707–18.

<sup>3</sup> Федеральный закон от 21.11.2011 N 232-ФЗ (ред. от 29.12.2017) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Официальный интернет-портал правовой информации. URL: [www.pravo.gov.ru](http://www.pravo.gov.ru)

работы или услуги, а также вследствие недостоверной или недостаточной информации о товаре (работе, услуге), подлежит возмещению продавцом или изготовителем товара (ст. 1095 ГК РФ)<sup>1</sup>.

Своеобразные особенности ответственности при причинении вреда пациенту возникают для коммерческих медицинских организаций. В этом случае применяются правовые нормы, установленные законом «О защите прав потребителей»<sup>2</sup>, который устанавливает, что за нарушение прав потребителей (в том числе медицинской услуги) изготовитель (исполнитель, продавец, уполномоченная организация или уполномоченный индивидуальный предприниматель, импортер) несет ответственность, предусмотренную законом или договором (ч.1 ст. 14). При этом не имеет значения, позволял ли уровень научных и технических знаний выявить их особые свойства или нет (ч.4, ст. 14). Проблемы в правоприменительной практике возникают, прежде всего, в том, что законодатель предоставляет право выбора субъекта ответственности пациенту в предъявлении требований по возмещению вреда. Естественно, что при оказании медицинской услуги применяется в большинстве случаев правило: «Вред, причиненный вследствие недостатков работы или услуги, подлежит возмещению исполнителем» (ч.3 ст. 14.3). Лишь в редких случаях, когда пострадавшему достоверно известно о ненадлежащем качестве медицинского продукта применяется условие – вред, причиненный вследствие недостатков товара, подлежит возмещению продавцом или изготовителем товара. В этом случае медицинская организация, возместившая так называемый «причиненный ущерб» может в регрессном порядке добиваться с организации – изготовителя или продавца (в том числе импортера) возмещения своих расходов или на начальном этапе доказывать отсутствие вины и причинной связи результатов оказания медицинской услуги с неблагоприятными последствиями при ее оказании.

На основании изложенного, можно заключить, что применение синтетических материалов для реконструктивной хирургии пролапса тазовых органов позволило повысить эффективность хирургического лечения. Однако регистрируемое относительно большое количество послеоперационных осложнений, которые в ряде случаев приводят к значительному ущербу здоровья, инвалидности и даже смерти пациентов, требуют организационных, в том числе законодательных изменений. Считаю целесообразным внести дополнения в законодательство Российской Федерации, в частности детально прописать правило: «разработчик техники операции и продавец медицинского изделия несут ответственность за нанесенный вред здоровью пациентам при использовании их коммерческой продукции». Кроме того, следует закрепить в нормативных правовых актах обязанность производителей эндопротезов за свой счет обучать врачей стандартной техники установки импланта с выдачей соответствующего документа о полученном образовании. Опиерирующий хирург, может быть, привлечен к ответственности только при необоснованном отклонении от стандартной техники операции.

**Н.А. Морозова**

### **О совершенствовании экспертиз по уголовным делам по фактам ненадлежащего оказания медицинских услуг**

**Аннотация.** В настоящей статье ставится вопрос о дополнении судебно-медицинской экспертизы новыми функциями, сравнить возможности судебно-медицинской экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи, объединения двух видов экспертиз (судебно-медицинской и экспертизы качества) в одну.

**Ключевые слова:** судебно-медицинская экспертиза, экспертиза качества медицинской помощи, преступления, связанные с ненадлежащим качеством оказания медицинских услуг.

<sup>1</sup> Гражданский кодекс Российской Федерации от 26 января 1996 года № 14-ФЗ. Официальный интернет-портал правовой информации. URL: [www.pravo.gov.ru](http://www.pravo.gov.ru)

<sup>2</sup> Закон РФ от 07.02.1992 N 2300-1 «О защите прав потребителей» Официальный интернет-портал правовой информации. URL: [www.pravo.gov.ru](http://www.pravo.gov.ru).

Подпунктом 1 ч. 1 ст. 80 УПК РФ установлены обстоятельства, подлежащие доказыванию по уголовному делу, в частности, событие преступления (время, место, способ и другие обстоятельства совершения преступления). По уголовным делам о преступлениях, связанных с ненадлежащим качеством оказания медицинских услуг, событие преступления заключается в ненадлежащем выполнении медицинским работником своих профессиональных обязанностей, повлекшем по неосторожности причинение вреда здоровью либо смерть, т.е. некачественное оказание медицинской помощи. Способ совершения преступления в данном случае заключается в том, какими конкретно действиями или бездействием был причинен вред здоровью или смерть. Выяснение и установление обстоятельств возможно только с участием лиц, обладающих специальными познаниями в сфере медицины посредством проведения судебной экспертизы.

По смыслу со ст. 196 УПК РФ<sup>1</sup> установление причины смерти, характера и степени вреда, причиненного здоровью, осуществляется посредством назначения и производства судебной экспертизы.

В соответствии со ст. 2 Федерального закона РФ от 31.05.2001г. № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности»<sup>2</sup> задачей государственной судебно-экспертной деятельности является оказание содействия судам, судьям, органам дознания, лицам, производящим дознание, следователям в установлении обстоятельств, подлежащих доказыванию по конкретному делу, посредством разрешения вопросов, требующих специальных знаний в области науки, техники, искусства или ремесла.

Вопросы проведения судебной экспертизы раскрываются и в Федеральном законе РФ от 21.11.2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»<sup>3</sup> (далее Основы). Так, в соответствии со ст. 63 названного Закона судебно-медицинская экспертиза предназначена для установления обстоятельств, подлежащих доказыванию по конкретному делу, в медицинских организациях экспертами в соответствии с законодательством Российской Федерации о государственной судебно-экспертной деятельности. Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 12 мая 2010 г. N 346н<sup>4</sup> утвержден Порядок организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации. П. 1 указанного Порядка предусматривается, что сфера регулирования - организация и производство судебно-медицинской экспертизы, включая судебно-медицинскую экспертизу вещественных доказательств и исследование биологических объектов (биохимическую, генетическую, медико-криминалистическую, спектрографическую, судебно-биологическую, судебно-гистологическую, судебно-химическую, судебно-цитологическую, химико-токсикологическую), судебно-медицинскую экспертизу и исследование трупа, судебно-медицинскую экспертизу и обследование потерпевших, обвиняемых и других лиц.

Изложенное выше не позволяет сделать вывод о том, что судебно-медицинская экспертиза в полном объеме может ответить на вопрос о качестве медицинской помощи.

---

<sup>1</sup> Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации. Принят Государственной Думой 22 ноября 2001 года : офиц. текст: по состоянию на 17.04.2017 [Электронный ресурс]: СПС Гарант аэро (дата обращения 12.02.2018)

<sup>2</sup> Федеральный Закон Российской Федерации «О государственной судебно-экспертной деятельности: Принят Государственной Думой 5 апреля 2001 года: офиц. текст: по состоянию на 05.03.2015 [Электронный ресурс]: СПС Гарант аэро (дата обращения 12.02.2018)

<sup>3</sup> Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации": Принят Государственной Думой 22 ноября 2001 года : офиц. текст: по состоянию на 01.05.2017 [Электронный ресурс]: СПС Гарант аэро (дата обращения 12.02.2018)

<sup>4</sup> Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 12 мая 2010 г. N 346н «Об утверждении Порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации»: офиц. текст: по состоянию на 10.08.2010 [Электронный ресурс]: СПС Гарант аэро (дата обращения 12.02.2018)



Об экспертизе качества медицинской помощи указывается в ст. 64 «Основ», где указано, что данный вид экспертиз проводится в целях выявления нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценки своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата. Экспертиза качества медицинской помощи по своему содержанию отвечает на все вопросы, стоящие перед следствием и судом при расследовании и рассмотрении уголовных дел о преступлениях, связанных с некачественным оказанием медицинской помощи.

Все вышесказанное свидетельствует о том, что развитие экспертизы качества медицинской помощи необходимо не только в сфере менеджмента системы здравоохранения, но и имплементации в уголовный процесс посредством назначения и проведения судебно-медицинских экспертиз с участием специалистов в области экспертизы качества медицинской помощи.

**С.Ф. Павлов,  
А.А. Стрелков**

### **Цифровые технологии не инвазивной диагностики причин смерти человека**

**Аннотация.** В статье сделано обобщение практики научно-практической работы ветеранов следственных органов по развитию криминалистических исследований методом рентгеновской компьютерной томографии. Рассматриваются современные возможности криминалистического (посмертного) КТ – исследования тела человека для установления причины смерти. Рассматриваются перспективы научно-практического взаимодействия с учебными учреждениями СК России.

**Ключевые слова:** криминалистические исследования; рентгеновская компьютерная томография; «виртуальная» аутопсия; криминалистическая томография.

Несмотря на современные расширенные возможности диагностики и лечения заболеваний, остается много вопросов к деятельности судебно-медицинской экспертизы, которая работает на методиках и оборудовании прошлого века.

Безусловно, традиционное вскрытие на сегодняшний день является «золотым стандартом» исследования трупа, как в судебной медицине, так и в патологической анатомии. При этом метод инвазивного вскрытия (аутопсия) имеет очевидные минусы: субъективизм (аутопсия - операторозависимый метод исследования, т.е. зависимый от навыков и знаний конкретного врача); значительная потеря первичных данных в случаях повторных вскрытий и эксгумаций (полная потеря данных в случае кремирования); отсутствие способности у не специалистов в полной мере понять текст заключения эксперта<sup>1</sup>.

В настоящее время, как следственными органами, так и обществом в целом, предъявляются особые требования к судебно-медицинской экспертизе - ее соответствие полное, всесторонности и объективности проведенного исследования и сформулированных выводов. Новые требования диктуют применение и использование новых, более совершенных методов исследования на основе цифровых технологий неразрушающего контроля – томографической визуализации<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Филимонов Б.А., Стрелков А.А. Объективизация доказательств при расследовании жестокого обращения с детьми методами медико-криминалистической КТ-диагностики. // Раскрытие, расследование и предупреждение преступлений, связанных с насилием над несовершеннолетними: материалы Международной научно-практической конференции Академии СК России: 20 апреля 2017. М. 2017. С.218–222.

<sup>2</sup> Стрелков А.А. Развитие криминалистической томографии как метода исследования доказательств. // Сборник материалов 4-й Международной конференции Новейшие технологии контроля. 2016. 6–7 апреля 2016 г. Москва. ВЕСТА-ПРИНТ. 2016. С.13-15.

К таким методам посмертного исследования относятся посмертная компьютерная (КТ) и магнитно-резонансная (МРТ) томографии. Возможность использования этих методов как, дополнительных методов к классическому секционному исследованию, с конца 90-х годов прошлого века успешно используется в криминалистической и судебно-медицинской практике в Германии, Швейцарии, Великобритании, США, Израиле и др.<sup>1</sup>

В настоящее время, впервые в Российской Федерации, на базе Тверской региональной организации ветеранов следствия (ТРООВС «СОЮЗ»), проводится научно-практическая работа по разработке цифровых технологий инновационных криминалистических исследований методами рентгеновской компьютерной томографии и 3D визуализации исследуемых объектов. Главным научным консультантом, проводимой работы является ветеран следственных органов, участник Великой Отечественной войны, к.ю.н. П.П. Кабанов<sup>2</sup>.

Результаты проведенной научно-практической работы позволяют утверждать, что применение метода посмертного КТ- исследования тела, как предварительного криминалистического исследования, позволяет сократить сроки, повысить качество, научную и доказательственную значимость судебно-медицинских экспертиз, патологоанатомических и криминалистических исследований.

Оба метода – КТ и МРТ, представляют собой послойное сканирование тела человека. В случае КТ это происходит с помощью рентгеновского излучения, в случае МРТ – за счёт регистрации сигналов атомов водорода в сильном магнитном поле. После послойного сканирования результаты посредством специального программного обеспечения (ПО) обрабатываются и могут быть конвертированы в 2D или 3D модели с высокой разрешающей способностью. Такой подход, помимо экономической целесообразности, обладает рядом существенных преимуществ:

а) сохраняется анатомическая целостность, что вполне удобно для решения вопроса о патогенезе патологического процесса.

б) уменьшается время на техническое исследование трупа. (На одно томографическое исследование тратится около получаса);

в) снижается степень субъективной оценки в экспертном заключении;

г) появляется возможность проведения повторной экспертизы без эксгумации трупа<sup>3</sup>.

Посмертная КТ, давая возможность «отсечь» определенное количество трупов не требующих дальнейшего вскрытия, используется в качестве метода первичного скрининга (сортировки) трупов, особенно скоропостижно умерших, что способствует снижению затрат в области здравоохранения и решает многие этические и религиозные проблемы, связанные с аутопсией. Кроме того, посмертная КТ оказывает неоценимую помощь на этапе предварительного следствия в случаях: насильственной смерти и подозрение на нее; смерти в лечебном учреждении при установленном диагнозе и при подозрении на насильственную смерть; смерти при подозрении на неправильные действия медперсонала.

Криминалистическое применение посмертного КТ – исследования тела в криминалистической и экспертной практике позволит:

- при проведении следственных действий обнаруживать и фиксировать следы, объекты и их детали, связанные с расследуемым событием;

---

<sup>1</sup>Стрелков А.А. Правовые и этические проблемы судебно-медицинской экспертизы. Криминалистическая томография // Судебно-медицинская наука и практика. Материалы научно-практической конференции молодых ученых и специалистов. (28 октября 2016 года). Выпуск 11. М.: ЮрИнфоЗдрав, 2016. С. 149–152.

<sup>2</sup>Стрелков А.А., Кабанов П.П. Криминалистическое исследование тела методом рентгеновской компьютерной томографии: посмертная томографическая визуализация // Материалы Международного конгресса и научно-практической школы «Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики-2017» 12–14 апреля 2017. Научно-практический журнал «Судебная медицина» Т. 3, №1. Приложение. М.: 2017. С.33.

<sup>3</sup>Стрелков А.А., Дуброва С.Э., Филимонов Б.А. Место компьютерной томографии трупа в криминалистике и судебно-медицинской экспертизе // Сборник материалов Международной научно-практической конференции Академии СК России «Криминалистическое сопровождение расследования преступлений: проблемы и пути их решения», 19 февраля 2016. М.: 2016. С. 489–494.

- при проведении криминалистических исследований запечатлевать как внешний, так и внутренний общий вид поступивших на исследование объектов, не изменяя их физического состояния; получать изображения исследуемых объектов для их сравнения и иллюстрации выводов;

- при проведении судебных экспертиз выявлять невидимые и слабо видимые признаки поступивших на исследование объектов, проводить идентификацию исследуемых объектов и иллюстрации выводов<sup>1</sup>.

В ходе научно-практической работы получены 2 патента на изобретение Российской Федерации, разработаны цифровые технологии посмертного КТ- исследования тела, для установления причин смерти, и способ идентификации личности человека, которые, решением международного жюри, награждены серебряной медалью Московского международного Салона изобретений и инновационных технологий «Архимед-2017»<sup>2</sup>.

В целях эффективного практического применения посмертного КТ- исследования при ликвидации последствий ЧС и идентификации погибших, а также криминалистического сопровождения расследований преступлений, при взаимодействии с НПО «Мобильные клиники», создан мобильный комплекс «Криминалистических КТ-исследований и идентификации» (ПКЛ «КТ»)<sup>3</sup>.

Историческое развитие криминалистической экспертизы убедительно показывает, что одно лишь обладание естественными и техническими знаниями не всегда позволяет успешно решить вопросы, возникающие перед органами следствия и суда. Для решения их многое необходимо творчески переработать, а самое главное, требуется глубокое изучение и использование опыта следственной и судебной практики<sup>4</sup>. В этой связи, развитие научных криминалистических исследований по теме: «Криминалистическая томография», совершенствование новых видов криминалистических исследований и экспертиз методом рентгеновской компьютерной томографии, в соответствии с современными достижениями естественных наук и информационных технологий, позволит максимально эффективно использовать научно-технические достижения в процессе раскрытия и расследования преступлений.

В заключении следует отметить, что максимальное творческое использование знаний и профессионального опыта ветеранов следствия, в целях продвижения инновационных научно-практических достижений в следственную практику, во многом зависит от тесного научно-практического взаимодействия с Академиями СК России и другими ведомствами. Результаты данной работы будут способствовать повышению качества следственной работы, совершенствованию реализации конституционных прав граждан, а также активному участию ветеранов следственных органов в профессиональной и общественной жизни, во благо Отечества.

**Ю.В. Садкова,**  
**Научный руководитель – О.Ю. Антонов**

### **Особенности предварительного расследования преступлений, связанных с оказанием медицинской помощи в ходе хирургических вмешательств**

**Аннотация.** Основной особенностью такого вида оказания медицинской помощи, как хирургическое вмешательство, является то, что она может быть оказана несколькими врачами.

<sup>1</sup>Стрелков А.А., Филimonов Б.А. Правовые основы применения посмертной томографической визуализации в лечебных учреждениях// Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. 2017 г. Т. 18 № 3. С. 181.

<sup>2</sup>Павлов С.Ф., Стрелков А.А. Научно-практическая работа как новая форма деятельности ветеранов следствия в Тверской области. // Следствием установлено. 2017. № 2. С.94–99.

<sup>3</sup>Стрелков А.А. Практика применения КТ- исследования для идентификации жертв стихийных бедствий и катастроф: возможности и перспективы (российский мобильный комплекс «ПКЛ-КТ») // Мир криминалистики. 2017. № 2. С.83–90.

<sup>4</sup>Бастрыкин А.И. Научное наследие доктора юридических наук, профессора, заслуженного деятеля науки РФ Ивана Филипповича Крылова. Спб: Изд-во «Ореол», 2006

Проблема в расследовании такого вида преступлений заключается в разграничении индивидуальной ответственности каждого врача. Для установления путей решения этой проблемы, в данной статье предлагается проведение некоторых следственных действий.

**Ключевые слова:** хирургическое вмешательство, очная ставка, проверка показаний на месте, расследование преступлений.

Следователям довольно часто в своей практике приходится сталкиваться с рассмотрением сообщений о преступлениях и расследованием уголовных дел, связанных с ненадлежащим оказанием медицинских услуг в ходе хирургических вмешательств, приводящим к неблагоприятным последствиям. Работа следователя по данной категории дел осложняется целым перечнем обстоятельств. Во-первых, сложность расследования такого преступления обусловлена самой сложностью проведения хирургической операции. Во-вторых, в ходе ее проведения участвует не один врач-хирург, а хирургическая бригада, состоящая из одного или нескольких врачей-хирургов, врача-анестезиолога, медицинской сестры операционной и медицинской сестры-анестезиста<sup>1</sup>. В-третьих, одному пациенту может проводиться несколько операций. В связи с чем, определить, при проведении какой именно операции и в какой конкретно момент наступили неблагоприятные последствия, довольно трудно. В-четвертых, в ходе проведения одной операции один врач-хирург может быть заменен другим врачом такого же профиля. Данное обстоятельство ставит перед следователем задачу разобраться, от чьих конкретно действий наступили последствия в виде смерти пациента. В-пятых, хирургия, как область медицины, в свою очередь, подразделяется на более узкие отрасли, например, такие, как торакальная хирургия, сосудистая хирургия, кардиохирургия и другие разновидности<sup>2</sup>. При проведении хирургической операции соответствующей отрасли также необходимы более глубокие и конкретные познания.

Поэтому при расследовании преступлений, связанных с оказанием медицинской помощи в ходе хирургических вмешательств, при условии, что оказание такой помощи осуществлялось не одним врачом, а несколькими, необходимо четко разграничить ответственность каждого врача. Учитывая, что в проведении хирургической операции могут участвовать несколько врачей-хирургов, то может оказаться, что чьи-то конкретные действия стали причиной неблагоприятных последствий, а чьи-то действия не имеют никакой причинно-следственной связи с наступившим отрицательным результатом. При неправильной должной квалификации под ответственность может попасть ни в чем неповинное лицо.

Конкретные действия врача могут зависеть от таких факторов, как профессионализм, более узкая специализация хирургической направленности, опытность в проведении конкретного вида операции. Кроме профессиональных качеств также следует рассматривать личностные качества медицинского работника таких, как его отношение к своей специализации, внимательность, личностный подход к осуществлению возложенных обязанностей, а также, естественное состояние организма врача на момент проведения операции (усталость, переутомляемость, состояние здоровья).

Принимая во внимание, что у всех медицинских работников разный опыт работы, и соответственно уровень профессионализма, то и степень вины тоже может быть разная. Исходя из указанных факторов, при каждом таком преступлении необходимо установить индивидуальную ответственность каждого врача. В случаях, когда в проведении операции принимают участие несколько хирургов, сложность в определении вины конкретного лица заключается в том, что каждый врач будет отрицать свою вину, и нельзя исключить вероятность того, что один врач будет давать ложные показания против другого. Данное обстоятельство следует учитывать в ходе допросов медицинских работников и сравнивать их показания между собой, а также обстоятельствами, указанными в медицинских документах.

<sup>1</sup> Бригады специализированной медицинской помощи. URL: <https://studfiles.net/preview/3569516/page:5/> (Дата обращения: 15.01.2018).

<sup>2</sup> Хирургия: виды операций, процесс, история, ход операции. URL: <http://doctoroff.ru/surgery> (Дата обращения: 17.01.2018).

Из показаний участвующих в хирургической операции лиц, следователь делает выводы о том, кто из допрошенных лиц пытается скрыть важные детали по уголовному делу, а также, выявляет, между какими конкретно лицами не сходятся показания. На основе этих выводов, следователь планирует дальнейшие действия по расследованию преступления, принимает решение о необходимости проведения соответствующих следственных действий.

Одним из таких следственных действий, перечисленных в уголовно-процессуальном кодексе Российской Федерации, является очная ставка.

Проведение данного следственного действия позволит следователю устранить противоречия в показаниях обвиняемого врача-хирурга и других медицинских работников, принимавших участие в операции. Лица, принимавшие непосредственное участие в проведении хирургической операции, своими глазами могли наблюдать каждое действие врача, и как никто другой подтвердить или опровергнуть его слова на очной ставке.

Так, в ходе следствия было установлено, что врач-хирург И. наложил одну лигатуру зеленого цвета, затем повторно на эту же правую общую сонную артерию были наложены две лигатуры синего цвета врачом И., и после проведения двух предыдущих операций, врач-хирург Г. наложил на правую общую сонную артерию два шовных материала белого цвета. Согласно показаниям последнего оперирующего врача Г., он, установив, что «сонная артерия, на которую ранее уже была наложена лигатура нитью зеленого цвета, деформирующая сосуд, не являлась источником кровотечения, поэтому каких-либо лигатур на нее он не накладывал». Хотя, свидетель С. - медсестра хирургического отделения, на судебном заседании подтвердила, что «в ходе операции хирург Г. использовал шовный материал, в том числе даклон № 3 белого цвета»<sup>1</sup>. Для выяснения обстоятельства того, был ли наложен хирургом шовный материал белого цвета или нет, следователю и суду необходимо было провести очную ставку между свидетелем С. и обвиняемым Г.

Следующее после допроса следственное действие, которое в обязательном порядке необходимо проводить при расследовании рассматриваемого вида преступлений, это проверка показаний на месте. Проверку показаний на месте целесообразно проводить с участием обвиняемого (обвиняемых), либо свидетелей в лице медицинских работников, непосредственно принимавших участие в хирургической операции.

Для обвиняемого врача-хирурга, проверка показаний на месте, а именно в операционной, где проводилось хирургическое вмешательство, возобновит картину произошедшего события, и тем самым поможет обвиняемому более подробно вспомнить каждое свое действие в процессе проведения операции, и другие мелкие детали.

В данном случае, проверка показаний на месте поможет следователю выяснить, чьи показания являются правдивыми, а кто пытается завести следствие в заблуждение. Также, для подтверждения того, чьи всё-таки действия оказались некорректными, позволит участие в данном следственном действии свидетелей – других медицинских сотрудников, принимавших участие в хирургическом вмешательстве, которые могли лично наблюдать каждое действие врача-хирурга.

Поскольку при проверке показаний на месте обвиняемый может наглядно показать, какие конкретно действия, манипуляции он совершал и в каком порядке, следователю необходимо пригласить в качестве специалиста опытного врача-клинициста соответствующей специализации, обладающего глубокими знаниями по болезням хирургической направленности и имеющего богатый клинический опыт. Такой специалист на месте даст информацию о том, как должна была осуществляться данная хирургическая операция при наличии конкретных симптомов, жалоб больного, какие при этом были допущены нарушения правил оказания медицинской помощи. Также, целесообразным было бы следователю пригласить для участия в проверке показаний на месте эксперта, который проводил судебно-медицинскую экспертизу для разрешения вопросов, касающихся действий медицинского работника. Это позволит эксперту

---

<sup>1</sup> Приговор Алексеевского суда по Белгородской области от 5 августа 2016 года, дело № 1-49.

согласно результатам проведенной судебно-медицинской экспертизе подтвердить или опровергнуть вероятность осуществления конкретных действий врача-хирурга, и в том ли порядке они были произведены при проведении хирургического вмешательства, как описывает сам обвиняемый.

Еще один довод, который можно привести в пользу проведения данного следственного действия, - это то, что некоторые врачи не видят необходимости в полном и подробном описании в медицинской карте больного поэтапно всех действий и манипуляций, которые они проделали в процессе операции. Это также, в свою очередь, не вызывает у следствия доверия в отношении обвиняемого по поводу сказанных им слов. Так, по одному уголовному делу о причинении тяжкого вреда здоровью по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей, обвиняемая в процессе лечения больного Д. у которого был установлен верный диагноз: «Абсцесс правой паховой области, начинающаяся флегмона. Сахарный диабет 2-го типа тяжелое течение», указала в медицинской карте больного о проведенной ею санации операционной раны, но не отметила ревизии мест возможных гнойных затеков. Не внесение результатов своего исследования, обвиняемая объясняла тем, что всех действий врача в медицинской карте невозможно описать<sup>1</sup>. В данной ситуации, следователь мог бы провести проверку показаний на месте. Это необходимо для того, чтобы виновное лицо в ходе показаний могло продемонстрировать, какими инструментами оно работало при проведении операции, с какого конкретно места оно могло взять их, или, может быть, ассистент подал врачу эти инструменты.

Помимо перечисленных выше положительных качеств проверки показаний на месте, следователь должен учитывать и некоторые нюансы, которые не совсем продуктивно могут отразиться на процессе расследования уголовного дела. Необходимо принимать во внимание то, что с момента проведения операции, в ходе которой или после которой последовала смерть пациента, врач может сделать ещё несколько десятков таких операций. Тем самым, каждое новое проведенное хирургическое вмешательство может вытеснить из памяти обстоятельства о событии, которое интересует следствие. Также, по прошествии некоторого времени, может измениться обстановка операционной, где непосредственно проводилась хирургическая операция: например, перестановка операционного стола, инструментального столика врача, операционной сестры; пополнение помещения новыми предметами.

В силу того, что уголовные дела по медицинским преступлениям расследуются в большей степени достаточно продолжительное количество времени, и за время расследования такого уголовного дела может смениться не один следователь, то в ходе предварительного расследования следователь должен обязательно проводить проверку показаний на месте с видеотексфиксацией. Это необходимо для облегчения дальнейшего расследования уголовного дела лицом, который принял к своему производству уголовное дело.

Являясь субъектом оказания медицинской помощи, врач должен нести ответственность за качество ее оказания, которое зависит от того, надлежало ли он исполнил свои профессиональные обязанности или нет. При расследовании преступлений, связанных с оказанием медицинской помощи несколькими врачами-хирургами в ходе хирургических вмешательств, необходимо учитывать, что последствия оказания медицинской помощи могут зависеть от совокупности действий нескольких медицинских работников. Поэтому, проблема, которая стоит перед следователями при расследовании подобных преступлений, заключается в правильном разграничении ответственности каждого врача. Для решения этой проблемы необходима дальнейшая разработка конкретных правил проведения следственных действий, которые окажутся более действенными и эффективными для расследования данной категории преступлений.

---

<sup>1</sup> Приговор Кандалакшского районного суда Мурманской области от 19 сентября 2017 года, дело № 1-45.

**Некоторые вопросы организации и тактики допроса  
медицинских работников в качестве подозреваемых  
по преступлениям о ненадлежащем оказании медицинских услуг**

**Аннотация.** В ходе расследования преступлений, связанных с ненадлежащим исполнением своих обязанностей медицинскими работниками, следователю приходится допрашивать большой круг лиц. В статье рассматриваются вопросы организационного и тактического порядка, которые требуют допросы медицинских работников, особенно попавших в число подозреваемых. В связи с этим исследуются подготовка к допросу следователем, работа по изучению им специальной литературы, приобретение знаний в области медицинской терминологии, выработке нестандартных тактических приемов.

**Ключевые слова:** организация расследования, следователь, тактика, подготовка, подозреваемый, медицинские работники.

Одной из важнейших задач любого государства является забота о здоровье трудящихся. Широкомасштабная медицинская помощь населению, огромное количество лечебных мероприятий, проводимых в нашей стране, должны сочетаться с высокой требовательностью к качеству лечебно-профилактической работы. Недочеты в этой работе, неправильные действия медицинского персонала могут быть основанием не только для морального осуждения и общественного порицания, но и для привлечения врача или иного медицинского работника к дисциплинарной или уголовной ответственности.

Выявление и расследование преступных, совершенных медицинскими работниками в ходе выполнения профессиональных обязанностей сопряжено с большими сложностями. Уже до начала проверки или на момент возбуждения уголовного дела велика возможность фальсификации и утраты доказательств, что обусловлено, с одной стороны, спецификой объектов, определяющей сроки и условия их хранения, а с другой – действиями заинтересованных лиц. Затрудняет ведение следствия профессиональная корпоративность медиков. Это необходимо учитывать при выемке медицинских документов, допросе свидетелей, назначении судебных экспертиз и оценке экспертных заключений<sup>1</sup>.

Допрос по делам рассматриваемой категории – это одно из самых сложных следственных действий, так как требует от следователя высокой не только профессиональной, но и общей культуры, знания психологии, умения оперативно овладевать определенным объемом медицинских знаний, владения тактико-криминалистическими приемами и т. д. Особый подход требуется при оценке достоверности и полноты показаний потерпевшего и подозреваемого (обвиняемого). Для потерпевшего показания могут быть (не только сознательно, но и подсознательно) в некоторой степени актом мщения за причиненный ему вред и поэтому могут содержать определенную долю преувеличения, предвзятости и субъективизма при описании поведения и действий виновного лица. Для подозреваемого (обвиняемого) показания есть средство защиты от выдвигаемого против него обвинения.

Поэтому, успех допроса подозреваемого во многом зависит от подготовки следователя к его проведению, в ходе которой должна быть тщательно изучена медицинская и нормативно-справочная документация, получены подробные разъяснения специалистов о проведенном лечении, выполненных медицинских мероприятиях и имевших место дефектах медицинской помощи, а также получены данные о личности подозреваемого – его квалификация, опыт работы, черты характера, привычки и т.п.<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Пристансков В.Д. Ятрогенные преступления: понятие, подходы к исследованию. СПб, 2006. С. 6.

<sup>2</sup> Казачек Е.Ю., Кислев Е.А. Расследование причинения смерти по неосторожности, вследствие ненадлежащего исполнения медицинскими работниками своих профессиональных обязанностей (Учебно-практическое пособие, макет уголовного дела) – пятый факультет повышения квалификации (с дислокацией г. Хабаровск) ИПК Академии Следственного комитета Российской Федерации, 2016. С.49–50.

Необходимо отметить, что в отличие от «обычных» преступлений против личности, где у следователя не всегда есть возможность тщательно подготовиться к допросу подозреваемого (например, при его задержании на месте преступления), при расследовании дел данной категории такая возможность у следователя практически есть всегда. Но, как показывает практика проведения допросов, следователи иногда пренебрегают качеством подготовки, например, не выделяя основные, ключевые мероприятия, которые влияют на особенности допроса.

В ходе подготовки к допросу, по нашему мнению, особое внимание необходимо обратить на изучение личности допрашиваемого. Это связано с тем, что перед следователем будет не просто уголовный преступник, совершивший очередное преступление, а лицо, имеющее высокий образовательный уровень, опыт практической деятельности, знания в области медицины, специальной терминологией. Необходимо учитывать, что будущий допрос будет проходить не по привычной схеме – совершал, не совершал; признаю, не признаю; буду говорить, отказываюсь от показаний. Допрашиваемый подозреваемый из числа медицинских работников обычно дает объемные показания по сути произошедшего события, но особенностью его речи будут утверждения о том, что в его действиях нет профессиональной ошибки, влекущей за собой уголовную ответственность, а имелся несчастный случай, либо последствия наступили из-за особенностей физиологии больного и т.п. Все выше сказанное требует от следователя тщательного планирования предстоящего допроса.

В основе тактики допроса подозреваемого по делам о неосторожных преступлениях медицинских работников лежат несколько тактических приемов, например, максимальная детализация его показаний. При допросе подозреваемого, прежде всего, выясняются вопросы, связанные с его профессиональной подготовкой и деятельностью. Особенно подробно необходимо допросить по технологии медицинского мероприятия (или стадии врачебного процесса), при выполнении которого возник дефект, но безотносительно к предмету конкретного события. После выяснения этих вопросов следует ознакомить подозреваемого с записью его показаний, дать ему их подписать, а затем перейти к допросу по обстоятельствам выполнения конкретного медицинского мероприятия (определенной стадии врачебного процесса), в ходе которого по версии следствия мог быть причинен вред потерпевшему<sup>1</sup>.

Такое построение допроса порой лишает допрашиваемого возможности в последующем ссылаться на свою недостаточную квалификацию, на отсутствие опыта, специальных знаний, на незнание медицинских стандартов и т. п.

Если подозреваемый приводит какие-либо данные или ссылается на конкретные обстоятельства, в силу которых он был лишен возможности оказать качественную медицинскую помощь, следователь обязан тщательно проверить эти показания. Выяснить, имелось ли то, о чем говорит подозреваемый на самом деле, каким образом и насколько интенсивно указанные обстоятельства могли повлиять на возникновение ятрогенного осложнения, приведшего к неблагоприятному исходу. Ссылка подозреваемого на незнание или недостаточное знание симптоматики и особенностей протекания болезни, а также правил проведения медицинского мероприятия, на недостаточную квалификацию должны оцениваться исходя из положения «мог ли... должен ли был...». В таких случаях после получения консультаций у специалиста или эксперта нужно произвести повторный допрос подозреваемого. Основной вопрос, выясняемый в ходе допроса – каков был мотив и причины избрания определенной методики и тактики лечения или выполнения медицинского мероприятия. Результат допроса во многом зависит от умения следователя формулировать вопросы и тактически грамотно пользоваться этим средством получения информации. При подготовке вопросов желательно воспользоваться помощью специалиста, обсудить с ним не только содержание вопросов, но и разделить их на основные, дополнительные, начальные, промежуточные, детализирующие, контрольные. Показания должны записываться подробно, с уточнением технологии медицинских мероприятий,

<sup>1</sup> Багмет А.М., Черкасова Л.И. Тактика и методика расследования причинения смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения медицинскими работниками своих профессиональных обязанностей. М.: ИПК Следственного комитета Российской Федерации, 2013. С. 22.



медицинских терминов, аргументации принятых решений по выбору диагностических исследований, методов лечения, преемственности и т. д. Психологически сильным аргументом при допросе является предъявление обвиняемому доказательств о противодействии следствию с целью сокрытия следов преступного поведения, например факта фальсификации медицинских документов<sup>1</sup>.

По делам о преступлениях рассматриваемой категории большое значение имеет исследование версии защиты обвиняемого. Можно выделить следующие основные версии, которые приводятся обвиняемыми в свою защиту: медицинская помощь оказывалась в условиях, которые могут быть признаны как обстоятельства, исключающие виновность (состояние крайней необходимости, обоснованный профессиональный риск, стечение непредвиденных обстоятельств – казус, несчастный случай); на исход медицинской помощи повлияли особенности организма потерпевшего (пациента), которые нельзя было заранее выявить или предвидеть, либо его ненадлежащее поведение, которое невозможно было не допустить или пресечь, либо тяжесть, неизлечимость болезни, либо отсутствие материальных или научно-технических возможностей оказать качественную медицинскую помощь. Заранее подготовленные версии могут быть квалифицированными, сопряженными с созданием фиктивных доказательств либо с утратой, уничтожением улик, и простыми, хотя и обдуманными заранее, но содержащими голословные ссылки на какие-либо несущественные обстоятельства и факты.

#### *Литература*

1. *Багмет А.М., Черкасова Л.И.* Криминалистические особенности расследования преступлений, совершенных медицинскими работниками // Российский следователь. 2014, № 1.
2. *Гецманова И.В.* Актуальные вопросы правовой оценки и расследования преступлений, связанных с дефектами оказания медицинской помощи // Медицинское право, 2007, № 2.
3. *Казачек Е.Ю., Кисилев Е.А.* Расследование причинения смерти по неосторожности, вследствие ненадлежащего исполнения медицинскими работниками своих профессиональных обязанностей (Учебно-практическое пособие, макет уголовного дела) – пятый факультет повышения квалификации (с дислокацией г. Хабаровск) ИПК Академии Следственного комитета Российской Федерации, 2016.
4. *Ответственность за правонарушения в медицине: Учебное пособие для студентов высших учебных заведений / О. Ю. Александрова и др. М., 2006.*
5. *Пристансков В.Д.* Методика расследования ятрогенных преступлений // Курс криминалистики: В 3 т. / Под ред. О. Н. Коршуновой, А. А. Степанова: Криминалистическая методика: методика расследования преступлений против личности, общественной безопасности и общественного порядка. СПб., 2004.
6. *Пристансков В. Д.* Ятрогенные преступления: понятие, подходы к исследованию. СПб., 2006.
7. *Сергеев Ю.Д., Ерофеев С.В.* Неблагоприятный исход оказания медицинской помощи. М.: Иваново, 2001.
8. *Багмет А.М., Черкасова Л.И.* Тактика и методика расследования причинения смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения медицинскими работниками своих профессиональных обязанностей. М.: ИПК Следственного комитета Российской Федерации, 2013.

---

<sup>1</sup> *Казачек Е.Ю., Кисилев Е.А.* Расследование причинения смерти по неосторожности, вследствие ненадлежащего исполнения медицинскими работниками своих профессиональных обязанностей (Учебно-практическое пособие, макет уголовного дела) – пятый факультет повышения квалификации (с дислокацией г. Хабаровск) ИПК Академии Следственного комитета Российской Федерации, 2016. С. 51.

### Коррупциогенные факторы и их влияние на преступность в сфере трансплантологии

**Аннотация.** Анализируется нормативно-правовая база процесса удаления органов у одних лиц и их имплантацию другим, включая весь комплекс подготовки, сохранности и хранения изъятых органов. Выявляются коррупциогенные факторы в данной сфере медицинской деятельности. Предлагаются направления снижения угроз их влияния.

**Ключевые слова:** трансплантология, пересадка, коррупция, методика.

Анализ в сфере трансплантологии факторов, вызывающих конфликт интересов у сотрудников здравоохранения, показывает наличие трех видов негативных обстоятельств, провоцирующих коррупцию.

1. Высокий уровень стоимости органов (обстоятельство объективного характера). В случае незаконного осуществления нелегальных операций по изъятию и пересадке органов и тканей человека криминальная прибыль очень высокая. В Москве стоимость, например, почки составляет сумму от 10 до 100 тыс. долларов<sup>1</sup>.

2. Дефицит – высокий уровень спроса (востребованности) на биологические продукты.

Потребность населения в трансплантационной помощи обеспечена менее чем на 18 %<sup>2</sup>. Только третья часть лиц из листа ожидания дожидаются необходимого органа и его пересадку. Остальные умирают. Спрос на органы и ткани человека многократно превышает предложение. Такое положение, считает ряд исследователей, питательная среда, обеспечивающая появление и развитие незаконной трансплантологии, воспроизводящая в этом сегменте медицинской деятельности преступность<sup>3</sup>.

2. Коррупциогенный фактор гражданско-правового характера.

Законодатель пытается снизить объективно формирующиеся негативные факторы (дефицит органов для трансплантации, высокая их стоимость). Создаются правовые условия, благоприятные для наращивания объемов операций и снижения дефицита, позволяющие: спасать жизни как можно большего числа больных лиц; всемерно развивать в России донорство и трансплантацию; способствовать увеличению пригодных для трансплантации органов (тканей).

В своём стремлении снизить острейший дефицит законодатель создал правовое поле, отдельные правовые положения которого в ряде ситуаций одновременно не только способствуют достижению благих целей, но и создают условия для реализации коррупционных схем в трансплантологии. Перечислим некоторые такие законоположения.

1. Так, федеральный закон № 4180-1 «О трансплантации органов и (или) тканей человека» позволяет медицинской организации изымать органы умершего лица при отсутствии со стороны его родственников заявленного отношения (положительного или отрицательно) на изъятие органов. Работники учреждения не обязаны находить родственников и испрашивать у них согласие на изъятие органов (ст. 8 ФЗ - № 4180-1). Такое положение вызывает жалобы граждан на злоупотребления медицинским персоналом названным правом. Жалобы адресуются не только в федеральные суды, но и в Конституционный суд Российской Федерации.

<sup>1</sup> Романовская О.В. Законодательство в сфере трансплантологии: проблемы и перспективы развития // Судья. 2016. № 11. С. 28.

<sup>2</sup> Колсанов А.В., Миронов А.А., Яремин Б.И., Гребенников В.В., Масликова У.В., Александрова В.Э., Юнусов Р.Р., Сухачёв П.А. Клинико-анатомическое обоснование хирургической техники операции сохранения почек для трансплантации у доноров с остановкой кровообращения // Вестник медицинского института «РЕАВИЗ»: реабилитация, врач и здоровье. 2017. Т. 26. № 2. С. 25.

<sup>3</sup> Сапоров В.Н. Трансплантология в России: достижения и нерешенные проблемы // Здравоохранение Чувашии. 2013. № 4. С. 74; Капитонова Е.А., Романовская О.В., Романовский Г.Б. Правовое регулирование трансплантологии: монография. М.: Проспект, 2016. С. 144; Осипова Л.В., Юдин Е.В. Трансплантация органов (тканей) человека в Российской Федерации: проблемы правового регулирования // Медицинское право. 2016. № 3. С. 37 и др.

2. В 2015 году Министерство здравоохранения определило перечень учреждений здравоохранения, правомочных осуществлять забор, заготовку и трансплантацию органов и (или) тканей человека, и которые (учреждения) подлежат постоянному контролю со стороны министерства<sup>1</sup>. За истёкшие два года список неоднократно изменялся в сторону увеличения таких учреждений. В настоящее время 196 учреждений осуществляют забор, заготовку и трансплантацию органов и тканей (81 – медицинское учреждение федерального уровня; 113 – медицинских учреждений субъектов федерации; одно учреждение муниципального уровня)<sup>2</sup>.

В качестве обстоятельства напряжённости здесь следует назвать ослабление оперативного контроля со стороны министерства за деятельностью персонала этих медицинских учреждений на предмет соответствия закону процесса выявления доноров, забора, заготовки и трансплантации органов и (или) тканей человека.

3. Расширение медицинских организаций, полномочных осуществлять забор, заготовку и трансплантацию органов и (или) тканей человека на повестку дня поставил вопрос создания координационных центров (диспетчерских) по мониторингу лечебных учреждений на предмет оперативного информирования об ассортименте и наличии донорских органов в различных медицинских учреждениях.

Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 октября 2012 г. № 567н п. в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю «хирургия (трансплантация органов и (или) тканей человека)» в качестве структурных подразделений созданы отделения координации донорства. Их функциональное назначение – прием и обновление информации из медицинских организаций о наличии у них потенциальных доноров<sup>3</sup>.

При острейшем дефиците органов, при низком уровне правосознания, корыстной мотивационной направленности сознания сотрудника медицинского учреждения такое «демократически-прогрессивное» правовое регулирование можно использовать не только во благо интересам граждан по реализации своего конституционного права на жизнь и здоровье (ст. 41 конституции РФ), но и, «наоборот, поступать вопреки законным интересам общества и государства посредством злоупотребления служебным положением, ... в целях получения выгоды в виде денег, ценностей, иного имущества» (ст. 1).<sup>4</sup>

4. Декларация ФЗ - № 4180-1 в части: «Органы и (или) ткани человека не могут быть предметом купли-продажи. Купля-продажа органов и (или) тканей человека влечет уголовную ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации (ст. 1) (абзац 4 ст. 1). В настоящее время указанное положение законодательно не обеспечено. Уголовная ответственность не предусмотрена. Данное обстоятельство исследователи оценивают как негативное<sup>5</sup>.

Следует признать, что существование перечисленных факторов (объективного, правового характера) может спровоцировать сотрудников медицинских учреждений на извлечение корыстной выгоды посредством злоупотреблений в сфере трансплантации. Объём статьи не позволяет раскрыть установленные нами преступные схемы незаконного изъятия и пересадки органов человека или его тканей.

---

<sup>1</sup> Попова Т.В., Сергеев А.Б. Федеральная база данных геномной информации в системе обеспечения баланса частных и публичных интересов в уголовном судопроизводстве // Юридическая наука и правоохранительная практика. 2017. № 1 (39). С. 132–139.

<sup>2</sup> Приказ Минздрава России № 307н, РАН № 4 от 04.06.2015 в ред. от 11.07.2017 «Об утверждении перечня учреждений здравоохранения, осуществляющих забор, заготовку и трансплантацию органов и (или) тканей человека»

<sup>3</sup> Там же.

<sup>4</sup> Федеральный закон от 25.12.2008 N 273-ФЗ в ред. от 03.04.2017 «О противодействии коррупции» // СЗ. 2008. № 52 (ч. 1). ст. 6228.

<sup>5</sup> Горбунова Н.А. Влияние трансплантологии на развитие уголовного законодательства Российской Федерации // Медицинское право. 2008. N 3. С. 12.

Исследования дают основание утверждать, что преступность здесь очень специфична (профессиональна)<sup>1</sup>. Правоохранительные органы не в состоянии выявлять факты её (преступности) проявления<sup>2</sup>, расследуя преступления в медицинской сфере деятельности, доказывать лицам виновность в их совершении<sup>3</sup>.

В коррупционную деятельность в зависимости от особенностей работы медицинского учреждения могут быть вовлечены самые различные медицинские сотрудники.

Наиболее вероятный состав группы выглядит следующим.

1. Лечащий врач, хирург, анестезиолог.

2. Главный врач центра трансплантации.

3. Заведующий отделением хирургического профиля, в котором осуществляется трансплантация органов и (или) тканей. Он осуществляет контроль за надлежащим ведением листа ожидания трансплантации трупного органа и (или) ткани (п.10)<sup>4</sup>.

4. Судебно-медицинский эксперт, дающий заключение о смерти донора

С учётом изложенного считаем перспективными следующие направления снижения роста преступности в сфере трансплантологии.

1. Целесообразно организовать исследования и разработать научно обоснованные методики расследования преступлений в названной сфере. При этом методики должны быть адаптированы к различным формам совершаемых здесь преступлений и различным составов организованных преступных групп.

2. Восполнить пробел и законодательно обеспечить установку закона «Органы и (или) ткани человека не могут быть предметом купли-продажи. Купля-продажа органов и (или) тканей человека влечет уголовную ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации»<sup>5</sup>

3. При наличии запроса, поступившего в соответствие ФЗ от 25 декабря 2008 года № 273-ФЗ, использовать возможности оперативных подразделений. Согласно закону они обязаны устанавливать достоверность и полноту сведений, представляемых лицами, замещающими должности в государственных учреждениях здравоохранения и осуществляющих медицинские услуги в сфере трансплантологии - п. 2. Ч.8 ст. 7 ФЗ № 144-ФЗ<sup>6</sup>.

4. При производстве по уголовным делам о профессиональных преступлениях, совершенных медицинскими работниками, активно использовать нормы гражданско-правового характера<sup>7</sup>. В соответствие с п.8 ч.2 ст. 235 ГК РФ (Основания прекращения права собственности) обращать по решению суда в доход Российской Федерации имущество<sup>8</sup>, в отношении которого в соответствии с законодательством Российской Федерации о противодействии коррупции обвиняемым не представлены доказательства его приобретения на законные доходы.

<sup>1</sup> Попова Т.В., Сергеев А.Б. Федеральная база данных геномной информации в системе обеспечения баланса частных и публичных интересов в уголовном судопроизводстве // Юридическая наука и правоохранительная практика. 2017. № 1 (39). С. 132–139.

<sup>2</sup> Сергеев А.Б., Хохлаева Э.А. Стадия возбуждения уголовного дела - «атавизм» уголовного процесса? // Вестник Челябинского государственного университета. Серия: Право. 2015. № 17 (372). С. 163–170

<sup>3</sup> Сергеев А.Б., Савченко А.Н. И вновь к вопросу об объективной истине в уголовном судопроизводстве. В сборнике: Уголовный процесс: от прошлого к будущему материалы Международной научно-практической конференции. Под редакцией: А.И. Бастрыкина. 2014. С. 162–165.

<sup>4</sup> Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 октября 2012 г. № 567н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «хирургия (трансплантация органов и (или) тканей человека)»

<sup>5</sup> Сергеев А.Б. Порог легализации денежных средств, приобретенных преступным путем, как критерий уголовной ответственности // Социум и власть. 2012. № 1. С. 85–87.

<sup>6</sup> Глухова Е.В., Сергеев А.Б. Вопросы имплементации европейского правового стандарта проведения ОРМ по доказыванию в виновности лица в совершении преступления в российское уголовно-процессуальное законодательство // Евразийский юридический журнал. 2017. № 3 (106). С. 220–225.

<sup>7</sup> Никулочкин Е.О., Сергеев А.Б. Нормативно-правовая база и судебная практика в обеспечении гражданско-правовыми средствами конфискации имущества в уголовном судопроизводстве // Социум и власть. 2013. № 5 (43). С. 69–74.

<sup>8</sup> Никулочкин Е.О., Сергеев А.Б. Главные и доказательственные факты в системе доказательственного права: соотношение и взаимообусловленность // Социум и власть. 2012. № 3. С. 50–52.

**Экспертиза о ненадлежащем исполнении профессиональных  
обязанностей медицинскими работниками («врачебная» экспертиза):  
проблемы подготовки и назначения, оценки заключения**

**Аннотация.** По результатам анализа теории и практики производства по материалам и уголовным делам о ненадлежащем исполнении профессиональных обязанностей медицинскими работниками определены основные проблемы, существующие в исследуемом направлении в связи с подготовкой, назначением и оценкой заключения «врачебной» экспертизы. Определены основные их причины. Предложены подходы по устранению выявленных проблем.

**Ключевые слова:** профессиональные обязанности, медицинские работники, «врачебная» экспертиза, ятрогенное правонарушение, производство по материалам и уголовным делам.

Статистика врачебных ошибок в мире является динамичной и отличается высокими количественными показателями. Так, в больницах Европы каждый год от последствий медицинских «промахов» страдает около 15 млн. человек. То есть каждый десятый пациент сталкивается с тем, что лечение наносит вред его здоровью и жизни. Ятрогенные правонарушения имеют место практически во всех отраслях медицины, но в некоторых из них количество ошибок больше (хирургия – 25%; стоматология – 15%; гинекология – 15%; при родах – 15%)<sup>1</sup>.

Официальная статистика врачебных ошибок в России и Беларуси не ведется, однако количество зарегистрированных фактов обращения в правоохранительные органы с заявлениями о ненадлежащем исполнении обязанностей медицинскими работниками возрастает с каждым годом.

С момента криминализации противоправных профессиональных действий (бездействий) медицинских работников в 1922 году до настоящего времени государственные подходы к оценке поведения указанных субъектов менялись кардинально. Если изначально они несли уголовную ответственность за преступления против личности, а также за должностные преступления, при этом деление на должностные и профессиональные преступления было условным и фактически все медицинские работники приравнивались к должностным лицам, то в условиях современности указанные субъекты правоотношений подлежат ответственности за преступления, объективная сторона которых направлена на нарушение специальных нормативных правовых актов, касающихся профессиональных компетенций медицинских работников.

Исследование теории<sup>2</sup> и практики, личный опыт производства по материалам и уголовным делам о преступлениях рассматриваемого вида позволяют сделать вывод о том, что методика их расследования алгоритмична и представляет собой комплекс процессуальных действий в определенной последовательности, направленных на: изъятие необходимых медицинских документов, сопровождающих оказание помощи больному – допросы различных участников уголовного процесса, имевших отношение к лечению – *назначение экспертизы* – оценка заключения эксперта – привлечение медицинского работника в качестве обвиняемого (прекращение уголовного дела) – передача уголовного дела прокурору для направления в суд. При этом на протяжении всей истории формирования методики расследования подобного рода противоправных деяний в ее концептуальную основу всегда были положены подготовка и

<sup>1</sup> Статистика врачебных ошибок [Электронный ресурс] Вавилон. Режим доступа: URL: <http://vavilon.ru/statistika-vrachebnyh-oshibok>. Дата доступа: 07.05.2018.

<sup>2</sup> См. *Багмет А. М.* Особенности расследования профессиональных преступлений медицинских работников // *Эксперт-криминалист*. 2014. № 1. С. 3–5; *Перепискина И. О.* Актуальные вопросы расследования преступлений медицинских работников против жизни и здоровья // *Эксперт-криминалист*. 2013. № 4. С. 16–20; *Сучков А. В.* Проблемы назначения и проведения судебно-медицинских экспертиз при расследовании профессиональных преступлений, совершенных медицинскими работниками // *Медицинское право*. 2014. №3. С. 39–43.

назначение судебно-медицинской экспертизы, оценка заключения эксперта, которое, по сути, и позволяло дать окончательную оценку действиям медицинского работника.

Указанная экспертиза на протяжении истории называлась по-разному: судебно-медицинская экспертиза, сложная судебно-медицинская экспертиза по материалам уголовного дела. В настоящий момент, в связи с созданием Государственного комитета судебных экспертиз Республики Беларусь она получила следующее название – экспертиза о ненадлежащем исполнении профессиональных обязанностей медицинскими работниками («врачебная» экспертиза) (далее – «врачебная» экспертиза), ее название стало тождественно названию ст. 162 Уголовного кодекса Республики Беларусь, предусматривающей ответственность указанного специального субъекта.

Несмотря на алгоритмичность исследуемой методики расследования преступлений, теория и практика сталкивается с множеством проблемных (зачастую не разрешаемых) аспектов производства по материалам и уголовным делам о ятрогенных общественно опасных деяниях, в основе которых находятся именно вопросы подготовки, назначения и проведения указанной экспертизы.

Остановимся более подробно на обозначенных аспектах с последующим предложением вариаций изменения существующей правоприменительной практики.

1. Для качественного производства «врачебной» экспертизы необходимо представление для исследования экспертам всего объема медицинской документации, сопровождающей оказание помощи пострадавшему пациенту. На практике обеспечить такое требование зачастую невозможно по двум основным причинам:

а) поступлению заявления (сообщения) в правоохранительные органы по факту ятрогенной ошибки предшествует внутриведомственная медицинская проверка допущенного факта нарушения комиссией вышестоящего уровня. Учитывая «корпоративность» медицинских работников, нежелание «выносить ссор из избы», в период ведомственных разбирательств могут быть искажены процедура и реальные результаты оказания медицинской помощи путем внесения искажений в соответствующие документы, материалы, предметы, объекты.

б) медицинская документация (карты амбулаторного, стационарного больного и др.) не имеют регламентированной процедуры их заполнения, результаты исследований, врачебных осмотров помещаются в них беспорядочно (вклеиваются), что предоставляет возможность врачу, осуществлявшему лечение, изменить их содержание, поместив документ, в котором обозначены «правильный» диагноз и предписания, до изъятия их органами уголовного преследования.

Для устранения первой причины, на наш взгляд, следует упразднить процедуру проведения ведомственной медицинской проверки при наступлении последствий, предусмотренных ст. 162 УК Республики Беларусь, и разработать механизм рассмотрения заявлений пострадавших пациентов о врачебных ошибках, исключив из него заведомо заинтересованного субъекта – учреждение здравоохранения.

Причины, кроющиеся в возможности искажения медицинских документов лечащими врачами, могут быть устранены путем внедрения в повсеместную практику электронного медицинского документооборота либо установления необходимых правил медицинского делопроизводства (страницы документов должны быть пронумерованы, заполняться в хронологической последовательности, в необходимых разделах).

2. Получив показания при допросах множества врачей, оказывавших помощь пострадавшему пациенту на различных уровнях (районном, межрайонном и т.д.), изъав необходимые медицинские документы, следователь должен сам для себя детально разобраться в механизме оказания помощи, чтобы в последующем поставить правильные, конкретные вопросы при назначении «врачебной» экспертизы. А это в большинстве случаев представляется затруднительным, так как юристу по образованию сложно разобраться в отдельных аспектах конкретной области медицины (хирургия, гинекология и др.). Для устранения указанной проблемы предлагаем допрашивать в качестве свидетеля опытного врача необходимой специализации, осуществляющего свою профессиональную деятельность в ином регионе страны, исключив

при этом вероятность совместного его обучения с подозреваемым в одном учреждении медицинского образования. Подобный подход позволит: конкретизировать обстоятельства, подлежащие доказыванию, определить дополнительные криминалистические средства и методы собирания доказательств, правильно и корректно поставить вопросы эксперту при назначении «врачебной» экспертизы.

3. Получив заключение экспертизы о ненадлежащем исполнении профессиональных обязанностей медицинскими работниками, следователь сталкивается с новой проблемой, заключающейся в неоднозначности выводов, содержащихся в указанном заключении. Очень часто, на конкретный вопрос о том, имеются ли в действиях врача нарушения инструкции по лечению, о нахождении в прямой причинно-следственной связи действий (бездействий) по лечению, оказанному пациенту, с наступившими последствиями, эксперт (эксперты) дает неоднозначный, двусмысленный вывод, не позволяющий объективно оценивать заключение и в последующем принимать решение о привлечении лица в качестве обвиняемого по уголовному делу.

Одной из латентных причин «абсурдности» такого заключения является «корпоративная этика» врачей, так как эксперты, проводившие исследование, являются по образованию медиками и, как правило, проходили совместное обучение либо с подозреваемыми, либо с их руководителями, не желающими изменять ятрогенную статистику. Для устранения указанной проблемы предлагаем на базе центрального аппарата Государственного комитета судебных экспертиз Республики Беларусь создать группу экспертов, специализирующихся на «врачебных экспертизах», прошедших специальное обучение и подготовку за пределами Республики Беларусь (Российская Федерация). Обозначенное предложение позволит изменить содержание экспертных исследований, сделав их более объективными, направленными на получение конкретных выводов.

Таким образом, следует сделать вывод о том, что проблемы, существующие при производстве по материалам и уголовным делам о ненадлежащем исполнении профессиональных обязанностей медицинскими работниками, опосредованы негативными аспектами, существующими при подготовке, проведении и оценке заключения «врачебной» экспертизы, в основе которых лежит устоявшаяся корпоративность медицинских работников, специфичность медицинских знаний, которыми должен обладать на необходимом уровне следователь, осуществляющий производство.

**В.А. Спиридонов**

**К вопросу о важности участия судебно-медицинских экспертов  
Следственного комитета на этапе досудебного производства по уголовным  
делам о профессиональных правонарушениях медицинских работников**

**Аннотация.** Показана необходимость развития судебно-медицинского направления в системе СК на примере деятельности первого судебно-медицинского отделения, созданного в г. Казань. Обозначены основные направления деятельности судебно-медицинских экспертов СК при расследовании уголовных дел о профессиональных правонарушениях медицинских работников.

**Ключевые слова:** судебно-медицинские эксперты, Следственный Комитет, экспертиза, правонарушения медицинских работников.

В последние годы отмечается значительный рост обращений населения в правоохранительные органы с целью привлечь медицинских работников к уголовной ответственности за неблагоприятные последствия оказания медицинской помощи, связанные, как правило, с наступлением смерти пациентов или причинением им тяжкого вреда здоровью. Каждый подобный случай в соответствии с действующим законодательством требует назначения комиссионной

судебной медицинской экспертизы с участием экспертов – врачей необходимого медицинского профиля. Указанная работа по проведению комиссионных судебно-медицинских экспертиз должна выполняться в государственных бюро судебно-медицинской экспертизы. Данные бюро расположены в каждом субъекте РФ, имеют в своем составе отделы комиссионных (комплексных) судебно-медицинских экспертиз и финансируются региональными министерствами (управлениями) здравоохранения. Однако, в течение последних лет следователи региональных управлений СК часто получают отказы при назначении первичных или повторных комиссионных судебно-медицинских экспертиз в бюро другого субъекта РФ. В нашей практике был случай, когда следователь обратился в 6 региональных бюро и везде получил письменные отказы с разными мотивировками: в штате бюро нет консультантов – врачей необходимых специальностей, большая загруженность сотрудников отдела комиссионных судебно-медицинских экспертиз, отсутствие финансовых средств для оплаты работы консультантов – врачей и так далее. При обращении в Российский центр судебно-медицинской экспертизы МЗ РФ следователи получают стандартные ответы о большой многолетней очереди. Вышеизложенное позволяет констатировать, что в последнее время судебно-медицинская служба в части производства комиссионных судебно-медицинских экспертиз по уголовным делам о профессиональных правонарушениях медицинских работников не обеспечивает потребности правоохранительных органов, что приводит к значительному удлинению сроков предварительного расследования и судебного рассмотрения случаев профессиональных правонарушений медицинских работников. Все это вызывает многочисленные жалобы. К сожалению, эта ситуация только ухудшается, что и потребовало принятия неотложных мер, а именно создания судебно-медицинской службы в системе СК РФ. Первое судебно-медицинское отделение в составе трех судебно-медицинских экспертов, имеющих опыт работы в региональном бюро судебно-медицинской экспертизы, было создано 28 января 2016 года по инициативе руководителя управления СУ СК РФ по Республике Татарстан генерал-лейтенанта П.М. Николаева. Начальный этап деятельности данного отделения в г. Казань изложен в нашей совместной с руководителем управления статье<sup>1</sup>. Стратегической задачей отделения было – оказание помощи следователям при расследовании случаев профессиональных правонарушений медицинских работников. За указанный двухлетний период деятельности выполнено 85 комиссионных судебно-медицинских экспертиз по данному профилю, из них: 65% экспертиз выполнено по постановлениям следователей Республики Татарстан, а 35% из других регионов: Республики Удмуртия, Республики Чувашия, Республики Марий-Эл, Республики Хакасия, Республики Ингушетия, Нижегородской, Свердловской, Оренбургской, Курской, Орловской областей и др. Для участия в комиссионных экспертизах приглашались врачи-ученые и практики ведущих учебных и практических учреждений здравоохранения Республики Татарстан, а в отдельных случаях Республики Чувашии и Нижегородской области. В значительном количестве экспертиз были выявлены дефекты оказания медицинской помощи, состоящие в прямой причинно-следственной связи с наступившей смертью пациентов. При этом часть случаев, как правило, связанных с обвинениями по части 2 статьи 109 УК РФ, в дальнейшем завершилась судебными приговорами в отношении медицинских работников.

Кроме производства комиссионных экспертиз, сотрудники отделения привлекаются по направлениям следователей в качестве специалистов. В заключениях указанных специалистов после изучения фабулы дела и представленных медицинских документов эксперт-специалист рекомендовал (формировал) вопросы для разрешения в рамках будущей комиссионной экспертизы, а также предлагал профиль необходимых врачей экспертов и список обязательных медицинских документов. Указанные заключения специалистов помогали следователям на

---

<sup>1</sup> Николаев П.М., Спиридонов В.А. Судебно-медицинское отделение в экспертно-криминалистическом отделе следственного управления Следственного комитета Российской Федерации по Республике Татарстан (первые шаги) // Расследование преступлений: проблемы и пути их решения. Сб. науч.-практ. тр. М., 2017. №1. С. 144–148.



этапе назначения комиссионных судебно-медицинских экспертиз. Это особенно важно и полезно для следователей, имеющих небольшой опыт расследования дел в отношении медицинских работников.

Большую эффективность показало совместное участие следователя и судебно-медицинского эксперта СК в допросе медицинских работников, т.к. понимание медицинской терминологии, науки, практических аспектов позволяет установить новые обстоятельства медицинского происшествия, которые нередко выявляют и раскрывают наличие (или отсутствие) признаков состава преступления. Кроме того, присутствие при допросе эксперта с медицинским образованием дисциплинирует медицинского работника в части объективности подаваемой информации и не позволяет дезинформировать следователя, пользуясь отсутствием у него медицинских знаний.

Имеется опыт привлечения судебно-медицинских экспертов СК и к участию в специфических следственных действиях – во время оперативных хирургических и иных вмешательств (например, при проведении повторных операций для извлечения «забытых» в теле пациента инородных объектов).

Наличие судебно-медицинских экспертов в штате следственного комитета вызвало большой энтузиазм среди следователей, которые стали активно обращаться к экспертам за советами и разъяснениями по широкому спектру возникающих вопросов, как при назначении, так и при оценке судебно-медицинских экспертиз трупов, потерпевших и иных лиц, комиссионных, комплексных, ситуационных экспертиз. Однако это может иметь и отрицательное значение, так как следователю проще спросить, чем найти время и самому прочесть и изучить специальную медицинскую и судебно-медицинскую литературу.

Важность знаний в области судебной медицины и медицины для следователя, расследующего уголовное дело о профессиональных правонарушениях медицинских работников, не вызывает сомнений. Учеба следователей на дополнительных программах повышения квалификации по теме «Расследование преступлений, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи» и дальнейшее развитие судебно-медицинского направления в системе СК РФ, несомненно, повысит объективность следствия, сократит его сроки и позволит улучшить качество оказания медицинской помощи в нашей стране.

**А.А. Старченко**

**Необходимость и проблемы досудебного производства  
по уголовным делам о профессиональных преступлениях,  
совершенных медицинскими работниками, с точки зрения  
экспертов Национальной медицинской палаты**

**Аннотация.** В статье предложено определение дефекта медицинской помощи (услуги) и установлены критерии оказания медицинских услуг, не отвечающих требованиям безопасности. Представлена «Карта дефектов медицинской помощи», разработанная коллективом экспертов системы ОМС и Национальной медицинской палаты.

**Ключевые слова:** дефекты оказания медицинской помощи, расхождение диагнозов, критерии безопасности, рискованное медицинское вмешательство, ятрогенные преступления.

Актуальность проблемы досудебного разрешения споров о дефектах оказания медицинской помощи и причиненном им ущербе жизни и здоровью граждан диктуется возрастающими объемами судебных дел.

«Каждые 40 минут в российские суды направляется прокурорский иск о защите прав граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь» - заявил 29 апреля 2014 года Генеральный прокурор России Ю.Я. Чайка, выступая с докладом на заседании Совета Федерации Федерального Собрания Российской Федерации. В выступлении были затронуты, в том числе, вопросы

действенности прокурорского надзора за соблюдением прав граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь – так, например, в течение 2013 года только в интересах наименее социально защищенных слоев населения прокурорами было направлено в суды 12 тыс. исков. К судебной защите прав на охрану здоровья регулярно прибегают и сами граждане, а также их полномочные и законные представители. В отношении лиц, признанных виновными в неоказании (неадекватном оказании) медицинской помощи, каждый год в среднем постановляется около ста обвинительных приговоров.

В Следственном комитете РФ состоялась коллегия по вопросам организации работы по расследованию ятрогенных преступлений, то есть связанных с некачественным оказанием медицинской помощи. Выступая на заседании коллегии, Председатель СК России А.И. Бастрыкин привел статистические данные о преступлениях указанной категории, отметив, что: «в 2015 году потерпевшими от ятрогенных преступлений признаны 888 человек. Из них вследствие врачебных ошибок и неадекватного оказания медицинской помощи погибло 712 человек, в том числе 317 детей. В 2016 году из 352 человек, погибших вследствие врачебных ошибок и неадекватного оказания медицинской помощи – 142 ребенка». «В первом полугодии 2016 года в следственные органы Следственного комитета Российской Федерации поступило 2 516 сообщений о преступлениях, связанных с врачебными ошибками и неадекватным оказанием медицинской помощи, по результатам их рассмотрения возбуждено 419 уголовных дел», – уточнил А.И. Бастрыкин.

Частота дефектов в здравоохранении «в мировом масштабе» составляет 10-14 % от всех случаев оказания медицинской помощи (S. Stender, 2012).

По данным одного из докладчиков конгресса «Человек и лекарство» (2006), академика А.Г. Чучалина, практически каждый третий диагноз ставится отечественными врачами неверно. По словам А.Г. Чучалина, россияне вынуждены платить непомерно высокую цену за непрофессионализм медицинских работников. Так, из-за неправильного или несвоевременного диагноза в России умирают 12% больных пневмонией. Из-за плохой организации врачебного контроля за артериальной гипертензией Россия лидирует среди развитых стран по числу инсультов. Из-за недостатка знаний врачи первичного звена выявляют только 30% пациентов, нуждающихся в высокотехнологичной медицинской помощи.

К примеру, к ошибкам в акушерской анестезиологии и интенсивной терапии» А.В. Куликов (2014) относит:

- технические (проходимость дыхательных путей, многократные попытки пункции эпидурального или субарахноидального пространства, постпункционная головная боль, регионарная анестезия на фоне антикоагулянтов или коагулопатии);
- нарушение доз и способов введения лекарственных препаратов;
- аспирационный синдром;
- недоучет особенностей пациентки;
- несоблюдение протоколов интенсивной терапии кровопотери, септического шока, преэклампсии/эклампсии;
- неадекватное использование методов почечной заместительной терапии.

А.В. Куликов (2014) заключает: «Каждый день практически все роддома играют в «русскую рулетку».

По данным патологоанатомической службы в среднем расхождение патологоанатомических и клинических диагнозов составляет 10-15%, тогда как распределение расхождений по категориям показывает активное манипулирование этой статистикой:

- I категория расхождения диагнозов – в данном медицинском учреждении правильный диагноз был невозможен, и диагностическая ошибка (нередко допущенная во время предыдущих обращений больного за медицинской помощью) уже не повлияла в данном медицинском учреждении на исход болезни; причины расхождения диагнозов по I категории всегда объективные – 62-65%;

- II категория расхождения диагнозов – в данном медицинском учреждении правильный диагноз был возможен, однако диагностическая ошибка, возникшая по субъективным причинам, существенно не повлияла на исход заболевания – 36-38%;

- III категория расхождения диагнозов – в данном медицинском учреждении правильный диагноз был возможен, и диагностическая ошибка повлекла за собой ошибочную врачебную тактику, т.е. привела к недостаточному (неполноценному) или неверному лечению, что сыграло решающую роль в смертельном исходе заболевания – 0,1%.

Совершенно очевидно, что искусственным путем случаи расхождения 3 категории «переносятся» во вторую.

Сегодня проблемы здравоохранения – это проблемы нормативно-правового регулирования в сфере здравоохранения:

1. Законы РФ носят общий и противоречивый характер.

2. Нормативные документы не охватывают всей сферы здравоохранения и носят фрагментарный характер.

3. Нормативные акты во многом неоднозначны и подчас провокативны на совершение правонарушений.

4. Вместо нормативных актов министерством и ведомствами выпускаются письма и рекомендации – отсутствие ответственности должностных лиц.

4. Комментарии и мнения должностных лиц расходятся с текстом нормативных актов.

5. Судебно-медицинская экспертиза бесконтрольна, часто ангажирована и необъективна.

6. Приговоры и решения суда не анализируются должностными лицами министерств и ведомств и не учитываются в изменении нормативных документов.

7. Мнения общественных объединений пока мало принимаются в расчет.

Коллективом экспертов системы ОМС и Национальной медицинской палаты разработана «Карта дефектов медицинской помощи, как пособие для медицинских работников и экспертов по дефектам оказания медицинской помощи» в рамках проекта «Независимая медицинская экспертиза – инструмент общественного контроля в сфере здравоохранения России». Цель проекта: повысить эффективность контроля оказания медицинской помощи посредством формирования института независимой экспертизы медицинской помощи на базе Национальной медицинской палаты. При реализации проекта использовались средства государственной поддержки, выделенные в качестве гранта в соответствии с распоряжением Президента РФ от 25.07.2014 №243-рп и на основании конкурса, проведенного ООО «Лига здоровья нации».

Карта дефектов медицинской помощи – это диалектический документ об экспертном консенсусе в сфере здравоохранения между практическим врачом, организатором здравоохранения, экспертом и представителем пациента – страховой медицинской организацией (СМО).

Цели Карты дефектов:

- искоренение «кустарщины», «вкусовщины» и субъективизма в экспертизе;

- информирование врачей об описанных дефектах, которые были ранее выявлены с тем, чтобы знать причины этих дефектов, искоренять эти дефекты, и с тем, чтобы экспертиза была как можно более обоснованной и объективной;

- создание единого экспертного пространства в здравоохранении: эксперт любого ведомства или любой системы при схожих экспертных случаях выносит схожие экспертные решения.

Профессиональная деятельность медицинских работников характеризуется повышенным риском. В первую очередь, - это риски ненадлежащего качества оказания медицинской помощи и неблагоприятного исхода для пациента.

И практикующим врачам, и руководителям лечебных организаций при оказании медицинской помощи крайне важно знать и понимать, что может стать причиной претензий к их работе со стороны проверяющих органов.

Что такое дефект медицинской помощи, как он оценивается, как устанавливается причинно-следственная связь между дефектом медицинской помощи и ее результатом, как правильно вести медицинскую документацию – на эти вопросы отвечает опубликованная на сайте Национальной медицинской палаты Карта дефектов.

Законом РФ «О защите прав потребителей» установлены следующие общие определения, используемые также в сфере здравоохранения и обязательного медицинского страхования (ОМС), которая отнесена к юрисдикции Закона РФ «О защите прав потребителей»:

«недостаток услуги – несоответствие услуги или обязательным требованиям, предусмотренным законом, либо в установленном им порядке, или условиям договора, или целям, для которых услуга такого рода обычно используется, или целям, о которых исполнитель был поставлен в известность потребителем при заключении договора;

существенный недостаток услуги – неустранимый недостаток или недостаток, который не может быть устранен без несоразмерных расходов или затрат времени, или выявляется неоднократно, или проявляется вновь после его устранения, или другие подобные недостатки;

безопасность услуги – безопасность услуги для жизни, здоровья, имущества потребителя и окружающей среды при обычных условиях его использования, хранения, транспортировки и утилизации, а также безопасность процесса оказания услуги».

Исходя из определения недостатка услуги, предложено определение дефекта медицинской помощи (услуги) и установлены критерии оказания медицинских услуг, не отвечающих требованиям безопасности.

Дефект медицинской услуги (помощи):

- несоответствие медицинской помощи (медицинской услуги) обязательным требованиям, предусмотренным законодательством по обязательному медицинскому страхованию или условиям договора;

- нарушения требований нормативных актов уполномоченных органов исполнительной власти;

- нарушения обычаев делового оборота, обычно предъявляемых требований в сфере здравоохранения;

- нарушения требований безопасности медицинской услуги;

- несоответствие медицинской помощи (услуги) целям, для которых данная медицинская помощь (медицинская услуга) обычно оказывается, вызвавшееся в причинении вреда жизни и здоровью застрахованных (пациентов);

- затруднение стабилизации имеющегося у пациента заболевания;

- повышение риска прогрессирования имеющегося заболевания;

- повышение риска для возникновения нового патологического процесса;

- нарушение правил оформления медицинской документации.

Международная статистическая классификация болезней 10 пересмотра введена в России приказом Минздрава РФ № 170 от 27.05.1997 «О переходе органов и учреждений здравоохранения РФ на Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра», который и является правовым основанием для применения экспертных выводов о наличии дефектов медицинской помощи в формулировках, предусмотренных МКБ-10 пересмотра.

К дефектам медицинской помощи, в соответствии с МКБ-10 пересмотра, относятся:

1. Осложнения хирургических и терапевтических вмешательств, не классифицированные в других рубриках (T80-T88) МКБ-10:

T80 Осложнения, связанные с инфузией, трансфузией и лечебной инъекцией.

T80.0 Воздушная эмболия, связанная с инфузией, трансфузией и лечебной инъекцией.

T80.1 Сосудистые осложнения, связанные с инфузией, трансфузией и лечебной инъекцией: флебит, тромбоз эмболия, тромбоз флебит, связанные с инфузией, трансфузией и лечебной инъекцией.

Т80.2 Инфекции, связанные с инфузией, трансфузией и лечебной инъекцией: инфекция, сепсис, септицемия, септический шок, связанные с инфузией, трансфузией и терапевтической инъекцией.

Т80.3 Реакция на АВО-несовместимость: трансфузия несовместимой крови, реакция на инфузию или трансфузию крови, несовместимой по группе.

Т80.4 Реакция на Rh-несовместимость: реакция на инфузию или трансфузию крови, несовместимой по резус-фактору.

Т80.5 Анафилактический шок, связанный с введением сыворотки (Исключены: шок вследствие патологической реакции на адекватно назначенное и правильно введенное лекарственное средство (Т88.6)).

Т80.6 Другие сывороточные реакции: интоксикация, связанная с введением сыворотки, протеиновая болезнь, сывороточная: сыпь, болезнь, уртикария.

Т80.8 Другие осложнения, связанные с инфузией, трансфузией и лечебной инъекцией.

Т80.9 Осложнение, связанное с инфузией, трансфузией и лечебной инъекцией неуточненное (реакция на трансфузию без дополнительных уточнений).

Т81.0 Кровотечение и гематома, осложняющие процедуру, не классифицированные в других рубриках: кровотечение любой локализации, являющееся следствием процедуры.

Т81.1 Шок во время или после процедуры, не классифицированный в других рубриках: коллапс, шок (эндотоксический, гиповолемический, септический), послеоперационный шок).

Т81.2 Случайный прокол или разрыв при выполнении процедуры, не классифицированный в других рубриках: случайная перфорация кровеносного сосуда, нерва, органа катетером, эндоскопом, инструментом во время выполнения процедуры.

Т81.3 Расхождение краев операционной раны, не классифицированное в других рубриках: расхождение краев операционной раны.

Т81.4 Инфекция, связанная с процедурой, не классифицированная в других рубриках: абсцесс: внутрибрюшной, шовный, поддиафрагмальный, раны; септицемия.

Т81.5 Инородное тело, случайно оставленное в полости тела или операционной ране при выполнении процедуры: спайки, закупорка, перфорация, вызванные инородным телом, случайно оставленным в операционной ране или полости тела.

Т81.6 Острая реакция на инородное вещество, случайно оставленное при выполнении процедуры: перитонит: асептический, химический.

Т81.7 Сосудистые осложнения, связанные с процедурой, не классифицированные в других рубриках: воздушная эмболия, связанная с процедурой.

Т81.8 Другие осложнения процедуры, не классифицированные в других рубриках: осложнение ингаляционной терапии, эмфизема (подкожная) вследствие процедуры, незакрывающийся послеоперационный свищ.

Т82.0 Осложнение механического происхождения, связанное с протезом сердечного клапана: поломка (механическая), смещение, подтекание, неправильное положение, закупорка (механическая), перфорация, выпячивание (протрузия) протеза сердечного клапана.

Т88.0 Инфекция, связанная с иммунизацией: сепсис, септицемия, связанные с иммунизацией.

Т88.1 Другие осложнения, связанные с иммунизацией, не классифицированные в других рубриках: сыпь, связанная с иммунизацией.

Т88.3 Злокачественная гипертермия, вызванная анестезией.

Т88.4 Безуспешная или трудная интубация.

Т88.5 Другие осложнения анестезии: гипотермия, связанная с анестезией

2. Воздействие ядовитыми веществами (Х40-Х49): включены неправильное назначение лекарственного средства.

Х40 Воздействие неопиоидными анальгетиками, жаропонижающими и противоревматическими средствами.

Х41 Воздействие противосудорожными, седативными, снотворными, противопаркинсоническими и психотропными средствами, не классифицированные в других рубриках.

Х42 Воздействие наркотиками и психодиспептиками [галлюциногенами]. Включены: кокаин, метадон, морфин опиум (алкалоиды)

Х43 Воздействие другими лекарственными средствами, влияющими на вегетативную нервную систему.

Х44 Воздействие другими и неуточненными лекарственными средствами, медикаментами и биологическими субстанциями.

3. Случайное нанесение вреда больному при выполнении терапевтических и хирургических вмешательств (Y60-Y69).

Y60 Случайный порез, укол, перфорация или кровотечение при выполнении хирургической и терапевтической процедуры.

Y61 Случайное нанесение вреда больному: случайное оставление инородного тела в организме при выполнении хирургической и терапевтической процедуры.

Y62 Случайное нанесение вреда больному: недостаточная стерильность при выполнении хирургических и терапевтических процедур.

Y63 Случайное нанесение вреда больному: ошибочность дозировки при проведении хирургических и терапевтических процедур.

Y63.0 Случайное нанесение вреда больному: введение чрезмерного количества крови или другой жидкости во время трансфузии или инфузии.

Y63.1 Случайное нанесение вреда больному: неправильное разведение вводимой жидкости

Y63.2 Случайное нанесение вреда больному: передозировка при лучевой терапии.

Y63.3 Случайное нанесение вреда больному: случайное облучение больного при выполнении медицинской процедуры.

Y63.4 Случайное нанесение вреда больному: несоответствие дозировки при лечении электрошоком или инсулиновым шоком.

Y63.5 Случайное нанесение вреда больному: несоответствующая (чрезмерно высокая или чрезмерно низкая) температура при местной аппликации или наложении повязки.

Y63.6 Случайное нанесение вреда больному: неприменение необходимого лекарственного средства, медикамента или биологического вещества.

Y63.8 Случайное нанесение вреда больному: ошибочность дозировки во время других хирургических или терапевтических процедур.

Y63 Случайное нанесение вреда больному: ошибочность дозировки при проведении хирургических и терапевтических процедур.

Критерии оказания медицинских услуг, не отвечающих требованиям безопасности.

В отсутствие федерального определения и нормирования безопасности медицинской деятельности полагаем необходимым формулирование обычая делового оборота и обычно предъявляемых требований в здравоохранении по проблеме безопасности медицинской деятельности в двуединой системе государственного контроля и контроля системы ОМС в соответствии с нормами статьи 309 Гражданского Кодекса РФ:

1. Безопасность медицинской помощи (услуги, вмешательства) – отсутствие необоснованного риска при допущении обоснованного риска медицинского вмешательства, соответствующего номенклатуре медицинских услуг, выполняемого с диагностической или лечебной целью по показаниям в соответствии с имеющимся заболеванием, с учетом противопоказаний к вмешательству, в специально предусмотренном, нормируемом и приспособленном помещении специалистом, имеющим допуск к выполнению вмешательства на основании имеющихся у него документов об образовании и сертификата специалиста.

2. Риск в здравоохранении является необоснованным и медицинская услуга признается не отвечающей требованиям безопасности при следующих обстоятельствах:

2.1. Рискованное медицинское вмешательство не предусмотрено номенклатурой медицинских услуг.

2.2. Рискованное медицинское вмешательство выполняется медицинским работником, не имеющим допуск к его выполнению: отсутствие у исполнителя документа об образовании и/или сертификата специалиста.

- 2.3. Рискованное медицинское вмешательство выполняется за пределами специально предусмотренного, нормируемого и приспособленного помещения.
- 2.4. Рискованное медицинское вмешательство выполняется с нарушением требований обязательного стандарта оснащения и оборудования специально предусмотренного помещения.
- 2.5. Рискованное действие осуществляют с пренебрежением достижения общественно полезной цели, т.е. сохранения жизни и здоровья пациента.
- 2.6. Применение конкретного метода диагностики или лечения осуществляется вне медицинских показаний к нему и/или при наличии противопоказаний, в т.ч. по другим параметрам состояния здоровья пациента и сопутствующим заболеваниям.
- 2.7. Цель рискованного вмешательства может быть достигнута без риска другими вариантами вмешательства.
- 2.8. Риск развития ятрогенного осложнения, неблагоприятных последствий и смерти пациента при предлагаемом конкретном вмешательстве выше, чем риск развития неблагоприятного исхода без применения данного метода.
- 2.9. Наступление вредных последствий предлагаемого конкретного вмешательства неизбежно, а не лишь возможно.
- 2.10. Не использованы без положительного результата все менее опасные методы диагностики и лечения.
- 2.11. Врач не прогнозирует типичные возможные осложнения применяемого им метода и/или не предпринимает мер для их предотвращения, своевременного выявления и лечения.
- 2.12. Пациент не согласен на применение рискованных медицинских действий.

**Д.В. Сундуков,  
О.Л. Романова,  
А.М. Голубев,  
В.В. Гошкеев**

### **Оценка результатов гистоморфологического и химико-токсикологического исследования печени при отравлении клозапином различной давности**

**Аннотация.** Клозапин – атипичный нейролептик, случайные и криминальные отравления которым часто встречаются в судебно-медицинской практике. Морфологические изменения при отравлении им носят преимущественно неспецифический характер и проявляются дисциркуляторными расстройствами и дистрофическими изменениями паренхиматозных органов. Целью исследования было выявление гистоморфологических изменений в печени при острых отравлениях клозапином через 3 и 24 часа после отравления. Опыты были поставлены на беспородных крысах-самцах массой 290-350 гр.

**Ключевые слова:** клозапин, острые отравления клозапином, гистоморфологические изменения в печени, химико-токсикологическое исследование, ВЭЖХ-МС/МС.

Атипичный нейролептик клозапин (лепонекс, азалепптин, алемоксан и т.д.) по химической структуре является трициклическим соединением, имеющим элементы сходства с трициклическими антидепрессантами и частично с производными 1,4-дибензодиазепина<sup>1</sup>.

Препарат широко применяется в психиатрии в частности при различных психических расстройствах (галлюцинаторно-бредовых, кататоно-гебефренных, кататоно-галлюцинаторных состояниях и состояниях психомоторного возбуждения при шизофрении, при маниакальном синдроме в рамках биполярного аффективного расстройства). Клозапин обладает узким спектром терапевтического действия. Терапевтическая доза клозапина от 50 до 200 мг, высшая суточная доза – 600 мг, а смертельная – 2 г<sup>2</sup>. Это обуславливает высокий риск случайных отравлений этим препаратом.

<sup>1</sup> Clozaril (clozapine tablets) [product monograph] Dorval (QC): Novartis Pharmaceuticals Canada Inc; 2014. Aug 19.

<sup>2</sup> Видаль. Справочник. Лекарственные препараты в России. Издание 9 М.: АстраФармСервис. 2017. 1240 с.

Симптомы, возникающие при острой передозировке клозапина: сонливость, беспокойство, летаргия, арефлексия, гиперрефлексия, возбуждение, спутанность сознания, дезориентация, делирий, неясность зрения, мидриаз, судороги и кома; гипотензия, гипертензия, аритмия, тахикардия и блокада сердца; угнетение дыхания; гиперсаливация; гипотермия; гипоактивные шумы в кишечнике, сухость кожи и неспособность к мочевыделению, респираторный дистресс-синдром у взрослых, панкреатит, миокардит. Сообщалось о внезапных летальных исходах<sup>1</sup>.

Наряду со случайными отравлениями велико число криминальных отравлений им. По статистике жертвами таких отравлений становятся мужчины трудоспособного возраста.

Клозапин – единственный из нейролептиков, постоянно перераспределяемый в сферу незаконного оборота психоактивных веществ<sup>2</sup>.

В соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 7 ноября 2013 года № 997 клозапин внесен в список сильнодействующих веществ. Незаконный оборот данного препарата влечет уголовную ответственность согласно статье 234 Уголовного кодекса РФ.

Диагностика отравлений клозапином затруднена. Это вещество относится к так называемым функциональным ядам. Морфологические следы, которые остаются при отравлении им, неспецифичны и представляют собой различные расстройства кровообращения. Установление диагноза в таких случаях производится комплексно с учётом клинко-анамнестических, секционных, гистологических, биохимических данных и количественного определения содержания клозапина в биологических средах организма<sup>3</sup>.

Одним из органом-мишеней при отравлении клозапином (наряду с мозгом и легкими) является печень. По данным НИИ им. Н.В. Склифосовского, при морфологическом исследовании у всех умерших от отравления клозапином были выявлены изменения печени, которые характеризовались очаговым или диффузным стеатозом. Жировая дистрофия носила крупно- и мелкокапельный характер. Выраженные изменения печени в ряде наблюдений отмечались на фоне диагностированного гепатита (в том числе HCV-этиологии). Часть пациентов длительно употребляла психотропные препараты с терапевтической целью, часть умерших злоупотребляла алкоголем. Однако в половине наблюдений мелкокапельный стеатоз печени не был обусловлен указанными выше причинами, поэтому можно думать о его развитии вследствие однократного употребления токсичных доз психотропных препаратов<sup>4</sup>.

Морфологические изменения в печени при отравлении клозапином в динамике ранее не изучались.

Целью нашего исследования было выявление морфологических изменений в печени и проведение химико-токсикологического исследования печени и сыворотки крови подопытных животных при острых отравлениях клозапином через 3 и 24 часа после введения препарата.

Опыты поставлены на беспородных крысах-самцах массой 290-350 гр. Клозапин вводился в дозе 150 миллиграмм на килограмм массы животного под наркозом (хлоролаза). Крысы группы 1 (5 животных) выводились из опыта декапитацией через 3 часа. Крысы группы 2 выводились из опыта декапитацией через 24 часа. В группу сравнения входили интактные крысы (5 животных).

Через 3 часа после изолированного введения клозапина вены печени (включая центральные) расширены. В части гепатоцитов не окрашиваются ядра, в части клеток ядра гипохромны. Цитоплазма глыбчатая. Встречаются небольшие очаги некроза. В этих участках контуры ге-

<sup>1</sup> Sautter Th., Meier P.J., Wyss P.A. Dose-dependent toxicity of clozapine (leponex<sup>®</sup>) in acute overdosage // XVII International Congress of the European Association of Poison Centers and Clinical Toxicologists. EAPCCT. Abstracts. - Marseille, June 4-7, 1996, P. 183.

<sup>2</sup> Менделевич В.Д. Руководство по аддиктологии. - СПб: Речь, 2007. 768 с.

<sup>3</sup> Ермохина Т.В. Острые отравления азалептином (диагностика, клиника, лечение) : автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2004. 24 с.

<sup>4</sup> Зимина Л.Н., Павленко Е.Ю., Ильашенко К.К. Морфологические аспекты острых отравлений лепонексом и финлепсином // Анестезиология и реаниматология. 2005, № 6. С. 35–37.



патоцитов не определяются, а ядра не окрашены. Встречаются гепатоциты с крупными ядрами. Портальные тракты (вены и артерии) умеренно полнокровны. Просветы желчных протоков свободны.

Через 3 часа после введения клозапина достоверным можно считать появление следующих гистологических признаков: расширение вен, венозное полнокровие.

Через 24 часа после введения клозапина в некоторых гепатоцитах (средняя часть доли) ядра не окрашиваются. Цитоплазма части гепатоцитов глыбчатая. Центральные вены расширены, полнокровны, в части из них наблюдается сладж. В портальном тракте артерии умеренно полнокровны. Венолы расширены. В цитоплазме некоторых гепатоцитов наблюдали мелкие вакуоли. В этих участках - пролиферация Купферовских клеток.

Через сутки после введения клозапина как монопрепарата достоверно выявляли следующие гистологические изменения: отсутствие окрашивания ядер, венозное полнокровие.

По результатам проведенного исследования видно, что через 3 часа после введения клозапина как монопрепарата появлялись расстройства кровообращения (расширение вен, венозное полнокровие). Они усиливались к 24 часу с начала эксперимента (втериальное и венозное полнокровие, случаи сладжа).

Нами было проведено измерение содержания клозапина и его основных метаболитов - норклозапина и клозапин-N-оксида в сыворотке крови и гомогенате печени подопытных животных согласно валидированной методике<sup>1</sup>.

От 3-го к 24-му часу наблюдали снижение содержания клозапина в 7, а клозапин-N-оксида - в 4, 2 раза. Содержание норклозапина наоборот возросло в 4, 6 раз. От 3-го к 24-му часу наблюдали незначительное (в 1,35 раз) снижение содержания клозапина с сопутствующим возрастанием содержания норклозапина (1,24) и клозапин-N-оксида (6,58).

Оценка морфологических изменений в печени и результатов химико-токсикологического исследования печени позволяют судить о факте отравления клозапином и о времени, прошедшем с момента попадания этого вещества в организм. Полученные данные также будут полезны при диагностике случайных отравлений клозапином при проведении лечения этим препаратом. Поминание процессов, происходящих во внутренних органах, в том числе в печени, при острых отравлениях клозапином позволит более эффективно оказывать помощь данной категории пострадавших.

**И.С. Трубчик**

#### **Алгоритм действия следователя при назначении комиссионной судебно-медицинской экспертизы по делам о ненадлежащем исполнении профессиональных обязанностей врачей**

**Аннотация.** В статье обсуждаются преступления, связанные с ненадлежащим исполнением профессиональных обязанностей врачами при оказании медицинской помощи, проведение проверки в порядке ст.144-145 УПК РФ, а также назначения комиссионных судебно-медицинских экспертиз.

**Ключевые слова:** медицинские документы, комплексная судебно-медицинская экспертиза, следователь

В ч. 1 ст. 41 Конституции Российской Федерации закреплено право каждого гражданина на охрану здоровья и медицинскую помощь, а также гарантировано наличие бесплатной системы медицинской помощи за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений. Кроме того, граждане имеют право на дополнительные медицинские и иные

<sup>1</sup> Романова О.Л., Степанова Е.С., Барсегян С.С., Сундуков Д.В., Чистяков В.В. Одновременное обнаружение клозапина, норклозапина и клозапин-N-оксида в сыворотке крови и органах // Фармация. 2016., Т. 65., № 5., С. 27–29.

услуги на основе программ добровольного медицинского страхования в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Конституционная норма о праве каждого на охрану здоровья и медицинскую помощь нашла свое отражения в ст. 18, 19 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Этот закон является основным актом, регулирующим отношения в области охраны здоровья.

В последнее время в нашем обществе отмечается рост преступлений, которые связаны с ненадлежащим исполнением профессиональных обязанностей врачами при оказании медицинской помощи

Несмотря на особую ответственность, в процессе выполнения работы, врачи совершают просчёты. Врачебная ошибка, которая возможна на любом из этапов лечения, может стать следствием причинения вреда жизни и здоровью пациента. Понятие медицинской ошибки в российском законодательстве отсутствует. В любом случае – это ненадлежащее-исполнение действия или бездействия медицинского работника, которые повлекли за собой тяжкий вред здоровью или наступление летального исхода. Профессиональная ошибка может быть допущена на любом этапе диагностики и лечения.

Важнейшие задачи возлагаются на следственные органы Следственного комитета Российской Федерации, к подсудности которых уголовно-процессуальным законом отнесено расследование рассматриваемых преступлений.

Проведение проверки в порядке ст. 144 и 145 УПК РФ в отношении медицинских работников отличается существенными особенностями.

Поводом к проведению проверки, а при наличии оснований и к возбуждению уголовного дела чаще всего служат жалобы граждан, здоровью которых причинен тяжкий вред, или родственников умерших. Поэтому следователям при проведении доследственной проверки на первоначальном этапе необходимо незамедлительно истребовать соответствующие медицинские документы для назначения комиссионной судебно-медицинской экспертизы.

Задача руководителя следственного органа на первоначальном этапе в организации полноценного и эффективного проведения процессуальных проверок и расследования уголовных дел о дефектах оказания медицинской помощи заключается в правильном распределении сил и направленности действий следователя. Кроме того и в конструктивном взаимодействии с органами здравоохранения, контрольно-надзорными органами Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития, Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, судебными медицинскими экспертными учреждениями и организациями.

Так следственным управлением Следственного комитета Российской Федерации по Хабаровскому краю и бюро КГБУЗ «Бюро СМЭ» Министерства здравоохранения Хабаровского края 8.09.2017 года было проведено оперативное совещание по рассмотрению вопросов о повышении эффективности межведомственного сотрудничества при назначении и проведении комиссионных судебно-медицинских экспертиз, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи.

В соответствии с решениями оперативного совещания были разработаны и предлагаются следователем при расследовании ст. 109 ч.2 УК РФ типовые перечни материалов обязательных для предоставления в качестве объектов для дальнейшего исследования при проведении судебно-медицинских экспертиз

Основные перечни медицинских документов, которые необходимо предоставлять в зависимости от области медицины (врачебной специализации), рассматриваемых в рамках расследуемого случая

Акушерство-гинекология:

1. Индивидуальная карта беременной и родильницы;
2. Медицинская история родов (в случаях госпитализации беременной в стационар с целью сохранения беременности при угрозе ее прерывания их может быть несколько);

3. Обменная карта;
4. Медицинская карта амбулаторного больного;
5. Протокол патологоанатомического вскрытия трупа, акт судебно-медицинского исследования трупа, судебно-медицинская экспертиза, при наличии (в случае гибели роженицы в родильных отделениях при родовспоможении или отдаленный период времени).

Неонатология- педиатрия:

1. История развития новорожденного;
2. История болезни стационарного больного (в случаях стационарного лечения после выписки из родильного дома (их может быть несколько из разных учреждений));
3. Протокол патологоанатомического вскрытия трупа (в случае гибели новорожденного или младенца, акт судебно-медицинского исследования трупа, судебно-медицинская экспертиза, при наличии).
4. Амбулаторная карта;
4. Медицинская история родов (в случаях госпитализации беременной в стационар с целью сохранения беременности при угрозе ее прерывания, их может быть несколько).

Хирургия:

1. Медицинская карта амбулаторного или стационарного больного;
2. Протокол патологоанатомического вскрытия трупа, акт судебно-медицинского исследования трупа, судебно-медицинская экспертиза, при наличии (в случае гибели больного).

При назначении комплексной судебно-медицинской экспертизы, связанной с ненадлежащим оказанием медицинской помощи целесообразно так сформулировать вопросы, чтобы они не повторялись.

1. Какова причина смерти?
2. Имеется ли дефект оказания медицинской помощи, если да, то какова сущность дефекта?
3. При наличии дефекта оказания медицинской помощи, повлиял ли этот дефект на исход заболевания?
4. Если повлиял, то какова причинно-следственная связь между дефектом оказания медицинской помощи и наступившими последствиями?
5. Если выявлена прямая причинно-следственная связь, то каков вред здоровью причинен потерпевшему?

По нашему мнению, количество вопросов позволит сократить сроки производства такого рода экспертиз и позволит расследовать уголовные дела о ненадлежащем исполнении профессиональных обязанностей врачей в разумные сроки.

#### *Литература*

1. *Багмет А.М., Черкасова Л.И.* Профессиональные ошибки и дефекты при оказании медицинской помощи детям: уголовно-правовая оценка // Российский следователь. 2015, №1.

**А.И. Хмыз**

### **Использование специальных знаний при расследовании профессиональных преступлений, совершенных медицинскими работниками**

**Аннотация.** В статье рассматриваются основы использования специальных знаний при расследовании профессиональных преступлений, совершенных медицинскими работниками, предлагаются подходы совершенствования тактики привлечения специалистов, экспертов к решению стоящих перед следователем специфических вопросов.

**Ключевые слова:** специальные знания, комплексный подход расследования, комплексное решение экспертных задач.

Расследование профессиональных преступлений, совершенных медицинскими работниками, в силу своих особенностей, требует решения многих вопросов, выходящих за рамки профессиональной компетенции должностного лица, производящего расследование. Это обстоятельство предопределяет широкое использование специальных знаний при установлении обстоятельств совершенного преступления.

К основным формам использования специальных знаний относятся производство судебных экспертиз, позволяющее получить доказательство – заключение эксперта; привлечение лиц, обладающих специальными знаниями, в качестве специалистов для участия в производстве следственных действий. По результатам последних составляются соответствующие процессуальные документы (протоколы следственных действий, приложения к ним), которые в соответствии со ст. 74 УПК РФ также рассматриваются в качестве доказательств.

Форма использования специальных знаний определяется должностным лицом, производящим расследование, исходя из сложившейся на конкретный период времени следственной ситуации. При этом какая бы форма не была выбрана, результаты вовлечения специалиста, эксперта в досудебное производство по уголовным делам рассматриваемой категории должны быть в обязательном порядке обоснованными и достоверными.

Учитывая примеры расследования преступлений, вызвавших особый общественный резонанс, следует констатировать, что не всегда это удается.

Так, например, потребовались огромные усилия для установления истины по так называемому делу «пьяного мальчика». Понадобилось назначение и производство комплексной судебной экспертизы, в проведении которой участвовало 18 экспертов ведущих научных, образовательных и экспертных учреждений различных министерств и ведомств<sup>1</sup>. Результаты исследования позволили прийти к выводу, что эксперт, проводивший первичную судебно-медицинскую экспертизу, нарушил положения методики и его вывод является необоснованным. Эксперту предъявлено обвинение в совершении преступления, предусмотренного ч. 1 ст. 293 УК РФ.

Рассмотренный пример свидетельствует, во-первых, о чрезвычайной сложности выявления и расследования профессиональных преступлений, совершенных медицинскими работниками, во-вторых, о необходимости совершенствования тактики использования специальных знаний.

Должностным лицам, производящим расследование, следует иметь в виду, что эффективность расследования таких преступлений повышается за счет комплексного использования специальных знаний.

Так, документирование преступных действий медицинских работников, предполагает привлечение специалистов как традиционных, так и специальных направлений. Например, помощь специалиста в области почерковедческой экспертизы требуется для установления содержания выполненных рукописным способом медицинских и иных документов, установления факта выполнения рукописных записей, подписей конкретным лицом. Помощь специалиста в области компьютерной экспертизы требуется для обнаружения, фиксации, изъятия и исследования информации, содержащейся на рабочем, домашнем компьютере, сотовом телефоне, ином носителе электронной информации, принадлежащем медицинскому работнику и т.д. Криминалистически значимая информация может содержаться также на электронных носителях, принадлежащих потерпевшим и иным лицам. Кроме этого, представляют интерес информационно-телекоммуникационные системы<sup>2</sup>, в которых могут отражаться сведения о связях подозреваемого (обвиняемого) и потерпевшего, подозреваемого (обвиняемого) и других лиц, иная информация.

<sup>1</sup> Комплексная судебная экспертиза установила отсутствие алкоголя в крови ребенка, погибшего в ДТП в городе Балашихе. URL: [sledcom.ru/news/item/1172517/](http://sledcom.ru/news/item/1172517/) Дата обращения: 10.02.2018).

<sup>2</sup> Дёмин К.Е. Информационно-телекоммуникационные системы как источники следовой картины криминального события // Судебная экспертиза: диалектика, теория, практика: сборник Выпуск 8. Сборник научных трудов. М.: Московский университет МВД России, 2011. С. 146.

Выявленная при документировании информация подлежит экспертной оценке специалистом, обладающим специальными знаниями в соответствующем направлении (например, в области пластической хирургии и т.д.).

При расследовании преступлений должны быть обеспечены основные принципы использования специальных знаний, такие как независимость специалиста или эксперта, объективность, всесторонность и полнота экспертного исследования, проводимого на основе современных достижений науки и техники, соблюдение прав специалиста (эксперта), а также иных сторон рассматриваемых правовых отношений.

В связи с изложенным представляется целесообразным:

- привлечение для выявления профессиональных преступлений, совершенных медицинскими работниками, совершенно независимых специалистов, в том числе негосударственных экспертных организаций. Понятие «профессиональное преступление», на наш взгляд, исключает вариант привлечения специалиста из того же ведомства, к которому относится должностное лицо, совершившее преступное деяние;

- использование комплексного подхода при решении следственных и экспертных задач. Для решения последних необходимо формирование комиссии экспертов различных министерств и ведомств с соблюдением изложенного выше принципа;

- в комиссию экспертов включать лиц, специализирующихся в соответствующем направлении деятельности, наиболее авторитетных в той или иной области научных знаний. При этом заслуживает внимания предложение о формировании государственного реестра судебных экспертов<sup>1</sup>, в который будут вноситься сведения о лицах, получивших сертификат компетентности.

Соблюдение изложенных принципов позволит повысить эффективность использования специальных знаний при расследовании профессиональных преступлений, совершенных медицинскими работниками, что положительно отразится на ходе расследования в целом.

**Е.В. Червонных**

### **Отдельные проблемы выявления и квалификации преступлений, совершаемых медицинскими работниками в сфере здравоохранения**

**Аннотация.** Рассмотрены некоторые проблемы, связанные с выявлением и квалификацией противоправных деяний медицинских работников. Автор приходит к выводу о недостаточности норм отечественного уголовного законодательства, предусматривающих уголовную ответственность за деяния, квалифицируемые как врачебные ошибки, и за действия, связанные с незаконным использованием органов и клеточной ткани эмбриона человека.

**Ключевые слова:** медицинские работники, уголовная ответственность, врачебные ошибки, незаконное использование клеточной ткани эмбриона человека, охрана здоровья.

Вопросы качества оказания медицинской помощи и медицинских услуг населению и связанные с этим возможные негативные последствия для жизни и здоровья пациентов, всегда носят резонансный характер, особенно в случаях причинения тяжкого вреда здоровью либо смерти пациенту в ходе медицинского вмешательства. Это в свою очередь обуславливает повышенное внимание общественности, правоохранительных органов, медицинских и страховых организаций к некачественным медицинским манипуляциям при наступлении вредного для пациента результата. Часто негативные последствия неправомерных действий отдельных медицинских работников отражаются на деятельности и репутации всего лечебного учрежде-

---

<sup>1</sup> Статья 18 проекта федерального закона «О судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» (внесен на рассмотрение Государственной Думы Федерального Собрания Российской Федерации Правительством Российской Федерации – распоряжение от 29 июня 2013 года № 1103-р).

ния. Наиболее сложным вопросом является привлечение медицинского работника к уголовной ответственности за так называемые профессиональные преступления и врачебные ошибки, количество которых в Российской Федерации по подсчетам некоторым специалистами очень высоко. Практически каждому третьему пациенту ставится неверный диагноз, из-за чего умирает 12 % больных пневмонией. Россия является страной с наибольшим количеством инсультов. По неофициальным данным в 2015–2016 годах в нашей стране ятрогенная патология стала причиной гибели около 3 тыс. пациентов, половина из которых – дети<sup>1</sup>. В 2006 году количество случаев ненадлежащего качества медицинской помощи, повлекших вред жизни и здоровью граждан, только в условиях стационарной помощи, более высокой по качеству, чем амбулаторная, составляло около 150 000<sup>2</sup>. Сегодня количество врачебных ошибок с летальным исходом в России при учете очевидной разницы между уровнем здравоохранения в развитых странах и в России может достигать 200–300 тыс. за год<sup>3</sup>. Признаки ненадлежащего оказания медицинской помощи при проведении комиссионных судебно-медицинских экспертиз устанавливаются в среднем у 51,8 % пациентов<sup>4</sup>. Количество неблагоприятных исходов оказания медицинской помощи в системе здравоохранения увеличивается, а система наказания за подобные деяния медицинского персонала не отработана.

Сегодня уголовное преследование чаще всего производится по ч. 2 ст. 109 (причинение смерти по неосторожности), ч. 2 ст. 118 (причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности), ч. 4 ст. 122 (заражение ВИЧ-инфекцией), ст. 124 (неоказание помощи больному) УК РФ. На практике случаи привлечения медицинских работников по данным статьям к уголовной ответственности единичны. В том случае, если уголовное дело возбуждается, чаще оно прекращается на стадии предварительного расследования еще до направления в суд.

Усугубляет проблему отсутствие единого терминологического аппарата в оценке неблагоприятных исходов оказания медицинской помощи и медицинских услуг и в связи с этим единообразного юридического толкования выявленных противоправных действий. Это, помимо прочих последствий, влечет высокую латентность преступлений, совершаемых медицинскими работниками, затрудняет процесс установления причин и условий, тормозит разработку общесоциальных и специально-криминологических мер предупреждения.

Необходимо четко понимать, что совершение врачебной ошибки не во всех случаях может свидетельствовать о виновном причинении вреда пациенту. Если причины ошибки в медицинской практике непосредственно носили объективный характер (что должна устанавливать судебно-медицинская экспертиза), в этом случае необходимо рассматривать вопрос освобождения медицинского работника от уголовной ответственности за так называемые профессиональные погрешности. В том случае, если причины были субъективными, ответственность должна наступать за ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей (конкретного состава, предусматривающего ответственность за врачебную ошибку в Уголовном кодексе РФ нет). Составы преступлений, в которых указывается в качестве квалифицирующего признака «ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей» должны быть максимально конкретно прописаны либо выделены самостоятельно, что, на наш взгляд, наиболее полно позволит обеспечить охрану прав граждан как в сфере лечебной, так и эстетической медицины и защитить медицинских работников от необоснованных обвинений.

Современные положения медицинской науки и практики, уровень развития медицинских технологий не только позволяют совершенствовать и повышать уровень медицины, но и расширяют спектр правовых проблем, возникающих в это сложной и многогранной сфере отношений «врач-пациент». Остановим свое внимание на проблеме квалификации противоправных действий медицинских работников, связанных с эстетической медициной. В ряду самых

<sup>1</sup> Статистика врачебных ошибок // URL: <http://vawilon.ru/statistika-vrachebnyh-oshibok/> (дата обращения: 11 февраля 2018 г.)

<sup>2</sup> Служба защиты прав и безопасности пациентов. Человек и здравоохранение: правила игры. СПб, 2006. С. 101.

<sup>3</sup> Статистика врачебных ошибок. Там же.

<sup>4</sup> Сергеев Ю.Д., Ерофеев С.В. Неблагоприятный исход оказания медицинской помощи // Ивановская газета. 2001. № 28. С. 268.

популярных видов эстетической медицины стоит пластическая хирургия и так называемые «уколы красоты». Несмотря на широкую рекламу «безопасных способов коррекции внешности и фигуры», зачастую медицинскими работниками утаиваются возможные последствия подобного вмешательства, что часто приводит к необратимым негативным изменениям внешних данных. Если в исключительных случаях к тяжелым последствиям приводит «неадекватным образом» реагирующий организм человека на какие-то вводимые химические препараты, то в последнее время виновными в причинении вреда здоровью и жизни пациента чаще всего становятся неумелые и ненадлежащие действия медицинского работника, о чем свидетельствуют данные проводимых Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения проверок частных пластических клиник и косметологических центров.

Достаточно новой проблемой является незаконное использование «эмбриональных инъекций» не только в медицине, но и в косметологии (для коррекции фигуры, лечения целлюлита, омоложения, повышения жизненного тонуса, в мезотерапии). Нередки случаи, когда одна и та же клиника предлагает и услуги по искусственному прерыванию беременности, и эмбриональные инъекции в целях омоложения. В среднем стоимость инъекции составляет 3–5 тысяч долларов США. В России некоторые частные клиники операции по омоложению посредством стволовых клеток предоставляют в кредит, чем обуславливается их массовый и доступный характер<sup>1</sup>. Ежегодно появляется информация о незаконном использовании для этих целей стволовых клеток новорожденных в различных государствах. Согласно доминирующей в доктрине уголовного права позиции, самостоятельная уголовно-правовая охрана жизни и здоровья человеческого эмбриона не имеет оснований. Только родившийся человек может быть носителем прав и обязанностей. Непризнание за эмбрионом человека статуса личности привело к тому, что в российском уголовном законодательстве отсутствуют нормы об ответственности за посягательство на его жизнь, здоровье и целостность<sup>2</sup>.

Мы полагаем, что уголовно-правовая охрана эмбриона человека важна. В первую очередь это связано со сложным демографическим положением не только в нашей стране, но и в мире в целом. Деяния, посягающие на нормальное развитие эмбриона человека в целях использования его в клеточной инженерии, приобретают асоциальный характер, вредоносность, достигающую степени общественной опасности. Уголовно-правовая охрана человеческого эмбриона особенно необходима в связи с открытием и разработкой новых биомедицинских технологий, в том числе в области искусственного оплодотворения и трансплантологии, о чем упоминалось выше. Новизна метода, его представление как универсального, нетоксичного, не вызывающего аллергических и других побочных реакций, сулят клиникам, освоившим эту процедуру, немалые доходы. С ростом конкуренции клиники уже сегодня начинают «охотиться» за фетальными тканями вплоть до выплаты вознаграждения женщине за согласие использовать ткани плода ее ребенка после аборта<sup>3</sup>.

Признание клеточной терапии значительно увеличивает спрос на эмбриональную ткань, что провоцирует рост добровольного согласия женщин на «оплачиваемый» аборт. Кроме того, на женщину может оказываться давление со стороны врачей, злоупотребляющих своим профессиональным статусом в целях личной материальной заинтересованности, что особенно опасно при осуществлении этих двух операций в одном и том же медицинском учреждении. Осознавая тот факт, что законодательное регулирование существенно отстает от стремительных темпов развития медицины, необходимо четкое и своевременное правовое реагирование на те вопросы, которые в первую очередь затрагивают этическую и моральную сторону раз-

<sup>1</sup> Крылова Н.Е. Биотические и уголовно-правовые вопросы трансплантации эмбриональных (фетальных) органов и тканей человека / Укрепление правопорядка и борьба с преступностью. М., 2006. С. 114–115.

<sup>2</sup> Крылова Н.Е. Уголовное право и биоэтика: проблемы, дискуссии, поиск решений. М., 2006. С. 103.

<sup>3</sup> Крылова Н.Е. Биотические и уголовно-правовые вопросы трансплантации эмбриональных (фетальных) органов и тканей человека // Укрепление правопорядка и борьба с преступностью. М., 2006. С. 117.

вития человеческого общества, а также посягают на охраняемые Конституцией права и свободы граждан<sup>1</sup>. В связи с вышеизложенным, видится целесообразным введение в УК РФ самостоятельного состава преступления, предусматривающего уголовную ответственность за незаконное использование органов и клеточной ткани эмбриона человека, в котором предусмотрены следующие части:

1. Незаконное использование органов и клеточной ткани эмбриона или плода человека, изъятых посредством искусственного прерывания беременности медицинским работником, имеющим, а равно не имеющим высшее медицинское образование, в отсутствие надлежащим образом полученного согласия беременной женщины либо ее законного представителя в корыстных целях;

2. Склонение женщины к искусственному прерыванию беременности в целях изъятия органов и тканей эмбриона медицинским работником, заведомо знавшим о беспомощном состоянии либо материальной и иной зависимости беременной женщины, а равно путем уговоров, угроз и иным способом;

3. Те же деяния, повлекшие смерть по неосторожности либо причинившие тяжкий вред здоровью беременной женщины вследствие неисполнения либо ненадлежащего исполнения медицинским работником своих профессиональных обязанностей.

Подводя итог вышесказанному, отметим, что наличие пробелов в российском законодательстве в области медицины приводит к проблемам объективной юридической оценки действий медицинских работников, может привести к увеличению количества различных злоупотреблений (в том числе корыстных), а также способствовать проявлению интереса к данной сфере со стороны организованных криминальных структур. Известный хирург Н.М. Амосов считал, что подобной проблемы не существует: «Нужно доверять совести врача, так как никакие юридические законы не могут ее заменить»<sup>2</sup>. На что профессор М.Д. Шаргородский справедливо замечал: «Конечно, никакие юридические законы не могут заменить совести, но и совесть не может заменить юридические законы по той простой причине, что совесть не у всех имеется»<sup>3</sup>.

**А.В. Чистяков**

### **Некоторые проблемы расследования преступлений о ненадлежащем оказании медицинской помощи в Нижегородской области**

**Аннотация.** В статье с учетом практики следственного органа рассматриваются проблемы расследования преступлений, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи. Автором приведен опыт решения проблем несвоевременного поступления в правоохранительные органы сообщений о ятрогенных преступлениях и назначения судебно-медицинских экспертиз. На основании анализа сложившейся практики предложены изменения в законодательство, касающиеся взаимодействия медицинских учреждений и правоохранительных органов, обязательного проведения судебно-медицинской экспертизы при наличии сведений о ятрогенном преступлении.

**Ключевые слова:** ятрогенные преступления, здравоохранение, медицинская помощь, смерть пациента, предварительное следствие.

В следственном управлении Следственного комитета Российской Федерации по Нижегородской области (далее - следственное управление) ежегодно находятся в производстве уголовные дела о ненадлежащем оказании медицинской помощи.

<sup>1</sup> Крылова Н.Е. Биоэтические и уголовно-правовые вопросы трансплантации эмбриональных (фетальных) органов и тканей человека // Правоведение. 2006. № 6. С. 109–111.

<sup>2</sup> Амосов Н.М. Спорное и беспорное // Литературная газета. 1968. № 8. С. 4.

<sup>3</sup> Крылов И.Ф. Врач и закон. Л., Знание, 1972. С. 22.



Расследование преступлений в сфере профессиональной деятельности медицинских работников связано со значительными трудностями, которые обусловлены спецификой указанных преступлений, необходимостью исследования огромного количества медицинских документов, анализа сложного процесса оказания медицинской помощи следователем, который зачастую не обладает достаточными медицинскими знаниями, а также недооценкой медицинскими работниками произошедших событий, циничного поведения медиков при производстве следственных действий и их попытками скрыто противодействовать следствию. Все изложенное характерно не только для Нижегородской области.

Уже на первоначальном этапе следователь сталкивается с проблемой несвоевременности получения информации о преступлении, от которой зависит эффективность осмотра места происшествия и иных неотложных следственных действий.

Это связано с тем, что организационно-распорядительные документы в сфере здравоохранения не предусматривают обязанности медицинских учреждений информировать правоохранительные органы о смерти пациентов в ходе оказания им медицинской помощи, за исключением случаев, когда в учреждения здравоохранения поступают пациенты с телесными повреждениями после преступных посягательств.

Порядок информирования медицинскими организациями органов внутренних дел о поступлении пациентов, в отношении которых имеются достаточные основания полагать, что вред их здоровью причинен в результате противоправных действий, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17.05.2012 № 565н, содержит исчерпывающий перечень оснований, в соответствии с которыми медицинские учреждения уведомляют территориальные органы МВД России. Такими основаниями являются огнестрельные ранения, травмы, полученные при взрывах, колотые, резаные и рваные раны, переломы, гематомы, механическая асфиксия, признаки половых преступлений, истощение, а также иные признаки причинения вреда здоровью, в отношении которых есть основания полагать, что они возникли в результате противоправных действий<sup>1</sup>. Факты ятрогении в указанном приказе не упоминаются, поэтому у медицинских работников отсутствует обязанность информировать правоохранительные органы о таких случаях.

Вместе с тем, своевременное проведение неотложных следственных действий, в том числе осмотра места происшествия, имеет решающее значение для уголовного дела о ятрогенном преступлении.

Промедление с выездом на осмотр чревато потерей важных доказательств, так как возможны преднамеренные и непреднамеренные изменения в обстановке, порча и уничтожение следов и других материальных объектов.<sup>2</sup> Специфика ятрогенных преступлений такова, что место оказания медицинской помощи, где и происходят преступления рассматриваемой категории, как правило, является помещением медицинского учреждения, салоном автомобиля скорой помощи, жилищем больного, в котором привычные признаки преступлений и криминальных событий отсутствуют.

В правоохранительные органы очень редко непосредственно после смерти пациента или причинения вреда его здоровью в результате оказания медицинской помощи поступают заявления о привлечении к уголовной ответственности медицинских работников.

Сложившаяся ситуация позволяет сотрудникам учреждений здравоохранения, например, утилизировать материалы и остатки медицинских препаратов, которые использовались при оказании медицинской помощи, и это не всегда связано с преступным умыслом врачей, а продиктовано текущей деятельностью и соблюдением санитарного режима в помещении медицинского учреждения.

---

<sup>1</sup> Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17.05.2012 № 565н // Российская газета. 3 августа 2012 г. № 177

<sup>2</sup> Криминалистика Учебник под общей редакцией заслуженного юриста Российской Федерации, доктора юридических наук, профессора *Бастрыкина А.И.* в 2 томах, том второй // М.: Изд-во «Экзамен», 2014, С. 47.

С целью своевременного получения сведений о произошедших ятрогенных преступлениях следственное управление, органы прокуратуры, внутренних дел и министерство здравоохранения Нижегородской области заключили межведомственное соглашение «О порядке взаимодействия при обеспечении конституционных прав граждан на жизнь, охрану здоровья, получение медицинской помощи» от 10.02.2016 (далее – Соглашение)<sup>1</sup>.

Соглашением на учреждения министерства здравоохранения Нижегородской области возложена обязанность представлять в случаях, не противоречащих действующему законодательству, в дежурные части органов внутренних дел, а также в следственные отделы следственного управления по месту нахождения медицинской организации не позднее одного часа с момента летального исхода при оказания медицинской помощи телефонограммой информацию о смерти рожениц, новорожденных и несовершеннолетних, скончавшихся в медицинских учреждениях. Заключенное Соглашение фактически позволило решить ранее существующую проблему несвоевременного получения сообщений о ятрогенных преступлениях.

Представляется, что аналогичная практика может быть использована на более высоком уровне, например, могут быть внесены изменения в нормативно-правовые документы Министерства здравоохранения Российской Федерации с целью закрепления обязанности уведомления дежурных частей органов внутренних дел и территориальных органов Следственного комитета Российской Федерации о фактах смерти пациентов в медицинских учреждениях.

С несвоевременным информированием о происшествии связана не менее важная проблема назначения и проведения судебно-медицинской экспертизы по трупам пациентов.

При отсутствии постановления правоохранительных органов о производстве судебно-медицинской экспертизы врачи руководствуются приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации «О порядке проведения патологоанатомических вскрытий» от 06.06.2013 № 354н.<sup>2</sup>

В соответствии с пунктом 3 данного приказа по религиозным мотивам при наличии письменного заявления супруга или близкого родственника (детей, родителей, усыновленных, усыновителей, родных братьев и родных сестер, внуков, дедушки, бабушки), а при их отсутствии иных родственников либо законного представителя умершего или при волеизъявлении самого умершего, сделанном им при жизни, патологоанатомическое вскрытие не производится.<sup>3</sup>

Патологоанатомическое исследование и изъятие в ходе него гистологические образцы позволяют в дальнейшем решить задачи следствия, но в случае его отсутствия или не проведения судебно-медицинской экспертизы по трупам пациентов практически полностью исключается возможность установления причины смерти и уголовного преследования медицинских работников.

В следственном управлении расследовано уголовное дело по ч. 2 ст. 109 УК РФ по факту смерти 03.06.2015 малолетнего М., скончавшегося в стационаре медицинского учреждения в результате ненадлежащего оказания на более раннем этапе заболевания амбулаторной медицинской помощи врачом-педиатром, которым своевременно не выявлена внебольничная правосторонняя очагово-сливная пневмония.

Родители малолетнего М., исповедующие ислам, отказались от проведения патологоанатомического вскрытия трупа ребенка по религиозным соображениям. Правоохранительные органы не были информированы о смерти пациента, уголовное дело возбуждено только после поступления заявления родителей об уголовном преследовании медицинских работников. Су-

---

<sup>1</sup> Межведомственное соглашение «О порядке взаимодействия при обеспечении конституционных прав граждан на жизнь, охрану здоровья, получение медицинской помощи» от 10.02.2016 № Исорг-20-880-16/2/1-/266/315-02-01-16/3 // номенклатурное дело следственного управления Следственного комитета Российской Федерации по Нижегородской области № 216-36-2017.

<sup>2</sup> Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации «О порядке проведения патологоанатомических вскрытий» от 06.06.2013 г. № 354н. // Российская газета от 25.12.2013 № 291.

<sup>3</sup> Там же

дебно-медицинская экспертиза по трупам ребенка была проведена 09.07.2015, спустя более месяца после смерти, поскольку сообщение о преступлении поступило только через 20 дней после захоронения трупа, также потребовалось проведение эксгумации на основании судебного решения. Принятыми мерами была установлена причина смерти ребенка и получены гистологические препараты, что позволило в дальнейшем провести в ходе предварительного следствия комиссионные судебно-медицинские экспертизы и подтвердить дефекты оказания медицинской помощи. Уголовное дело направлено в суд, где оно прекращено в связи с истечением сроков давности уголовного преследования.<sup>1</sup>

В настоящее время следователями расследуется уголовное дело, возбужденное по признакам преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 109 УК РФ, по факту смерти И. в медицинском учреждении в результате лимфоузлоплазматической лимфомы, осложненной нозокомиальной двусторонней нижнедолевой пневмонией. Пациентка проходила стационарное лечение и скончалась в марте 2016 года, однако, родственники обратились с заявлением о противоправных действиях врачей только в феврале 2017 года. При этом судебно-медицинская экспертиза и патологоанатомическое вскрытие умершей не проводилось, причина смерти установлена на основании клинического диагноза. В ходе расследования на вопросы следствия о причине смерти и наличии причинно-следственной связи между действиями (бездействием) врачей и смертью пациентки судебно-медицинские эксперты дали ответ о невозможности установить требуемые обстоятельства, что препятствует доказыванию виновности медицинских работников.<sup>2</sup>

Также одной из проблем, возникающих при расследовании ятрогенных преступлений, является недостаточность медицинских знаний и опыта у следователей для правильной постановки перед экспертами вопросов при назначении судебно-медицинских экспертиз на предмет проверки качества оказания медицинской помощи.

Для решения этой проблемы следственным управлением и ФБУЗ «Приволжский окружной медицинский центр» ФМБА России заключено соглашение, определяющее порядок взаимодействия с указанным учреждением. В частности, на подразделение ФМБА России возложены обязанности по запросам следователей оказывать консультативную помощь при назначении комплексных, комиссионных судебных экспертиз, предоставлять кандидатуры медицинских специалистов для участия в производстве судебных экспертиз по уголовным делам и материалам проверок, а также предоставлять сведения федеральных баз данных в сфере здравоохранения, медицинскую документацию, которые могут иметь значение для уголовного дела и следственной проверки.<sup>3</sup>

Практика расследования ятрогенных преступлений показала, что для обеспечения следствия по рассматриваемой категории дел в разумные сроки требуется специализация следователей, которые, имея опыт работы по таким делам, организуют качественное и своевременное выполнение необходимых следственных действий.

Представляется, что назрела необходимость разработки законодателем нормативной базы об обязательном проведении судебно-медицинских экспертиз по трупам пациентов, умерших в медицинских учреждениях, а также своевременном информировании правоохранительных органов о фактах возможной ятрогении, что позволит эффективно и в разумные сроки осуществлять уголовное преследование медицинских работников, совершивших преступления в сфере профессиональной деятельности.

<sup>1</sup> Контрольное производство по уголовному делу № 89005 следственного управления Следственного комитета Российской Федерации по Нижегородской области.

<sup>2</sup> Контрольное производство по уголовному делу № 11702220082000023 следственного управления Следственного комитета Российской Федерации по Нижегородской области.

<sup>3</sup> Соглашение о порядке взаимодействия между следственным управлением Следственного комитета Российской Федерации по Нижегородской области и Федеральным бюджетным учреждением здравоохранения «Приволжский окружной медицинский центр» Федерального медико-биологического агентства от 11.01.2017 № 1/1 // Номенклатурное дело следственного управления Следственного комитета Российской Федерации по Нижегородской области № 216-36-2017.

1. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации «Об утверждении Порядка информирования медицинскими организациями органов внутренних дел о поступлении пациентов, в отношении которых имеются достаточные основания полагать, что вред их здоровью причинен в результате противоправных действий» от 17.05.2012 № 565н // Российская газета. 3 августа 2012 г. № 177.
2. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации «О порядке проведения патологоанатомических вскрытий» от 06.06.2013 № 354н // Российская газета. 25 декабря 2013 г. № 291.
3. Межведомственное соглашение «О порядке взаимодействия при обеспечении конституционных прав граждан на жизнь, охрану здоровья, получение медицинской помощи» от 10.02.2016 № Исорг-20-880-16/2/1-/266/315-02-01-16/3 // Номенклатурное дело следственного управления Следственного комитета Российской Федерации по Нижегородской области № 216-36-2017.
4. Соглашение о порядке взаимодействия между следственным управлением Следственного комитета Российской Федерации по Нижегородской области и Федеральным бюджетным учреждением здравоохранения «Приволжский окружной медицинский центр» Федерального медико-биологического агентства от 11.01.2017 № 1/1 // номенклатурное дело следственного управления Следственного комитета Российской Федерации по Нижегородской области № 216-36-2017.
5. Криминалистика. Учебник под общей редакцией Заслуженного юриста Российской Федерации, доктора юридических наук, профессора Бастрыкина А.И. М.: Издательство «Экзамен», 2014, 511 с.
6. Пристанков В.Д. Особенности расследования ятрогенных преступлений, совершаемых при оказании медицинской помощи. СПб: Санкт-Петербургский институт Генеральной прокуратуры РФ, 2007. 60 с.
7. Иванов И.С., Аванесян В.В. Медицинский работник как потерпевший и как субъект преступления, журнал // Российский следователь. 2017 № 12.
8. Контрольное производство по уголовному делу № 89005 следственного управления Следственного комитета Российской Федерации по Нижегородской области.
9. Контрольное производство по уголовному делу № 11702220082000023 следственного управления Следственного комитета Российской Федерации по Нижегородской области.

**С.В. Шепелев,**  
**Научный руководитель – О.Ю. Антонов**

**Взаимодействие следователей и штатных экспертов Следственного комитета  
Российской Федерации при расследовании преступлений, связанных  
с некачественным оказанием медицинской помощи**

**Аннотация.** В статье указывается о тенденции увеличения числа обращений граждан, связанных с некачественным оказанием медицинской помощи, количества возбужденных уголовных дел и как следствие повышенной загруженности экспертных учреждений, производящих судебно-медицинские экспертизы. Приведены результаты работы ряда созданных ведомственных судебно-медицинских подразделений СК России. Поддерживается идея о расширении формата взаимодействия следователей с ведомственными экспертными подразделениями, не ограничивая участие последних производством экспертиз.

**Ключевые слова:** некачественное оказание медицинской помощи, расследование, экспертиза, заключение специалиста, Следственный комитет.

В настоящее время Следственным комитетом Российской Федерации производится расследование значительной части преступлений, связанных с некачественным оказанием медицинской помощи.

Количество обращений граждан в следственные подразделения Следственного комитета России, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи, растет из года в год. Если в 2012 году в следственные органы СК России поступило 2100 таких обращений граждан, то в 2017 году эта цифра увеличилась почти в три раза - до 6050. На личном приеме Председателя СК России каждое третье обращение связано с врачебными ошибками. В 2012 году возбуждено 311 уголовных дел по фактам, связанным с некачественным оказанием медицинской помощи, в 2017 году - 1791 уголовное дело<sup>1</sup>. Все это свидетельствует об ощутимой нагрузке, как на следственные органы, так и экспертные учреждения, производящие судебно-медицинские экспертизы качества оказания медицинской помощи.

Для обеспечения оперативности проведения судебно-медицинских экспертиз и тем самым сокращения сроков расследования уголовных дел в ряде следственных управлений по субъектам Российской Федерации созданы собственные судебно-медицинские экспертные подразделения.

Вопрос создания экспертных подразделений для производства судебно-медицинских экспертиз (в том числе и экспертиз оказания медицинской помощи) в структуре Следственного комитета Российской Федерации прорабатывался еще в 2009 году. Фактическая реализация в некоторых следственных органах начата с 2014 года. Например, в Главном следственном управлении СК России по г. Санкт-Петербургу экспертами, осуществляющими молекулярно-генетическое экспертное сопровождение, но компетентными, в том числе и для решения судебно-медицинских вопросов в 2014 году исследовано свыше 50 случаев подозрения на ненадлежащее оказание медицинской помощи, по результатам чего на данном этапе следователям давались лишь устные консультации по вопросам профессиональных правонарушений медицинских работников. В 2015 году введена новая форма взаимодействия - допрос собственного компетентного специалиста с протоколированием его суждения. В последующие годы принято решение о дальнейшем оформлении выполняемых консультативных заключений в формате документа, имеющего официальный процессуальный статус - заключение специалиста в области судебной медицины<sup>2</sup>.

В январе 2016 года в структуре экспертно-криминалистического отдела следственного управления СК России по Республике Татарстан создано отделение судебно-медицинских исследований (далее – отделение) в составе руководителя и двух экспертов. В 2017 году отделением проведено 47 комиссионных (комплексных) судебно-медицинских экспертиз (в 2016 г. – 57), в том числе: по постановлениям следователей СУ СК России по Республике Татарстан – 24 экспертизы (АППГ – 46); по постановлениям следователей иных следственных управлений в системе Следственного комитета - 23 (АППГ - 11).

В качестве положительного примера деятельности отделения, помимо проведения судебно-медицинских экспертиз качества оказания медицинской помощи, по нашему мнению, необходимо отметить оказание консультативной помощи следователям. При работе в качестве специалиста штатный судебно-медицинский эксперт СК России руководствуется статьей 58 УПК РФ, использует свои специальные знания и навыки для содействия следователю в обнаружении, закреплении и (или) изъятии доказательств, постановке вопросов эксперту, а также для разъяснения следователю вопросов, входящих в его профессиональную компетенцию. В большинстве случаев взаимодействие начинается после того как следователь изъясил медицинские

<sup>1</sup> Официальный сайт Следственного комитета Российской Федерации. URL: <http://sledcom.ru/news/item/1199822> (дата обращения: 07.02.2018).

<sup>2</sup> Кузнецов С.В., Пучков А.А., Лаврентьев В.П., Селиванов Е.А., Плотникова Т.А. Трехлетний опыт производства судебно-медицинских экспертиз оказания медицинской помощи собственными экспертными силами Главного следственного управления СК РФ по городу Санкт-Петербургу // Вестник Академии Следственного комитета Российской Федерации 2017, № 1. С.81–83.

документы, допросил потерпевших и решается вопрос о необходимости назначения комиссионной медицинской экспертизы в целях правильной постановки вопросов перед комиссией, установления объема необходимой медицинской и иной документации. В данном случае следователь в соответствии с п. 3.1 ч. 2 ст. 74 и ч. 3 ст. 80 УПК РФ направляет материалы дела судебно-медицинскому эксперту, который, опираясь на специальные знания, в письменном виде выносит свое суждение и оформляет его в виде заключения специалиста. Это в значительной степени облегчает работу следователя, занимающегося, как правило, параллельно расследованием еще порядка 2-3 уголовных дел и разрешением сообщений о преступлениях, так как в заключении специалиста сформулированы вопросы для назначения комиссионной медицинской экспертизы, указаны медицинские документы, которые необходимо дополнительно изъять, а также обоснована с медицинской точки зрения целесообразность проведения дополнительных или повторных исследований – гистологических, медико-криминалистических, химических, рентгенологических, томографических и иных, включая эксгумацию. В ряде случаев, когда в медицинских документах нет объективной информации или она противоречива, специалист может сформулировать вопросы для допроса медицинских работников<sup>1</sup>.

Указанная положительная практика функционирования собственных судебно-медицинских подразделений показывает необходимость введения штатных медицинских экспертов во все следственные управления СК России, что в настоящее время реализуется на практике.

По нашему мнению, важным моментом нахождения судебно-медицинских экспертов в системе Следственного комитета является постоянная консультативная помощь следователям, обращающихся по большей части для разъяснения разнообразных вопросов назначения, производства и оценки результатов судебно-медицинских экспертиз, иных вещественных доказательств. Особенно это незаменимо, когда имеются противоречия между результатами проведенной экспертным учреждением системы здравоохранения региона комиссионной экспертизы и объективными данными, полученными следствием из иных источников.

В то же время, имеет смысл расширить формат взаимодействия следователей и штатных экспертов Следственного комитета Российской Федерации, не ограничивая участие последних производством экспертиз. Расследование может вестись значительно эффективнее, если штатный эксперт будет сопровождать его, выступая при производстве различных следственных действий в роли специалиста. Целесообразно участие специалиста в выемке и осмотре медицинских документов, допросе медицинского работника. При проведении указанных следственных действий специалист может ориентировать следователя на проведение мероприятий, имеющих важное значение для дальнейшего хода расследования уголовного дела, в том числе уменьшающих сроки расследования уголовных дел. Комплекс следственных действий, проведенных с участием сведущего лица, будет нести дополнительную информационную нагрузку для комиссии, производящей впоследствии судебно-медицинскую экспертизу.

#### *Литература*

1. *Бастрыкин А.И.* Противодействие преступлениям, совершаемым медицинскими работниками: проблемы и пути их решения // Вестник Академии Следственного комитета Российской Федерации. 2017, № 1. С.11–14.
2. *Кузнецов С.В., Пучков А.А., Лаврентьев В.П., Селиванов Е.А., Плотникова Т.А.* Трехлетний опыт производства судебно-медицинских экспертиз оказания медицинской помощи собственными экспертными силами Главного следственного управления СК РФ по городу Санкт-Петербургу // Вестник Академии Следственного комитета Российской Федерации 2017, № 1. С.81–83.

---

<sup>1</sup> *Николаев П.М., Спиридонов В.А.* Судебно-медицинское отделение в экспертно-криминалистическом отделе следственного управления Следственного комитета Российской Федерации по Республике Татарстан: первые шаги // Мир криминалистики. 2017. № 4. С. 73–77.

3. *Николаев П.М., Спиридонов В.А.* Судебно-медицинское отделение в экспертно-криминалистическом отделе следственного управления Следственного комитета Российской Федерации по Республике Татарстан: первые шаги // Мир криминалистики. 2017. № 4. С. 73–77.
4. *Пристансков В.Д.* Ятрогенные преступления: понятие, подходы к исследованию. Монография. СПб., 2005. С. 42–44.
5. Официальный сайт Следственного комитета Российской Федерации <http://sledcom.ru/news/item/1199822> (дата обращения: 07.02.2018).

**Л.А. Эртель**

**Использование специальных медицинских познаний в процессе  
расследования преступлений, связанных с ненадлежащим оказанием  
медицинской помощи: проблемы и перспективы решения**

**Аннотация.** В статье рассматриваются теоретические и практические аспекты использования заключения эксперта в уголовном судопроизводстве по делам о ненадлежащем оказании медицинскими работниками профессиональных обязанностей, проблем, возникающих при признании заключения эксперта как доказательства по делу.

**Ключевые слова:** ненадлежащее оказание медицинской помощи, уголовный процесс, заключение эксперта, доказательство, оценка доказательства.

В рамках расследования правонарушений медицинских работников при осуществлении ими своих профессиональных обязанностей требуется применение медицинских познаний в качестве назначения и производства комиссионных судебно-медицинских экспертиз. В последние годы количество произведенных экспертиз имеет тенденцию к росту. Связано это, прежде всего с ростом активности граждан в вопросах защиты своих прав при отсутствии удовлетворенности их при взаимодействии с субъектами системы здравоохранения. С другой стороны в производстве такого рода экспертиз имеется острая потребность следственных органов, которые, в свою очередь, отражают потребности общества в правосудии.

Для реализации двух обозначенных потребностей требуется эффективный механизм расследования правонарушений медицинских работников при осуществлении ими своих профессиональных обязанностей. Однако необходимо констатировать тот факт, что расследование данного вида преступлений имеет ряд существенных проблем. Ведущей проблемой необходимо признать отсутствие соответствия между потребностью общества в объективизации расследования и рассмотрения данной категории дел, и связанными с этим требованиями со стороны правоохранительных органов и суда к содержательной стороне экспертиз, и реальной практикой их производства.

В соответствии со ст.12 Федерального закона от 31.05.2001 № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» «Государственным судебным экспертом является аттестованный работник государственного судебно-экспертного учреждения, производящий судебную экспертизу в порядке исполнения своих должностных обязанностей». Заключение эксперта в соответствии со ст. 25 поименованного закона представляет собой оценку результатов исследований, обоснование и формулировку выводов по поставленным вопросам<sup>1</sup>.

Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации (далее УПК РФ) определяет эксперта как лицо, обладающее специальными знаниями, и назначенное для производства судебной экспертизы и дачи заключения, и трактует представленные в письменном виде содержания исследования и выводы по вопросам, поставленным перед экспертом лицом, ведущим

---

<sup>1</sup> Федеральный закон «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» от 31.05.2001 № 73-ФЗ// Собрание законодательства РФ, 04.06.2001, № 23, ст. 2291.

производство по уголовному делу, или сторонами<sup>1</sup>. Полученное заключение эксперта приобщается к материалам уголовного дела в качестве доказательства. В соответствии со ст. 74 УПК РФ доказательствами по уголовному делу являются любые сведения, на основе которых суд, прокурор, следователь, дознаватель устанавливает наличие или отсутствие обстоятельств, подлежащих доказыванию при производстве по уголовному делу, а также иных обстоятельств, имеющих значение для уголовного дела. Заключение и показания эксперта допускаются в качестве доказательства. Заключение эксперта - представленные в письменном виде содержание исследования и выводы по вопросам, поставленным перед экспертом лицом, ведущим производство по уголовному делу, или сторонами. Собираание доказательств осуществляется в ходе уголовного судопроизводства дознавателем, следователем, прокурором и судом путем производства следственных и иных процессуальных действий. Проверка доказательств производится дознавателем, следователем, прокурором, судом путем сопоставления их с другими доказательствами, имеющимися в уголовном деле, а также установления их источников, получения иных доказательств, подтверждающих или опровергающих проверяемое доказательство. Прежде чем заключение эксперта будет положено в основу выводов по уголовному делу, оно должно быть проверено и оценено (ст. 87 и 88 УПК РФ). Однако особенность оценки заключения эксперта заключается, в том, что эксперт – это лицо, которое обладает специальными знаниями в той или иной области науки. Оценку же производят такие субъекты как следователь, прокурор, дознаватель или суд, то есть, лица, которые зачастую не обладают необходимыми знаниями, касающимися предмета экспертизы, поэтому при оценивании полученного заключения на предмет достоверности испытывают затруднение.

Каждое доказательство подлежит оценке с точки зрения относимости, допустимости, достоверности, а все собранные доказательства в совокупности - достаточности для разрешения уголовного дела.

Не вызывает сомнений, что комплексный системный подход к объекту экспертного исследования (факты обращения за медицинской помощью, процесс ее оказания, результаты медицинского вмешательства, проведение собственных исследований экспертами) презюмирует относимость, допустимость, достоверность заключения эксперта в качестве доказательства. Для достижения этих целей экспертное заключение выстраивается в соответствии со следующим алгоритмом:

- построение системы экспертных версий относительно причины неблагоприятного исхода заболевания (травмы);
- экспертный анализ заболевания (травмы), имевшего место у пациента;
- экспертный анализ организации и условий осуществления (включая характер деяний самого пациента и его законных представителей) лечебно-диагностического процесса;
- экспертный анализ правильности, полноты, своевременности и адекватности лечебно-диагностического процесса;
- экспертный анализ результатов лечебно-диагностического процесса и признаков причинной связи.

При определении признаков причинной связи между действиями и бездействиями медицинских работников и неблагоприятным исходом заболевания (травмы) перед экспертом стоят следующие задачи:

- установление основной (непосредственной) причины смерти (неблагоприятного исхода), то есть того патологического состояния, которое закономерно привело к смерти (неблагоприятному исходу);

---

<sup>1</sup> Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации от 18.12.2001 № 174-ФЗ// «Собрание законодательства РФ», 24.12.2001, № 52 (ч. I), ст. 4921.



- определение наличия или отсутствия признаков, на основе которых, в комплексе со сведениями, содержащимися в иных, помимо заключения экспертов, доказательствах, следовательно, прокурор, суд устанавливают наличие или отсутствие причинной связи между деяниями медицинских работников и наступившим неблагоприятным исходом лечения<sup>1</sup>.

В медицине в большинстве случаев имеет место не простое, а системное причинение вреда. Связано это, прежде всего с тем, что медицинская услуга оказывается несколькими медицинскими работниками из разных отделений медицинской организации на фоне организационных особенностей конкретной медицинской организации. Довольно часто преобладают дефекты организации медицинской помощи, которые в части случаев выступают в качестве основной причины неблагоприятного исхода болезни. Поэтому оценивать медицинскую помощь и ее дефекты в отрыве от организационных аспектов крайне не верно. Однако до настоящего времени отсутствуют четкие, закрепленные в нормативных правовых актах подходы к пределам компетенции врачей судебно-медицинских экспертов и к установлению медицинской части причинно-следственной связи.

С целью минимизации проблем при производстве комиссионных экспертиз по делам о ненадлежащем оказании медицинской помощи и исключения препятствий для признания заключения эксперта в качестве доказательства, «Российский центр судебно-медицинской экспертизы» Минздрава России разработал и рекомендовал для практического применения Порядок проведения судебно-медицинской экспертизы и установления причинно-следственных связей по факту не оказания или ненадлежащего оказания медицинской помощи<sup>2</sup>. В преамбуле Порядка отражены особенности проведения судебно-медицинских экспертиз по делам о профессиональных правонарушениях медицинских работников; обозначены проблемы по производству таких экспертиз. Приведен понятийный аппарат из Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» для равнозначного применения и толкования, как органами предварительного следствия, суда, так и судебно-медицинским экспертом<sup>3</sup>. Проведен ретроспективный анализ законодательства и теоретических подходов учёных относительно понятия «ятрогения», довольно часто применяемого при расследовании дел, связанных с профессиональными правонарушениями медицинских работников. Детально представлена процедура предоставления медицинской помощи в Российской Федерации в соответствии с Порядками оказания, Стандартами медицинской помощи, клиническими рекомендациями. Приведены основные понятия, которые необходимо использовать при проведении судебно-медицинских экспертиз в соответствии со ст. 2 ФЗ-323. Указан исчерпывающий перечень статей Уголовного кодекса Российской Федерации, предусматривающий уголовную ответственность за правонарушения медицинских работников при осуществлении ими профессиональной деятельности<sup>4</sup>. Определен понятийный аппарат: «бездействие» медицинского работника, «неоказание» и «ненадлежащее» оказание медицинским работником медицинской помощи пациенту. Приведен анализ Критериев качества медицинской помощи, которые применяются в целях оценки своевременности оказания медицинской помощи, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата. Определена компетенция эксперта при установлении наличия или отсутствия причинной (прямой) связи между действием (бездействием) медицинского работника и наступлением у пациента неблагоприятного исхода.

<sup>1</sup> Захаров С.О. Экспертный анализ при производстве судебно-медицинских экспертиз по материалам уголовных и гражданских дел, связанных с ненадлежащим исполнением медицинскими работниками профессиональных обязанностей... автореф. дис... канд. мед. наук М, 2003. С. 10–11.

<sup>2</sup> Ковалев А.В. Порядок проведения судебно-медицинской экспертизы и установления причинно-следственных связей по факту не оказания или ненадлежащего оказания медицинской помощи // ФГБУ «Российский центр судебно-медицинской экспертизы Минздрава России. [Электронный ресурс]. 2018. Режим доступа: [http://www.rcsme.ru/News/index.php?ELEMENT\\_ID=4095](http://www.rcsme.ru/News/index.php?ELEMENT_ID=4095). Дата обращения: 29.01.2018.

<sup>3</sup> Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»//Собрание законодательства РФ, 28.11.2011, № 48, ст. 6724.

<sup>4</sup> Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 № 63-ФЗ// Собрание законодательства РФ, 17.06.1996. № 25, ст. 2954.

Следует обратить внимание на тот факт, что, несмотря на имеющуюся нормативную базу, регламентирующую процесс расследования дел, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи, процедуру назначения, производства комиссионных экспертиз, имеются проблемы следующего характера. Направляемые для проведения экспертизы часто не содержат необходимых медицинских документов, что увеличивает сроки проведения экспертиз. Имеются сложности и с формированием комиссии при производстве экспертиз, особенно при необходимости привлечения специалистов из других учреждений. Довольно часто установочная часть постановления (определения) краткая, не содержит мотивации по назначению экспертизы; поставленные на разрешение вопросы часто не учитывают конкретные обстоятельства дела, выходят за пределы компетенции эксперта.

На основании вышеизложенного, можно сформулировать следующие выводы. В процессе расследования преступлений, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи необходимость применения медицинских познаний не вызывает сомнений. Данный процесс охватывает институт специалистов и комиссионных судебно-медицинских экспертиз. Однако изложенные в данной статье проблемные вопросы, возникающие как в процессе расследования, так и в процессе назначения, производства экспертиз и возможности признания заключений в качестве доказательства негативно сказываются на совместном взаимодействии правоохранительных органов и судебно-медицинских экспертов. Для устранения такого рода проблем, возможны следующие мероприятия. Проведение для правоохранительных органов на регулярной основе семинаров, касающихся например, уточненных формулировок вопросов, выносимых в постановление о назначении экспертизы. В процессе обучения специалистов по специальности «Правоохранительная деятельность», «Правовое обеспечение национальной безопасности», бакалавров по направлению подготовки «Юриспруденция», магистров, аспирантов по дисциплине Судебная медицина проводить лекционные, семинарские занятия в рамках тематики «Судебно-медицинская экспертиза при нарушении профессиональной деятельности медицинскими работниками» с использованием современных образовательных технологий, судебной практики.

## Сведения об авторах

### Раздел 1

- Алексеев Алексей Валерьевич** – управляющий партнер, руководитель аналитического отдела ООО «Медико-юридический консалтинг».
- Алексеева Яна Валерьевна** – управляющий партнер, руководитель отдела правового обеспечения, юрист ООО «Медико-юридический консалтинг».
- Аминев Ришат Ильгизович** - следователь следственного отдела по Кировскому району города Уфы Следственного управления Следственного комитета Российской Федерации по Республике Башкортостан, старший лейтенант юстиции
- Асеева Ирина Александровна** – обучающаяся 1 курса факультета магистерской подготовки Юридического института ФГКОУ ВО «Московская академия Следственного комитета Российской Федерации»
- Бессонов Алексей Александрович** – первый заместитель руководителя следственного управления Следственного комитета Российской Федерации по Республике Калмыкия, кандидат юридических наук, доцент, Почётный работник Следственного комитета при прокуратуре Российской Федерации, полковник юстиции.
- Бобров Алексей Сергеевич** – курсант 5 курса прокурорско-следственного факультета Военного университета Министерства обороны РФ.
- Боков Сергей Никанорович** - доцент кафедры криминалистики юридического факультета ФГБОУ ВО «Воронежский государственный университет», кандидат медицинских наук, доцент по кафедре общей и юридической психологии.
- Бутырская Анна Валерьевна** - заведующий кафедрой криминалистики четвертого факультета повышения квалификации (с дислокацией в городе Нижний Новгород) Института повышения квалификации ФГКОУ ВО «Московская академия Следственного комитета Российской Федерации», кандидат юридических наук, полковник юстиции.
- Быкова Елена Георгиевна** – старший преподаватель кафедры уголовного права второго факультета повышения квалификации (с дислокацией в городе Екатеринбург) Института повышения квалификации ФГКОУ ВО «Московская академия Следственного комитета Российской Федерации», кандидат юридических наук, майор юстиции
- Вайцулевич Владимир Вадимович** – старший инспектор отдела процессуального контроля за расследованием преступлений, совершенных несовершеннолетними и в отношении несовершеннолетних, управления процессуального контроля за расследованием отдельных видов преступлений Следственного комитета Российской Федерации, подполковник юстиции.
- Васюков Виталий Федорович** – старший преподаватель кафедры криминалистики и предварительного расследования в ОВД Орловского юридического института МВД России имени В.В. Лукьянова к.ю.н, подполковник полиции.
- Вахмянина Наталья Борисовна** – кандидат юридических наук, заведующий кафедрой криминалистики Екатеринбургского факультета Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования «Московская академия Институт повышения квалификации Следственного комитета Российской Федерации», к.ю.н., доцент, полковник юстиции.
- Веселкина Олеся Валерьевна** – заведующая отделом сложных экспертиз Государственного бюджетного учреждения Московской области «Бюро судебно-медицинской экспертизы», врач судебно-медицинский эксперт первой квалификационной категории, член Ассоциации судебно-медицинских экспертов.
- Власов Павел Евгеньевич** – начальник второго отдела по исследованию уголовно-процессуальных проблем научно-исследовательского центра № 5 (по исследованию проблем расследования преступлений органами предварительного следствия и дознания) ФГКУ «ВНИИ МВД России» кандидат юридических наук, доцент полковник полиции.

- Гаврилов Борис Яковлевич** – профессор кафедры управления органами расследования преступлений Академии управления МВД России, доктор юридических наук, профессор, заслуженный юрист Российской Федерации, генерал-майор юстиции (в отставке).
- Галиев Бахыт Байсеменович** – профессор кафедры права Костанайского филиала Челябинского государственного университета, кандидат юридических наук, член Костанайской областной коллегии адвокатов, полковник юстиции в отставке.
- Галкин Денис Викторович** – заведующий кафедрой криминалистики пятого факультета повышения квалификации (с дислокацией в г. Хабаровск) ИПК ФГКОУ ВО «Московская академия Следственного комитета Российской Федерации», кандидат юридических наук, подполковник полиции.
- Гирько Сергей Иванович** – главный научный сотрудник ФКУ НИИ ФСИН России, доктор юридических наук, профессор, Заслуженный деятель науки Российской Федерации.
- Глоба Ирина Владимировна** – врач-судебно-медицинский эксперт, ассистент кафедры судебной медицины ПМГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет).
- Дармаева Валентина Дашеевна** – старший преподаватель кафедры уголовного процесса ФГКОУ ВО «Московская Академия Следственного комитета, кандидат юридических наук, полковник юстиции.
- Ермина Екатерина Валерьевна** – адвокат Адвокатской палаты г. Москвы.
- Зиновьев Виктор Викторович** – следователь по ОВД следственного отдела по г. Мытищи Главного Следственного управления Следственного комитета Российской Федерации по Московской области, лейтенант юстиции.
- Зюбанов Юрий Алексеевич** – старший преподаватель 29 кафедры (уголовного права) Военного Университета МО РФ, кандидат юридических наук, доцент, член-корреспондент РАЕН.
- Изосимов Вадим Сергеевич** – старший преподаватель кафедры уголовного права четвертого факультета повышения квалификации (с дислокацией в городе Нижний Новгород) Института повышения квалификации ФГКОУ ВО «Московская академия Следственного комитета Российской Федерации», кандидат юридических наук.
- Каплун Виктор Аркадьевич** – профессор юридического факультета федерального казенного образовательного учреждения высшего образования «Кузбасский институт Федеральной службы исполнения наказаний», доктор медицинских наук
- Киселёв Евгений Александрович** – заведующий криминалистической лабораторией пятого факультета повышения квалификации института повышения квалификации ФГКОУ ВО «Московская академия Следственного комитета Российской Федерации», кандидат юридических наук, доцент, подполковник юстиции.
- Комарова Анжелика Ромуальдовна** – следователь Волковысского районного отдела Следственного комитета Республики Беларусь, капитан юстиции (соискатель Национального центра законодательства и правовых исследований Республики Беларусь).
- Костенко Константин Анатольевич** – заведующий кафедрой уголовного процесса пятого факультета повышения квалификации (с дислокацией в г. Хабаровск) ИПК ФГКОУ ВО «Московская академия Следственного комитета Российской Федерации», полковник юстиции
- Котязов Андрей Валерьевич** – ведущий научный сотрудник отдела по исследованию проблем отраслевого управления научно-исследовательского центра Академии управления МВД России, кандидат юридических наук, полковник полиции.
- Кравченко Роман Михайлович** – старший преподаватель кафедры уголовного права, криминологии и уголовно-исполнительного права Санкт-Петербургского юридического института (филиала) Академии Генеральной прокуратуры РФ, юрист 3 класса.
- Кулаков Ю.А.** – следователь-криминалист отдела криминалистики Следственного управления Следственного комитета Российской Федерации по Смоленской области полковник юстиции

- Курнышева Елена Александровна** – заместитель директора Института повышения квалификации ФГКОУ ВО «Московская академия Следственного комитета Российской Федерации» - декан четвертого факультета повышения квалификации (с дислокацией в городе Нижний Новгород).
- Кучин Олег Стасьевич** – профессор кафедры криминалистики Московского государственного университета имени М.В. Ломоносова, доктор юридических наук, доцент, член-корреспондент РАЕ
- Ливинский Руслан Сергеевич** – курсант 5 курса прокурорско-следственного факультета Военного университета Министерства обороны РФ.
- Лысенко Марьяна Анатольевна** – главный врач городской клинической больницы № 52 Департамента здравоохранения г. Москвы, доктор медицинских наук
- Майер Екатерина Олеговна** – профессор медицинского факультета ФГАОУ ВО «Новосибирский национальный исследовательский государственный университет», доктор медицинских наук, профессор.
- Малахова Вероника Юрьевна** – доцент Департамента правового регулирования экономической деятельности ФГБОУ ВО «Финансовый университет при Правительстве Российской Федерации», к.ю.н., доцент.
- Мишенина Алла Александровна** – заведующий кафедрой уголовного процесса четвертого факультета повышения квалификации (с дислокацией в городе Нижний Новгород) Института повышения квалификации ФГКОУ ВО «Московская академия Следственного комитета Российской Федерации», подполковник юстиции.
- Мозговой Олег Александрович** – доцент кафедры уголовного права Военного университета Министерства обороны РФ, кандидат юридических наук.
- Морозов Юрий Евсеевич** – врач-судебно-медицинский эксперт, д.м.н., профессор кафедры судебной медицины ПМГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет).
- Мунатов Михаил Сергеевич** – аспирант 2 курса Московской академии СК России, заместитель руководителя отдела криминалистики СУ СК России по Иркутской области, старший лейтенант юстиции
- Муратова Надежда Георгиевна** – профессор кафедры уголовного процесса и криминалистики ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет», доктор юридических наук, профессор, Заслуженный юрист Республики Татарстан.
- Овсянников Алексей Геннадьевич** – управляющий партнер ООО «Медико-юридический консалтинг».
- Павлов Анатолий Владимирович** – курсант 5 курса прокурорско-следственного факультета Военного университета Министерства обороны Российской Федерации, сержант.
- Передерий Виктор Анатольевич** – ведущий научный сотрудник НИИ криминалистики Московской академии Следственного комитета Российской Федерации, полковник юстиции.
- Перепечина Ирина Олеговна** – профессор кафедры криминалистики Юридического факультета Московского государственного университета имени М.В. Ломоносова, доктор медицинских наук, академик РАЕН.
- Перепечин Дмитрий Владимирович** – старший научный сотрудник Научно-исследовательского института урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина - филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, кандидат медицинских наук, советник РАЕН.
- Петрова Татьяна Николаевна** – старший преподаватель кафедры уголовного права и криминологии Московской академии Следственного комитета Российской Федерации, майор юстиции
- Пиголкин Юрий Иванович** – член-корреспондент РАН, д.м.н., врач-судебно-медицинский эксперт, профессор, заведующий кафедрой судебной медицины ПМГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет).

- Полянских Маргарита Анатольевна** – следователь по особо важным делам первого отдела по расследованию особо важных дел Следственного управления Следственного комитета Российской Федерации по Тюменской области
- Савин Павел Тимурович** – доцент кафедры уголовного права и криминологии ФГКОУ ВО «Московская академия Следственного комитета Российской Федерации», кандидат юридических наук, лейтенант юстиции.
- Самищенко Сергей Степанович** – главный научный сотрудник Российского федерального центра судебной экспертизы при Минюсте РФ, кандидат медицинских наук, доктор юридических наук, профессор, Почетный работник высшего профессионального образования.
- Самойлова Юлия Борисовна** – доцент кафедры уголовного процесса первого факультета повышения квалификации (с дислокацией в городе Ростов-на-Дону) Московской академии Следственного комитета Российской Федерации, кандидат юридических наук, подполковник юстиции
- Сахаров Андрей Владимирович** – адвокат, осуществляющий деятельность в Адвокатском кабинете в г. Крымске, член Адвокатской палаты Краснодарского края;
- Сидакова Ирина Аслановна** – магистрантка 2 курса Московской академии Следственного комитета Российской Федерации
- Сидорович Юлия Валерьевна** – врач судебно-медицинский эксперт отдела сложных экспертиз Государственного бюджетного учреждения Московской области «Бюро судебно-медицинской экспертизы», член Ассоциации судебно-медицинских экспертов.
- Спиридонов Валерий Александрович** – заведующий кафедрой судебной медицины ФГБОУ ВО «Казанский медицинский университет Минздрава РФ»; Заслуженный врач Республики Татарстан, доктор медицинских наук, доцент, руководитель отделения судебно-медицинских исследований экспертно-криминалистического отдела Следственного управления Следственного комитета РФ по Республике Татарстан.
- Спасенников Борис Аристархович** – главный научный сотрудник НИИ ФСИН России, доктор юридических наук, доктор медицинских наук, профессор.
- Стаценко Вячеслав Георгиевич** – заведующий кафедрой уголовного процесса, первый факультет повышения квалификации (с дислокацией в городе Ростов-на-Дону) института повышения квалификации ФГКОУ ВО «Московская академия Следственного комитета Российской Федерации», кандидат юридических наук, доцент, Почётный сотрудник Следственного комитета Российской Федерации, полковник юстиции.
- Терешонок Татьяна Андреевна** – студентка Финансового Университета при Правительстве Российской Федерации, помощник депутата Государственной Думы Федерального Собрания Российской Федерации, члена комитета по обороне Богодухова В.И., руководитель по взаимодействию с органами государственной власти федерального проекта «Школа Парламентаризма», член Российского общества социологов.
- Титов Андрей Николаевич** – адвокат, г. Донецк, Донецкая Народная Республика, кандидат юридических наук, доцент.
- Титовец Ирина Витальевна** – преподаватель кафедры предварительного расследования Московского университета МВД России имени В.Я. Кикотя, подполковник полиции.
- Трофименко Александр Михайлович** – следователь по особо важным делам отдела по расследованию преступлений против личности и общественной безопасности следственного управления Следственного комитета Республики Беларусь по Гомельской области, магистрант учреждения образования «Академия министерства внутренних дел Республики Беларусь», подполковник юстиции.
- Хрусталева Юлия Александровна** - доцент кафедры судебной медицины (с моргом) ФГБ-ВОУВО Военно-медицинской академии имени С.М.Кирова МО РФ, кандидат медицинских наук, доцент.

- Чаплыгина Виктория Николаевна** - доцент кафедры криминалистики и предварительного расследования в ОВД Орловского юридического института МВД России имени В.В. Лукьянова к.ю.н, доцент, полковник полиции.
- Чимбирева Алина Андреевна** – магистрант кафедры уголовного процесса, правосудия и прокурорского надзора Юридического факультета МГУ имени М.В. Ломоносова.
- Чистяков Александр Владимирович** – старший инспектор отдела процессуального контроля следственного управления Следственного комитета Российской Федерации по Нижегородской области, майор юстиции.
- Шипова Оксана Ивановна** – магистрант кафедры РязГМУ им. академика И. П. Павлова, г. Рязань.
- Шипова Екатерина Андреевна** – магистрант кафедры гражданского процесса Института подготовки муниципальных и государственных служащих Академии ФСИН России г. Рязань
- Шмаров Леонид Александрович** – заместитель директора по судебно-экспертной работе, Российского центра судебно-медицинской экспертизы Минздрава России, кандидат медицинских наук.
- Шувалов Михаил Николаевич** – старший преподаватель кафедры криминалистики 4 факультета повышения квалификации (с дислокацией в городе Нижний Новгород) Института повышения квалификации Московской академии Следственного комитета Российской Федерации, аспирант Московской академии Следственного комитета Российской Федерации, подполковник юстиции.

## Раздел 2

- Алехин Анатолий Николаевич** – доктор медицинских наук, профессор, руководитель ведущей научно-педагогической школы Санкт-Петербурга «Методология и методы медико-психологического обеспечения адаптации человека в непривычных условиях жизнедеятельности», заведующий кафедрой клинической психологии федерального государственного казенного образовательного учреждения высшего образования Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена.
- Баринов Евгений Христофорович** – профессор кафедры судебной медицины и медицинского права Московского государственного медико-стоматологического университета им. А. И. Евдокимова, доктор медицинских наук.
- Вазюлин Сергей Анатольевич** – руководитель Московского межрегионального следственного управления на транспорте Следственного комитета Российской Федерации, генерал-майор юстиции.
- Ведмеденко Филипп Владимирович** – главный врач сети медицинских центров "Анатомия"; главный врач медицинского центра "Альянс-Мед" заместитель начальника Федерального государственного бюджетного учреждения здравоохранения медико-санитарной части № 154 Федерального медико-биологического агентства России (ФГБУЗ МСЧ №154 ФМБА России) по клинко-экспертной работе.
- Веселкина Олеся Валерьевна** – заведующая отделом сложных экспертиз Государственного бюджетного учреждения Московской области «Бюро судебно-медицинской экспертизы», врач судебно-медицинский эксперт первой квалификационной категории, член Ассоциации судебно-медицинских экспертов.
- Власова Вера Сергеевна** – старший научный сотрудник первого отдела по исследованию криминалистических проблем научно-исследовательского центра № 5 (по исследованию проблем расследования преступлений органами предварительного следствия и дознания) ФГКУ «ВНИИ МВД России» майор полиции.
- Голубев Аркадий Михайлович** – профессор кафедры судебной медицины ФГАОУ Российский Университет дружбы народов, заместитель директора ФНКЦ РР по образовательным технологиям, заведующему лаборатории патологии клетки ФНКЦ РР, доктор медицинских наук, профессор.

- Гошкоев Владимир Викторович** – заведующий отделением ГБУЗ г. Москвы «Бюро судебно-медицинской экспертизы танатологическое отделение (морг) №4 Департамента здравоохранения города Москвы».
- Дацко Наталья Петровна** – кандидат юридических наук, доцент кафедры трудового, социального права и правоведения ФГБОУ (НИУ) ЮУрГУ
- Дёмин Константин Евгеньевич** – доцент кафедры оружейведения и трасологии учебно-научного комплекса судебной экспертизы Московского университета МВД России имени В.Я. Кикотя, кандидат юридических наук, доцент, полковник полиции в отставке.
- Ерофеев Сергей Владимирович** – начальник ОБУЗ «Бюро судебно-медицинской экспертизы Ивановской области», заведующий кафедрой судебной медицины и правоведения ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный работник здравоохранения РФ.
- Жуков Дмитрий Александрович** – старший следователь по особо важным делам первого следственного отдела второго следственного управления (с дислокацией в городе Санкт-Петербург) Главного следственного управления Следственного комитета Российской Федерации, аспирант ФГКОУ ВО «Московская академия Следственного комитета Российской Федерации».
- Захарова Валентина Олеговна** – доцент кафедры управления следственными органами и организации правоохранительной деятельности Московской академии Следственного комитета Российской Федерации, кандидат юридических наук, доцент, подполковник юстиции.
- Казачек Елена Юрьевна** – старший преподаватель кафедры криминалистики пятого факультета повышения квалификации Института повышения квалификации (с дислокацией в г. Хабаровск) Федерального государственного образовательного учреждения высшего образования «Московская академия Следственного комитета Российской Федерации», полковник юстиции.
- Калинин Руслан Эдуардович** – аспирант кафедры судебной медицины и медицинского права ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России.
- Каменева Ксения Юрьевна** – эксперт криминалистического отдела следственного управления Следственного комитета Российской Федерации по Курской области.
- Каменская Наталья Андреевна** – доцент кафедры медицинского права Первого Московского Государственного Медицинского Университета им. И.М. Сеченова, кандидат юридических наук.
- Карагодин Валерий Николаевич** – заместитель директора института повышения квалификации федерального государственного казенного образовательного учреждения высшего образования «Московская академия Следственного комитета Российской Федерации» – декан второго факультета повышения квалификации (с дислокацией в городе Екатеринбург), доктор юридических наук, профессор, заслуженный юрист Российской Федерации, Почетный сотрудник Следственного комитета Российской Федерации, полковник юстиции.
- Каримова Лена Мансуровна** – генеральный директор ООО «Медицинское экспертное агентство», заместитель председателя врачебно-экспертной комиссии Стоматологической Ассоциации «Развитие инновационной стоматологии», врач судебно-медицинский эксперт.
- Кардашевская Марина Владимировна** – профессор кафедры криминалистики Московского университета МВД России имени В. Я. Кикотя, доктор юридических наук, профессор, полковник полиции.
- Колкутин Виктор Викторович** – профессор кафедры уголовно-правовых дисциплин Российского государственного социального университета, доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный врач РФ.



- Компанец Виктория Вячеславовна** – заместитель руководителя СО по г. Конаково СУ СК России по Тверской области, аспирант Астраханского государственного университета, капитан юстиции.
- Копыткин Сергей Александрович** – ведущий научный сотрудник отдела по совершенствованию нормативно-правового регулирования деятельности уголовно-исполнительной системы центра изучения проблем управления и организации исполнения наказаний в уголовно-исполнительной системе ФКУ НИИ ФСИН России, кандидат юридических наук.
- Кустов Анатолий Михайлович** – заслуженный юрист РФ, доктор юридических наук, главный научный сотрудник НИЦ Академии управления МВД России, профессор, старший советник юстиции.
- Кусова Оксана Анатольевна** – кандидат юридических наук, доцент, руководитель реабилитационного медицинского центра гор. Москва.
- Лушин Евгений Александрович** – доцент кафедры криминалистики четвертого факультета (с дислокацией в городе Нижний Новгород) института повышения квалификации ФГКОУ ВО «Московская академия Следственного комитета Российской Федерации», кандидат юридических наук, полковник юстиции.
- Малахов Николай Владимирович** – начальник ОБУЗ Ярославской области «Бюро судебно-медицинской экспертизы», заведующий кафедрой судебной медицины и правоведения ГБОУ ВПО ЯрГМУ Минздрава России, кандидат медицинских наук;
- Миронов Виктор Николаевич** – доктор медицинских наук, доцент кафедры хирургии ИДПО ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, руководитель Челябинского областного центра малоинвазивной урологии и литотрипсии ГБУЗ «ЧОКБ».
- Морозова Наталья Аркадьевна** – доцент кафедры уголовного права третьего факультета Института повышения квалификации Академии Следственного комитета Российской Федерации
- Назарова Анна Борисовна** – научный сотрудник отдела разработки методологий исполнения наказаний, связанных с лишением свободы, и изучения пенитенциарной преступности центра исследования проблем обеспечения безопасности в учреждениях уголовно-исполнительной системы ФКУ НИИ ФСИН России.
- Павлов Сергей Федорович** – председатель Тверской региональной общественной организации ветеранов следствия «Союз», полковник юстиции в запасе.
- Ромодановский Павел Олегович** – заведующий кафедрой судебной медицины и медицинского права ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, д.м.н., профессор.
- Романова Ольга Леонидовна** – ассистент кафедры судебной медицины ФГАОУ Российский Университет дружбы народов.
- Садкова Юлия Владимировна** – обучающаяся 1-го курса факультета магистерской подготовки Юридического института ФГКОУ ВО «Московской академии Следственного комитета Российской Федерации».
- Сажаев Алексей Михайлович** – старший преподаватель кафедры криминалистики третьего факультета (с дислокацией г. Новосибирск) ИПК Московской академии Следственного комитета Российской Федерации, кандидат юридических наук, доцент, полковник юстиции.
- Семенов Александр Сергеевич** – начальник ОБУЗ особого типа Владимирской области «Бюро судебно-медицинской экспертизы».
- Сергеев Андрей Борисович** – заведующий кафедрой уголовного процесса и экспертной деятельности Института права Челябинского государственного университета, доктор юридических наук, профессор, полковник милиции (в отставке), почётный сотрудник МВД РФ.

- Сидорович Юлия Валерьевна** – врач судебно-медицинский эксперт отдела сложных экспертиз Государственного бюджетного учреждения Московской области «Бюро судебно-медицинской экспертизы», член Ассоциации судебно-медицинских экспертов.
- Скачек Роман Владимирович** – заместитель начальника кафедры расследования преступлений следственно-экспертного факультета учреждения образования «Академия Министрства внутренних дел Республики Беларусь», кандидат юридических наук, доцент, подполковник милиции.
- Спирионов Валерий Александрович** – доктор медицинских наук, доцент, руководитель отделения судебно-медицинских исследований экспертно-криминалистического отдела Следственного управления Следственного комитета РФ по Республике Татарстан; заведующий кафедрой судебной медицины ФГБОУ ВО «Казанский медицинский университет Минздрава РФ»; Заслуженный врач Республики Татарстан.
- Старжинская Анна Николаевна** – аспирант кафедры уголовного права и криминологии Московской академии Следственного комитета Российской Федерации старший инспектор отдела процессуального контроля Московского межрегионального следственного управления на транспорте Следственного комитета Российской Федерации, подполковник юстиции.
- Стрелков Андрей Анатольевич** – заместитель председателя Тверской региональной общественной организации ветеранов следствия «Союз», полковник юстиции в запасе, Почетный работник Следственного комитета при прокуратуре Российской Федерации.
- Старченко Алексей Анатольевич** – Президент Национального агентства безопасности пациентов, сопредседатель комитета независимой экспертизы Национальной медицинской палаты, директор дирекции защиты прав застрахованных и экспертизы качества медицинской помощи ООО «Росгосстрах-Медицина», доктор медицинских наук, профессор
- Сундуков Дмитрий Вадимович** – заведующий кафедрой судебной медицины ФГАОУ Российский Университет дружбы народов, доктор медицинских наук, доцент.
- Трубчик Ирина Степановна** – Заместитель директора института повышения квалификации ФГКОУ ВО «Московская академия Следственного комитета Российской Федерации» - декан пятого факультета повышения квалификации (с дислокацией в г. Хабаровск), Заслуженный юрист Российской Федерации, полковник юстиции.
- Хмыз Алексей Иванович** – старший преподаватель кафедры оружиеведения и трасологии учебно-научного комплекса судебной экспертизы Московского университета МВД России имени В.Я. Кикотя, кандидат юридических наук, подполковник полиции.
- Червоныш Елена Валерьевна** – старший научный сотрудник научно-исследовательского центра Академии управления МВД России, кандидат юридических наук
- Черкасова Елена Сергеевна** – кандидат психологических наук, клинический психолог, член Российской Психотерапевтической ассоциации, доцент кафедры криминалистики 3 факультета Института повышения квалификации федерального государственного казенного образовательного учреждения высшего образования «Московская академия Следственного комитета Российской Федерации (с дислокацией в г. Новосибирск), подполковник юстиции.
- Чистяков Александр Владимирович** – старший инспектор отдела процессуального контроля следственного управления Следственного комитета Российской Федерации по Нижегородской области, майор юстиции.
- Шепелев Сергей Валерьевич** – аспирант ФГКОУ ВО «Московская академия Следственного комитета Российской Федерации», заместитель руководителя отдела процессуального контроля следственного управления Следственного комитета Российской Федерации по Удмуртской Республике, майор юстиции.
- Эртель Людмила Александровна** – профессор кафедры криминалистики и правовой информатики юридического факультета им. А.А. Хмырова Кубанского Государственного университета, профессор, доктор медицинских наук.

## СОДЕРЖАНИЕ

|                                                                                                                                                                                                            | Стр. |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| Международная научно-практическая конференция «Досудебное производство по уголовным делам о профессиональных преступлениях, совершенных медицинскими работниками» (15 февраля 2018 г.)                     | 3    |
| <b>Багмет А.М.</b> Медицина – во благо или во вред?                                                                                                                                                        | 6    |
| <b>Раздел 1. Проблемные вопросы криминологического и уголовно-правового противодействия преступлениям, совершенными медицинскими работниками</b>                                                           | 10   |
| <b>Алексеева Я.В., Овсянников А.Г., Алексеев А.В.</b> Правовые сложности трактовки действий медицинских работников                                                                                         | 10   |
| <b>Аминев Р.И.</b> Особенности проведения доследственных проверок и первоначального этапа расследования уголовных дел о профессиональных преступлениях медицинских работников                              | 13   |
| <b>Асеева И.А.</b> Об опыте обучения следователей по программе повышения квалификации «Расследование преступлений, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи» в Московской академии СК России  | 15   |
| <b>Бессонов А.А.</b> Актуальные вопросы разработки методик расследования ятрогенных преступлений                                                                                                           | 18   |
| <b>Боков С.Н.</b> Актуальные проблемы расследования преступлений, совершённых медицинскими работниками                                                                                                     | 21   |
| <b>Бутырская А.В.</b> Проблемные аспекты расследования преступлений, совершенных медицинскими работниками                                                                                                  | 24   |
| <b>Быкова Е.Г.</b> Ненадлежащее исполнение своих профессиональных обязанностей как обязательный признак объективной стороны ятрогенного преступления                                                       | 26   |
| <b>Вайцупевич В.В.</b> Проблемы расследования уголовных дел о ненадлежащем оказании медицинской помощи детям                                                                                               | 30   |
| <b>Вазюлин С.А., Старжинская А.Н.</b> Проблемы правоприменения при расследовании преступлений, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи на объектах транспорта и транспортной инфраструктуры  | 33   |
| <b>Вахмянина Н.Б.</b> Поиск документов в ходе расследования ятрогенных преступлений                                                                                                                        | 35   |
| <b>Власов П.Е.</b> Проблемы правоприменения ст. 122 УК РФ                                                                                                                                                  | 38   |
| <b>Гаврилов Б.Я.</b> Роль досудебного производства в повышении эффективности предварительного следствия                                                                                                    | 40   |
| <b>Галиев Б.Б.</b> Актуальные вопросы юридической оценки деяний, связанных с осуществлением медицинской деятельности                                                                                       | 46   |
| <b>Галкин Д.В.</b> Проблемы установления вины врача по делам о преступлениях, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи                                                                        | 50   |
| <b>Гирько С.И.</b> Криминальная информация о деяниях медицинских работников требуют тщательной проверки процессуальными средствами                                                                         | 53   |
| <b>Дармаева В.Д., Еремина Е.В., Майер Е.О.</b> Правовые критерии оценки качества медицинской помощи                                                                                                        | 56   |
| <b>Зиновьев В.В., Савин П.Т.</b> По вопросу об ответственности медицинских работников за причинение вреда здоровью средней тяжести вследствие ненадлежащего исполнения своих профессиональных обязанностей | 59   |
| <b>Зюбанов Ю.А.</b> Становление ответственности за врачебные преступления                                                                                                                                  | 62   |
| <b>Изосимов В.С.</b> Вопросы квалификации должностных преступлений, совершаемых медицинскими работниками                                                                                                   | 65   |
| <b>Каплун В.А.</b> Терминологическая неопределенность как одна из проблем расследования медицинских преступлений                                                                                           | 67   |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                     |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>Киселёв Е.А.</b> Типичные обстоятельства, подлежащие установлению при расследовании преступлений, совершаемых медицинскими работниками                                                                                                                                           | 70  |
| <b>Комарова А.Р.</b> Проблемы расследования преступлений, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи                                                                                                                                                                     | 73  |
| <b>Костенко К.А.</b> Проблемы сроков проведения судебно-медицинских экспертиз в ходе расследования ятрогенных преступлений и пути их решения                                                                                                                                        | 76  |
| <b>Котязов А.В.</b> Проблемы выявления и раскрытия преступлений против жизни пациента, совершенных врачами онкологических диспансеров                                                                                                                                               | 79  |
| <b>Кравченко Р.М.</b> Безопасность медицинского вмешательства: вопросы законодательной регламентации и особенности правоприменения                                                                                                                                                  | 83  |
| <b>Кулаков Ю.А.</b> Проблемы расследования преступлений, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи                                                                                                                                                                      | 85  |
| <b>Куришшева Е.А.</b> Необходима ли криминализация врачебных ошибок?                                                                                                                                                                                                                | 88  |
| <b>Кучин О.С.</b> Проблемы установления некоторых обстоятельств преступлений, совершаемых медицинскими работниками при осуществлении своей профессиональной деятельности                                                                                                            | 90  |
| <b>Малахова В.Ю.</b> Проблемы эвтаназии в России сегодня                                                                                                                                                                                                                            | 92  |
| <b>Мишенина А.А.</b> О трудностях расследования профессиональных преступлений, совершенных работниками здравоохранения                                                                                                                                                              | 94  |
| <b>Мозговой О.А., Ливинский Р.С., Бобров А.С.</b> Проблема уголовной ответственности за неоказание помощи больному в российском и зарубежном законодательстве                                                                                                                       | 97  |
| <b>Мунатов М.С.</b> Взаимодействие следственных органов Следственного комитета Российской Федерации при назначении и проведении судебно-медицинских экспертиз, связанных с оценкой дефектов оказания медицинской помощи, на примере Иркутской области                               | 101 |
| <b>Муратова Н.Г., Спиридонов В.А.</b> Медицинское право и уголовный процесс: единство и дифференциация процессуальных процедур при расследовании валеологических преступлений (постановка проблемы)                                                                                 | 104 |
| <b>Павлов А.В.</b> Проблемы квалификации заражения ВИЧ инфекцией вследствие ненадлежащего исполнения работником медицинской организации своих профессиональных обязанностей                                                                                                         | 110 |
| <b>Передерий В.А.</b> Некоторые особенности проведения доследственных проверок по фактам смерти пациентов в лечебных учреждениях                                                                                                                                                    | 113 |
| <b>Перепечина И.О., Перепечин Д.В.</b> Соблюдение врачебной и иных охраняемых законом тайн в свете Федерального закона «О биомедицинских клеточных продуктах»                                                                                                                       | 116 |
| <b>Петрова Т.Н.</b> О пределах применимости статьи 238 УК РФ к профессиональной медицинской деятельности                                                                                                                                                                            | 118 |
| <b>Лысенко М.А., Петрова Т.Н.</b> Клиническая медицина как часть программы повышения квалификации следователей Следственного комитета Российской Федерации: «Расследование преступлений, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи» ( <i>информационное сообщение</i> ) | 123 |
| <b>Пиголкин Ю.И., Морозов Ю.Е., Глоба И.В.</b> Компетенции врача и юриста при установлении врачебной ошибки                                                                                                                                                                         | 125 |
| <b>Полянский М.А.</b> Отдельные проблемы расследования уголовных дел о преступлениях, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи                                                                                                                                         | 127 |
| <b>Самищенко С.С.</b> О проблеме установления объективной истины по «врачебным» делам                                                                                                                                                                                               | 130 |
| <b>Самойлова Ю.Б.</b> К вопросу о возмещении вреда, причинённого в результате совершения преступлений в сфере оказания медицинских услуг                                                                                                                                            | 132 |

|                                                                                                                                                                                                                                |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>Сахаров А.В., Титовец И.В.</b> О последствиях нарушений оказания медицинской помощи и порядка назначения судебно-медицинских экспертиз по факту умышленного причинения тяжкого вреда здоровью                               | 135 |
| <b>Сидачова И.А.</b> К вопросу о дефиниции понятий «врачебная ошибка, дефект оказания медицинской помощи, ятрогенное преступление»                                                                                             | 138 |
| <b>Сидорович Ю.В., Веселкина О.В.</b> Оценка результатов рассмотрения гражданских дел в отношении медицинских организаций судом с позиции возможного досудебного урегулирования                                                | 140 |
| <b>Спасенников Б.А.</b> К вопросу о разграничении врачебной ошибки и преступления                                                                                                                                              | 143 |
| <b>Стаценко В.Г.</b> О необходимости правовой регламентации изъятия медицинской документации при проверке сообщений о профессиональных преступлениях, совершенных медицинскими работниками                                     | 145 |
| <b>Терешонок Т.А.</b> Взгляд современной студенческой молодёжи на проблему коррупции в российском здравоохранении: проблемы и пути их решения                                                                                  | 147 |
| <b>Титов А.Н.</b> О нормативном закреплении понятия «врачебная ошибка»                                                                                                                                                         | 150 |
| <b>Трофименко А.М.</b> Актуальные вопросы оценки обстоятельств, влияющих на степень и характер ответственности обвиняемого, при расследовании преступлений, предусмотренных статьёй 162 Уголовного кодекса Республики Беларусь | 152 |
| <b>Хрусталева Ю.А.</b> К вопросу об установлении ненадлежащего оказания медицинской помощи и причинной связи его с неблагоприятным исходом                                                                                     | 154 |
| <b>Чаплыгина В.Н., Васюков В.Ф.</b> Дискуссионные вопросы терминологической конструкции понятия «ятрогенное преступление»                                                                                                      | 157 |
| <b>Чимбирева А.А.</b> Критерии оценки качества оказания медицинской помощи, используемые при квалификации действий медицинского работника по ст. 238 УК РФ                                                                     | 159 |
| <b>Чистяков А.В.</b> Некоторые проблемы расследования преступлений о ненадлежащем оказании медицинской помощи в Нижегородской области                                                                                          | 162 |
| <b>Шипова О.И., Е. А. Шипова.</b> Актуальный анализ правового регулирования прав и обязанностей участников процесса оказания и получения медицинской услуги: опыт зарубежных стран                                             | 166 |
| <b>Шмаров Л.А.</b> Причинно-следственная связь между действием (бездействием) и неблагоприятным исходом                                                                                                                        | 168 |
| <b>Шувалов М.Н.</b> О некоторых вопросах расследования ятрогенных преступлений                                                                                                                                                 | 172 |
| <b>Раздел 2. Актуальные проблемы производства судебных экспертиз и расследования преступлений, совершенных медицинскими работниками по неосторожности</b>                                                                      | 176 |
| <b>Алехин А.Н., Черкасова Е.С..</b> Актуальные вопросы оказания психотерапевтической и психологической помощи                                                                                                                  | 176 |
| <b>Баринев Е.Х., Калинин Р.Э., Ромодановский П.О.</b> Полнота и качество материалов «врачебного» дела как залог успеха судебно-медицинской экспертизы                                                                          | 178 |
| <b>Ведмеденко Ф.В.</b> Актуальные вопросы судебно-медицинских экспертиз по делам о дефектах проведения экспертизы нетрудоспособности при оказании медицинской помощи в лечебных учреждениях                                    | 181 |
| <b>Веселкина О.В., Сидорович Ю.В.</b> Проблемы нормативно-правового регулирования судебно-медицинских экспертиз дефектов оказания медицинской помощи: пути решения                                                             | 185 |
| <b>Власова В.С.</b> Особенности назначения и производства судебных экспертиз при расследовании уголовных дел о преступлениях, связанных с заражением ВИЧ-инфекцией                                                             | 188 |
| <b>Дёмин К.Е.</b> О судебно-экспертном обеспечении раскрытия и расследования профессиональных преступлений, совершенных медицинскими работниками                                                                               | 191 |

|                                                                                                                                                                                                                                       |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>Ерофеев С.В., Каменская Н.А., Малахов Н.В., Семенов А.С.</b> Сложность и особенности современной экспертной оценки неблагоприятного исхода медицинской помощи                                                                      | 193 |
| <b>Жуков Д.А.</b> О проблеме оформления дополнительных вопросов при назначении судебно-медицинской экспертизы                                                                                                                         | 197 |
| <b>Захарова В.О.</b> О примерах ненадлежащего расследования ятрогенных преступлений (при собирании характеризующего материала и ознакомлении с материалами уголовного дела)                                                           | 199 |
| <b>Казачек Е.Ю.</b> Проблемные вопросы расследования неосторожных преступлений, совершенных медицинскими работниками на основе анализа следственной практики                                                                          | 201 |
| <b>Каменева К.Ю., Баринев Е.Х.</b> К вопросу о потребностях судебно-медицинской экспертизы по «медицинским» делам                                                                                                                     | 203 |
| <b>Карагодин В.Н.</b> Криминалистическая характеристика профессиональных преступлений медицинских работников                                                                                                                          | 206 |
| <b>Кардашевская М.В.</b> Предмет допроса потерпевшего по уголовным делам о профессиональных преступлениях, совершенных медицинскими работниками                                                                                       | 209 |
| <b>Каримова Л.М.</b> Причинно-следственная связь между дефектом оказания медицинской помощи и ухудшением состояния здоровья человека                                                                                                  | 211 |
| <b>Колкутин В.В.</b> Дефекты в оказании медицинской помощи в современной конструкции оценки качества лечебно-диагностической работы                                                                                                   | 213 |
| <b>Компанец В.В.</b> Проблемы расследования причин детской смертности и пути их решения                                                                                                                                               | 216 |
| <b>Копыткин С.А., Назарова А.Б.</b> К вопросу о дифференциации проблематики, связанной с оценкой психического состояния подозреваемого (обвиняемого) при расследовании преступлений, совершенных лицами с психическими расстройствами | 219 |
| <b>Кустов А.М., Кустова О.А.</b> Первоначальный этап расследования незаконной трансплантации органов человека, совершенной лицом, обладающим медицинскими знаниями                                                                    | 222 |
| <b>Лушин Е.А.</b> Некоторые особенности расследования преступлений, совершенных медицинскими работниками                                                                                                                              | 226 |
| <b>Миронов В.Н., Дацко Н.П.</b> Правоприменительная практика при компенсации вреда здоровью после осложнений в имплантационной хирургии: анализ в России и за рубежом                                                                 | 228 |
| <b>Морозова Н.А.</b> О совершенствовании экспертиз по уголовным делам по фактам ненадлежащего оказания медицинских услуг                                                                                                              | 231 |
| <b>Павлов С.Ф., Стрелков А.А.</b> Цифровые технологии не инвазивной диагностики причин смерти человека                                                                                                                                | 233 |
| <b>Садкова Ю.В.</b> Особенности предварительного расследования преступлений, связанных с оказанием медицинской помощи в ходе хирургических вмешательств                                                                               | 235 |
| <b>Сажаяев А.М.</b> Некоторые вопросы организации и тактики допроса медицинских работников в качестве подозреваемых по преступлениям о ненадлежащем оказании медицинских услуг                                                        | 239 |
| <b>Сергеев А.Б.</b> Коррупциогенные факторы и их влияние на преступность в сфере трансплантологии                                                                                                                                     | 242 |
| <b>Скачек Р.В.</b> Экспертиза о ненадлежащем исполнении профессиональных обязанностей медицинскими работниками («врачебная» экспертиза): проблемы подготовки и назначения, оценки заключения                                          | 245 |

|                                                                                                                                                                                                                             |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>Спиридонов В.А.</b> К вопросу о важности участия судебно-медицинских экспертов Следственного комитета на этапе досудебного производства по уголовным делам о профессиональных правонарушениях медицинских работников     | 247 |
| <b>Старченко А.А.</b> Необходимость и проблемы досудебного производства по уголовным делам о профессиональных преступлениях, совершенных медицинскими работниками, с точки зрения экспертов Национальной медицинской палаты | 249 |
| <b>Сундуков Д.В., Романова О.Л., Голубев А.М., Гошкосв В.В.</b> Оценка результатов гистоморфологического и химико-токсикологического исследования печени при отравлении клозапином различной давности                       | 255 |
| <b>Трубчик И.С.</b> Алгоритм действия следователя при назначении комиссионной судебно-медицинской экспертизы по делам о ненадлежащем исполнении профессиональных обязанностей врачей                                        | 257 |
| <b>Хмыз А.И.</b> Использование специальных знаний при расследовании профессиональных преступлений, совершенных медицинскими работниками                                                                                     | 259 |
| <b>Червонных Е.В.</b> Отдельные проблемы выявления и квалификации преступлений, совершаемых медицинскими работниками в сфере здравоохранения                                                                                | 261 |
| <b>Чистяков А.В.</b> Некоторые проблемы расследования преступлений о ненадлежащем оказании медицинской помощи в Нижегородской области                                                                                       | 264 |
| <b>Шепелев С.В.</b> Взаимодействие следователей и штатных экспертов Следственного комитета Российской Федерации при расследовании преступлений, связанных с некачественным оказанием медицинской помощи                     | 268 |
| <b>Эртель Л.А.</b> Использование специальных медицинских познаний в процессе расследования преступлений, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи: проблемы и перспективы решения                              | 271 |
| <b>Сведения об авторах</b>                                                                                                                                                                                                  | 275 |

ДОСУДЕБНОЕ ПРОИЗВОДСТВО ПО УГОЛОВНЫМ ДЕЛАМ  
О ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ПРЕСТУПЛЕНИЯХ, СОВЕРШЕННЫХ  
МЕДИЦИНСКИМИ РАБОТНИКАМИ

материалы Международной научно-практической конференции

(Москва, 15 февраля 2018 года)

Подписано в печать 27.04.2018

Формат 60х90 1/16  
Усл. печ. л. 26,49  
Тираж 120 экз.  
Заказ № 3050

---

Отпечатано в типографии PRINTLETO  
на оборудовании Kodak