

СЛЕДСТВЕННЫЙ КОМИТЕТ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ГЛАВНОЕ УПРАВЛЕНИЕ КРИМИНАЛИСТИКИ
(КРИМИНАЛИСТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР)

МОСКОВСКАЯ АКАДЕМИЯ СЛЕДСТВЕННОГО КОМИТЕТА
ИМЕНИ А.Я. СУХАРЕВА



**Проблемы расследования уголовных дел о преступлениях,
совершенных медицинскими работниками при оказании
медицинской помощи**

Материалы международной научно-практической конференции

(Москва, 28 ноября 2024 года)

Москва, 2025

- П 78 **Проблемы расследования уголовных дел о преступлениях, совершенных медицинскими работниками при оказании медицинской помощи:** материалы международной научно-практической конференции (Москва, 28 ноября 2024 года). М.: Московская академия Следственного комитета имени А.Я. Сухарева, 2025. – 158 с.

Редакционная коллегия

Шурухнов В.А., заведующий кафедры криминалистики факультета подготовки криминалистов Московской академии Следственного комитета имени А.Я. Сухарева, кандидат юридических наук, доцент, полковник юстиции

Лебедева А.А., доцент кафедры криминалистика Московской академии Следственного комитета имени А.Я. Сухарева, кандидат юридических наук, доцент, полковник юстиции

Нестерова И.Д., заместитель руководителя редакционно-издательского и информационно-библиотечного отдела – руководитель редакционно-издательского отделения Московской академии Следственного комитета имени А.Я. Сухарева, капитан юстиции

Составитель – *Алехин Д.В.*, преподаватель кафедры криминалистики Московской академии Следственного комитета имени А.Я. Сухарева, кандидат юридических наук, доцент

Сборник включает в себя материалы, предоставленные участниками международной научно-практической конференции, проведенной 28 ноября 2024 года Московской академией Следственного комитета имени А.Я. Сухарева. Конференция организована при участии преподавателей ведущих вузов, ученых, специалистов, сотрудников правоохранительных органов. Материалы сборника могут представлять интерес для юристов – ученых и практиков.

Редакционная коллегия обращает внимание, что научные подходы, идеи и взгляды, изложенные в статьях сборника, отражают субъективные оценки их авторов. Статьи представлены в авторской редакции. Ответственность за аутентичность и точность цитат, имен, названий и иных сведений, а также за соблюдение законодательства об интеллектуальной собственности несут авторы публикуемых материалов.

РЕЗОЛЮЦИЯ
Международной научно-практической конференции
«Проблемы расследования уголовных дел о преступлениях, совершенных
медицинскими работниками при оказании медицинской помощи»

В ходе Конференции её участники **рассмотрели и обсудили** следующие вопросы:

1. Профессиональные правонарушения медицинских работников: актуальные проблемы медицинского права.

2. Уголовно-правовая оценка преступлений, совершенных медицинскими работниками при оказании медицинской помощи.

3. Процессуальные проблемы расследования уголовных дел о преступлениях, совершенных медицинскими работниками при оказании медицинской помощи, и пути их разрешения.

4. Криминалистическое обеспечение расследования уголовных дел о преступлениях, совершенных медицинскими работниками при оказании медицинской помощи.

5. Взаимодействие следователя с контрольно-надзорными органами, судебными экспертами, ведомственными подразделениями криминалистики в ходе расследования уголовных дел о преступлениях, совершенных медицинскими работниками при оказании медицинской помощи.

6. Сложности при производстве экспертизы дефектов качества оказания медицинской помощи. Проблемы установления причинно-следственной связи.

7. Профилактика преступлений, совершенных медицинскими работниками при оказании медицинской помощи.

В результате обсуждения участники Конференции **отметили:**

1. Право на охрану здоровья и медицинскую помощь является одним из основных конституционных прав и свобод человека и гражданина, однако его реализация нередко затрудняется из-за низкого качества оказания медицинской помощи. Наблюдается общемировая тенденция к увеличению претензий пациентов к медицинским работникам на некачественное лечение или неблагоприятные исходы лечения. Профессиональная медицинская деятельность, к сожалению, повсеместно и во все времена сопровождалась неблагоприятными исходами – без осложнений медицины не бывает.

2. Учитывая специфику профессиональной деятельности и высокую ответственность медицинских работников за свой повседневный труд, направленный на спасение жизней и здоровья людей, они не должны подвергаться чрезмерному преследованию со стороны правоохранителей. Все случаи ненадлежащего оказания медицинской помощи требуют объективного и беспристрастного расследования, деликатного подхода к их уголовно-правовой оценке.

3. С целью дальнейшего развития совместного диалога для разрешения проблемных вопросов необходимо проводить круглые столы со специалистами обоих направлений, а также представителей общественности и других смежных организаций и учреждений, для выработки и обсуждения конкретных предложений

по совершенствованию работы правоохранителей и медиков в деле объективной оценки медицинских происшествий.

4. Качество расследования преступлений, сопряженных с врачебной ошибкой, нуждаются в совершенствовании, в том числе путем разработки комплексного подхода квалификации и криминалистических методик расследования различных групп и видов ятрогенных преступлений (например, совершаемых при оказании отдельных видов медицинской помощи, при лечении определённых групп пациентов и т.д.).

5. Формирование необходимых, современных и качественно разработанных клинических рекомендаций является необходимым условием конкретизации медицинской деятельности, которое будет выступать, как механизм защиты, так и механизм определения нарушений в лечебной деятельности.

6. В современных условиях тотальной цифровизации должен получить развитие принцип прозрачности оказания медицинской помощи, предусматривающий единые требования ведения медицинской документации пациента в электронном виде с использованием единой авторизированной системы баз данных, в которой будет содержаться полные сведения об обращении пациента за медицинской помощью в любом субъекте Российской Федерации.

7. Для повышения эффективности расследования преступлений, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи, необходимы уточнение имеющихся и разработка новых теоретических положений и практико-ориентированных рекомендаций, направленных на оптимизацию взаимодействия следователя с лицами, обладающими самостоятельностью и специальными знаниями и (или) профессиональной компетенцией в сфере охраны здоровья граждан, а также выполняющих контрольно-надзорные функции в указанной сфере.

8. Необходимость учета заинтересованности не только врачей и сотрудников Следственного комитета Российской Федерации, но и граждан, которые сегодня, в значительной степени, озабочены созданием эффективных условий, направленных на соблюдение законодательства в области предоставления качественных медицинских услуг, исключающих наступление негативных, а порой и трагических последствий, посредством не только оценки деятельности медицинских работников и сотрудников правоохранительных органов, осуществляющих раскрытие и расследование преступлений указанного вида, но и возможностью создания мер по профилактике медицинских ошибок и преступлений.

9. Результаты и выводы, полученные в ходе форума в обязательном порядке будут использоваться в практической правоохранительной деятельности, а также образовательном процессе учебных заведений Следственного комитета Российской Федерации, Министерства внутренних дел Российской Федерации, Прокуратуры Российской Федерации, экспертных и медицинских учреждений Российской Федерации, в целях совершенствования системы оказания медицинских услуг и медицинской помощи, а также раскрытия и расследования преступлений в данной сфере.

О некоторых особенностях выявления признаков состава преступлений, совершаемых медицинскими работниками в родильных домах

Аннотация. В настоящей статье рассматриваются криминалистические аспекты, связанные с выявлением и расследованием преступлений, совершаемых медицинскими работниками в родильных домах в Российской Федерации. Увеличение количества таких преступлений и громкие огласки об уголовных делах в средствах массовой информации дают основания говорить об актуальности выбранной темы исследования. Статья содержит примеры из судебной и следственной практики, статистические данные по исследуемым преступным посягательствам, а также позицию некоторых ученых по данной проблематике.

Ключевые слова: родильные дома, выявление преступлений, ятрогенные преступления, медицинские работники, состав преступления.

Негативная картина по выявлению, предупреждению, пресечению, раскрытию и расследованию ятрогенных преступлений, наблюдаемая в Российской Федерации в последние годы, отражает актуальность выбранной темы. Об указанных проблемах у следователей Следственного комитета РФ (далее по тексту – СК РФ) отмечал и А.И. Бастрыкин¹, говоря о том, что «не все благополучно с качеством следствия»; о сложностях при назначении и производстве судебно-медицинских экспертиз, которые делают годами; о длительном получении сообщения о совершенных ятрогенных преступлениях, в основном – от пострадавших граждан.

Официальная статистика по ним отсутствует, не смотря на ежегодные публикации о получивших огласку делах. В свою очередь, А.И. Бастрыкин², указывая на статистику уголовных дел, находящихся в производстве следователей СК РФ, отмечает, что в 2015 г. по исследуемым преступлениям 888 человек признаны потерпевшими; 2016 г. возбуждено 419 уголовных дел, в большинстве - по ст. 109 УК РФ (причинение смерти по неосторожности).

А.А. Бимбинов³, констатируя рост ятрогенных преступлений, обращает внимание на увеличение количества возбужденных уголовных дел за 2022 – 2023 гг. с 1860 до 2332. Большая часть из них также возбуждались по ст. 109 УК РФ -

¹ Бастрыкин А.И. Противодействие преступлениям, совершаемым медицинскими работниками: проблемы и пути их решения // Вестник Академии Следственного комитета Российской Федерации, 2017. № 1. С. 13.

² Там же. С. 11–12.

³ Количество уголовных дел против медработников выросло в 2023 году на 25 %: Медвестник [Электронный ресурс] URL: <https://medvestnik.ru/content/news/Kolichestvo-ugolovnyh-del-protiv-medrabotnikov-vyroslo-v-2023-godu-na-fone-snijeniya-jalob.html> (дата обращения 07.11.2024).

1 697, и ст. 238 УК РФ (оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности) — 463; по ст. 118 УК РФ (причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности) – 24, и ст. 293 (халатность) – 124. В 2022 году против медработников было возбуждено 1860 уголовных дел – почти по каждому третьему из 5 747 обращений пациентов. Кроме того, среди данных преступлений акушерство и гинекология выступает лидером¹.

Особый интерес вызывают исследуемые преступления в связи со спецификой их выявления и расследования. Следует обратить внимание на то, что преступления, совершаемые в области акушерства и гинекологии, зачастую, становятся известны после поступления заявления либо от самой роженицы, либо от ее родственников, редко – из родильного дома. К числу субъектов, к которым можно отнести медицинских работников в родильных домах, также относятся врачи ряда специальностей (акушеры-гинекологи, анестезиологи-реаниматологи, неонатологи), фельдшеры (должны уметь принимать роды, выступают в роли акушера), акушерки, медицинские сестры². Имеют место совершение умышленных преступлений, однако, большинство из них совершаются неумышленно (например, ст.ст. 109, 118, ч. 4 ст. 122, 124, 153, 236 УК РФ).

В процессе расследования уголовных дел по исследуемым преступлениям следователь должен установить функции медицинского работника родильного дома в момент оказания медицинской помощи пациентке, новорожденному ребенку, т.к. субъект может выполнять как административные обязанности (например, контроль количества и исправности специального оборудования в детской реанимационной палате; обеспечения достаточного количества лекарственных средств и пр.), так и профессиональные (ультразвуковое исследование матки на наличие либо отсутствие частей плаценты, при наличии таковых – обязательное оперативное вмешательство по ее удалению и др.).

Отметим, что при расследовании преступлений, совершаемых в родильных домах, необходимо тщательно проверять документацию, оформляемую при поступлении роженицы в данное учреждение, запрашивать и проверять информацию с женской консультации и иных частных медицинских учреждениях, где всю беременность наблюдалась пациентка. Следственная практика позволяет констатировать, что в медицинские документы вносятся изменения различного характера, причем не только во время беременности либо сразу после родов, имеют место случаи внесения таких правок после получения громкой огласки в средствах массовой информации каких-либо негативных последствий для матери или ребенка.

¹ См., например, Петрова Т.Н. Особенности расследования преступлений, связанных с некачественным оказанием медицинской помощи при родовспоможении // Consilium Medicum. 2017. № 19 (6). С. 11.

² Там же. С. 12.

Так¹, в родильный дом №4 при московской больнице имени В.В. Виноградова вследствие ошибок врачей родильного дома скончался новорожденный ребенок. По показаниям родителей, после смерти новорожденного ребенка медицинские сотрудники подделали медицинскую карту и ленту кардиотокографии (КТГ), которая во время родов не писалась. Кроме этого, в случае с роженицей ей нельзя было делать амниотомию (прокол околоплодного пузыря), показаний к ее проведению также не было. На призывы помощи никто из медицинских работников не подходил, медицинскую помощь не оказывал несмотря на то, что мать удерживала ребенка, чтобы тот не упал на пол.

Исходя из данных судебно-медицинской экспертизы, у ребенка были понижены показатели гемоглобина в 10 раз, констатировалось единичное сердцебиение и отсутствовало дыхание. За время ожидания реаниматологов все проведенные медицинские процедуры (установка искусственной вентиляции легких; внутримышечное введение адреналина) результата не дали. При этом, как установило следствие, медицинская помощь оказывалась с нарушениями. Во-первых, новорожденному должны были дать кислород в дозе 20 % и постепенно повышать до 100 %, а врачи родильного дома сразу подали дозировку на максимум, от чего произошли повреждения легких. Во-вторых, длина пуповины при рождении составляла 23 см, а в морге зафиксировали 39 см. По выводам следствия, медицинские работники пытались заменить плаценту и пуповину на инфицированные, тем самым скрыть следы преступления, а в качестве причины смерти отразить заражение вирусом.

В ходе расследования также установили, что во время нахождения ребенка в реанимационной палате, его матери под наркозом сделали чистку матки, хотя показаний для этого не было. В дальнейшем это подтвердила судебно-медицинская экспертиза. Чистка также осуществлялась для сокрытия следов преступления медицинскими сотрудниками, чтобы не было кусочков разорванной плаценты, остатков крови и пр. Помимо этого, врачи подделали ленту КТГ путем склеивания различных лент от других рожениц, что в дальнейшем подтвердилось во время проведения экспертизы.

Таким образом, в процессе выявления признаков состава преступлений, совершаемых медицинскими работниками в родильных домах, внимание следует обратить на содержание медицинской карты роженицы, которая велась при беременности в женской консультации в связи с тем, что содержащиеся в них данные могут противоречить сведениям из карты, хранящейся в родильном доме. Имеют место случаи доклеивания новых документов (например, отказ от госпитализации; результаты анализов с внесенными изменениями и пр.), внесение исправлений в уже имеющиеся медицинские бланки. В таких случаях следователь должен запросить информацию из единой медицинской информационно-аналитической системы (далее по тексту - ЕМИАС), т.к. врач-акушер-гинеколог после закрытия протокола осмотра пациента изменять эти

¹ «Достали ребенка, а он белый, как лист бумаги». История родителей, которые судятся с московскими врачами из-за смерти младенца: Москва онлайн. [Электронный ресурс]. URL: <https://mskl.ru/text/incidents/2024/03/05/73297061/> (дата обращения: 06.11.2024).

сведения уже не могут. Следовательно, между бумажным документом, хранящимся в медицинской карте беременной, и документами из ЕМИАС будут наглядно отражаться противоречия (дата создания документа; содержание и др.).

При этом, следователь не должен упускать из внимания особенности места совершения данных преступленных посягательств. Наряду с родильными домами, которые по своей структуре входят в состав клинических больниц, сюда же относятся перинатальные центры, медико-санитарные части больниц либо родильные отделения. Среди особенностей может выступать как специфика деятельности, так и особенности аппаратуры, которая используется в родильных домах. Помимо этого, следует учитывать то, что во всех родильных домах и при родовспоможении ведется видеозапись, что существенно облегчает работу следователя.

Литература

1. Бастрыкин А.И. Противодействие преступлениям, совершаемым медицинскими работниками: проблемы и пути их решения // Вестник Академии Следственного комитета Российской Федерации, № 1/2017. 112 с.
2. Петрова Т.Н. Особенности расследования преступлений, связанных с некачественным оказанием медицинской помощи при родовспоможении // Consilium Medicum, 2017. № 19 (6). С. 9–31.

А.В. Белавин¹

А.С. Катаев²

А.С. Суворов³

¹Международный юридический институт

^{2,3} Российский биотехнологический университет (РОСБИОТЕХ)

Некоторые вопросы тактики допроса лица, подозреваемого в совершении ятрогенного преступления

Аннотация. В статье изложены предложения использования искусственного интеллекта на основе применения тактического приема допроса «Троянский щит».

Ключевые слова: искусственный интеллект, допрос, тактический прием «Троянский щит».

Разнообразие применения тактических приемов при проведении всех видов допросов в криминалистике сегодня является сложившейся системой, которая у профессионалов теоретиков и практиков не вызывает вопросов. Вместе с тем расследование ятрогенных преступлений накладывает свой неповторимый отпечаток на подбор и алгоритм применяемых тактических приемов и рекомендаций в условиях допроса медицинского работника, подозреваемого в совершении преступления, требует знаний специфики поведения медицинского работника и особенности его профессиональной деятельности.

Нам представляется возможным выделить некоторые сложности в процессе подготовки, проведения и фиксации результатов допроса медицинского работника исходя, прежде всего, из его знаний и умений и навыков в области прикладной медицины. Кроме того, в современной криминалистической литературе не находят отражения особенности личности медицинского работника, которые важно использовать при выборе тактических приемов допроса¹. Предпринятая нами ранее попытка определить и систематизировать данные в области привлечения врача к уголовной ответственности не позволила в полной мере раскрыть вопросы проведения следственных действий².

Тактика проведения любого допроса в рассматриваемой нами медицинской среде, предполагает необходимость установления психологического контакта с допрашиваемым медицинским работником. И здесь возникает одна из сложных проблем, которая связана с практическими знаниями медицинского работника в области нейрофизиологии и логики поведения со стороны следователя. Таким образом подозреваемый оказывается на полтора шага впереди следователя в вопросах физиологии поведения и конструктивного мышления. Данное обстоятельство требует от следователя получать самостоятельно дополнительные сведения и консультироваться со специалистами перед допросом. Так же следователь должен четко понимать, что медик будет детально изучать поведенческие частные и общие признаки. В связи с этим перед производством допроса необходимо выработать алгоритм стереотипного поведения.

Одним из проблемных моментов при взаимоотношении следователя с допрашиваемым является непрерывность и сменность работы медика. В этих условиях на подготовительном этапе к допросу необходимо четко установить циркадные ритмы жизнедеятельности допрашиваемого. Проведенное нами интервьюирование сотрудников следственного аппарата (всего опрошено 69 следователей) показало, что они имеют некоторый набор сведений о биологических ритмах, но вместе с тем из-за дефицита времени не берут его в расчёт. Для понимания проблемы предполагаем, что необходимо перед допросом на подготовительном этапе получить консультацию у врача нейрофизиолога и правильно принять решения для более благоприятной синхронизации биологических ритмов допрашиваемого.

Традиционно в научной литературе и практике нейрофизиологических и медицинских исследований, все биологические циркадные ритмы принято

¹ Криминалистика. Полный курс : учебник для вузов / В.В. Агафонов [и др.] ; под общей редакцией В.В. Агафопова, А.Г. Филиппова. – 6-е изд., перераб. и доп. – М.: Юрайт, 2024. 778 с.; Волчецкая Т.С., Лавриненко А.А. Ситуационный подход в повышении эффективности допроса подозреваемых и обвиняемых по делам о ятрогенных преступлениях // Известия Тульского государственного университета. Экономические и юридические науки. 2022. № 4. С. 3–10.

² Основания привлечения врача к уголовной ответственности за вред здоровью пациента: учебное пособие / В.В. Альшевский, Д.С. Кадочников, А.С. Катаев, А.С. Суворов. М.: МГУПП, 2022.

подразделять на дневную и ночную зоны. Таким образом, возможно установить точно наиболее комфортное время для допроса исходя из изучения графика работы медика и его условий труда и отдыха. Подобную информацию необходимо получать при анализе производственно-плановой документации лечебного учреждения, а также в условиях допросов персонала и непосредственных руководителей. Таким образом правильно выбирая биологический ритм, следователь получает возможность фиксировать более развернутые показания, которые не подверглись искажению со стороны медицинского работника по причине утаивания или применения комбинации логических приемов искажения сведений.

Крайне маловероятным можно признавать факт наличия следственной ситуации, при которой допрашиваемый медицинский работник сознательно и добровольно представляет следователю имеющую значение информацию в ходе допроса.

По нашему мнению, каким бы ни был психологический контакт (как система взаимодействия личностей) в процессе общения в системе допроса, доверие достигнуто не будет. Преступная небрежность и самонадеянность, помноженная на осознание возможностей установления преступного результата, полностью переводит допрос медицинского работника в условия конфликтной ситуации.

Медицинский работник (далее – МР), понимая, что время положительно складывается в его пользу всячески будет препятствовать первоначальному допросу в качестве подозреваемого. В условиях дефицита информации он будет намеренно ждать результатов экспертного исследования (прежде всего судебно-медицинской экспертизы) и разрабатывать дальнейшую тактику самозащиты исходя из своих навыков и знаний. Согласимся с общей позицией Л.П. Гримака, что противоправные действия совершаются человеком (в нашем случае МР), находящимся в особом психическом состоянии (дополнительный канал информации). При этом общим фоном будет ярко выраженное эмоциональное и нервно-психологическое напряжение¹. Это напряжение, в свою очередь, обуславливает его поведенческие реакции, которые возможно проанализировать в устной речи и поведении допрашиваемого.

¹ Гримак Л.П. Энергоинформационные аспекты гипноза и нетрадиционные методы раскрытия и расследования преступлений. Нетрадиционные методы в раскрытии преступлений: Тезисы научно-практического семинара. М: ВНИИ МВД РФ, 1994. С. 110; Гримак Л. П. Гипноз и преступность. М.: Республика, 1997.



Рис. 1. Дополнительный канал информации, выявляемый в ходе допроса медицинского работника

В ходе свободного рассказа МР необходимо детально фиксировать частные признаки поведения и устной речи. Наступательно проводить вопросно-ответную часть допроса, используя собранные сведения. Предполагаем, что необходимо сведения формировать по блокам исходя из общих и частных вопросов, связанных с деятельностью МР.

Возможно предположить, что медик, закончивший высшее учебное заведение в целом, прекрасно обладает необходимыми навыками психологического воздействия и обработки значимой информации. При этом он умеет моделировать и предполагать свое поведение и контролировать эмоциональное и нервно-психологическое состояние. На наш взгляд, МР воспользуется наиболее подходящим алгоритмом защиты, исходя из своих знаний в области пропедевтики, психиатрии и лечебного дела (см. рис. 2).



Рис. 2. Общий алгоритм выбора поведения для организации самозащиты медицинского работника на допросе с учетом времени и сил

При этом он скорее всего воспользуется защитной схемой, состоящей из элементов «УТАИВАНИЕ – ИСКАЖЕНИЕ» сведений. При этом утаивание медицинских сведений будет маскироваться под вид неоказанной услуги или отсутствия сведений, полученных в рамках анализов и результатов применения лечебно-диагностической аппаратуры при оказании медицинской услуги.

Искажение информации будет проведено по следующему алгоритму:

1. Цитирование нарушений УПК РФ (часто статьи 164, 166, 189, 190);
2. Антипатия к личности следователя на фоне якобы предвзятого отношения к МР и отказ по ст. 51 Конституции РФ от свидетельствования против себя.
3. Отказ от дачи показаний или внесение в протокол (по памяти) необходимости допросов иных медицинских работников, лиц (с ФИО и данными) для затягивания процедур сбора значимой информации.
4. Контроль личных невраждебных взаимоотношений со следователем, сдерживание следователя в рамках закона (подготовленная тактика совместно с защитником).

Предполагается применение следователем алгоритма действий при обнаружении лжи в ходе допроса:

1. Обнаружение и анализ ложной исходной информации со стороны МР.
2. Создание маски поведения со стороны следователя, для избежания «прощупывания» психологических и логических действий.
3. Поддержание сценария психологического удерживания равновесия и применение тактического приема допроса «Троянский щит».

Разработанный тактический прием допроса «Троянский щит» ранее применялся нами в практике при изобличении подозреваемых или обвиняемых (смотри рисунок 3).

Данный тактический прием предполагает, что подозреваемый МР всегда находится в состоянии конфликтной ситуации (микро или полной). МР готов к психологическому противодействию, проявляет признаки напряжения и сверх бдительности. В связи с этим следователю необходимо провести опрос подозреваемого (так называемая точка ввода) и продемонстрировать признаки дружелюбия, желание внимательно выслушать собеседника, принять правильное решение. Точка ввода проводится вербально с демонстрацией признаков положительного поведения – открытая поза, спокойное выражение лица (необходимо подготовить индивидуальный набор действий заранее и получить консультацию у невролога и психолога). Далее допрашиваемый переходит на этап бдительности, его центральная нервная система находится в стадии торможения и выбора линии поведения. В этот момент следователь зачастую применяет весь арсенал тактических приемов, связанных с конфликтной ситуацией, который предусматривает сегодняшняя криминалистическая тактика. Это верное решение. При этом МР внимательно оценивает свои возможности и логически строит предположения. В это время в условиях дефицита информации и неопределенности своего положения у МР создается ситуация страха (состояние – Паника 1). Если до этого МР был контактным большая вероятность, что он прекратит общение со следователем. В

этой ситуации необходимо изменить темп допроса и перейти к вопросам нейтрального типа, которые предполагают только ответы по системе «ДА».



Рис. 3. Общий алгоритм применения тактического приема допроса «Троянский щит»

Допрашиваемый насторожен и менее критичен в выборе действий, склонен к более агрессивной политике поведения. При применении тактических приемов допроса (точка тактики) нами замечена тенденция к психологической разрядке на общем фоне продолжающегося страха (состояние – Паника 2). В этот момент следовательно следует перехватить вербальную инициативу и перейти к применению тактических приемов синхронизации показаний (поэтапное проговаривание и синхронизация по времени показаний МР). В этот момент допрашиваемый принимает критическое решение о выдаче или отказе к выдаче сведений (период психологического разоружения). Время данного периода составляет от 20 до 30 мин. Далее допрашиваемый психологически разгружается и переходит в состояние апатии. В этот момент следовательно должен переходить к оформлению протокола допроса. Поддерживать психологический контакт и придерживаться тенденций доброжелательности, что в дальнейшем положительно скажется на взаимодействии с обвиняемым.

Тактический прием «Троянский щит» в рамках допроса может быть дополнен использованием искусственного интеллекта (ИИ). ИИ позволяет в реальном времени транскрибировать речевой текст и сопоставлять его с алгоритмами лжи и использования сложной терминологии и сопоставления ответов с лечебными программами и поведенческими реакциями. Данное сопоставление возможно провести на основе алгоритмизации функций работы головного мозга.

Например, память (невозможно проконтролировать напрямую со стороны работника правоохранительного органа). Каналы передачи информации через синапсы, не устанавливаются визуально. Маскируется информация МР под

забывчивость. Возможно установить ложность данных за счет задания вопросов вовремя вопросно-ответной стадии допроса. Возможно проверить показания, используя ИИ нейронных сетей при наступательном допросе (анализ ответов при сопоставлении с нормативами). ИИ может провести сенсорный анализ (увидеть при контроле мимики и тремора поведение ложности). Потребности и эмоции хорошо мимикрируют, не поддаются идентификационному анализу со стороны следователя. При этом ИИ может прогнозировать как динамический диагностируемый комплекс поведения при сопоставлении видеоряда, ранее полученного следствием. ИИ на сегодня может анализировать потоки информации и выбирать поведенческую программу проверки ложности показаний МР.

Мышление при принятии решений (состояние – Паника 1) может контролироваться ИИ. Возможна выдача моделей поведенческих ответов на основе алгоритма медицинских знаний и анализа частных признаков в действиях допрашиваемого. Движение мускулатурой. (самое сложное в программах функционирования организма -2\3 нейронов движения в головном мозге отрабатывают данную функцию). ИИ плохо контролирует данную зону деятельности и практически непригоден для анализа. Моторику может проконтролировать только следователь. Сегодня можно полностью использовать уже знакомый криминалистике метод визуального наблюдения за поведением допрашиваемого.

Обучение нейронной сети ИИ перед проведением допроса по программе оказания медицинской помощи как услуги возможно сегодня на основе нормативных актов, в том числе и ведомственного характера.

Опосредованное наблюдение ИИ не нарушает права и законные интересы допрашиваемого МР при предупреждении о применении техники.

Таким образом применение тактического приема допроса «Троянский щит» в отношении подозреваемого медицинского работника позволяет организовать более качественный допрос. Вместе с тем следует говорить, что оперативное реагирование на изменение поведения и логику построения выдаваемой МР информации в условиях свободного рассказа, возможно при применении алгоритмов искусственного интеллекта, который может быть подключен в рамках следственного действия. Искусственный интеллект сейчас является дополнительным средством выявления контрпрограмм поведения МР во время допроса. Скорость обработки информации (например, на основе нормативных актов) выше у ИИ чем у следователя.

Литература

1. Гримак Л.П. Энергоинформационные аспекты гипноза и нетрадиционные методы раскрытия и расследования преступлений. Нетрадиционные методы в раскрытии преступлений: Тезисы научно-практического семинара. М: ВНИИ МВД РФ, 1994.
2. Гримак Л.П. Гипноз и преступность. М.: Республика, 1997.

3. Криминалистика. Полный курс : учебник для вузов / В. В. Агафонов [и др.] ; под общей редакцией В. В. Агафопова, А. Г. Филиппова. – 6-е изд., перераб. и доп. – М.: Юрайт, 2024. 778 с.

4. Волчецкая Т.С., Лавриненко А.А. Ситуационный подход в повышении эффективности допроса подозреваемых и обвиняемых по делам о ятрогенных преступлениях // Известия Тульского государственного университета. Экономические и юридические науки. 2022. № 4. С. 3–10.

5. Основания привлечения врача к уголовной ответственности за вред здоровью пациента: учебное пособие / В.В. Альшевский, Д.С. Кадочников, А.С. Катаев, А.С. Суворов. М.: МГУПП, 2022.

Д.В. Березин

Генеральная прокуратура Российской Федерации

Общие закономерности развития механизма следообразования в криминалистике

Аннотация. В статье обосновываются общие основы механизма следообразования в криминалистике, дается понятие теории отражения и перспективы её развития, дается понятие след и предложена их общая классификация.

Ключевые слова: след, механизм следообразования, теория отражения.

Термин «трасология» происходит от французского *la trace* — след и латинского *logos* – учение, т. е. учение о следах. Впервые термин «трасология» употребил М.Н. Гернет в заголовке одного из разделов библиографического указателя, изданного в Минске в 1936 г., в который включалась литература о следах.

Развитие трасологии связано с именами видных отечественных криминалистов И.Н. Якимова, С.М. Потапова, Б.И. Шевченко, С.П. Митричева, И.Ф. Крылова, Г.Л. Грановского, Б.М. Комаринца. Наиболее значительными работами по трасологии являются монографии Б.И. Шевченко «Научные основы современной трасологии» (1947 г.) и «Теоретические основы трасологической идентификации в криминалистике» (1975 г.), И.Ф. Крылова «Следы на месте происшествия» (1961 г.) и «Криминалистическое учение о следах» (1976 г.), Г.Л. Грановского «Основы трасологии» – общая часть (1965 г.) и особенная часть (1974 г.), Н.П. Майлис (2015 г.).

По мнению ряда авторов, в том числе В.В. Агафопова, Н.П. Майлис и В.М. Плескачевского следы в широком смысле – это любое материальное изменение обстановки, возникшее при подготовке, совершении или сокрытии преступления. Их источник – не только механическое воздействие, но и физические, химические и биологические процессы, вплоть до оставления запаховых или радиоактивных следов. Для исследования многих из этих следов

требуются специальные познания в химии, физике, биологии, различных отраслях техники¹.

Следы, исследуемые в криминалистической трасологии, являются следами в узком смысле. По своему характеру – это материальные следы, информационно ценное внешнее строение которых образовалось в результате подготовки, совершения или сокрытия преступления. Часть следов в узком смысле, помимо трасологии, исследуется в других отраслях криминалистической техники: следы оружия на пулях и гильзах в судебной баллистике, оттиски печатей и штампов – в криминалистическом исследовании документов.

С момента своего возникновения трасология была тесно связана с практикой использования следов в расследовании преступлений. Анализ следственной и судебной практики показывает, что абсолютное большинство преступлений совершается путем активных действий преступника, т. е. его взаимодействия с окружающей средой. Результаты такого взаимодействия неминуемо отображаются в виде самых различных следов: самого преступника, следов от используемых орудий. Путем их исследования устанавливаются факт пребывания определенного лица на месте преступления и способ его действий, иногда пол и возраст. Такие следы являются важнейшим источником доказательственной информации.

След в трасологии – отображение морфологических особенностей внешнего строения объекта, имеющего устойчивые пространственные границы, образующиеся в результате взаимодействия, сопряженного с событием преступления. Первое определение следа предложено профессором Якимовым И.Н., понимавшим след, как отпечаток на чем-нибудь предмета, позволяющий судить о его форме и назначении.² Якимов подразделял все следы на 2 группы: 1) следы человека (следы ног, пальцев рук, зубов, ногтей, крови, семени, волосы, экскременты); и 2) разные следы (следы ног животных, повозок, орудий взлома, горючих веществ, следы подделок и подлогов)³.

«Механизм следообразования в трасологии – процесс, конечная фаза которого представляет собой образование следа-отображения. Элементами этого процесса являются: следообразующий объект, следовоспринимающий объект и вещество следа; результат взаимодействия между ними – следовой контакт»⁴.

По мнению Г.Л. Грановского, источником происхождения следов являются действия людей (поскольку нередко орудия и механизмы), связанные с расследуемым преступлением имеют непосредственное отношение к преступным действиям.

¹ Агафонов В.В., Майлис Н.П., Плескачевский В.М. Криминалистическая трасология. Учебно-методическое пособие. -М.: Московский университет МВД России, 2002, С. 4.

² Белкин Р.С. Криминалистическая энциклопедия М.: Мегатрон 21.2000 – 2-е изд., доп. – С. 199.

³ Якимов И.Н. Руководство по уголовной технике и тактике. – Новое изд., перепечатанное с изд. 1923 г. М.: ЛексЭст., 2003. С. 117.

⁴ Белкин Р.С. С. 119.

При слеодообразовании участвуют объекты (слеодообразующие и следовоспринимающие), входящие в сферу расследуемого события.

Сами следы представляют собой материальное отображение воздействия указанных объектов и их свойств, появившихся в данных конкретных условиях.

В следах фиксируется: а) факт взаимодействия входящих в сферу расследования объектов; б) форма взаимодействия механизма (механическая, химическая, биологическая); в) направление и сила воздействия механизма и условия следового контакта; г) свойства участвующих в слеодообразовании объектов, при этом основное значение имеют свойства, определяющие внешнее строение объекта¹.

Из этого вытекает, что след это не только объект, возникший из механического воздействия объекта слеодообразования со слеодообразующим объектом, но и любая значимая информация, имеющая значение для раскрытия, расследования дела и доказывания виновности подсудимого в суде.

Кроме того, необходимо выделить значение обратной идентификационной связи, предложенной в 1970 г. М.Я. Сегаем, суть которой сводится к взаимному отображению как свойств искомого объекта при воздействии на внешнюю обстановку, так и отражение последней в процессе их взаимодействия².

В.Я. Колдин утверждал, что при «обратном» отражении действуют другие системы отражения тех или иных свойств исследуемого объекта, так как сущность отражения состоит в передаче материи и движения, «а, следовательно, и информация от оригинала к движению, но не наоборот. Не может быть отражения, передачи информации от следа к оригиналу...». Тем самым подчеркивалось, что «всякое отражение есть «прямое», (т.е. односторонне направленное) воспроизведение особенностей оригинала в воспринимающем объекте...³». Из этого вытекает очень интересная закономерность, которая ставит под сомнение теорию отражения, без ее принципиального уточнения.

Обычно отражение определяется как взаимодействие материальных тел или как результат этого взаимодействия. «Процесс отражения – как определяет его М. Корнфорт – включает в себя такую взаимосвязь между двумя особыми материальными процессами, при которой особенности первого процесса воспроизводятся в соответствующих особенностях второго»⁴.

Поскольку отражение присуще всей материи, постольку любой материальный процесс отражается и в других материальных процессах, связанных с ним. Из закона диалектики о взаимосвязи и взаимообусловленности явлений материального мира можно сделать вывод о том, что взаимосвязь при отражении есть одна из необходимых и универсальных связей объективной

¹ Грановский Г.Л. Основы трасологии Общая часть М.: 1965. С. 7, 9–10.

² Сегай М.Я. Методология судебной идентификации. Киев: Издательство РИО МВД СССР, 1970. С. 198.

³ Колдин В.Я. Идентификация при расследовании преступлений. М.: Юридическая литература, 1978. С. 18.

⁴ Корнфорт М. Диалектический материализм. М., ИЛ. 1956. С. 315.

действительности: если всякий материальный процесс неизбежно связан с другими процессами, то не существует изолированных явлений, а, следовательно, не существует принципиально не отражаемых явлений. Учитывая, что работы Шевченко Б.И. и Грановского Г.Л. Литвиненко Л. К. не предусматривали следов волнового воздействия, объектов переноса следа что особенно актуально с появлением цифровых следов¹.

По мнению автора, теорию отражения в этой связи нужно расширить философским учением Герметиков, их двумя принципами, которые дополняют и развивают теорию отражения:

1. Принцип вибрации – ничто не покоится – все вибрирует, этот принцип включает в себя ту истину, что все находится в движении, различия между разнообразными проявлениями материи, энергии, разума зависят от изменения скорости вибраций.

2. Принцип ритма – все течет, втекает и вытекает, все имеет свои приливы, все поднимается и падает – маятникообразное колебание проявляется во всем, мера колебания налево есть мера колебания направо. Ритмы компенсируются².

Исходя из вышесказанного можно сформулировать основные положения теории отражения вибрации и ритмов:

1. Все объекты материального мира взаимодействуют с друг другом, во время движения, вибраций и ритмических колебаний они переносят свои свойства друг на друга.

2. Все объекты материального мира двигаются и вибрируют — это движение носит (ритмический) циклический характер и повторяется.

3. При переносе свойств объекты материального мира получают поступательное движение, которое становится их индивидуальным, скорость колебаний этого движения может меняться при восприятии колебаний и ритмов других объектов, и она относительно устойчива и переносится в результате движения по объектам переноса следа(вещество следа, интерфейс сети, воздух, вода и пр.).

4. Время относительного устойчивого движения и время относительного устойчивого сохранения свойств объектов следообразующего и следовоспринимающего будет временем идентификационного периода.

В заключение подведем итог механизм следообразования сложная динамическая структура взаимодействия следообразующего и следовоспринимающего объекта, а также объекта передачи следа (вещество следа, воздух, газы, вода, цифровой интерфейс) работы нервной системы

¹ Они различали следы механического, термического, химического и биологического воздействия. В дополнение к классификации Шевченко Б.И. и Грановского Г.Л. Литвиненко Л.К. выделялись следы распила и сверления, а также следы разрыва и разлома. Литвиненко Л.К. Понятие и классификация следов в трасологии // В кн.: Материалы 3-й научной конференции, посвященной памяти М.И. Райского. Киев, 1958. С. 94.

² Кибалион. Изумрудная скрижаль Гермеса. Стала прототипом всех философских учений начала XVIII и XIX века.

человека по восприятию и запоминанию объекта (объектов) и его интеллектуальной деятельности по использованию навыков и привычек, мотивов и целей поведения, по созданию и использованию способов совершения преступления и их отражению в документах и информационных схемах, а также преступной среды, кроме того это закономерности выявления, изъятия, фиксации и обнаружения следов.

Литература

1. Агафонов В.В., Майлис Н.П., Плескачевский В.М. Криминалистическая трасология. Учебно-методическое пособие. М.: Московский университет МВД России, 2002.
2. Белкин Р.С. Криминалистика: проблемы сегодняшнего дня. Злободневные вопросы российской криминалистики. М.: НОРМА; Издательская группа НОРМА – ИНФРА М, 2001.
3. Белкин Р.С. Криминалистическая энциклопедия. – 2-е издание доп. – М.: Мегатрон 21, 2000. С. 199.
4. Грановский Г.Л. Основы трасологии. Общая часть. М., 1965.
5. Кибалион. Изумрудная скрижаль Гермеса.
6. Колдин В.Я. Идентификация при расследовании преступлений. М.: Юридическая литература, 1978.
7. Корнфорт М. Диалектический материализм. М., ИЛ. 1956.
8. Крылов И. Ф. Криминалистическое учение о следах.: монография. Л.: Издательство Ленинградского университета, 1976.
9. Литвиненко Л.К. Понятие и классификация следов в трасологии. — В кн.: Материалы 3-й научной конференции, посвященной памяти М.И. Райского. Киев, 1958.
10. Сегай М.Я. Методология судебной идентификации. – Киев: Изд-во РИО МВД УССР, 1970.
11. Якимов И.Н. Руководство по уголовной технике и тактике. – Новое изд. перепечатанное с изд. 1923 г. М.: ЛексЭст. 2003.

И.В. Борисова

Многопрофильный медицинский центр «Город здоровья»

Псевдоврачи, или почему не стоит доверять врачам из интернета

Аннотация. В данной статье предпринята попытка проанализировать, к чему может привести лечение у лжеврачей и почему им не стоит доверять. Преступления, связанные с некачественным оказанием медицинской помощи, всегда обладают повышенной опасностью, поскольку результатом врачебной ошибки может стать причинение вреда здоровью человека.

Ключевые слова: врачи-блогеры, интернет-доктор, онлайн-консультирование, псевдоврач, онлайн-консультирования, телемедицина.

Россия так же, как и многие страны, подвержена общемировым тенденциям в области развития цифровых технологий.

Одним из приоритетных направлений национальной программы «Цифровая экономика» является медицина. Внедрение цифровых и телемедицинских технологий меняет систему здравоохранения. Это совершенно новый формат здравоохранения, который представляет собой необходимый набор программного и аппаратного обеспечения для взаимодействия пациента и доктора и возможности дистанционного исследования важнейших характеристик здоровья человека.

На первый взгляд, сфера медицинских услуг относится к наиболее консервативным сферам, где много внимания уделяется квалификации врачей и точности медицинского оборудования для лечения при очном приеме, отодвигая на второй план возможности цифрового взаимодействия не только с пациентом, но и между специалистами.

ФЗ от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" при консультации пациентов устанавливает ряд ограничений. Так, диагноз дистанционно не ставится и не назначается лечение. Врач может проконсультировать пациента или скорректировать ранее назначенный план лечения¹.

Массовое применение телемедицинских технологий позволит врачу взять под контроль большее число пациентов, снять проблему «расстояния» между человеком и медицинской организацией, обеспечить экстренную консультацию лечащего врача с ведущими экспертами по профилю заболеваний и в итоге повысить доступность медицинской помощи высокого уровня для всех людей, в том числе из отдалённых территорий.

В первой половине 2024 года спрос на онлайн-приёмы вырос почти на 45% по сравнению с тем же периодом прошлого года.

Следует отметить, что уровень телемедицины продолжает расти. На сегодняшний день до 50% клиник оказывают услуги онлайн-консультирования, при этом показатель постоянно увеличивается. 80% готовы организовывать первичный и вторичный прием пациентов, а 20% проводят консультации между медицинскими специалистами².

Более половины россиян регулярно используют интернет для поиска верного диагноза по симптомам.

По опросу 1,5 тыс. россиян старше 18 лет страховыми компаниями «Росгосстрах» и «Росгосстрах Жизнь» выявлено, что 21% опрошенных полностью полагаются на врачей; 54% ставят себе диагноз, исходя из описаний

¹ Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 08.08.2024, с изм. от 26.09.2024) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.09.2024).

² Анализ рынка телемедицины в России в 2019–2023 гг., прогноз на 2024–2028 гг. // BuzinesStat: info@businessstat.ru

симптомов заболевания, найденных в Сети; 47% респондентов как минимум один раз пытались диагностировать болезнь самостоятельно (РБК Life).

Рекламные посты, предлагающие победить рак, помочь избавиться от лишнего веса, вывести паразитов, вылечить аутизм и другие заболевания ежедневно может видеть любой интернет-пользователь.

Безнадежно больные люди и их близкие порой готовы идти на самые крайние меры для того, чтобы обрести надежду на выздоровление. Этим умело пользуются многочисленные интернет-мошенники, которые предлагают избавление от заболеваний с помощью простых и дешевых средств, якобы обещающих чудесное исцеление. Таким образом, шарлатаны в буквальном смысле делают миллионы на отчаявшихся людях и при этом нередко сбивают их с правильного пути, призывая игнорировать официальную медицину и лечиться диетой, травами, содой. Горе этих людей приносит авторам альтернативных способов лечения многомиллионный доход и тысячи подписчиков в социальных сетях.

На Дальнем Востоке были задержаны правоохранительными органами псевдоврачи различных несуществующих медицинских центров, которые лечили пациентов от болезней, которых нет. Так, в Хабаровске, Комсомольске-на-Амуре и Благовещенске «медицинские центры» арендовали помещения в торговых центрах, где размещали медоборудование, которое было ненастоящим. Мошенники в основном находили пожилых людей и приглашали на бесплатное обследование, во время которого у пенсионеров находили заболевания и предлагали их вылечить. Так, их услуги оценивались от 160 до 350 тысяч рублей.

Феномен последних лет - популярные блогеры, которые консультируют в социальных сетях и ставят медицинские диагнозы, особо не погружаясь в историю болезни. И люди им верят - часто себе во вред!

Так, аферисты-реабилитологи семья Никоновых, в отношении которых следователи ГСУ СК РФ по Москве возбудили уголовное дело о мошенничестве, лечили детей с ДЦП.

Николай Никонов убеждал родителей, что каждый ребенок, который болен ДЦП, должен сесть на шпагат и терпеть мышечные боли. На протяжении многих лет мужчина, позиционирующий себя врачом-миологом (на самом же деле он являлся специалистом по эпидемиям и гигиене), «лечил» у детей ДЦП разной степени тяжести. Жена лжеврача помогала супругу в ведении сайта, а также принимала заявки на консультации и распределяла график встреч. Никонов работал по придуманной им же методике, согласно которой выдавливал излишки «плохих» гормонов из мышц, растягивая малышей и усаживая их через жуткую боль на шпагат.

Родители были готовы платить сумасшедшие суммы, так как лжеврач обещал 100%-ное выздоровление.

Сейчас стать лжеврачом несложно. Мошеннику достаточно завести страницу в социальной сети и придумать себе медицинские звания. Теперь можно вести прием онлайн, брать за это немалые деньги и рекомендовать препараты, размещая ссылки на интернет-магазины. И главное то, что если пациент,

пользуется этими рекомендациями, купил ненужный, а в некоторых случаях даже вредный для него препарат, то с точки зрения законов, он сам несёт за это ответственность.

«Специалисты в области медицины» из интернета дают рекомендации по лечению тысячам доверчивых подписчиков. Они утверждают, что делают это и бесплатно, но не совсем. Обзаведясь читателями, сетевые «доктора» продают свои курсы и книги, проводят платные консультации по интернету и прописывают схемы БАДов, включающих десять-пятнадцать препаратов на внушительную сумму. К списку всегда прилагается код на скидку на известном сайте — благодаря такой «рекомендации» врач получает 5% от вашего заказа. Таким образом, успешный медицинский блогер может зарабатывать более 1 млн руб. в месяц, и это далеко не предел.

Популярность, внешний вид и очаровательная улыбка «доктора» зачастую заменяют в Сети его квалификацию, дипломы об образовании и одновременно отключают критическое мышление.

А между тем далеко не у всех докторов-блогеров есть медицинское образование. Среди популярных инстаграмеров, лечащих от всех болезней онлайн, скрываются люди без соответствующего образования: например, экономист учит людей выглядеть моложе и спортивнее, рекламируя сыворотки и добавки, которые якобы испытала на себе в течение 20 лет. Домохозяйка лечит детей от аллергии потому, что у неё трое детей и она читает книги медицинской тематики.

Другая дама, имеющая несколько миллионов подписчиков активно занимается «антивозрастной медициной», имея от силы пару лет врачебной практики: ездит по стране с лекциями и семинарами, издает книги и выписывает клиентам БАДы от всех болезней. Есть некоторые блогеры, которые обвиняют ее в плагиате, а эксперты указывают на большое количество ошибок в ее медицинских книгах. Доктора из интернета подкрепляют свои советы хвалебными отзывами фотографиями «до» и «после». Откуда берутся положительные результаты?

Конечно, древнегреческим врачам удавалось исцелять людей сомнительными средствами, такими как кровопускание, рвотные и слабительные и у Чумака и Кашпировского были вылеченные пациенты. Эффект плацебо никто не отменял, а вот отменить лечение, прописанное в интернете медиком-самоучкой, достаточно сложно.

Особенности интернет-медицины в том, что пациента не осмотрит специалист и не пропишет анализы, а значит все рекомендации могут быть ошибочными и даже опасными.

Конечно есть множество пациентов, пострадавших от лечения «врачей» из социальных сетей и некоторые из них оставляют отрицательные отзывы, негативные комментарии, но авторы удаляют их, а на страницах оставляют лишь ту информацию, которая создаёт иллюзию их компетентности и успешности.

Чтобы уберечь себя от таких «специалистов» нужно поискать информацию о том, где в реальности ведет прием интернет-доктор — в какой клинике и в какие

часы. Для уточнения сведений о нем стоит позвонить в медицинский центр и убедиться, что он действительно работает там как врач. Если он занимается только саморекламой в социальных сетях, то у вас нет оснований ему доверять. Еще один критерий для проверки: посмотреть, какую выгоду преследует интернет-доктор, рекомендуя вам то или иное лечение. Как правило, лжеврачи активно продают свои курсы, содержание которых вы узнаете только после оплаты, и настоятельно рекомендуют схемы БАДов, получая свой процент от продаж по личному коду, который открыто указывают на своей странице. Если это выгодно блогеру, скорее всего, это невыгодно вам. Любой продукт и лекарство несет в себе потенциальную угрозу, так как может быть индивидуально непереносимо. Интернет-блогеры смело выписывают схемы, в которых сочетаются по несколько БАДов, число таблеток, которые принимают их пациенты, исчисляется десятками. Как они повлияют на здоровье в перспективе, никто не возьмется сказать, и, в случае чего, лжеврач не понесет никакой ответственности. А последствия могут проявиться годы спустя. Не позволяйте мошенникам строить бизнес, рискуя вашим здоровьем!

Любой совет за ваши деньги — главный принцип лжеспециалистов, работающих через Интернет. И хотя это просто новая технологическая реальность старого и недоброго шарлатанства, охват всемирной сетью массовой аудитории сулит совершенно новые, угрожающие масштабы ущерба.

Е.Г. Быкова¹

А.А. Казаков²

^{1,2} Московская академия Следственного комитета имени А.Я. Сухарева
Екатеринбургский филиал

Отдельные правовые и процессуальные риски оценки ненадлежащего оказания медицинских услуг по ст. 238 УК РФ

Аннотация. В статье анализируется пример переквалификации содеянного медицинскими работниками с п. «в» ч. 2 ст. 238 УК РФ на ч. 2 ст. 109 УК РФ, несмотря на наличие мотивированного и грамотно оформленного обвинения по первой из указанных норм. Авторы на основе исследования нормативно-правовых актов и судебной практики приходят к выводу, что медицинский работник может быть привлечен к ответственности по ст. 238 УК РФ, если доказаны реальная опасность для жизни или здоровья оказанной медицинской услуги и умышленный характер деяния.

Ключевые слова: медицинская услуга, умысел, профессиональные обязанности, ст. 238 УК РФ, ст. 109 УК РФ, ст. 118 УК РФ, обвинение.

Правильная юридическая оценка содеянного и соблюдение требований закона — залог успешной деятельности сотрудников СК России в ходе досудебного производства. Подводя итоги работы за первое полугодие 2024 года, глава ведомства А.И. Бастрыкин констатировал, что наметились «определенные позитивные тенденции: поступательно снижаются сроки

следствия, сократилось число дел, поступивших из суда на доработку»¹. Однако каждый частный случай включает в себе специфические риски уголовно-правового и процессуального характера. Рассмотрим этот фактор на примере уголовного преследования лиц, допустивших ненадлежащее оказание медицинской помощи.

В частности, среди правоприменителей неоднозначно решается вопрос о возможности квалификации некачественного оказания медицинских услуг по ст. 238 УК РФ. В судебной практике встречаются примеры привлечения медицинских работников к ответственности по этой статье уголовного закона². При этом юридическое и медицинское сообщества признают дискуссионность подобной правовой оценки, однако ввиду несовершенства уголовного закона такая квалификация не исключается³. В литературе отмечается наличие противоположных подходов к вопросу о возможности привлечения медицинского работника к ответственности по обозначенной норме уголовного закона⁴.

Состав преступления, предусмотренного ст. 238 УК РФ, весьма специфичен, поэтому существует риск переквалификации содеянного медицинским работником на ч. 2 ст. 118 УК РФ или ч. 2 ст. 109 УК РФ либо постановления оправдательного приговора. О наличии такой возможности отмечается в

¹ Председатель СК России провел оперативное совещание по итогам работы территориальных следственных органов в первом полугодии 2024 года (16.07.2024) // URL: <https://sledcom.ru/press/events/item/1900153/> (дата обращения: 02.11.2024).

² См., например, приговор Петроградского районного суда Санкт-Петербурга от 30.06.2020 № 1-75/2020, кассационное определение Третьего кассационного суда общей юрисдикции от 12.08.2021 № 77-1633/2021; апелляционное определение Краснодарского краевого суда от 17.05.2022 № 22-1693/2022, кассационное определение Четвертого кассационного суда общей юрисдикции от 03.10.2023 № 77-3475/2023; кассационное определение Восьмого кассационного суда общей юрисдикции от 03.10.2023 № 77-4227/2023; приговор Октябрьского районного суда города Мурманска от 26.01.2023 № 1-4/2023, кассационное определение Третьего кассационного суда общей юрисдикции от 16.11.2023 № 77-2652/2023 // СПС КонсультантПлюс.

³ Состоялась встреча Александра Бастрыкина и Леонида Рошаля. URL: <http://sledcom.ru/news/item/1283900/> (дата обращения: 02.11.2024); РКБ: Врачебные ошибки подводят под статью. URL: <http://sledcom.ru/press/smi/item/1242261/> (дата обращения: 02.11.2024).

⁴ Бреслав И.Ю. Уголовное преследование акушеров-гинекологов за ненадлежащее оказание медицинской помощи // Медицинское право. 2023. № 1. С. 30-33; Кратенко М.В. Пределы криминализации врачебных ошибок: подходы в российском и зарубежном праве // Журнал российского права. 2023. № 7. С. 119-132; Степанова И.Б., Соколова О.В. Проблемные вопросы разграничения преступлений, связанных с неоказанием или ненадлежащим оказанием медицинской помощи // Российская юстиция. 2023. № 7. С. 18-26.

литературе¹. Вместе с тем в случае полного, конкретного и внутренне непротиворечивого описания следствием признаков криминального деяния суд полномочен самостоятельно (без возвращения уголовного дела прокурору) с учетом положений ст. 252 УПК РФ оценить его по менее строгой норме уголовного закона. Корректировка объекта посягательства не должна свидетельствовать о существенном отличии измененного обвинения от предыдущего. Тем более в рамках обозначенных обстоятельств здоровье и жизнь конкретного человека выступали в качестве дополнительного объекта посягательства, предусмотренного п. «в» ч. 2 ст. 238 УК РФ.

Подтверждением тому служит следующий пример из современной следственно-судебной практики. Так, врач стоматолог-ортопед Я. и врач челюстно-лицевой хирург П. государственных учреждений здравоохранения уличались в том, что ненадлежащим образом оказали медицинскую помощь в экстренной форме пациенту с острым гнойным периоститом, от осложнений которого наступила его смерть. Обвинение данных лиц в совершении преступления, предусмотренного п. «в» ч. 2 ст. 238 УК РФ, было сформулировано достаточно грамотно и убедительно. Следовательно, описывая деяние, со ссылкой на конкретные положения законодательства в сфере здравоохранения и уставов учреждений фактически подспудно отвечал на потенциальные аргументы стороны защиты о невозможности такой квалификации. Сделан был уверенный вывод о том, что врачи «умышленно» оказали «некачественную, представляющую опасность для жизни и здоровья пациента медицинскую услугу при протезировании и хирургическом лечении». Положительным моментом явился краткий анализ доказательств наиболее значимых доказательств в обвинительном заключении, что представляется крайне важным по данной категории дел².

Однако по приговору суда, оставленному без изменения апелляционной инстанцией, содеянное Я. и П. переквалифицировано с п. «в» ч. 2 ст. 238 УК РФ на ч. 2 ст. 109 УК РФ. Суд с учетом разъяснений высшего судебного органа³ пришел к выводу, что в принципе медицинская услуга может быть предметом преступления, предусмотренного ст. 238 УК РФ, в случае, если она представляет реальную опасность для жизни или здоровья человека. Однако с учетом установленных фактических обстоятельств дела Я. и П. выполняли свои профессиональные обязанности, имели достаточную квалификацию и опыт

¹ Канунникова Л.В., Морозова Н.А. Уголовное преследование за ненадлежащее оказание медицинской помощи по ст. 238 УК РФ: обзор судебной практики // Медицинское право. 2021. № 6. С. 56.

² Обвинительное заключение по уголовному делу № *** // Архив Екатеринбургского филиала Московской академии Следственного комитета Российской Федерации имени А.Я. Сухарева.

³ Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 25.06.2019 № 18 «О судебной практике по делам о преступлениях, предусмотренных статьей 238 Уголовного кодекса Российской Федерации». URL: <https://vsrf.ru/documents/own/28031/> (дата обращения: 05.11.2024).

работы. Поэтому обращение к ним любого пациента не представляло заведомой опасности для его жизни или здоровья. Кроме того, суд учел, что преступление, предусмотренное п. «в» ч. 2 ст. 238 УК РФ, является умышленным. Вместе с тем не представлено доказательств наличия у Я. и П. умысла на оказание пациенту заведомо незаконной или небезопасной услуги¹.

Аналогичные доводы встречаются в других судебных актах при идентичной переквалификации содеянного². В то же время Конституционный Суд РФ считает допустимым привлечение к ответственности медицинского работника как по ч. 2 ст. 109 УК РФ, так и по ст. 238 УК РФ с учетом установленных фактов³.

В связи с этим в качестве ориентиров при разграничении заявленных составов преступлений рекомендуется учитывать совокупность обстоятельств.

Во-первых, предметом преступления, предусмотренного ст. 238 УК РФ, является только медицинская услуга⁴. При этом не все виды медицинской помощи являются медицинскими услугами. Более того, согласно разъяснениям п. 1 Постановления Пленума Верховного Суда РФ от 25.06.2019 № 18 предметом данного деяния выступает услуга, которая по качеству не отвечает нормативно установленным требованиям, в частности, положениям Закона РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей»⁵. Положения этого нормативного правового акта применяются к отношениям, связанным с оказанием платных медицинских услуг^{6,7}.

¹ Примечательно, что судом апелляционной инстанции в качестве довода в пользу квалификации содеянного по более мягкой норме уголовного закона взят за основу исключительно тезис о том, что у осужденных отсутствовал умысел на оказание услуг, не соответствующих требованиям безопасности. См. приговор Ленинского районного суда города Нижний Тагил Свердловской области от 25.06.2024 № 1-11/2024, апелляционное определение Свердловского областного суда от 25.09.2024 № 22-6612/2024 // ГАС «Правосудие».

² См. Апелляционное определение Московского городского суда от 27.06.2023 № 10-7925/2023 // СПС КонсультантПлюс.

³ Определение Конституционного Суда РФ от 25.06.2024 № 1476-О по делу Бесединой И.В. URL: <http://doc.ksrf.ru/decision/KSRFDecision772216.pdf> (дата обращения: 12.11.2024).

⁴ Приказ Минздрава России от 13.10.2017 № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» // СПС КонсультантПлюс.

⁵ СПС КонсультантПлюс.

⁶ Часть 8 ст. 84 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

⁷ Платными являются медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств работодателей и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования. Они оказываются в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, стандартами медицинской помощи. См. п. 2, 10 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг,

Вместе с тем не исключается квалификация по ст. 238 УК РФ некачественного оказания медицинских услуг в рамках государственной программы гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Такие примеры встречаются в судебных актах, вступивших в законную силу.

Во-вторых, объектом преступления, предусмотренного ст. 238 УК РФ, является здоровье населения, поэтому для квалификации по данному составу необходимо доказать, что услуга оказывалась любому обратившемуся лицу небезопасно (о чем и указал суд по делу в отношении Я. и П.). Противоправные деяния, предусмотренные ч. 2 ст. 109 УК РФ или ч. 2 ст. 118 УК РФ, посягают на конкретную личность, поэтому в целом оказание медицинских услуг в медицинской организации может быть безопасным, но вследствие допущенной врачебной ошибки наступают неблагоприятные последствия для пациента.

В-третьих, деяния, перечисленные в ст. 238 УК РФ, характеризуются умышленной формой вины. Необходимо устанавливать, что несоответствие оказания услуг нормативным требованиям охватывалось умыслом субъекта на момент начала выполнения объективной стороны. Преступления, предусмотренные ч. 2 ст. 109 или ч. 2 ст. 118 УК РФ, в свою очередь характеризуются неосторожной формой вины.

Таким образом, квалификация медицинских преступлений по ст. 238 УК РФ возможна, если медицинский работник оказывает именно медицинские услуги и на момент начала их оказания осознает их несоответствие предъявляемым требованиям. Все признаки данного состава преступления должны быть отражены в процессуальных документах и подтверждаться материалами уголовного дела. Следует помнить, что наиболее распространенными причинами переквалификации содеянного медицинским работником с п. «в» ч. 2 ст. 238 УК РФ на ч. 2 ст. 118 УК РФ или ч. 2 ст. 109 УК РФ являются отсутствие доказательств того, что медицинская услуга любому обратившемуся лицу оказывается некачественно, а также неустановление умысла субъекта на оказание небезопасных услуг.

Литература

1. Бреслав И.Ю. Уголовное преследование акушеров-гинекологов за ненадлежащее оказание медицинской помощи // Медицинское право. 2023. № 1. С. 30–33.
2. Канунникова Л.В., Морозова Н.А. Уголовное преследование за ненадлежащее оказание медицинской помощи по ст. 238 УК РФ: обзор судебной практики // Медицинское право. 2021. № 6. С. 51–56.
3. Кратенко М.В. Пределы криминализации врачебных ошибок: подходы в российском и зарубежном праве // Журнал российского права. 2023. № 7. С. 119–132.

4. Степанова И.Б., Соколова О.В. Проблемные вопросы разграничения преступлений, связанных с неоказанием или ненадлежащим оказанием медицинской помощи // Российская юстиция. 2023. № 7. С. 18–26.

Д.А. Венин

Одинцовский городской суд Московской области

Проблемы первоначального этапа расследования уголовных дел о преступлениях, совершенных медицинскими работниками при оказании услуги «ксенонотерапии»

Аннотация. В статье рассмотрены вопросы, связанные с первоначальным этапом расследования преступлений, совершаемых медицинскими работниками при оказании услуги «ксенонотерапии».

Ключевые слова: расследование преступлений, медицинские работники, ксенонотерапия.

Здоровье граждан – это важное условие для стабильного развития страны. Во многом диагностика, лечение и сокращение заболеваний зависят от высокого уровня медицинской деятельности, которая совершенствуется за счет научных достижений в этой сфере. В то же время, как свидетельствует анализ судебной и следственной практики, существуют уголовно-правовые риски, связанные с использованием в преступных целях достижений медицины.

Например, инертный газ ксенон уже длительное время используется в анестезиологии и реаниматологии как средство наркоза и анальгезии. Однако в последнее время стало появляться большое количество лечебных учреждений, которые предлагают услуги так называемой ксенонотерапии – профилактической процедуры, проводимой, в том числе для улучшения сна, повышения работоспособности и снятия нервного напряжения. Такое позиционирование данной процедуры на рынке медицинских услуг, несмотря на высокую стоимость, ведет к большому спросу на нее. К сожалению, следствием этого стал рост числа преступлений со стороны медицинских работников, которые предлагают использовать ксенон для целей, прямо не определяемых стандартами оказания медицинской помощи. В рамках уголовно-правовой охраны здоровья человека недостаточно только установить уголовную ответственность, необходимо своевременно выявить и расследовать преступное деяние. Обеспечить практиков рекомендациями по расследованию преступлений призвана криминалистика.

В современной криминалистической науке сформировалась трехэтапная структура расследования преступлений, в которой выделяют первоначальный, последующий и заключительные этапы¹. Безусловно, самый важный этап

¹ Хазизулин В.Б. Расследование преступлений, совершённых при оказании медицинской помощи. дис. ... канд. юрид. наук. М., 2023. С. 105

расследования преступления – первоначальный. Сведения, собранные и зафиксированные на этой стадии, могут быть использованы в ходе дальнейших этапов расследования преступления посредством формирования на их основе доказательств. При этом в случае несвоевременной фиксации восполнение соответствующих сведений на последующих этапах может стать невозможным либо будет связано со значительными трудностями, которые, в свою очередь, потребуют привлечения существенных организационных ресурсов и проведения большого объема следственных действий.

На первоначальном этапе расследования преступлений, совершенных медицинскими работниками с использованием газа ксенон, необходимо исходить из того, что указанный газ подлежит применению исключительно как средство наркоза и анальгезии¹. Такие положения отражены в стандартах оказания медицинской помощи. Безусловно, медицинская наука допускает отступление от указанных стандартов, однако только лишь при наличии заключения врачебной комиссии. Исходя из этого, следователю на первоначальном этапе расследования необходимо установить, каковы были показания для применения газа ксенон, а также могла ли медицинская организация его использовать в принципе.

В целях установления оснований применения газа ксенон целесообразно на первоначальных этапах производства по делу в качестве специалиста допросить представителя Роспотребнадзора для того, чтобы выяснить, была ли получена медицинской организацией лицензия на оказание медицинской помощи по профилю «Анестезиология и реаниматология». Это связано с тем, что применение ксенона при наличии соответствующего заключения врачебной комиссии осуществляется исключительно в условиях стационара и под контролем медицинского работника, имеющего высшее образование по специальности «Анестезиология и реаниматология». Иное свидетельствует о незаконности проведенной процедуры.

Далее для недопущения сокрытия следов преступления следователю необходимо незамедлительно, руководствуясь положениями ч. 5 ст. 165 УПК РФ, провести обыск в медицинской организации, оказывавшей указанную услугу, в ходе которого следует изъять медицинскую документацию и сам газ с оборудованием, которое использовалось для его введения в организм потерпевшего. К производству обыска важно привлекать должностных лиц территориального органа Росздравнадзора для упрощения поиска и изъятия необходимой медицинской документации и медицинского оборудования, которое могло применяться при проведении услуги.

При производстве обыска необходимо изъять медицинскую документацию, в том числе медицинские карты, протоколы заседаний врачебной комиссии, дневники наблюдений. Кроме того, обязательно следует уделить пристальное внимание поиску и изъятию документов, закрепляющих организационно-штатную структуру медицинской организации, чтобы в дальнейшем установить

¹ Буров Н.Е., Потапов В.Н., Макеев Г.Н. Ксенон в анестезиологии. Клинико-экспериментальные исследования. М.: Пульс; 2000. С. 163

причастность всех лиц, которые имели отношение к оказанию услуги «ксенонотерапия». Среди примеров можно назвать должностные инструкции медицинских работников, заведующего отделением, генерального директора (если медицинская организация является негосударственной), главного врача, а также приказы главного врача, генерального директора. В ходе обыска также можно установить, имелось ли стационарное отделение в медицинской организации.

При производстве данного следственного действия считаем важным выяснить место нахождения и изъять баллон с газом и оборудование, которое могло быть использовано для его введения (например, контур терапевтический ксеноновый ингаляционный КТК-01), а также документацию к нему. Впоследствии на основе этих данных можно будет установить не только непосредственных исполнителей преступления, но и организаторов незаконной деятельности по использованию газа ксенон.

После завершения обыска необходимо провести допрос лица, которое оказывало услугу «ксенонотерапия», и потерпевшего (при наличии возможности), иных очевидцев.

Предлагаемый алгоритм первоначального этапа расследования рассматриваемой категории преступлений видится нам оптимальным и учитывающим необходимость сбора всей совокупности сведений для обеспечения успешного расследования.

Литература

1. Буров Н.Е., Потапов В.Н., Макеев Г.Н. Ксенон в анестезиологии. Клинико-экспериментальные исследования. М.: Пульс; 2000. 356 с.
2. Хазизулин В.Б. Расследование преступлений, совершённых при оказании медицинской помощи: дис. ... канд. юрид. наук. М., 2023. 264 с.

А.М. Гапанович

Институт повышения квалификации и переподготовки
Следственного комитета Республики Беларусь

Об уголовной ответственности за ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей медицинским работником (статья 162 Уголовного кодекса Республики Беларусь)

Аннотация. Конституцией Республики Беларусь гражданам гарантируется право на охрану здоровья, а на государство возлагается обязанность по созданию для них условий доступного медицинского обслуживания. Основой профессиональной деятельности медицинского работника являются обеспечение безопасности пациента при оказании медицинской помощи, его защита от возникающих при лечении осложнений и соответствие оказываемой помощи принятым стандартам. В статье

раскрываются подходы к терминам «ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей», «медицинский работник», «медицинская помощь». Анализируются сложившиеся в Республике Беларусь теория и практика оценки преступлений, совершенных медицинскими работниками при оказании медицинской помощи пациентам.

Ключевые слова: медицинская помощь, неисполнение профессиональных обязанностей, врачебные ошибки, преступления медицинских работников.

Ст. 51 Закона Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435-ХІІ «О здравоохранении»¹ (далее – Закон) требует от медицинских работников квалифицированно выполнять свои должностные и иные обязанности, предусмотренные законодательством республики.

Исходя из определения медицинской деятельности, содержащегося в ст. 1 Закона, к профессиональным обязанностям медицинских работников относятся организация и оказание медицинской помощи, обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения, а также проведение медицинской экспертизы. Наиболее распространенной и востребованной из них является медицинская помощь, которая представляет собой комплекс медицинских услуг, направленных на сохранение, укрепление и восстановление здоровья пациента, изменение и поддержание эстетического вида пациента, включающий медицинскую профилактику, диагностику, лечение, медицинскую абилитацию, медицинскую реабилитацию и протезирование, осуществляемый медицинскими работниками (ст. 1 Закона).

Ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей медицинским работником, повлекшее по неосторожности, установленные в законе общественно опасные последствия, признано законодателем преступлением и влечет уголовную ответственность по ст. 162 «Ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей медицинским работником» Уголовного кодекса Республики Беларусь² (далее – УК).

Основным непосредственным объектом рассматриваемого преступления являются общественные отношения, обеспечивающие безопасность жизни и здоровья человека, нуждающегося в медицинской помощи, а дополнительным – выступают общественные отношения, направленные на соблюдение установленного порядка оказания такой помощи. Потерпевшим от данного преступления является пациент, под которым понимается физическое лицо, обратившееся за медицинской помощью, находящееся под медицинским наблюдением либо получающее медицинскую помощь и (или) в отношении которого проводится медицинская экспертиза (ст. 1 Закона).

¹ Закон Республики Беларусь от 18.06.1993 № 2435-ХІІ (ред. от 25.10.2023) «О здравоохранении». URL: http://ncpi.gov.by/document/?regnum=v19302435&q_id=1237270 (дата обращения: 11.11.2024).

² Ст. 162 Уголовного кодекса Республики Беларусь от 09.07.1999 № 275-3 (ред. от 08.07.2024). URL: <https://etalonline.by/document/?regnum=HK9900275> (дата обращения: 11.11.2024).

Объективная сторона составов комментируемого преступления выражена законодателем деянием в виде ненадлежащего исполнения профессиональных обязанностей медицинским работником, общественно-опасными последствиями – причинением пациенту тяжкого или менее тяжкого телесного повреждения (ч. 1 ст. 162 УК – основной состав), смерть пациента либо заражение вирусом иммунодефицита человека (ч. 2 ст. 162 УК – квалифицированный состав), а также причинно-следственной связью между общественно-опасным деянием и обозначенными общественно опасными последствиями. Автор поддерживает мнение Ю.Е. Духовника и А.В. Ковальчука, полагающих, что по своей сущности рассматриваемое преступление преимущественно совершается путем такой формы деяния, как действие. Вместе с тем, допустима и комбинация действия и бездействия (смешанное бездействие), когда субъект, наряду с совершением действий по исполнению профессиональных обязанностей, не совершает действий, которые должен был совершить. Таким образом, при совершении преступления, предусмотренного ст. 162 УК пациенту оказывается медицинская помощь, но она является либо некачественной, либо неполной, либо не соответствующей нормативным предписаниям¹. Так, врач-хирург – заведующий хирургическим отделением Дубровенской центральной районной больницы привлечен в качестве обвиняемого по ч. 1 ст. 162 УК за то, что обследование 11-летнего ребенка с диагнозом «закрытый перелом левой лучевой и локтевой кисти в типичном месте со смещением отломков» выполнил не в полном объеме, не заподозрил развивающегося осложнения, не назначил необходимые анализы, не произвел термометрию тела, а при усилении отека не снял гипсовую повязку и не принял мер к госпитализации, что привело к омертвлению (гангрене) левой руки пациента и ее ампутации².

Совершить рассматриваемое преступление путем чистого бездействия полагать невозможно, т. к. в таком случае деяние медицинского работника следует квалифицировать по ст. 161 «Неоказание медицинской помощи больному лицу» УК, если оно не обусловлено уважительной причиной. Так, судом Хотимского района Могилевской области за неоказание медицинской помощи больному лицу без уважительных причин осуждена заведующая фельдшерско-акушерским пунктом, которая, ссылаясь на личную занятость

¹ Духовник Ю.Е., Ковальчук А.В. Уголовная ответственность за ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей медицинским работником (статья 162 Уголовного кодекса Республики Беларусь): научный комментарий и вопросы совершенствования законодательства // Предварительное расследование. 2020. № 1 (7). С. 47–53.

² Производство по уголовному делу о непрофессионализме хирурга Дубровенской ЦРБ прекращено. URL: <https://belta.by/incident/view/proizvodstvo-po-ugolovnomu-delu-o-neprofessionalizme-hirurga-dubrovenskoj-tsrb-prekrascheno-158954-2015/> (дата обращения: 11.11.2024).

и неприязнь к пациенту, злоупотребляющему спиртными напитками, отказалась прибыть и оказать ему медицинскую помощь¹.

Анализ научных источников по уголовному праву показал, что в большинстве своем их авторы под «ненадлежащим исполнением профессиональных обязанностей медицинским работником» понимают неправильное или неполное осуществление им своих обязанностей вследствие заблуждения либо ввиду нарушения требований различных нормативных правовых или ведомственных актов.

По конструкции объективной стороны преступления, указанные в ст. 162 УК являются материальными – окончены с момента наступления описанных в законе общественно опасных последствий.

Ю.В. Кухарьков и Н.И. Харкевич, проанализировав практику применения ч. 1 ст. 162 УК, выделяют следующие случаи причинения телесных повреждений при ненадлежащем исполнении профессиональных обязанностей медицинским работником:

1. Нарушение целостности тканей по поводу заболевания, выходящее за пределы оказания необходимой медицинской помощи (*например, при операции по удалению варикозных вен ошибочно удаляется фрагмент артерии, что приводит к ампутации ноги*).

2. Нарушение целостности тканей по поводу травмы, выходящее за пределы оказания необходимой медицинской помощи (*например, при отсутствии проникающего ранения и кровотечения в брюшной полости была разрезана брюшная полость*).

3. Проведение медицинских манипуляций по поводу заболевания или травмы без определения выхода за пределы оказания необходимой медицинской помощи (*например, невыполнение надлежащего обезболивания, вызвавшего шок*).

4. Совершение не тех действий, которые требуются при оказании медицинской помощи, либо ошибочное проведение медицинских манипуляций другому пациенту (*например, ребенку вместо больной левой почки прооперирована здоровая правая*).

5. Формальное оказание медицинской помощи без учета жизненной ситуации (*например, доставка беременной с предродовыми схватками в приемный покой и рекомендация самостоятельно пройти в родильное отделение, в результате происходит выпадение ребенка из родовых путей, что приводит к возникновению у него телесных повреждений*)².

Весьма интересным также является исследование Ю.В. Кухарькова и А.Е. Спирина, в ходе которого выделены ситуационные модели, когда при ненадлежащей медицинской помощи наступает смерть пациента, которые

¹ На Могилевщине впервые осудили медика за неоказание помощи пациенту. URL: <https://www.sb.by/articles/vrach-vsegda-na-rabote.html> (дата обращения 11.11.2024).

² Кухарьков Ю.В., Харкевич Н.И. Причинение телесных повреждений при ненадлежащей медицинской помощи // Законность и правопорядок. 2017. № 1. С. 44–49.

позволяют определять и доказывать признаки состава преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 162 УК:

1. У пациента возникает патологическое состояние, вызвавшее смерть, именно вследствие самих дефектов медицинской помощи (*например, неправильная дача наркоза приводит к гибели структур головного мозга, что и вызывает смерть; при медицинских манипуляциях повреждаются ткани и органы, которые повреждаться не должны, и имеет место выход за пределы, необходимые для оказания медицинской помощи (проникающее в полость черепа повреждение при операции в полости носа)*).

2. У пациента с патологией (травмой или заболеванием), которая очевидно угрожает жизни, при дефектах оказания медицинской помощи наступает смерть. При этом определяется, что медицинская помощь, оказанная адекватно и надлежащим образом, должна была сохранить жизнь пациента (*например, неправильно наложенный жгут при артериальном кровотечении эффективно не останавливает кровотечение, вызвавшее в итоге смерть пациента, сам пациент находится при этом без достаточного наблюдения; при поступлении в больницу с проникающим ранением черепа пациент остался без наблюдения, не был помещен в палату, пока врачи оценивали рентгенограммы он упал с медицинской каталки, получил дополнительную травму головного мозга и скончался*).

Как вариант такой модели может иметь место недооценка тяжести состояния пациента медицинскими работниками (*например, медицинская сестра отделения больницы в вечернее время при жалобах пациента в отделении на головную боль измерила ему артериальное давление, определила его повышение, не вызвала дежурного врача, дала пациенту таблетки для снижения давления. Утром пациент обнаружен мертвым, причина смерти – кровоизлияние в головной мозг от повышенного артериального давления*).

3. У пациента при установленных травмах или заболеваниях, независимо от того, представляют ли они угрозу для жизни, когда по поводу их оказывается медицинская помощь, возникает или обостряется другое заболевание, в дальнейшем приводящее к смерти. В таких модельных ситуациях возможны варианты, которые вполне могут проявляться одновременно: возникшее или обострившееся другое заболевание не диагностировано или диагностировано с опозданием; в отношении другого возникшего или обострившегося заболевания, которое своевременно диагностировано, не предпринимаются надлежащие действия по оказанию медицинской помощи (*например, пациент поступил в хирургическое отделение с заболеванием геморроидальных вен, был прооперирован. В послеоперационный период у него развилось желудочное кровотечение от обострения имеющейся язвы, которая не проявлялась при поступлении пациента в больницу. Технические проблемы с медицинским оборудованием не позволили адекватно оценить его состояние, имела место задержка диагностики, пациент не был своевременно переведен в другое медицинское учреждение, имеющее большие возможности диагностики и лечения*).

4. Пациент погибает при неустановленных обстоятельствах или травме, вызвавших смерть. При этом ошибочно диагностируется другое заболевание или травма, либо патологическое состояние устанавливается с опозданием, возможно, что пациент не обследуется надлежащим методом. Подразумевается, что имелись возможности своевременно и правильно определить патологию и предпринять адекватные медицинские действия по сохранению жизни пациента.

5. У пациента имеется патологическое состояние, которое неизлечимо при имеющихся условиях оказания медицинской помощи; патологическое состояние приводит к смерти; оказываемая медицинская помощь имеет дефекты, однако даже если бы они отсутствовали, сохранить жизнь пациента возможным не представилось бы¹.

Таким образом, в ситуации модели 1 смерть пациента наступает именно в результате дефектов медицинской помощи, а в ситуациях моделей 2-4, медицинская помощь в силу ее дефектов не препятствует наступлению смерти, однако при правильном ее оказании могла предотвратить ее наступление, в связи с чем в описанных деяниях медицинских работников усматривается состав преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 162 УК.

Особенностью доказывания по уголовным делам о рассматриваемых преступлениях является определяющее значение выводов судебно-медицинских экспертиз, в том числе в части установления способа совершения посягательства на жизнь или здоровье пациента. Так как заключение эксперта не имеет преимуществ перед другими источниками доказательств, то при его оценке необходимо тщательно анализировать всесторонне и полно ли проведено исследование, логичны ли выводы. Это требует от следователя знания существа проблемы, понимания природы ятрогенного случая.

Кроме того, для верной уголовно-правовой оценки рассматриваемого деяния медицинского работника необходимо установление причинно-следственной связи между допущенным им нарушением установленного порядка оказания медицинской помощи и наступившими общественно опасными последствиями, что относится исключительно к компетенции следователя, а не экспертной комиссии, которая должна установить содержание причинной связи между факторами, детерминировавшими развитие непосредственной причины неблагоприятного исхода медицинской помощи². Если общественно опасное последствие наступило от естественного течения заболевания, а ненадлежащее оказание медицинской помощи не явилось главной причиной или необходимым

¹ Кухарьков Ю.В., Спирин А.Е. Ситуационные модели ненадлежащей медицинской помощи в случае смерти пациента // Предварительное расследование. 2019. № 1. С. 74–79.

² Комиссионные судебно-медицинские экспертизы качества медицинской помощи по уголовным делам (материалам проверки), связанным с ненадлежащим оказанием медицинской помощи больным лицам: методическое пособие // Информационный бюллетень Следственного комитета Республики Беларусь. Минск, 2015. № 2 (4). С. 299–310.

и достаточным условием наступления данного последствия, то в действиях медицинского работника состав указанного вида преступления будет отсутствовать¹.

Субъект рассматриваемого преступления специальный, физическое вменяемое лицо, достигшее 16-летнего возраста, обязанное оказывать медицинскую помощь – медицинский работник. Под ним понимается физическое лицо, имеющее высшее или среднее специальное медицинское образование, подтвержденное документом об образовании, и в установленном законодательством порядке занимающееся деятельностью, связанной с организацией и оказанием медицинской помощи, обеспечением санитарно-эпидемиологического благополучия населения, проведением медицинских экспертиз (ст. 1 Закона).

С субъективной стороны данное преступление характеризуется неосторожной виной, совершается по легкомыслию либо небрежности. Медицинский работник предвидит, что в результате ненадлежащего исполнения им своих профессиональных обязанностей могут наступить тяжкие последствия, но без достаточных на то оснований рассчитывает на их предотвращение либо не предвидит возможности наступления таких последствий, хотя при должной внимательности и предусмотрительности должен был и мог их предвидеть.

При совершении данного вида преступлений умысел исключается, а при его наличии деяние следует квалифицировать в зависимости от наступивших последствий. Для отграничения на практике преступного легкомыслия медицинского работника от косвенного умысла следователям рекомендуется выявлять возможные первичные мотивы и цели преступления.

Согласно ч. 2 ст. 174 Уголовно-процессуального кодекса Республики Беларусь принятие решений по поступившим заявлениям или сообщениям о преступлениях, предусмотренных ст. 162 УК относится к исключительной компетенции Следственного комитета Республики Беларусь (далее – СК).

В целом количество преступлений данного вида в общей структуре преступности является незначительным. Так, за 9 месяцев 2024 г. всего по республике в территориальные подразделения СК для проведения проверки и принятия решения поступило 390 заявлений (сообщений) о совершении преступлений, предусмотренных ст. 162 УК. По результатам их рассмотрения принято 198 решений об отказе в возбуждении уголовного дела за отсутствием общественно опасного деяния или в деянии состава преступления, а также возбуждено 5 уголовных дел. Кроме этого, в указанный период по 8 уголовным делам рассматриваемой категории расследование окончено. Из них 7 уголовных дел прекращены, а 1 уголовное дело направлено в суд.

¹ Духовник Ю.Е., Ковальчук А.В. Уголовная ответственность за ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей медицинским работником (статья 162 Уголовного кодекса Республики Беларусь): научный комментарий и вопросы совершенствования законодательства // Предварительное расследование. 2020. № 1 (7). С.47–53.

Подытожив, отметим, что несмотря на небольшое количество выявляемых ежегодно преступлений рассматриваемой категории, следственными подразделениями наработана определенная положительная следственная практика. Успешное расследование таких преступлений зависит от правильного понимания следователем особенностей предмета доказывания, высокой организации и планирования своей работы, способности правильно оценить и проанализировать следственную ситуацию первоначально и на последующих этапах расследования.

Литература

1. Духовник Ю.Е., Ковальчук А.В. Уголовная ответственность за ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей медицинским работником (статья 162 Уголовного кодекса Республики Беларусь): научный комментарий и вопросы совершенствования законодательства // Предварительное расследование. 2020. № 1 (7). С. 47–53.
2. Кухарьков Ю.В., Спирин А.Е. Ситуационные модели ненадлежащей медицинской помощи в случае смерти пациента // Предварительное расследование. 2019. № 1. С. 74–79.
3. Кухарьков Ю.В., Харкевич Н.И. Причинение телесных повреждений при ненадлежащей медицинской помощи // Законность и правопорядок. 2017. № 1. С. 44–49.
4. Комиссионные судебно-медицинские экспертизы качества медицинской помощи по уголовным делам (материалам проверки), связанным с ненадлежащим оказанием медицинской помощи больным лицам: методическое пособие // Информационный бюллетень Следственного комитета Республики Беларусь. Минск, 2015. № 2 (4). С. 299–310.

Е.В. Денисов

Национальный исследовательский университет
«Высшая школа экономики»

Общие проблемы выявления и профилактики серийных насильственных преступлений медицинских работников в России и за рубежом

Аннотация. Проблема серийной насильственной преступности не перестаёт быть вызовом для правоохранительных органов России и зарубежных стран. Однако ещё большую опасность представляют преступления, совершённые медицинскими работниками, то есть профессионалами, умеющими эффективно скрывать следы преступлений. В настоящей работе представлен краткий анализ актуальности рассматриваемой проблемы, в том числе с использованием статистических данных, а

также обзор сил и средств и методов, используемых при расследовании серийных насильственных преступлений, совершаемых медицинскими работниками.

Ключевые слова: серийные насильственные преступления, преступления медицинских работников, латентность преступлений, убийства, ятрогения, «врачебные» дела.

В связи с большим общественным резонансом, вызываемым сериями насильственных преступлений, а также высокой трудо- и ресурсозатратностью их расследования¹, проблемы их профилактики и выявления занимают заметное место, как в Российской, так и в зарубежной криминологии и криминалистике. Посему тема серийной насильственной преступности и конкретных преступлений (СНП), в целом, выглядит вполне разработанной, как в части типологизации личности субъектов, так и в разрезе основных факторов криминогенеза такого рода криминальных посягательств.

Между тем, малоисследованной является тема особенностей СНП в той или иной профессиональной сфере, то есть в плане влияния на криминологическую и криминалистическую характеристику² преступления профессии и рода занятий субъекта.

В этой связи специфической актуальностью обладает проблема эффективности выявления и профилактики СНП, совершаемых медицинскими работниками, в особенности в связи с исполнением служебных обязанностей.

Обусловлено это в основном тем, что именно эта категория лиц обладает специальными знаниями, позволяющими наиболее эффективно скрывать и маскировать свою преступную деятельность, инсценируя некриминальные события, то есть не связанные с их действиями прямой причинно-следственной связью.

В целом тематика влияния того или иного рода занятий в большей степени являлась предметом изучения виктимологии³. Между тем вопрос влияния рода занятий на склонность или же специфику поведения при совершении насильственных преступлений в отечественной и зарубежной литературе всестороннее до сих пор не исследован. Так, вероятно, под влиянием диалектико-материалистических воззрений Р.С. Белкина, тема отражения навыков и привычек преступников, связанных с их некриминальной деятельностью, изучалась только в рамках криминалистики, в частности, в работах В.Н. Чулахова⁴, и освещала, в основном, поведенческий аспект проблемы.

¹ Quinet K. The missing missing: Toward a quantification of serial murder victimization in the United States // Homicide studies. 2007. Vol. 11. №. 4. P. 319-339.

² Под криминалистической характеристикой, в данном случае, понимается характерная совокупность материальных следов преступления.

³ Например, изучение виктимизации среди лиц, занимающихся проституцией. См. например: Quinet K. Prostitutes as victims of serial homicide: Trends and case characteristics, 1970-2009 // Homicide Studies. 2011. Vol. 15. №. 1. P. 74-100.

⁴ Чулахов В. Н. Криминалистическое учение о навыках и привычках человека. М., 2007. С.154, 159-159.

Что касается зарубежных исследований, то таковые, напротив, сфокусированы на криминологической тематике. Например, хорошо известен ряд работ о взаимосвязях работы на скотобойнях с психопатиями и склонностью к сексуальному насилию¹.

Однако говоря об умышленных насильственных преступлениях² медицинских работников, наблюдается заметный перекося в сторону исследований зарубежных источников, поскольку сколь-нибудь специализированных работ о специфике профессиональной преступности медработников, особенно с фокусом на СНП, в открытых источниках не обнаруживается.

Между тем, ситуация с выявлением СНП медработников не может быть охарактеризована однозначно положительно, даже по косвенным признакам.

Так, исходя из проанализированных статистических показателей по, в основном, «медицинскому» составу статьи 124 УК РФ за 2016–2023 года³, можно наблюдать, что, в большинстве случаев, более половины уголовных дел по данной статье приостанавливается за неустановлением лица, подлежащего уголовной ответственности, а до направления в суд доходит весьма небольшая часть от зарегистрированных (см. табл.1).

Таблица 1

Данные формы №1-ЕГС по статье 124 УК РФ за 2016–2023 года

Год	Зарегистрировано в отчётном периоде	Направлено с обвинительным заключением в суд	Приостановлено на основании п. 1 ч.1 ст. 208 УПК РФ
2023	28	5	21
2022	30	2	28
2021	41	5	20
2020	32	9	16
2019	39	6	21
2018	45	12	25
2017	41	7	22
2016	48	7	34

Одновременно стоит указать на высокую латентность преступлений медицинских работников (ятрогений) вообще, поскольку, в зависимости от характеристик их действий (бездействия) они могут быть привлечены к ответственности по части 2 статьи 109 или 238 УК РФ. При этом, данные судебной и полицейской статистики не позволяют в должной мере оценить уровень преступности именно среди рассматриваемой профессиональной категории (во всяком случае, в открытых данных).

¹ Slade J., Alleyne E. The psychological impact of slaughterhouse employment: A systematic literature review //Trauma, Violence, & Abuse. 2023. Vol. 24. №. 2. P. 429-440.

² В абсолютном большинстве случаев – убийств.

³ На основании данных формы № 1-ЕГС-1, код 491 ГИАЦ МВД России за 2016–2023 года.

Применительно к СНП медицинских работников, ситуация, на наш взгляд, складывается ещё сложнее.

Если условно «обычные» СНП, за исключением связанных с безвестным исчезновением жертв, редко характеризуются высокой латентностью, то совершённые медработниками – напротив, поскольку, как уже было сказано, совершаются профессионалами, способными к высокоэффективной инсценировочной деятельности или же просто к сокрытию обстоятельств содеянного.

Кроме этого, в России, к сожалению, в целом не развита система выявления серийных насильственных преступлений, а специалисты по таковым не имеют достаточной квалификации и представлены в крайне небольшом количестве¹.

Принимая во внимание эти факторы, зарубежными криминологами и криминалистами разрабатываются специальные методики выявления и оперативно-розыскной профилактики такого рода преступлений.

Логично, что, при выявлении за рубежом (в основном, в Англии и США) СНП медработников основной фокус делается на проверку достоверности версий и сбор информации, доказывающей или опровергающей таковые.

Основными инструментами для такой работы служат: 1) статистический анализ летальности у пациентов, к которым имел доступ тот или иной медицинский работник и 2) подробный опрос родственников умершего о течении заболевания, медицинских манипуляциях, поведении медперсонала².

Кроме того, довольно часто серийных убийств медицинскими работниками сопровождается иными противоправными действиями³, в частности, хищением сильнодействующих препаратов с целью совершения преступления, фальсификация медицинской документации.

Однако надо отметить, что изучение такого объёма материалов и осуществление оперативно-розыскных мероприятий требует не только более обширного штата сотрудников, чем имеющиеся в уполномоченных подразделениях МВД и СК России, но и наличия у них специальных знаний в области медицины, нормативных требований к медицинской документации и, в ряде случаев, психологии. При этом, в Центральном аппарате СК России проблемой СНП занимается около 15 человек, а в МВД России – около 5.

В этой связи полагаем, что выявление СНП медицинских работников в России нельзя признать достаточно эффективным. Одновременно, несмотря на остроту проблемы⁴ правонарушений медицинских работников вообще, ресурсы,

¹ Denisov E. Chasing Yesterday: Struggle for Digitalization in Serial Violent Crimes Investigation in Russia //Legal Issues in the Digital Age. 2023. Vol.4. №4. P. 68–91.

² Cather K.H. Serial Killers, Hidden Murders: The Prosecution of Health Care Professionals Who Kill Patients //The Prosecutor. 2004. Vol. 37. №1. P. 18.

³ Griffiths D., Sanders A. (ed.). Bioethics, Medicine and the Criminal Law: Volume 2, Medicine, Crime and Society. – Cambridge University Press, 2013. P. 20.

⁴ Интервью Председателя СК России Александра Бастрыкина "Российской газете" URL: <https://sledcom.ru/press/interview/item/1480196/?print=1> (дата обращения: 12.11.2024)

выделяемые на её решение, видятся недостаточными. Достаточно лишь обратить внимание на длительность производства судебно-медицинских экспертиз по «врачебным» делам в судебно-экспертных учреждениях СК России...

В тоже время стоит сказать об отсутствии, во всяком случае в рамках криминалистической науки, адекватного понятийно-методологического аппарата для академического изучения явления СНП в силу глубокой укоренённости в этой области знания концепций диалектического материализма, внедрённых Р.С. Белкиным¹.

Литература

1. Cather, K.H. (2004) Serial Killers, Hidden Murders: The Prosecution of Health Care Professionals Who Kill Patients. *The Prosecutor*, vol. 37, no. 1, p. 18.
2. Denisov, E. (2023) Chasing Yesterday: Struggle for Digitalization in Serial Violent Crimes Investigation in Russia. *Legal Issues in the Digital Age*, vol. 4, no 4, pp. 68–91.
3. Griffiths, D., Sanders, A. (ed.). (2013) Bioethics, Medicine and the Criminal Law: volume 2, Medicine, Crime and Society. Cambridge University Press, p. 20.
4. Quinet, K. (2007) The missing missing: Toward a quantification of serial murder victimization in the United States. *Homicide studies*, vol. 11, no. 4. pp. 319–339.
5. Slade, J. & Alleyne, E. (2023) The psychological impact of slaughterhouse employment: A systematic literature review. *Trauma, Violence, & Abuse*, vol. 24, no. 2. pp. 429–440.
6. Толстолицкий В.Ю. Закономерности криминалистической теории отражения, присущие субъективному этапу // Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского. 2008. № 2. С. 203–209.
7. Чулахов В.Н. Криминалистическое учение о навыках и привычках человека. М., 2007. 288 с.

В.О. Захарова

Московская академия Следственного комитета Российской Федерации
имени А.Я. Сухарева

О некоторых следственных ошибках, допускаемых в ходе расследования ятрогенных преступлений

Аннотация. В данной статье рассмотрена сущность и последствия следственных ошибок. Даны рекомендации по минимизации ошибок, допускаемых следователями.

¹ Толстолицкий В.Ю. Закономерности криминалистической теории отражения, присущие субъективному этапу // Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского. 2008. № 2. С. 203–209.

Приведены примеры следственных ошибок и их последствия по уголовным делам об ятрогенных преступлениях.

Ключевые слова: доказательство; ненадлежащее оказание медицинской помощи; оправдательный приговор; следственные ошибки; расследование; следователь; уголовное дело.

В ходе расследования значительного количества преступлений следователями допускаются ошибки как правового, так и неправового характера¹. Это напрямую не зависит ни от стажа работы, ни от возраста или пола следователя. В целом, безошибочной любая деятельность быть не может. Однако последствия следственных ошибок настолько серьезны, что в ходе осуществления всех видов контролей они должны своевременно выявляться и устраняться.

Не менее серьезны последствия могут наступить и в ходе ненадлежащего оказания медицинской помощи. Поэтому качеству расследования данной категории уголовных дел уже традиционно и обоснованно уделяется особое внимание. Приведем примеры типичных следственных ошибок.

1. Судебная коллегия по уголовным делам Тюменского областного суда 16.04.2019 отменила приговор в отношении Ч. в части осуждения его по п. «б» ч.2 ст. 238 УК РФ, и в этой части уголовное дело возвращено прокурору для устранения препятствий рассмотрения уголовного дела судом.

Ч. осужден по п. «в» ч. ст. 238 УК РФ, Т. – по ч. 2 ст. 118 УК РФ. Врач Ч. и анестезиолог Т. проводили плановую операцию Г., в ходе которой, а также непосредственно после ее проведения у последнего в исходе продолжительной гипоксии и перенесенной клинической смерти развились неблагоприятные последствия. Здоровью Г. причинен тяжкий вред. При этом имелись противопоказания к проведению операции, бригада скорой медицинской помощи вызвана несвоевременно.

В нарушение ч. 1 ст. 220 УПК РФ при описании преступления, предусмотренного п. «в» ч. 2 ст. 238 УК РФ, не указано, нарушение каких специальных правил, допущенных Ч., находится в причинно-следственной связи с наступившими последствиями в виде причинения тяжкого вреда здоровью Г.

Ссылка на нарушение ст. 84 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», ст. 4 Федерального закона от 07.02.1992 № 23001 «О защите прав потребителей», Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «оториноларингология», утв. Приказом Министерства Здравоохранения РФ от 12.11.2012 № 905н неправомерна, поскольку эти нормативные правовые акты не содержат правил безопасности жизни и здоровья потребителей.

После производства дополнительного расследования в прокуратуру поступило уголовное дело по обвинению Ч. в совершении преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 124 УК РФ, которое 10.08.2020 возвращено для

¹ См.: Захарова В.О. О классификации следственных ошибок // Бизнес в законе. Экономико-юридический журнал. 2014. № 5. С. 142–144.

производства дополнительного следствия и устранения выявленных недостатков в связи с нарушением требований ст. 220 УПК РФ.

Из заключения комплексной судебно-медицинской экспертизы (единственная по делу, проведена во время первоначального расследования) следует, что недостаточный интераоперационный мониторинг параметров дыхательной и сердечно-сосудистой систем со стороны анестезиолога (Т., осужденного за это деяние) привел к несвоевременному выявлению острой гипоксии, в связи с чем у Г. развились неблагоприятные последствия, которые находятся в прямой причинно-следственной связи с причинением тяжкого вреда его здоровью. Остальные дефекты оказания медицинской помощи не являются причиной развития этих неблагоприятных последствий, создали неблагоприятные условия для возникновения и прогрессирования таковых.

Кроме того, не имеется сведений о том, возможно ли было избежать тяжких последствий для здоровья Г. при своевременном оказании медицинской помощи.

2. Йошкар-Олинский городской суд Республики Марий Эл 06.08.2019 оправдал Ю. по предъявленному ей обвинению в совершении преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 109 УК РФ в связи с отсутствием в ее действиях состава преступления.

Е. 02.06.2010 переведен в реанимационное отделение, где дежурным врачом-анестезиологом-реаниматологом являлась Ю.

При осмотре Е. установлено его тяжелое состояние, которое вскоре резко ухудшилось, в 00 час. 55 мин. 03.06.2010 отмечена потеря сознания, реанимационные мероприятия проводились в течение часа без эффекта, в 01 час. 55 мин. зафиксирована смерть Е.

Ю. обвинялась в необоснованном назначении Е. препарата «капотен»; нет детализации доступного для объективного осмотра отека с прогнозированием связанного с ним риска; продолжении медикаментозной терапии вместо интубации трахеи и других мероприятий; отсутствии наблюдения в определенный период времени, объективного осмотра и оценки общего состояния Е.; не прогнозировании трудной интубации трахеи; при ухудшении состояния Е. и переводе его на ИВЛ не обеспечении 100% инсuffляции кислорода; некорректном выполнении мероприятий сердечно-легочной реанимации (не введен в установленном порядке адреналин; проведена электрическая дефибрилляция сердца малым разрядом, при отсутствии сердечных сокращений).

Причиной смерти Е. явился ангионевротический отек неясной этиологии, сопровождавшийся прогрессированием гипоксического состояния, развитием отека легких, отека-набухания головного мозга. Установлено наличие у Е. тяжелых сопутствующих заболеваний. Лечение ангионевротического отека начато своевременно.

Экспертами установлено, что смерть Е. наступила от острой дыхательной недостаточности тяжелой степени, развившейся как осложнение ангионевротического отека, связана как с тяжестью этого развившегося отека, так и допущенными недостатками в оказании медицинской помощи.

Эксперты подтвердили вывод об отсутствии возможности объективно высказаться о тяжести причиненного вреда здоровью Е. и о наличии прямой причинно-следственной связи только между допущенными недостатками оказания медицинской помощи и наступлением его смерти.

В судебном заседании установлено, что препарат «капотен» не был противопоказан Е.; введение адреналина было показано с момента наступления клинической смерти, при клинической картине аллергической реакции, имевшейся у Е., адреналин не являлся препаратом первого выбора, был противопоказан Е. в связи с повышенным артериальным давлением, препарат вводился своевременно; показаний для интубации трахеи (перевода на ИВЛ) в указанное в обвинении время у Е. не имелось; интубация трахеи Е. не является трудной, проведена успешно и своевременно; инсuffляция кислорода 40-50% была достаточной; дефектов при проведении дефибрилляции не выявлено; конкретных требований по детализации отека слизистых полости рта, глотки и гортани при описании в медицинских картах в действующих нормативных документах не содержится. Реанимационные мероприятия проводились в больший, чем это установлено, период времени.

Причина возникновения ангионевротического отека у Е. не выявлена, течение данной реакции организма было не типичным. По неизвестной причине артериальное давление было очень высоким (гипертонический криз), что не свойственно ангионевротическому отеку.

Ненадлежащее ведение Ю. медицинской карты – дневника реаниматолога (скудность сведений) не связано с наступлением смерти Е.

Стандарты, правила, регламентирующие осуществление реанимационных мероприятий при оказании медицинской помощи в лечебном учреждении, в 2010 г. отсутствовали.

Кроме того, хотя Ю. вменено преступное бездействие при оказании медицинской помощи Е., в фабуле обвинения описаны её действия по оказанию медицинской помощи, допущенные при этом дефекты, что является противоречием. Не конкретизировано, какие именно из профессиональных обязанностей нарушила Ю. (в соответствии с ее должностной инструкцией), что привело к причинению смерти Е.

3. Костромской областной суд 16.11.2020 отменил приговор Вохомского районного суда Костромской области от 20.07.2020, которым Г. признана виновной в совершении преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 109 УК РФ, и на основании п. 2 ч. 1 ст. 24 УПК РФ оправдал ее за отсутствием в деянии состава преступления.

Г. признана виновной в том, что, являясь врачом-рентгенологом Больницы № 1 и по совместительству – врачом-хирургом амбулаторно-поликлинического отделения, 13.03.2018, осмотрев П., поступившего в этот день с диагнозом: «состояние после удаления (прижигания) полипа сигмовидной кишки, болевой синдром», зная, что 12.03.2018 П. в Больнице № 2 проведена колоноскопия с полипэктомией и что среди возможных осложнений после данной операции может возникнуть перитонит на фоне перфорации стенки кишки в месте

удаления полипа, не обеспечила незамедлительное выполнение диагностических манипуляций для установления наличия у П. перфорации толстой кишки, и не предприняла мер для предотвращения развития перитонита.

15.03.2018 Г. выписан с диагнозом «Состояние после прижигания полипа сигмы, болевой синдром» и доставлен в Больницу № 2, 30.03.2018 – в экстренном порядке в Больницу № 3, где 06.06.2018 констатирована его смерть, наступившая как следствие закономерных осложнений перфорации толстого кишечника после удаления полипа толстой кишки – разлитого калового перитонита, абдоминального сепсиса, кахексии.

Причинная связь между действиями (бездействием) Г. и наступившими последствиями не установлена.

Суд первой инстанции принял за основу своих выводов заключения комиссионных судебно-медицинских экспертиз от 24.06.2019 и от 31.03.2020, но их содержание не проанализировал, с фактическими данными, установленными в судебном заседании, не сопоставил, по ряду вопросов немотивированно отдал предпочтение выводам первого заключения.

Из материалов уголовного дела следует, что 13.03.2018 при поступлении П. в больницу Г. незамедлительно убедилась в отсутствии признаков перфорации кишечника и развития перитонита; 14.03.2018 при проведении ультразвукового исследования органов, при осмотре П., причем не только Г., признаков перитонита не выявлено.

Указывая в приговоре на давность развития перитонита у П. как 2-3 суток до оперативного вмешательства 15.03.2018, суд сослался на результаты судебно-гистологического исследования, приложенного к заключению от 24.06.2019, хотя в нем давность развития перитонита определена предположительно.

В соответствии с заключением экспертизы от 31.03.2020 на момент поступления в стационар Больницы № 1 и вплоть до осмотра 15.03.2018 клиническая картина перитонита у П. отсутствовала. Показаний для приглашения врача-консультанта не имелось, лечащий врач хирургического отделения является соответствующим врачом-специалистом. К тому же 14.03.2018 П. осмотрен Г. совместно с директором департамента здравоохранения области, по специальности хирургом, и главным врачом Больницы № 2 анестезиологом Н. Дефекты оказания медицинской помощи П. в Больнице № 1 не явились причиной развития перфорации стенки кишки и перитонита, не ускорили его закономерное развитие; данные дефекты снизили шансы П. на благоприятный исход, который в данном случае отчасти зависел от своевременности и адекватности медицинской помощи.

Согласно показаниям эксперта, при перфорации толстой кишки, практически в первые минуты возникают признаки перитонита, обоснованно утверждать о его развитии можно, начиная с 03:15 час. 15.03.2018. Наличие указанных экспертом признаков перитонита у П. в период нахождения его в Больнице № 1 13 и 14.03.2018 не установлено.

Выводы о несвоевременном диагностировании перитонита, как следует из показаний эксперта, относятся к диагнозу: «Обострение хронического панкреатита, болевой синдром», выставленному дежурным врачом, а не Г.

Кроме того, из Больницы № 1 П. в действительности выписан с диагнозом: «Прободение полого органа (сигмы), острый каловый перитонит».

По мнению эксперта, с момента возникновения клинической картины перитонита операция должна быть проведена в течение 2-6 час. В противном случае шансы на излечение больного резко уменьшаются. П. поступил в Больницу № 2 через 5 часов с момента возникновения клинической картины перитонита, но взят на операцию только в 15 час. 45 мин.

Из заключения экспертов не следует, что в случае проведения вышеуказанных диагностических мероприятий благоприятный исход мог быть гарантирован и наступление смерти исключалось.

По мнению эксперта, после колоноскопии П. необходимо было госпитализировать в Больницу № 2 и следить за его состоянием, только тогда с высокой долей вероятности П. остался бы жив.

4. Промышленный районный суд г. Смоленска 30.04.2019 возвратил прокурору для устранения препятствий рассмотрения его судом уголовное дело в отношении П., обвиняемого в совершении преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 124 УК РФ.

Дежурный врач-нейрохирург П. обвинялся в неоказании без уважительных причин медицинской помощи И., доставленному 11.06.2017 в больницу с диагнозом врача скорой помощи «закрытая черепно-мозговая травма».

По результатам судебного следствия установлены существенные фактические обстоятельства, не указанные в обвинительном заключении:

- обстоятельства получения И. травмы с последующей длительной потерей им сознания, речи и способности самостоятельно передвигаться, игнорирование П. тяжелого состояния И., нуждавшегося в госпитализации и оказании ему неотложной медицинской помощи;

- небрежный осмотр П. в течение 40 секунд;

- внесение П. в официальный документ – медицинскую карту И. – заведомо ложных сведений о его удовлетворительном состоянии;

- организация П. оформления фиктивного акта о самовольном уходе И. из больницы и фиктивной выписки И. из больницы через 5 минут после поступления больного в связи с его якобы отказом от экстренной госпитализации, уходом без осмотра; постановка при этом И. не соответствовавшего его тяжелому состоянию диагноза «ушибы и ссадины мягких тканей головы и лица, алкогольное опьянение».

Тем самым установлены фактические обстоятельства, указывающие на наличие оснований для увеличения фактического объема обвинения, конкретизации события, способа преступления, что свидетельствует о нарушении ч. 1 ст. 220 УК РФ.

5. Костромской областной суд 16.11.2020 отменил приговор Вохомского районного суда Костромской области от 20.07.2020, которым Г. признана в

виновной в совершении преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 109 УК РФ, и на основании п. 2 ч. 1 ст. 24 УПК РФ оправдал ее за отсутствием в деянии состава преступления.

Г. признана виновной в том, что, являясь врачом-рентгенологом Больницы № 1 и по совместительству – врачом-хирургом амбулаторно-поликлинического отделения, 13.03.2018, осмотрев П., поступившего в этот день с диагнозом: «состояние после удаления (прижигания) полипа сигмовидной кишки, болевой синдром», зная, что 12.03.2018 П. в Больнице № 2 проведена колоноскопия с полипэктомией и что среди возможных осложнений после данной операции может возникнуть перитонит на фоне перфорации стенки кишки в месте удаления полипа, не обеспечила незамедлительное выполнение диагностических манипуляций для установления наличия у П. перфорации толстой кишки, и не предприняла мер для предотвращения развития перитонита.

15.03.2018 Г. выписан с диагнозом «Состояние после прижигания полипа сигмы, болевой синдром» и доставлен в Больницу № 2, 30.03.2018 – в экстренном порядке в Больницу № 3, где 06.06.2018 констатирована его смерть, наступившая как следствие закономерных осложнений перфорации толстого кишечника после удаления полипа толстой кишки – разлитого калового перитонита, абдоминального сепсиса, кахексии.

Причинная связь между действиями (бездействием) Г. работника и наступившими последствиями не установлена.

Суд первой инстанции принял за основу своих выводов заключения комиссионных судебно-медицинских экспертиз от 24.06.2019 и от 31.03.2020, но их содержание не проанализировал, с фактическими данными, установленными в судебном заседании, не сопоставил, по ряду вопросов немотивированно отдал предпочтение выводам первого заключения.

Из материалов уголовного дела следует, что 13.03.2018 при поступлении П. в больницу Г. незамедлительно убедилась в отсутствии признаков перфорации кишечника и развития перитонита; 14.03.2018 при проведении ультразвукового исследования органов, при осмотре П., причем не только Г., признаков перитонита не выявлено.

Указывая в приговоре на давность развития перитонита у П. как 2-3 суток до оперативного вмешательства 15.03.2018, суд сослался на результаты судебно-гистологического исследования, приложенного к заключению от 24.06.2019, хотя в нем давность развития перитонита определена предположительно.

В соответствии с заключением экспертизы от 31.03.2020 на момент поступления в стационар Больницы № 1 и вплоть до осмотра 15.03.2018 клиническая картина перитонита у П. отсутствовала. Показаний для приглашения врача-консультанта не имелось, лечащий врач хирургического отделения является соответствующим врачом-специалистом. К тому же 14.03.2018 П. осмотрен Г. совместно с директором департамента здравоохранения области, по специальности хирургом, и главным врачом Больницы № 2 анестезиологом Н. Дефекты оказания медицинской помощи П. в Больнице № 1 не явились причиной развития перфорации стенки кишки и

перитонита, не ускорили его закономерное развитие; данные дефекты снизили шансы П. на благоприятный исход, который в данном случае отчасти зависел от своевременности и адекватности медицинской помощи.

Согласно показаниям эксперта, при перфорации толстой кишки, практически в первые минуты возникают признаки перитонита, обоснованно утверждать о его развитии можно, начиная с 03:15 час. 15.03.2018. Наличие указанных экспертом признаков перитонита у П. в период нахождения его в Больнице № 1 13 и 14.03.2018 не установлено.

Выводы о несвоевременном диагностировании перитонита, как следует из показаний эксперта, относятся к диагнозу: «Обострение хронического панкреатита, болевой синдром», выставленному дежурным врачом, а не Г.

Кроме того, из Больницы № 1 П. в действительности выписан с диагнозом: «Прободение полого органа (сигмы), острый каловый перитонит».

По мнению эксперта, с момента возникновения клинической картины перитонита операция должна быть проведена в течение 2-6 час. В противном случае шансы на излечение больного резко уменьшаются. П. поступил в Больницу № 2 через 5 часов с момента возникновения клинической картины перитонита, но взят на операцию только в 15 час. 45 мин.

Из заключения экспертов не следует, что в случае проведения вышеуказанных диагностических мероприятий благоприятный исход мог быть гарантирован и наступление смерти исключалось.

По мнению эксперта, после колоноскопии П. необходимо было госпитализировать в Больницу № 2 и следить за его состоянием, только тогда с высокой долей вероятности П. остался бы жив.

6. Промышленный районный суд г. Смоленска 30.04.2019 возвратил прокурору для устранения препятствий рассмотрения его судом уголовное дело по обвинению П. в совершении преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 124 УК РФ.

Дежурный врач-нейрохирург П. обвинялся в неоказании без уважительных причин медицинской помощи И., доставленному 11.06.2017 в больницу с диагнозом врача скорой помощи «закрытая черепно-мозговая травма».

По результатам судебного следствия установлены существенные фактические обстоятельства, не указанные в обвинительном заключении:

- обстоятельства получения И. травмы с последующей длительной потерей им сознания, речи и способности самостоятельно передвигаться, игнорирование П. тяжелого состояния И., нуждавшегося в госпитализации и оказании ему неотложной медицинской помощи;

- небрежный осмотр И. П. в течение 40 секунд;

- внесение П. в официальный документ – медицинскую карту И. – заведомо ложных сведений о его удовлетворительном состоянии;

- организация П. оформления фиктивного акта о самовольном уходе И. из больницы и фиктивной выписки И. из больницы через 5 минут после поступления больного в связи с его якобы отказом от экстренной госпитализации, уходом без осмотра; постановка при этом И. не

соответствовавшего его тяжелому состоянию диагноза «ушибы и ссадины мягких тканей головы и лица, алкогольное опьянение».

Тем самым установлены фактические обстоятельства, указывающие на наличие оснований для увеличения фактического объема обвинения, конкретизации события, способа преступления, что свидетельствует о нарушении ч. 1 ст. 220 УК РФ¹.

Своевременное неустранение нарушений норм права и технических недоработок в ходе ведомственного и судебного контроля, прокурорского надзора, а также самоконтроля, может повлечь как избежание наказания виновным, так и привлечение невинного к уголовной ответственности².

Литература

1. Захарова В.О. Об отдельных направлениях контроля руководителя следственного органа за расследованием преступлений // Вестник Академии Следственного комитета Российской Федерации. 2020. № 3(25). С. 68–72.
2. Захарова В.О. О классификации следственных ошибок // Бизнес в законе. Экономико-юридический журнал. 2014. № 5. С. 142–144.
3. Захарова В.О. О некоторых требованиях к осуществлению прокурорского надзора за предварительным следствием // Расследование преступлений: проблемы и пути их решения. 2017. № 2(16). С. 99–102.
4. Новейшие следственные ошибки / под ред. Ю.А. Цветкова. М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2021. 415 с.
5. Цветков Ю.А. Игры, в которые играют судьи. М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2023. 385 с.

¹ Эти примеры см.: Новейшие следственные ошибки / под ред. Ю.А. Цветкова. М., 2021.

² См., например: Захарова В.О. Об отдельных направлениях контроля руководителя следственного органа за расследованием преступлений // Вестник Академии Следственного комитета Российской Федерации. 2020. № 3(25). С. 68–72; Захарова В.О. О некоторых требованиях к осуществлению прокурорского надзора за предварительным следствием // Расследование преступлений: проблемы и пути их решения. 2017. № 2(16). С. 99–102; Цветков Ю.А. Игры, в которые играют судьи. М., 2023.

Проблемы расследования ятрогенных преступлений, связанные с производством и оценкой судебно-медицинских экспертиз

Аннотация. В статье авторы рассматривают проблемы, связанные с производством и оценкой судебно-медицинских экспертиз (СМЭ), а именно: отсутствие регламентации сроков проведения СМЭ и оценки выводов СМЭ, проблемы разграничения заведомо ложного умысла и экспертного суждения в заключениях СМЭ, проблемы расследования преступлений по ст. 307 УК РФ. Предложены конкретные меры по решению вышеуказанных проблем.

Ключевые слова: ятрогенные преступления, судебно-медицинская экспертиза, заведомо ложные заключения.

При расследовании ятрогенных преступлений именно заключение судебно-медицинской экспертизы (СМЭ) играет решающую роль.

Одной из основных проблем при проведении СМЭ экспертиз является затягивание сроков ее производства, которые на практике никак не регламентированы, при этом ни СК РФ, ни прокуратура не могут повлиять на многочисленные ситуации, когда мы наблюдаем затягивание (в том числе умышленное) сроков производства СМЭ на целые годы со стороны проводящих организаций, в том числе ввиду корпоративной солидарности медицинских работников. Так, к производству СМЭ, выполняемых в СЭЦ СК РФ, привлекаются эксперты из числа гражданских специалистов, не состоящих в штате СЭЦ СК РФ, т.е. тех же самых специалистов, которые привлекаются и экспертными учреждениями системы здравоохранения, что не позволяет исключить элементы коллегальности и профессионального «единства» в отношении привлекаемых медицинских работников.

Все это приводит к освобождению от уголовной ответственности виновных лиц по истечению сроков давности (ст.109 УК РФ, ст.118 УК РФ), и, как результат, к дальнейшей общественной опасности, так как безграмотные врачи продолжают работать и доводить до смерти своим ненадлежащим лечением еще больше граждан РФ.

Отсутствие ответственности за затягивание и нарушение сроков производства экспертиз позволяет организациям, проводящим СМЭ (БСМЭ, СЭЦ), бесконечно продлевать сроки производства экспертиз по объективным или субъективным причинам, нарушая права потерпевших на справедливое расследование уголовных дел.

Проблема осложняется тем, что следователи при осуществлении предварительного следствия по уголовным делам, связанных с ятрогенными преступлениями, выносят постановления о назначении СМЭ, не указывая в них

сроки выполнения такой экспертизы, что на законодательном уровне не противоречит УПК РФ. Как результат, производство таких экспертиз, в основном комиссионных или комплексных, затягивается не менее чем на год, достигая двух, трёх и более лет.

Получив СМЭ, следователь обнаруживает, что при производстве судебно-медицинской экспертизы имелись процессуальные нарушения, в частности, достаточно распространённым нарушением является то, что выводы заключения делаются без участия в экспертном исследовании необходимых специалистов в соответствии с номенклатурой специальностей, утверждённой Министерством здравоохранения РФ. Например, подмена участия в экспертизе специалиста врача-эндокринолога, пульмонолога или кардиолога – специалистом-терапевтом; травматолога-ортопеда – общим хирургом. Как результат, назначается дополнительная экспертиза.

При мотивированном несогласии сторон с выводами проведенной СМЭ (неполное исследование, необъективное, проведенное не на строго научной и практической основе и т.д.) по делу может назначаться, в том числе и неоднократно, повторная СМЭ, что приводит к длительности расследования ятрогенных преступлений до 10 лет и более, так как сроки производства экспертиз на практике никак не регламентированы, никакая ответственность за нарушение и затягивание сроков не предусмотрена.

Актуальной проблемой также является оценка выводов судебно-медицинских экспертиз следователями, когда выводы экспертизы научно не обоснованы либо являются заведомо ложными. Например, вывод, указанный в комиссионной СМЭ по уголовному делу № 12202600017000044 (в производстве СУ СК РФ по Ростовской области) о том, что «неназначение антибактериальной терапии пациентке с двухсторонней пневмонией не повлияло» на ухудшение её состояния здоровья, при том что пациентка умерла, так и не получив антибактериальной терапии. Наивно полагать, что эксперты, проводившие данные СМЭ и составляющие выводы заключения, не имеют элементарных знаний в медицине, что антибиотики *должны* назначаться при пневмонии. Следует отметить, что данная СМЭ проводилась в ГБУ РО БСМЭ (Ростовская область), что повлекло назначения повторной СМЭ в ЮФ СЭЦ СК РФ, которая выявила в данном случае прямую причинно-следственную связь. Но из-за якобы противоречивости двух экспертиз была назначена третья СМЭ в СЭЦ СК РФ (г. Москва), которая длится уже более полутора лет. И в данном конкретно случае, и в абсолютном большинстве других уголовных дел, контроль качества выполняемых экспертиз отсутствует, да и законодательно он не установлен; обоснованные выводы экспертизы подменяются предположениями и мнениями отдельно взятого эксперта, а не его умыслом, эксперты не несут никакой ответственности за антинаучные и заведомо ложные заключения. При этом следователь по вышеназванному уголовному делу № 12202600017000044 при назначении третьей повторной экспертизы в СЭЦ СК РФ (г. Москва) четко не обосновал её назначение, критически не оценил выводы уже произведенной повторной СМЭ в ЮФ СЭЦ СК РФ, не указал, в чем возникли сомнения.

В данном случае проблемным остается вопрос разграничения *заведомо ложного заключения (с умыслом)* и *экспертного суждения* в заключениях СМЭ, имеющих значение для возбуждения уголовных дел по ст. 307 УК РФ прежде всего в случаях, когда эксперты якобы не видят и не хотят видеть дефекты, в том числе находящиеся в прямой причинно-следственной связью со смертью пациентов или причинением тяжкого вреда. Ведь заблуждение или ошибка исключают уголовную ответственность. Здесь следует руководствоваться Постановлением Пленума ВС РФ № 20 от 28 июня 2022 г. «О некоторых вопросах судебной практики по уголовным делам о преступлениях против правосудия», п. 23 «заведомо ложные заключение или показание эксперта, показание специалиста, а равно заведомо неправильный перевод в суде либо в ходе досудебного производства (статья 307 УК РФ) заключаются, в частности, в таких умышленных действиях, как искажение специалистом в своих показаниях действительных обстоятельств, имеющих значение для доказывания, неправильное отражение экспертом в заключении результатов проведенного исследования, искажение переводчиком смысла переведенного текста, а также в бездействии в тех случаях, когда, например, *специалист или эксперт в ответах на поставленные им вопросы не сообщают (умалчивают) о существенных для дела обстоятельствах*, о которых им известно или которые были установлены ими в ходе исследования, либо когда переводчик осуществляет неполный перевод»¹. То есть если специалист или эксперт, обладающий специальными знаниями, не указывает очевидные дефекты, то здесь очевиден умысел, в противном случае данный специалист или эксперт не имеет должной квалификации. Здесь, мы, вслед за А.В. Мишиным и П.Н. Мазуренко апеллируем, что «для правильной оценки заключения и показаний эксперта как доказательств по уголовному делу, особенно важно разработать и определить четкие критерии дифференциации заведомо ложного заключения эксперта от экспертной ошибки или добросовестного заблуждения»².

Кроме того, для надлежащего расследования преступлений по ст. 307 УК РФ (заведомо ложные заключения экспертов) следует разработать методические рекомендации для следователей, которые в настоящее время отсутствуют. Здесь следует обратить внимание на грамотную постановку вопросов как при издании постановлений судебно-медицинских экспертиз, так и при допросах и опросах экспертных комиссий, когда следователи не ориентируются в медицинских вопросах, и экспертные комиссии пользуются этим и вводят в заблуждение следователей, при этом сами следователи, как правило, не имеют достаточного времени и желания разбираться в тонкостях медицинских нюансов, которые повлекли заведомую ложность заключений СМЭ, с одной стороны, и в таких же последующих допросах и опросах экспертных комиссий, которые

¹ Постановление Пленума ВС РФ от 28 июня 2022 г. № 20 «О некоторых вопросах судебной практики по уголовным делам о преступлениях против правосудия».

² Мишин А.В., Мазуренко П.Н. Проблемы разграничения экспертной ошибки от заведомо ложного заключения эксперта // Вестник экономики, права и социологии. 2018. № 1. С. 109-111.

предоставляют заведомо ложные сведения, чтобы уйти от ответственности и наказания, с другой стороны. Кроме того, на практике следователи, несмотря на возможность привлечения специалистов к допросам, опросам и оценке экспертных заключений, а также формулировании вопросов при издании постановлений о назначении СМЭ (Указание Председателя СК РФ от 17.05.2019 № 4/ 201)¹, такой возможностью пренебрегают.

В связи с этим считаем, что опросы и допросы экспертных комиссий следует проводить с участием специалиста, который бы смог разъяснить следователю содержание медицинских вопросов и ответов.

На основании вышеизложенного рекомендуем внести в резолюцию конференции следующие положения:

1. На законодательном уровне внести изменения в части установления разумных сроков при проведении СМЭ (комиссионных и комплексных), а также административную ответственность за затягивание и нарушение сроков проведения СМЭ (ответственность всех лиц, - руководителя организации, эксперта-организатора, экспертов и привлеченных специалистов).

2. На законодательном уровне внести изменения в УПК РФ, чтобы при вынесении постановления о назначении СМЭ следователь в обязательном порядке устанавливал разумные сроки ее проведения;

3. На законодательном уровне создать эффективную систему контроля качества выполненных СМЭ.

4. С целью ускорения производства и независимости комиссионных и комплексных СМЭ в СЭЦ СК РФ, дополнительно вводить должности и штатные единицы, помимо врачей судебно-медицинских экспертов, врачей – специалистов иного профиля, наиболее часто привлекаемых в комиссии экспертов.

5. Для надлежащего расследования преступлений по ст 307 УК РФ (заведомо ложное заключение эксперта) разработать методические рекомендации для следователей с методикой проведения опросов и допросов членов экспертных комиссий, а также разработкой определения четких критериев дифференциации заведомо ложного заключения эксперта от экспертной ошибки или добросовестного заблуждения.

6. Обязать следователей проводить опросы и допросы экспертных комиссий с участием специалиста, который бы смог разъяснить следователю содержание медицинских вопросов и ответов, а также помочь следователю в составлении вопросов.

¹ Указание Председателя СК РФ Баstryкина А.И. от 17.05.2019 № 4/ 201 «О дополнительных мерах по усилению контроля за назначением судебных экспертиз по уголовным делам о преступлениях, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи (медицинская услуга)».

Литература

1. Мишин А.В., Мазуренко П.Н. Проблемы разграничения экспертной ошибки от заведомо ложного заключение эксперта // Вестник экономики, права и социологии. 2018. № 1. С. 109-111.
2. Постановление Пленума ВС РФ от 28 июня 2022 г. № 20 «О некоторых вопросах судебной практики по уголовным делам о преступлениях против правосудия».
3. Указание Председателя СК РФ Бастрыкина А.И. от 17.05.2019 № 4/ 201 «О дополнительных мерах по усилению контроля за назначением судебных экспертиз по уголовным делам о преступлениях, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи (медицинская услуга)».

В.Н. Карагодин

Московская академия Следственного комитета
Российской Федерации имени А.Я. Сухарева
Екатеринбургский филиал

Особенности расследования неосторожного причинения вреда жизни и здоровью при оказании медицинской помощи несовершеннолетним

Аннотация. В статье предпринята попытка выделения особенностей расследования неосторожного причинения вреда жизни и здоровью при оказании медицинской помощи несовершеннолетним. Автором предложено собственное видение криминалистической характеристики указанного вида деяний. Представлены рекомендации о производстве отдельных проверочных мероприятий и следственных действий. Рассмотрены вопросы образования, фиксации, исследования и использования следов, образующихся от оказания некачественной медицинской помощи.

Ключевые слова: расследование, причинение вреда жизни и здоровью несовершеннолетних, некачественная медицинская помощь, криминалистическая характеристика, исследование документов.

В большинстве публикаций, в том числе и подготовленных автором настоящей работы, особенности расследования преступлений рассматриваемого вида сводились в основном к преодолению трудностей получения информации о случившемся от несовершеннолетнего потерпевшего¹.

Действительно, дети определенных возрастных групп не способны на вербальную передачу информации.

¹ Расследование преступлений, связанных с причинением по неосторожности вреда жизни и здоровью несовершеннолетних: учебное пособие / В.Н. Карагодин, Е. Г. Быкова, Н. Б. Вахмянина, С. А. Яшков ; под общей редакцией В.Н. Карагодина. М.: Юрайт, 2024. С. 47.

У детей младенческого возраста практически отсутствует речь. Многие дети более старшего возраста, уже владеющие устной речью, не обладают интеллектуальными качествами, необходимыми для объективной оценки времени начала, локализации, периодичности процессов развития, проявления болезни.

Некоторые дети, в основном подросткового возраста, не объективно оценивают признаки заболевания, ошибочно полагая, что некоторые из них не связаны с заболеванием, а являются следствием иных причин.

Часть подростков, отличающихся нигилистическим отношением к существующим нормам и правилам, не доверяют медицинским работникам, не считают себя больными или надеются избавиться от неприятного болезненного состояния без соблюдения рекомендаций врачей.

Такие несовершеннолетние стремятся любым образом уклониться от общения с медицинскими работниками, сообщают им ложные сведения о своем состоянии, скрывая симптомы болезненных процессов.

Иногда болезнь несовершеннолетних становится результатом осуждаемого поведения пациента, который стремится скрыть от врачей не только причины, но и любые проявления своего нездоровья. Такие действия, в частности, совершают несовершеннолетние, страдающие токсикоманией, наркотизмом, алкоголизмом, доставляемые с признаками острых отравлений стимулирующими веществами.

В ряде ситуаций у подростков, злоупотребляющих названными веществами, развиваются, обостряются иные заболевания.

Сами несовершеннолетние не осознают связи между своей зависимостью и динамикой патологических процессов, скрывают от медицинских работников свои пагубные пристрастия.

Существует и обратное поведение несовершеннолетних, которые преувеличивают опасность своего заболевания, сообщают врачам о несуществующих симптомах.

Большинство таких пациентов характеризуется повышенной внушаемостью. Они произвольно переносят на себя симптомы болезней, которыми страдают другие люди. Нередко они воспринимают беседу врачей с другими больными, находят у себя симптомы болезни, о которых узнали, оказавшись свидетелями осмотра, процедур, других действий по оказанию медицинской помощи.

Несовершеннолетние этой классификационной группы ошибочно диагностируют у себя определенные симптомы, а иногда и заболевания в целом.

Симуляции несовершеннолетними определенных болезненных состояний встречаются нечасто и, как правило, не приводят к причинению вреда здоровью такого рода пациентов.

Уместно отметить, что несовершеннолетние, отличающиеся повышенной внушаемостью, в некоторых случаях подпадают под влияние врачей, ошибочно диагностировавших наличие у них какого-либо заболевания.

Такие пациенты воспринимают действия врачей как адекватные, полностью соблюдают предписания медиков. Во время расследования несовершеннолетние

этой группы добросовестно заблуждаются в оценке действий медиков, нередко дают недостоверные показания о правильной диагностике якобы имевшего место заболевания и применении врачами правильных методов и приемов оказания медицинской помощи.

Часть таких пациентов повторяет слова медицинских работников, описывая якобы наблюдающиеся у них симптомы заболевания, которое на самом деле было ошибочно диагностировано.

В ситуациях, когда был поставлен правильный диагноз, но были допущены погрешности при лечении, такие потерпевшие под влиянием врачей оправдывают их действия, повторяя аргументы медицинских работников.

Воздействие на внушаемых несовершеннолетних может оказываться врачами как во время выполнения действий по оказанию медицинской помощи, так и позднее.

В последнем из названных случаев может осуществляться манипулирование несовершеннолетним, скрытое воздействие на него с целью формирования у него добросовестного заблуждения относительно качества оказывавшейся медицинской помощи.

Поведение несовершеннолетнего пациента во время лечения может рассматриваться в качестве элемента криминалистической ситуации, которая в свою очередь является компонентом обстановки неосторожного причинения вреда жизни или здоровью при оказании медицинской помощи.

В тех случаях, когда несовершеннолетний не в состоянии сообщить достоверную информацию о характере своего заболевания, может возникнуть сложная клиническая ситуация. Она осложняется слабой выраженностью симптомов болезни, наличием признаков, дающих основания для взаимоисключающих диагнозов наблюдаемого состояния.

Уместно отметить, что у некоторых детей болезненные процессы протекают на фоне неравномерного развития организма, что также существенно затрудняет диагностику заболевания.

В научной литературе отмечалось, что от педиатра требуются умения адекватной оценки соответствия нормам физиологического развития ребенка, различать болезненные возрастные отклонения в организме детей. Не менее важным считают умение педиатра осуществлять общение с детьми¹.

Названные обстоятельства влияют на качество медицинской помощи, оказываемой на стадии лечения. В случае неправильной диагностики избираются неадекватные средства и методы воздействия на болезненные процессы. Применяемые методы и средства в лучшем случае оказываются непродуктивными. При этом они не оказывают никакого влияния на динамику заболевания, могут частично временно препятствовать его развитию. Возможно

¹ Пропедевтика детских болезней: учеб.-метод. пособие для обучающихся по специальности 31.05.02 Педиатрия (Methods Handbook) / Р.А. Файзуллина, З.Я. Сулейманова, Е.А. Самороднова и др.; под общ. ред. профессора Р.А. Файзуллиной. Казань: КГМУ, 2015. С. 26.

и негативное развитие, ускорение, осложнение, усиление названных процессов, а иногда и придание им характера необратимых.

Нередко клиническая картина осложняется наличием у несовершеннолетнего заболеваний, о существовании которых он не осведомлен. В некоторых ситуациях о наличии таких заболеваний не знают и родители несовершеннолетнего.

Иногда сочетание и симптоматика разных заболеваний у ребенка настолько своеобразны, что для их обнаружения требуются тщательные, иногда достаточно сложные продолжительные диагностические исследования. В ряде случаев задача выявления и определения значения таких заболеваний у несовершеннолетнего остаются актуальными и трудноразличимыми и в ходе предварительного расследования.

На стадии возбуждения уголовного дела в сложных проблемных ситуациях нередко наблюдаются дефицит и энтропия информации о характере события и причинения вреда здоровью или жизни несовершеннолетнего при оказании медицинской помощи.

Медицинские работники, оказывавшие медицинскую помощь, нередко ссылаются на то, что несовершеннолетний пациент не мог или не желал сообщить достоверные сведения о симптомах своего заболевания. Одновременно они утверждают, что физические и технико-инструментальные методы, средства диагностики не позволяли выявить симптомы имевшегося у несовершеннолетнего заболевания. Медики также настаивают на том, что действовали в соответствии с имевшимися предписаниями и рекомендациями, но не имели возможности не допустить наступления общественно опасных последствий.

Нередко эту позицию поддерживают и ведомственные либо межведомственные комиссии по проверке фактов причинения вреда жизни и(или) здоровью несовершеннолетнего пациента.

В органы расследования заявления о причинении вреда жизни таких пострадавших зачастую поступают спустя продолжительное время после случившегося.

Родственники пострадавших сначала пытаются добиться излечения своего ребёнка, полного устранения причинённого вреда здоровью несовершеннолетнего.

Иногда руководители медицинских учреждений поддерживают это желание родителей, обещают с помощью квалифицированного медперсонала, новейших инструментальных средств и лекарственных препаратов добиться излечения несовершеннолетнего, подобным образом пытаясь удержать родственников несовершеннолетнего от обращения в контрольно-надзорные учреждения и органы расследования.

Кроме того, некоторые медицинские работники используют названный период времени для сокрытия следов некачественного оказания медицинской помощи.

В этих целях, прежде всего, пересоставляются документы из истории болезни несовершеннолетнего, материалы, в которых содержатся сведения о симптомах, которые не были приняты во внимание при диагностике и лечении несовершеннолетнего.

Вместо этого составляются новые документы, в которые вносятся более обтекаемые данные о якобы наблюдавшихся у несовершеннолетнего больного симптомах болезни, о наличии которой был поставлен ошибочный диагноз.

Наиболее сложные ситуации возникают, когда органам расследования поступают заключения, акты ведомственных или межведомственных комиссий, подтверждающие доводы работников, оказывавших медицинскую помощь, в результате которой был причинен вред здоровью несовершеннолетнего.

В подобных ситуациях некоторые следователи не утруждают себя проверкой названной позиции и назначают судебно-медицинскую экспертизу. Представляется, что до этого желательно установить, имела ли у врачей, оказывавших предположительно некачественную медицинскую помощь, возможность своевременно и правильно диагностировать заболевание у несовершеннолетнего потерпевшего.

В этих условиях рекомендуется, прежде всего, истребовать все документы, в которых отражаются сведения о диагностике заболевания у несовершеннолетнего. Если ребенок доставлялся в лечебное учреждение сотрудниками учреждений неотложной или скорой медицинской помощи, истребуются и осматриваются журналы регистрации вызова, карточка на вызов, смс-сообщения и т.п.

Названные документы фиксируются как в письменной, так и в электронной форме.

О передаче больного в медицинское учреждение делается отметка в названной карте, которая подтверждается подписью уполномоченного работника принимающей организации.

В указанных документах могут находиться сведения о симптомах заболевания, не принятых во внимание врачами, оказывавшими медицинскую помощь, повлекшую причинение физического вреда несовершеннолетнему.

У родственников потерпевшего выясняется, обследовался ли он ранее в медицинских учреждениях, какие заболевания у него обнаруживались, проходил ли он в связи с этим лечение, получал ли направления для лечения, медицинские предписания о приеме каких-либо препаратов, соблюдении диет, режима и т.п.

Таким лицам ставят вопросы о том, информировали ли они о всех заболеваниях и симптомах, наблюдавшихся у несовершеннолетнего пациента, лечащих врачей, предположительно оказывавших некачественную медицинскую помощь.

Одновременно осматриваются письменные и электронные носители данных о диагностических исследованиях, проводившихся в лечебном учреждении, в котором был по неосторожности причинен вред жизни или здоровью несовершеннолетнего. При осмотре названных документов рекомендуется обращать внимание не только на наличие в них данных о симптомах,

действительно имевшего место заболевания, но и о том, использовались ли для этого необходимые средства, методы, приемы.

Следует отметить, что в некоторых случаях для диагностических исследований детей необходимо использовать специальные инструментальные средства. При использовании универсальных средств для диагностики детей иногда требуется применение дополнительных приемов

Например, при проведении телерадиографического исследования гортани 4-хлетнего ребёнка не было учтено, что окантовка рабочей поверхности узла сканирующего устройства перекрывает всю область, подлежащую изучению. Исследование было проведено только в передней проекции, что не позволило выявить находящуюся в гортани батарейку. Требуемое в данной ситуации исследование в задней и боковой поверхностях не проводилось. В результате названное инородное тело распалось в гортани больного и ребенок скончался.

Вред здоровью или жизни несовершеннолетнего может быть причинен при оказании некачественной медицинской помощи после постановки правильного диагноза больному.

В этих случаях может быть неправильно оценены клиническая ситуация, прежде всего, динамика развития заболевания, эффективность избранной тактики и средств лечения. На этом этапе также имеются трудности получения объективной и достоверной информации от несовершеннолетнего больного, а также его близких.

В этих условиях требуется более внимательное наблюдение за состоянием несовершеннолетнего больного, получение дополнительной информации о сходных процессах развития болезни у несовершеннолетнего в прошлом. Для этого целесообразно изучение истории заболеваний, которые несовершеннолетний переносил в прошлом.

К сожалению, в ситуациях, предшествующих причинению вреда жизни или здоровью несовершеннолетнего при оказании медицинской помощи, не всегда истребуется дополнительная документация, проводятся дополнительные диагностические исследования. Поэтому в ходе досудебного производства по фактам совершения преступлений рассматриваемого вида необходимо устанавливать, принимались ли врачами меры к выявлению индивидуальных особенностей организма несовершеннолетнего, которые могли повлиять на динамику заболевания и процесс лечения.

При получении сведений о том, что такие специфические свойства проявлялись у несовершеннолетнего больного, на разрешение судебно-медицинского эксперта следует поставить вопрос, были ли они учтены при диагностировании, выборе и реализации избранной тактики, средств, методов и приемов лечения.

В распоряжение эксперта следует направить медицинские документы, в которых отражаются сведения об указанных проявлениях, а также протоколы допросов свидетелей, не только наблюдавших такие признаки, но и подтверждающих осведомленность о них лечащих медицинских работников.

В следственной практике встречаются случаи причинения по неосторожности вреда жизни и здоровью нескольким несовершеннолетним при оказании медицинской помощи в одном или нескольких лечебных учреждениях.

Иногда такие ситуации возникают при ошибочном использовании для лечения несовершеннолетних больных не предписанных им препаратов или дефектных инструментальных средств.

Например, в больнице был установлен порядок передачи лекарств для новорожденных, заключающийся в простой выгрузке из грузового лифта упаковок с препаратами на этаже отделения. Все лекарства находились в одинаковой упаковке. Дежурные медсестры переносили препараты на склад отделения, где фасовали их для использования в соответствии с предписаниями врачей. В родильное отделение вместо хлористого кальция были ошибочно доставлены емкости с формалином. Медсестры, не читая надписей на упаковке, расфасовали полученный препарат и ввели нескольким новорожденным вместо хлористого кальция. В результате, один ребенок скончался, а здоровью нескольких был причинен тяжкий вред. После резкого ухудшения состояния здоровья детей, медсестры не сообщили о допущенной ошибке, а попытались скрыть ее, переклеив этикетки на емкостях с формалином.

В данном случае обоснованно возник вопрос о том, насколько установленный в больнице порядок передачи лекарств в отделение соответствовал требованиям обеспечения безопасности больных.

Сходная ситуация сформировалась и при расследовании уголовного дела по фактам причинения тяжкого вреда здоровью и жизни новорожденных в ходе проведения процедуры с некачественными катетерами.

В подобных условиях требуется изучение нормативных актов, регламентирующих порядок передачи-приема лекарственных инструментальных средств, обеспечивающих прием объектов, подлежащих назначения и качества.

Предписания этих документов сравниваются с содержанием актов нижестоящих органов. При обнаружении несоответствий между предписаниями вышестоящих органов и правилами нижестоящих, фактов несоблюдения действующих установлений, решается вопрос о привлечении к ответственности виновных лиц.

Представляется, что при расследовании уголовных дел о преступлениях рассматриваемого вида обязательна и проверка соответствия установленного в лечебном учреждении порядка требованиям обеспечения условий для своевременного и качественного оказания медицинской помощи несовершеннолетним.

Литература

1. Пропедевтика детских болезней: учеб.-метод. пособие для обучающихся по специальности 31.05.02 Педиатрия (Methods Handbook) /

Р.А. Файзуллина, З.Я. Сулейманова, Е.А. Самороднова и др.; под общ. ред. профессора Р.А. Файзуллиной. Казань: КГМУ, 2015. 96 с.

2. Расследование преступлений, связанных с причинением по неосторожности вреда жизни и здоровью несовершеннолетних : учебное пособие / В. Н. Карагодин, Е. Г. Быкова, Н. Б. Вахмянина, С. А. Яшков ; под общей редакцией В. Н. Карагодина. М.: Издательство Юрайт, 2024. 280 с.

Н.В. Кручинина

Московский государственный юридический университет
имени О.Е. Кутафина (МГЮА)

Криминалистическое обеспечение расследование ятрогенных преступлений¹

Аннотация. В статье обосновывается необходимость уголовно-правового реагирования на преступления в сфере медицинской деятельности. Разработаны различные подходы к определению перечня составов преступлений, которые входят в понятие преступлений, совершенных в сфере медицинской деятельности. Представлено определение ятрогенных преступлений. Освещен зарубежный опыт борьбы с медицинской недобросовестностью. В статье обосновывается, что задачей криминалистики является разработка эффективных средств, обеспечивающих безопасность медицины. В работе утверждается, что требуются новые подходы в борьбе с ятрогенными преступлениями. Криминалистическое обеспечение расследования преступлений, совершаемых при оказании медицинских услуг, требует использования всего арсенала возможностей науки криминалистики.

Ключевые слова: медицина, безопасность, преступления, криминалистическое обеспечение расследования.

Медицинская деятельность имеет огромное значение как для общества в целом, так и для каждого человека в отдельности, она направлена на оказание медицинской помощи, проведение медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований, санитарно-противоэпидемических, а также профилактических мероприятий и т.д.

Между тем, как показывают судебно-следственная практика, анализ отчетов правоохранительных органов, исследования ученых, медицинская деятельность подвергается мощным разрушительным криминальным посягательствам, а потому нуждается в поддержке и охране, включая использование уголовно-правовых средств.

Разработаны различные подходы к определению перечня составов преступлений, которые входят в понятие преступлений, совершенных в сфере медицинской деятельности.

¹ Исследование выполнено в рамках программы стратегического академического лидерства «Приоритет-2030».

Особую озабоченность вызывают преступления, которые влекут за собой причинение вреда здоровью или наступление смерти, совершаемые медицинскими работниками при оказании медицинских услуг.

Вопросы ответственности медицинских работников за причинение вреда здоровью пациента как самостоятельная проблема обсуждалась еще в русской дореволюционной и советской уголовно-правовой науке.¹

Тем не менее, до сих пор в науке нет единства в определении преступлений, совершаемых медицинскими работниками при оказании медицинских услуг.

Есть разные предложения по их названию: «врачебные ошибки»², «профессиональные преступления медицинских работников»³, «ответственности врачей за профессиональную недобросовестность»⁴ Также используются понятия «ятрогенные преступления»⁵ и «ятрогении»⁶. В частности, под ятрогенией понимают ухудшение физического или эмоционального состояния человека, ненамеренно спровоцированное медицинским работником.

Нет единства и во мнениях о перечне преступлений, при совершении которых привлекаются медицинские работники. Так, А.А. Бембинов, считая термин «медицинские преступления» более удачным, полагает, что к ним относятся: причинение смерти по неосторожности (ст. 109 УК РФ), причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности (ст. 118 УК РФ), заражение ВИЧ-инфекцией (ст. 122 УК РФ), незаконное проведение искусственного прерывания беременности (ст. 123 УК РФ), неоказание помощи больному (ст. 124 УК РФ), незаконная госпитализация в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях (ст. 128 УК РФ), подмена ребенка (ст. 153 УК РФ), нарушение правил оборота наркотических средств или психотропных веществ (ст. 228.2 УК РФ), использование в отношении спортсмена субстанций и (или) методов, запрещенных для использования в спорте (ст. 230.2 УК РФ), незаконная выдача либо подделка рецептов или иных документов, дающих право на получение наркотических средств или психотропных веществ (ст. 233 УК РФ), незаконное осуществление медицинской

¹ Медицинское уголовное право: монография / отв. ред. А.И. Парог. М.: Проспект, 2022. С. 5. Огнерубов Н.А. Профессиональные преступления медицинских работников: дис. ... канд. юрид. наук. М., 2014. С. 57.

² Флоря В.Н. Врачебная ошибка с тяжкими последствиями и ее юридическая квалификация (сравнительно-правовой анализ) // Медицинское право. 2014. № 6. С. 44–47.

³ Огнерубов Н.А. Там же.

⁴ Парог А.И., Хелльманн У., Галовников П. Ответственность врачей за профессиональную недобросовестность по уголовному законодательству России и фармацевтическое уголовное право Германии // Lex russica. 2008. № 6. С. 151–154.

⁵ Никитина И.О. Преступления в сфере здравоохранения. Законодательство, юридический анализ, квалификация, причины и меры предупреждения: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. Н. Новгород, 2007. С. 9.

⁶ Сергеев Ю.Д. Ятрогенная патология – актуальная судебно-медицинская проблема // Судебно-медицинская экспертиза. 1998. № 1. С. 92.

деятельности или фармацевтической деятельности (ст. 235 УК РФ), производство, хранение, перевозка либо сбыт товаров и продукции, выполнение работ или оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности (ст. 238 УК РФ) и халатность (ст. 293 УК РФ).

По перечисленным статьям привлечение медицинского работника к уголовной ответственности за допущенные ошибки и ненадлежащее оказание медицинской помощи наиболее вероятно. Согласно статистическим данным Следственного комитета Российской Федерации, если в 2016 году было возбуждено 4947 дела, связанных с нарушением правил и стандартов оказания медицинских услуг, то в 2017-м их количество увеличилось до 6050, а в 2018 году достигло отметки в 6600, в 2019 году поступило 6500 обращений, по ним возбуждено 2168 уголовных дела, но в суды направлено гораздо меньше – 273 дела».¹

Некоторые ученые к таким преступлениям относят ч. 2 ст. 248 УК РФ (причинение смерти по неосторожности вследствие нарушения правил обращения с биологическими агентами и токсинами)².

Иную позицию высказывают другие специалисты в области уголовного права, по мнению которых: «Основу российского медицинского уголовного права составляют ч. 4 ст. 122, ст. 124 и 238.1, а вспомогательными его элементами являются части вторые ст. 109 и 118, а также ст. 235, 235.1, 238, 230.1 и 230.2 УК РФ. В рамках действующего УК РФ обособление норм, образующих медицинское уголовное право, носит теоретический характер. Но в новой редакции Уголовного кодекса, подготовка которой необходима и неизбежна, эти нормы должны образовать самостоятельную структурную единицу, как это сделано, например, в уголовных кодексах Казахстана, Киргизии, КНР».³

Так, в УК Казахстана в главе 12 закреплены «Медицинские уголовные правонарушения», а в УК Киргизии существует глава «Преступления в сфере медицинского и фармацевтического обслуживания личности». Некоторые ученые также полагают, что есть необходимость включения ятрогенных преступлений в УК России.⁴

Но существуют не только теоретические споры: проблемы возникают и на практике. А.А. Бимбинов отмечает: «В практике привлечения медицинских работников к уголовной ответственности отсутствует единообразие в применении ст. 293 УК РФ к должностным лицам, в обязанности которых входит

¹ Бимбинов А.А. Медицинские преступления: понятие и состояние // Юридический вестник ДГУ. Т. 28. 2018. № 4. С. 137.

² 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. 22.

³ Парог А.И., Понятовская Т.Г. Russian Journal of Criminology. 2019. Vol. 13. №. 5, pp. 816–824. Парог А.И., Понятовская Т.Г. // Всероссийский криминологический журнал. 2019. № 5. С. 816–824.

⁴ Багмет А.М., Петрова Т.Н. О необходимости включения в Уголовный кодекс Российской Федерации ятрогенных преступлений // Российский следователь. 2016. № 7. С. 18.

контроль за качеством проводимого лечения и соблюдением стандартов оказания медицинской помощи персоналом. В одних случаях ответственность за причиненный вред при ненадлежащем оказании медицинской помощи несет только лечащий врач, в других случаях наряду с лечащим врачом привлекается заведующий структурным подразделением».¹ Некоторые ученые говорят о необходимости рассмотрения только неосторожных преступлений медицинских работников², другие указывают на возможность совместного рассмотрения неосторожных и умышленных преступлений³. Все это свидетельствует о пристальном внимании со стороны специалистов в области уголовного права к вопросам, связанным с преступлениями, совершаемых медицинскими работниками в процессе своей профессиональной деятельности.

Поэтому полагаем, что ятрогенные преступления: причинение смерти по неосторожности (ст. 109 УК РФ), причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности (ст. 118 УК РФ), заражение ВИЧ-инфекцией (ст. 122 УК РФ), незаконное проведение искусственного прерывания беременности (ст. 123 УК РФ), неоказание помощи больному (ст. 124 УК РФ).

Разрушающе на медицинскую деятельность действуют правонарушения, включая преступления, совершаемые медицинскими работниками при оказании медицинских услуг. Зачастую они совершаются из-за несоблюдения правил, стандартов, протоколов, разработанных Министерством здравоохранения, что и приводит к причинению вреда жизни и здоровью. Поэтому следует четко определиться, в чем выразалось отступление от правил, стандартов, протоколов, сделав медицинскую услугу ненадлежащей, а в случае тяжких последствий – преступлением.

По мнению Д.А. Венева, «надлежащей является такая медицинская услуга, которая оказывается медицинскими работниками, имеющими специальное образование и специальную подготовку, в установленные правилами оказания медицинских услуг сроки, месте, объеме, польза проведения которой оправдывает нежелательные побочные эффекты».⁴

Этот ученый в своей работе правильно сформулировал необходимость определения надлежащего оказания медицинских услуг, поскольку следует смоделировать и сопоставить надлежащее оказание медицинских услуг с фактическими деяниями медицинского работника. Кроме того, необходимо установить причинно-следственную связь между причиненным вредом и медицинской услугой, оказанной ненадлежащим образом.

¹ Бимбинов А.А. Анализ практики привлечения медицинских работников к уголовной ответственности: некоторые выводы // Уголовное право. 2019. № 6. С. 4-10.

² Пашиян Г.А., Ившин И.В. Профессиональные преступления медицинских работников // Медицинская газета. 2006. С. 10.

³ Черновых Е.В. Преступления, совершаемые в сфере здравоохранения и их предупреждение: дис. ... канд. юрид. наук. Саратов, 2009. С. 59–60.

⁴ Венев Д.А. Криминалистическое обеспечение расследования преступлений против жизни и здоровья, совершаемых при оказании медицинских услуг: автореф. дисс. ... канд. юрид. наук. М., 2016. 26 с.

Следует поэтапно установить, изучив все необходимые инструкции и Приказы Минздрава России:

во-первых, оказана ли медицинская услуга лицами, имеющими необходимую специальную подготовку для выполнения этой услуги;

во-вторых, в надлежащий ли срок оказана медицинская услуга. В правилах, стандартах, протоколах, разработанных Министерством здравоохранения подробно, практически на все случаи, установлен срок: в течение какого времени должен быть поставлен диагноз, продолжительность оказываемой медицинской услуги;

в-третьих, все ли действия были проведены, в нужной ли последовательности;

в-четвертых, в надлежащем ли месте проведено оказание медицинских услуг. Например, некоторые процедуры можно проводить только в стационарных условиях.

Медицинских работников зачастую привлекают к ответственности за недостаточно полное обследование больных лиц и невыполнение специальных диагностических исследований, небрежный уход за пациентами, несвоевременную либо неосуществленную госпитализацию, а равно преждевременную выписку больного из лечебного учреждения, неосторожные действия, которые связаны с дефектами организации медицинской помощи, небрежные действия медицинского персонала, неправильный расчет дозировки прописанных лекарственных средств (например, инсулина).

В целях повышения эффективности расследования преступлений, совершаемых при оказании медицинских услуг, необходимо следовать, в частности, следующим рекомендациям:

определить круг обстоятельств, подлежащих установлению при расследовании преступлений против жизни и здоровья, совершаемых при оказании медицинских услуг. Особенно важно установить причинно-следственную связь между причиненным вредом и медицинской услугой, оказанной ненадлежащим образом;

установить последовательность, с которой будут выясняться обстоятельства случившегося, при этом выделить обстоятельства, которые являются ключевыми, с точки зрения раскрытия и расследования преступлений. Особое внимание следует уделить исследованию окружающей обстановки. Обстановка совершения преступлений против жизни и здоровья, совершенных при оказании медицинских услуг, может быть отражена в памяти людей. Лицами, запомнившими обстановку совершения преступления, могут быть пациенты лечебного учреждения, в присутствии которых происходило оказание медицинской услуги, лица, которые в силу своих служебных обязанностей находились рядом с местом совершения преступления (например, водитель машины скорой медицинской помощи, медсестры, санитарки, нянечки), посетители больных. Важным элементом обстановки совершенного преступления, связанного с оказанием медицинской услуги, являются документы, которые требуется тщательно исследовать, включая документацию, которая составляется при обращении лица за медицинской услугой, в процессе и

по результатам ее оказания. В состав обстановки совершенного преступления также входят оборудование и инструменты, которые использовались для оказания медицинских услуг. Помимо этого, следы преступления могут быть обнаружены на теле потерпевшего и/или внутри его организма. Сложность в обнаружении следов рассматриваемых преступлений во многом связана с особенностями медицинской деятельности.

Важно также решить вопрос о выборе методов и средств для собирания, проверки и использования криминалистически значимой информации.

Криминалистическое обеспечение расследования преступлений, совершаемых при оказании медицинских услуг, требует использования всего арсенала возможностей науки криминалистики. В частности, необходимо использовать достижения частно-криминалистических теорий. Наиболее плодотворным может быть использование частно-криминалистической теории проверки достоверности криминалистически значимой информации, т.е. информации, имеющей отношение к исследуемым событиям, которая позволяет разрешать правовые, организационно-тактические задачи.¹

При установлении обстоятельств преступления особенно важно установить причинно-следственную связь между причиненным вредом и медицинской услугой, оказанной ненадлежащим образом. Необходимо установить не только причинно-следственную связь между действиями или бездействием медицинских работников и причиненным вредом, определить, имел ли место обоснованный риск в действиях медицинского работника или же он отсутствовал. Для того, чтобы не ошибиться при установлении наличия связи между причиной и следствием, необходимо соотнести их временные координаты, что означает, во-первых, то, что причина должна произойти раньше, чем следствие, а, во-вторых, предшествующее событие является необходимым условием, предпосылкой, основой возникновения, изменения или развития другого события². Это связано с такими свойствами времени, как однонаправленность и одномерность. Особенность рассматриваемого процесса установления при расследовании преступлений рассматриваемой категории заключается в том, что существует скрытый период, когда происходит развитие негативного процесса, например, инкубационный период болезни. В связи с этим возникает потребность в определении круга событий, чьи временные координаты должны быть обязательно установлены при расследовании преступлений против жизни и здоровья, совершаемых в сфере оказания медицинских услуг. В процессе расследования необходимо установить временные координаты следующих событий: время начала оказания медицинской услуги, время выполнения медицинским работником действий, направленных на устранение проявляющихся неблагоприятных последствий. Необходимо также проверить последовательность происходивших событий.

¹ Подробнее см.: Кручинина Н.В. Биотехнологии как объект криминалистической защиты: монография. М.: Издательский дом Юр-ВАК, 2023. 262 с.

² Философский словарь. / Под ред. И.Т. Фролова. – изд. 7-ое, перераб. и доп. – М., 2001. С. 462.

Если событие наступило ранее вменяемого действия, то говорить о наличии причинно-следственной связи невозможно. Первоначально должна быть оказана услуга пациенту медицинскими работниками, только после этого могут наступить негативные последствия. При установлении причинно-следственной связи необходимо не только установить временные связи, но и пространственные. Пространство можно определить как свойства положения сосуществующих материальных объектов. Благодаря постоянному взаимодействию объектов между собой, зная характеристики межобъектного взаимодействия, следователь всегда может установить, или проверить информацию о том, взаимодействовали эти объекты или нет. Поэтому следователь, а также иное лицо, осуществляющее расследование, исходя из скорости развития патологического процесса может установить пространственные характеристики возможного преступления и проверить их — проводилось ли в отношении пациента оперативное вмешательство в указанном потерпевшим лечебном учреждении или не проводилось. Необходимо установить не только причинно-следственную связь между действиями или бездействием медицинских работников и причиненным вредом, определить, имел ли место обоснованный риск в действиях медицинского работника или же он отсутствовал.

Медицинский работник может сообщить следователю о том, что им были выполнены некоторые действия (например, по измерению артериального давления у потерпевшего), однако сопоставление действий, которые якобы были выполнены медицинским работником, с действиями других участников изучаемого события и временных рамок, в которых он действовал, может привести к изобличению во лжи медицинского работника. Только сопоставив и проверив пространственно-временные координаты изучаемого события, информацию о нем, можно разрешить вопрос о достоверности информации о существовании события.

Для установления обстоятельств расследуемого уголовного дела проводятся следственные и иные процессуальные действия. При этом к наиболее часто проводимым таким действиям относятся назначение судебно-медицинских экспертиз, допрос потерпевшего и свидетелей, выемка необходимых медицинских документов и предметов.

В криминалистической литературе уже рассматривались особенности производства отдельных следственных действий и использования специальных знаний при расследовании преступлений, совершенными медицинскими работниками¹.

¹ См., например: Расследование преступлений, совершенных медицинскими работниками по неосторожности (ятрогенных преступлений): учеб.-метод. пособие для студентов вузов, обучающихся по направлению подготовки «Юриспруденция» / под ред. А.М. Багмета. М.: Юнити-Дана, 2018. 159 с.

Литература

1. Бимбинов А.А. Анализ практики привлечения медицинских работников к уголовной ответственности: некоторые выводы // Уголовное право. 2019. № 6. С. 4–10.
2. Венев Д.А. Криминалистическое обеспечение расследования преступлений против жизни и здоровья, совершаемых при оказании медицинских услуг: автореф. дисс. ... канд. юрид. наук. М., 2016. 26 с.
3. Кручинина Н.В. Биотехнологии как объект криминалистической защиты: монография. М.: Издательский дом Юр-ВАК, 2023. 262 с.
4. Медицинское уголовное право: монография / отв. ред. А.И. Рарог. М.: Проспект, 2022. 576 с.
5. Расследование преступлений, совершенных медицинскими работниками по неосторожности (ятрогенных преступлений): учеб.-метод. пособие для студентов вузов, обучающихся по направлению подготовки «Юриспруденция» / под ред. А.М. Багмета. М.: ЮНИТА- ДАНА, 2018. 159 с.

Д.В. Кулагин

Оренбургский государственный университет

Проблемные вопросы доказывания преступных действий в мирное время и ещё большее их осложнение в военное время

Аннотация. Обозначены проблемы трансплантологии по вопросам - констатация врачами смерти человека; изъятия (забора) органов и/ или тканей трупа; неопределенность в вопросе о его при жизненном волеизъявлении (согласен/не согласен) об изъятии органов. Приводится критический анализ обстоятельств, характеризующих каждую проблему. Предлагаются направления дальнейшего научного их исследования и разрешения. Как особо важная задача названа адаптация законодательства мирного времени к времени военному.

Ключевые слова: трансплантация, преступление, военное время

В сфере трансплантологии наиболее сложно оценить, как законные или преступные действия профессиональных врачей в случаях, когда забор донорских органов происходит у трупа. Причинами такого положения являются сложно устанавливаемые фактические обстоятельства, подлежащие оценке при определении наличия/отсутствия признаков преступления в конкретном случае трансплантационной деятельности (ст. 144, ст. 145 УПК РФ). К перечню таких проблемных обстоятельств относятся констатация смерти человека¹; изъятие (забор) органов и/ или тканей; в случае его смерти потенциального донора

¹ Попова Т.В., Сергеев А.Б. Преступная деятельность при оказании медицинской помощи по профилю хирургия (трансплантация органов и (или) тканей человека): правовой и виктимологический аспект // Виктимология. 2018. № 1 (15). С. 69–75.

неопределенность в вопросе о его при жизненном волеизъявлении (согласен/не согласен) об изъятии органов¹.

Неразрешенность проблем в ряде случаев приводят следственные органы к ошибочным выводам, решениям, процессуальным действиям.

Соответственно, при передачи окончанных уголовных дел в суд в судебном разбирательстве следственная версия выглядит неустойчивой, позволяет защите выдвинуть альтернативные обвинению версии.² В состязательном процессе (ст.15 УПК РФ) наличие конкурирующих версий и невозможность их опровергнуть прокурором обязывает судью следовать принципу презумпции невиновности: все сомнения трактуются в пользу обвиняемого; недоказанная виновность, есть доказанная невиновность. (ст.14 УПК РФ).³

Поднятые проблемы наиболее полно раскрывает следующий типичный пример из практики.

Московским городским судом 2 ноября 2005 года рассмотрено уголовное дело по обвинению хирургов Пятничук П.Е. и Шагдурова Б.В., лечащего врача Л.Н. Правденко, заместителя главного врача медицинского учреждения И.В. Лирцман в совершении преступных действий, предусмотренных ст. ст. 30 ч. 1, 105 ч. 2 п. п. "ж, м" УК РФ. И.В. Лирцман дополнительно вменили и ст. 285 ч.1 – злоупотребление должностными полномочиями.

Государственный обвинитель настаивал, что подсудимые преследовали корыстную цель изъять почки у живого «О» при следующих обстоятельствах.

Пострадавший «О» поступил в медицинское учреждение с травмами при ДТП («тяжелая черепно-мозговая травма, отек мозга, синдромом переохлаждения») в 9 часов 20 минут 11 апреля 2003. По предварительному сговору врачи завершили реанимационные мероприятия в 13 часов, отсоединили приборы жизнеобеспечения, перевели из реанимационного отделения в перевязочную. Младшему мед персоналу поручили готовить тело к изъятию органов. При этом, как утверждает медицинский персонал, электрокардиография (ЭКГ)

¹ Кулицкая Л.И. Правовой режим органов, тканей, клеток и тела человека после смерти лица, не оставившего завещания // Власть Закона. 2016. № 2. С. 96–106; Сергеев А.Б. Критический анализ отдельных положений проекта федерального закона «О судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» // Юридическая наука и правоохранительная практика. 2019. № 2 (48). С. 156–162 и др.

² Янин Д.Г., Сергеев А.Б. Один из аспектов соотношения международного и национального права по вопросу передачи лица, осужденного судом Российской Федерации за экстремизм, для отбывания наказания в государстве, гражданином которого оно является В сборнике: Соотношение национального и международного права по противодействию национализму, фашизму и другим экстремистским преступлениям. Материалы Международной научно-практической конференции посвященной выдающемуся российскому ученому Николаю Сергеевичу Алексееву. 2015. С. 212–215.

³ Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 19.12.2017 № 51 «О практике применения законодательства при рассмотрении уголовных дел в суде первой инстанции (общий порядок судопроизводства)» // Российская газета. 29 дек. 2017 г. № 297.

фиксирует сохраняющуюся работу сердца, определялся пульс. Смерть О. официально была констатирована только в 17 часов 03 минуты.

В состязательном судебном разбирательстве собранным обвинением доказательства не хватило для постановления обвинительного приговора. Со стороны защиты суду были представлены были допрошены специалисты Г., главный судебно-медицинский эксперт управления Министерства здравоохранения Российской Федерации; С., главный анестезиолог-реаниматолог управления. Специалисты заключили: в исследуемом случае не было возможности провести полный спектр реанимационных услуг. Состояние потерпевшего было тяжелым, имелись объективные противопоказания проведению операции при таких травмах. Проведение операции создавало угрозу смерти «О» на операционном столе. Кроме уже проведенных любых иных мер положительного результата не дали бы. Существующие медицинские инструкции называют правомерным, когда при наличии таких обстоятельств «врач прекращает проведение реанимационных мероприятий при признании всех мер бесперспективными или при констатации биологической смерти».

При оценке кардиограммы, представленной в качестве обвинительного доказательства, специалисты указали, что после смерти неритмичное биение сердца может наблюдаться, но не по причине его (сердца) работоспособности, а по другим причинам. Такими могут быть в реанимационном режиме введение врачами адреналина; проведение интенсивного массажа сердца. Причинами могли стать тахикардия пациента, асистолия. После констатации смерти самостоятельная активность сердца (электрическая) может наблюдаться, но в прекращающемся ритме. В данном случае кардиограмма выполнена не в динамике, а одно разово, следовательно, не было зафиксировано постепенное падение активности сердца до нуля.

В последствие обжалование обвинением оправдательного приговора положительного решения не дало. Кассационным определением Судебной коллегии по уголовным делам Верховного Суда признано отсутствие состава какого-либо преступления в действиях медицинского персонала¹.

Если обозначенную проблему рассматривать с позиции усиления противодействия преступлениям по незаконному изъятию органов при трансплантации, то, при первом рассмотрении, наиболее эффективной мерой является правовой механизм регулирования, основанный на презумпции несогласия. Ряд специалистов отдадут предпочтение именно этой модели

¹ Определение Верховного Суда РФ от 21.12.2006 по делу N 5-о06-179 Приговор по делу о приготовлении к убийству, совершенном группой лиц по предварительному сговору в целях использования органов потерпевшего, пособничестве в совершении данного преступления, злоупотреблении должностными полномочиями оставлен без изменения, поскольку выводы суда о невиновности осужденных в связи с отсутствием в деянии каждого из них составов инкриминированных им преступлений соответствуют фактическим обстоятельствам дела и основаны на исследованных в судебном заседании доказательствах.

механизма¹. Однако если проблему рассматривать во взаимосвязи и взаимозависимости с другими проблемами, а именно с проблемой необходимости развития трансплантации как науки, позволяющей находить все большие возможности сохранения здоровья больным и другой проблемой – каждодневно решаемой задачи сохранять жизни больным, то названная позиция уже не может считаться безупречной².

Изложенные аргументы позволяют утверждать о предпочтительности существующего правового механизма осуществления трансплантации донорских органов. С позиции же решения проблемы выявления небольшой прослойки врачей, осуществляющих преступную деятельность в названной сфере оказания медицинских услуг, то как представляется перспективным направлением и эффективным средством является правоохранительная деятельность, регулируемая федеральным законом «Об оперативно-розыскной деятельности» (ч.2 ст.8 ФЗ-144)³.

Изложенное позволяет заключить.

1. Несмотря на тщательную правовую проработанность процесса оказания медицинской помощи в виде трансплантации (пересадки органов), утверждать, что в данной области не совершаются преступные действия было бы преждевременным. Противоправное деяние в данной сфере может проявиться в любом из последовательных медицинских этапов: начального, основного, завершающего. Каждый этап имеет свой механизм реализации отведенной задачи.

2. В условиях военного положения, военного времени, вооруженного конфликта, ведения боевых действий, установленные для мирного времени нормами права условия, требования, ограничения на изъятие и пересадку органов по объективным причинам не всегда могут быть выполнены. Такое положение создает угрозу ошибочного (по субъективной стороне состава правонарушения) уголовного преследования врачей; существенно осложняет решение проблемы получения донорских органов и последующую их пересадку. Для устранения пробела (отсутствие в законе учёта правовых режимов) целесообразно внести соответствующие изменения и дополнения

3. В условиях проведения боевых действий, в целях сохранения жизни большего количества военнослужащих, предлагается в законодательство внести соответствующие уточнения. В статью 10 ФЗ N 4180-1 «О трансплантации органов и (или) тканей человека» отдельным абзацем внести следующее

¹ Малеина М.Н. Право индивида на телесную (физическую) неприкосновенность // Государство и право. 1993. № 4. С. 97–106 и др.

² Дробышева Е.Н., Сергеев А.Б. Причины и криминалистическая характеристика преступных действий должностных лиц лечебных учреждений в процессе удаления органов у одних лиц и их имплантацию другим // Вестник Академии Следственного комитета Российской Федерации. 2018. № 3 (17). С. 154-160.

³ Федеральный закон от 12.08.1995 N 144-ФЗ в ред. от 29.12.2022 "Об оперативно-розыскной деятельности".

// Собр. законодательства Рос. Федерации. 1995. N 33. ст. 3349; [Электронный ресурс] <http://www.kremlin.ru/acts/bank/8220>. Дата обращения 16.10.2024

дополнение: «В период военного положения, военного времени, вооруженного конфликта, ведения боевых действий проведение судебно-медицинской экспертизы допускается после изъятия донорских органов и (или) тканей у трупа».

Литература

1. Дробышева Е.Н., Сергеев А.Б. Причины и криминалистическая характеристика преступных действий должностных лиц лечебных учреждений в процессе удаления органов у одних лиц и их имплантацию другим // Вестник Академии Следственного комитета Российской Федерации. 2018. № 3 (17). С. 154–160.
2. Кулицкая Л.И. Правовой режим органов, тканей, клеток и тела человека после смерти лица, не оставившего завещания // Власть Закона. 2016. № 2. С. 96–106.
3. Малеина М.Н. Право индивида на телесную (физическую) неприкосновенность // Государство и право. 1993. № 4. С. 97–106.
4. Попова Т.В., Сергеев А.Б. Преступная деятельность при оказании медицинской помощи по профилю хирургия (трансплантация органов и (или) тканей человека): правовой и виктимологический аспект // Виктимология. 2018. № 1 (15). С. 69–75.
5. Сергеев А.Б. Критический анализ отдельных положений проекта федерального закона «О судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» // Юридическая наука и правоохранительная практика. 2019. № 2 (48). С. 156–162.
6. Янин Д.Г., Сергеев А.Б. Один из аспектов соотношения международного и национального права по вопросу передачи лица, осужденного судом Российской Федерации за экстремизм, для отбывания наказания в государстве, гражданином которого оно является // Соотношение национального и международного права по противодействию национализму, фашизму и другим экстремистским преступлениям: материалы Международной научно-практической конференции посвященной выдающемуся российскому ученому Николаю Сергеевичу Алексееву. М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2015. С. 212–215.

А.М. Кустов

Академия управления МВД России

История становления и развития судебной медицины в России

Аннотация. В статье описываются этапы становления и развития судебной медицины. Указано развитие судебно-медицинских учреждений в России, а также как повлияла судебная медицина на формирование криминалистической науки и практики расследования совершенных преступлений.

Ключевые слова: судебная медицина, этапы становления и развития, криминалистическая наука, расследование преступлений, судебно-медицинские учреждения, трансплантация органов, медицинская практика.

В последние десятилетия в России увеличилось количество преступлений, совершаемых медицинскими работниками или лицами, имеющими медицинское образование. Так, например, в конце XX века практической медицине стали доступны методы лечения различных неизлечимых заболеваний человека путем трансплантации органов и тканей. Были научно разработаны и переданы в широкую медицинскую практику методики пересадки: сердца, почек, печени и некоторых других органов, их частей и отдельных тканей. Медицинская статистика и ее анализ показывает, что общая потребность в пересадке только таких органов как сердце, почки, печень составляет от 200 до 350 тысяч в год.

В рыночных условиях с учетом материальных возможностей больных объем средств, которые могут быть освоены в этом секторе медицины, может составить в стране, по разным данным, от 800 миллионов до 1,5 миллиарда рублей. При этом потребность в донорских органах удовлетворялась и удовлетворяется официальным, законодательно предписанным путем, не более чем на 10-15%.

Такой перекос социальных взаимоотношений в жизненно важной сфере здравоохранения не мог не привести к разного рода нарушениям закона от незначительных до тяжких преступлений, таких как убийство с целью изъятия органов для трансплантации. Более того анализ криминальной обстановки во многих странах показал, что данной ситуацией и ее разрешением (в виде нового вида незаконного бизнеса) заинтересовался криминальный мир.

В связи с необходимостью оказания помощи правоохранительным органам в расследовании совершенных преступлений через формирование криминалистических методик посредством новых методов исследования судебно-следственной практики.

Судебная медицина, став источником криминалистики, внесла существенный вклад в формирование криминалистической практики и науки. Применение ее естественно-научных методов существенно расширили круг вопросов, разрешаемых криминалистикой. Так, она сегодня изучает проблемы физиологии, биологии, естествознания, применительно к требованиям уголовного судопроизводства и правосудия со своими собственными методами познания и решения определенных вопросов. Она использует свои методы и методы исследования, заимствованные у анатомии, биологии, физики, химии и других отраслей знания.

Сегодня судебная медицина широко применяет новые методы исследования – электронная микроскопия, газожидкостная хроматография, экспериментальное моделирование и т. д., но чтобы определить современное состояние и перспективы данной отрасли знания нужно обратиться к поэтапной ее истории становления и развития.

Первый этап – это этап первых нормативных актов, закрепивших правила и технологию производства судебно-медицинских исследований (определение и оценка телесных повреждений или смерти), и использования их результатов при квалификации правонарушений на Руси в период X- XVII вв.

Первые упоминания об использовании информации судебно-медицинского характера при решении правовых вопросов появились в русских исторических документах еще задолго до законодательного оформления судебно-медицинской экспертизы.

В договоре русских с греками в 911 г. (при князе Олеге) и в 945 г. (при князе Игоре) предусматривалась ответственность за нанесение побоев и ран. В договоре князя включили нормы, которые определяли характер наказания за нанесенные побои и раны. Их характер и степень определяли так называемые лекари.

Более подробную технологию определения и оценки телесных повреждений дают нормы древнего правового сборника «Русская Правда». Нормы закона определяли характер совершенного преступления в зависимости от способа и степени нанесения телесных повреждений.

Телесные повреждения квалифицировались:

на легкие – кровоподтеки, причиненные ударом руки или тупым предметом, оружием; кровавые раны, возникшие от острого оружия;

на тяжкие – повреждения руки, ноги, глаза, отсечение носа и иное членовредительство.

В данном сборнике и других нормативно-правовых актах XI века предписывалось, что подлежали серьезному наказанию лица, совершившие половые преступления (за «насилие», «поругание», «любодеяние» и др.), а для определения тяжести нанесенных увечий (в результате совершенного преступления) определялось медицинское исследование (осмотр самих телесных повреждений и лиц, их получивших).

В XIV–XV вв. правовые сборники «Двинская Уставная Грамота», «Грамота Белозерского князя Михаила», «Грамота великого князя Василия Ивановича» и другие, предусматривали необходимость производства наружного осмотра трупа, когда имелись подозрения на насильственную смерть, а также необходимость установления причины, времени и условий смерти (в течение 7 дней), например, когда тело сброшено с высоты или обнаружено в воде.

С этого времени и позже уделялось внимание наружному осмотру мертвых тел для установления причин, условий и времени наступления смерти. Так, в 1571 году врач Бомелиус установил, что смерть первой жены царя Ивана Грозного Анастасии Романовны (урожденная Захарьина-Юрьева, 1531 года рождения) наступила от отравления.

В литературных источниках того времени имеются описания некоторых случаев практики деятельности приказа. Так, Царь Михаил Федорович решил жениться на девице Марии Хлоповой. Князья братья Салтыковы, не желавшие этого брака, донесли царю, что девица больна падучей болезнью (эпилепсией). Царь узнал, что эти слухи (вероятно, ложные) и повелел произвести освидетельствование девицы. Медицинская комиссия в составе трех врачей, патриарха и нескольких бояр освидетельствовала девицу и установила, что она полностью здорова.

В XVI-XVII вв. царские указы, указы и грамоты определяли случаи привлечения фельдшеров или врачей к наружному осмотру трупа после пожара или исследование ран на теле потерпевшего, а также в дальнейшем к составлению медицинского заключения для последующего рассмотрения этого документа в суде.

Иван IV для обеспечения судебных разбирательств создает Аптекарский приказ (позднее преобразованный царем в Аптекарскую палату в 1581 году) и переименованный Петром I (в 1714 году) сначала в Канцелярию главнейшей Аптеки, а потом в Медицинскую канцелярию. В XVI веке в Аптекарский приказ входили все врачебные и аптекарские дела в России. В деятельность приказа ходили судебные функции в пределах своей компетенции, решение вопросов по установлению состояния здоровья, по наружному осмотру трупов лиц, умерших скоропостижной или насильственной смертью и др.

В 1686 и 1700 гг. с целью предупреждения криминальных случаев были подготовлены и изданы указы, вошедшие в Полное собрание законов Российской империи под названием «Боярский приговор. О наказании незнающих медицинских наук, и по невежеству в употреблении медикаментов, причиняющих смерть больным». Эти указы были первыми нормативно-правовыми актами того времени, предусматривающими наказание за правонарушения, связанные с некачественным или незаконным лечением больных.

В эти годы «дохтурами» освидетельствовались живые лица, вскрывались трупы убитых для установления причин и условий их смерти. Данные специалисты определяли причинно-следственную связь между травмой и смертью, а также осуществляли описание случаев наступления смерти от различных травматических воздействий или случаев суицидальной смерти и т.д. На этой основе в судебной практике указывалась и учитывалась полицией информация о возможных орудиях убийств и определяла пути поиска самого орудия и виновного лица.

Анализ данной информации позволил сделать вывод о том, что в данный период времени судебная медицина как отрасль знаний начала свое становление. Это время, когда были организованы профессиональные судебно-медицинские службы, а их деятельность регламентирована правом, царскими нормами.

Второй этап – этап, когда формировалась профессиональная судебно-медицинская служба в России (XVIII век).

Во времена царствования Петра I большую часть государственных интересов России была тесно связана с обеспечением военных нужд. Поэтому многие начинания, полезные для государства, возникли и были закреплены в рамках воинских уставов, артиклей и другие воинских правовых норм.

В соответствии с этими нормами врачи привлекались для освидетельствования лиц, пригодных к воинской службе, к установлению телесных повреждений и наружному осмотру трупов с дачей письменного заключения о причинах и времени наступления смерти.

В 1714 году Артикулом Воинским было дано законодательное предписание о приглашении врачей при разрешении судом вопросов, требующих специальных медицинских познаний. Так, «Артикул воинский купно с процессом, надлежащим судящим» 1715 г. (в толковании к арт. 154 – «О наказании за убийство») предусматривал устанавливать по делам об убийствах причину смерти.

В Воинском уставе 1716 года впервые было предписано приглашать врача для вскрытия трупа и установления причин и времени наступления смерти при подозрении на насильственную смерть, а не для простого осмотра трупа. Врач, производивший вскрытие, составлял письменное свидетельство, подтвержденное присягой. Данные выводу позволяли производить поиск в нужном направлении преступника.

В XVIII веке Воинские уставы считались сводом законов Российской империи и были основой организации медицинского дела в целом и судебной медицины в частности. Правовые нормы, регламентирующие судебно-медицинскую деятельность, содержались не только в указанных документах, но и в Морском уставе 1720 года.

В качестве медико-административных учреждений в гг. Санкт-Петербург и Москва учреждается специальный физикат (1739 года), который следил за тем, чтобы в госпиталях вскрывались скоропостижно умершие. Кроме прочих медицинских вопросов, они производили судебно-медицинскую и военно-медицинскую экспертизы.

Наряду с «физикатами» большое значение в вопросах судебной медицины и иных, связанных с ними, имели госпитали. В госпиталях проводились изучение анатомии, хирургии и акушерства на трупах. Для этого в первую очередь использовались криминальные трупы, подлежащие судебно-медицинскому вскрытию, проводить которое надлежало специалистам госпиталей.

Во второй половине XVIII века судебно-медицинские исследования трупов стали проводиться и в анатомических театрах медицинских учреждений. Кроме того, судебно-медицинские освидетельствования проводились в судебно-административных учреждениях, для чего в их штате находились врачи.

В описываемые времена объекты судебно-медицинской экспертизы и освидетельствования, а также задачи исследований были определены следующие: исследование трупов при подозрении на насильственную смерть; исследование трупов новорожденных при подозрении на детоубийство; судебно-медицинское освидетельствование живых лиц по поводу - телесных повреждений (побоев, увечий), установления возраста, половых преступлений, симуляций, бывших родов и беременности и некоторым другим; исследование психического состояния обвиняемого или пострадавшего; определение годности к военной службе, экспертиза членовредительства; исследования по делам о незаконном врачевании (знахарство, шарлатанство) и по делам о врачебных ошибках; исследование вещественных доказательств, ядов, различных трав и лекарственных веществ при подозрении на отравление.

С 1775 года в каждом уезде предусматривались доктора и лекари, которые обязательно проводили вскрытие трупов и их описание.

Анализ судебно-медицинской деятельности в России в XVIII веке показал, что практически полностью сложился прообраз современной судебно-медицинской службы в плане целей, задач, объектов и административного устройства, а также сложилась судебная практика производства экспертиз и использования ее результатов в судах.

Третий этап (XIX-XX вв.) – этап существенных изменений в медицинской практике, нормативном урегулировании ее деятельности и в организации судебно-медицинской службы. Окончательное формирование судебной медицины как отрасли знаний.

В первой половине XIX века в России в связи с изменением социально-экономических отношений происходят значительные административные и правовые преобразования. На смену Медицинской коллегии как самостоятельного административного органа был организован Медицинский совет. Он вошел в состав Департамента внутренних дел, который имел более широкие задачи, нежели современное Министерство внутренних дел. Судебно-медицинская служба находилась в составе 1-го отделения экспедиции Медицинского совета, в ее обязанности входило: «давать суждения в следственных уголовных и гражданских делах, требующих знания медицинской науки».

В 1809 году Медицинский совет был введен в состав Министерства народного просвещения, а в 1811 году был учрежден еще один Медицинский совет при Министерстве полиции, который по линии судебной медицины должен был заниматься «рассмотрением следствий о скоропостижно умерших и ревизией свидетельств в сомнительных случаях по делам гражданским и уголовным».

Развитие судебной медицинской науки также связано с университетскими кафедрами судебной медицины и изданием первых учебников по данной учебной дисциплине. В 1804 году в первом Университетском уставе предусматривалось создание специальной кафедры анатомии, физиологии и «судебно-врачебной науки», которая в 1835 году была преобразована в кафедру судебной медицины. Данная кафедра российского университета стала в дальнейшем центром развития судебно-медицинской науки.

В 1824 году хирург и анатом И.В. Буяльский подготовил и опубликовал «Руководство врачам к правильному осмотру мертвых человеческих тел для узнавания причин смерти, особливо при судебных исследованиях», а затем фармаколог и токсиколог А.П. Нелюбин – «Правила для руководства судебного врача при исследовании отравлений».

Под эгидой Медицинского совета и по указанию министра внутренних дел в 1829 году были изданы и разосланы на места «Правила для врачей при судебно-медицинском осмотре и вскрытии мертвых тел». По сути дела, это был наиболее полный учебник по судебной медицине для того времени. В работе над ним приняли участие видные деятели русской медицины профессора медико-

хирургической Академии, члены Медицинского совета И.В. Буяльский, А.С. Громов и А.П. Нелюбин.

В положении о Медицинском совете (1836 год) судебно-медицинские функции сводились к рассмотрению следствий о скоропостижно умерших и ревизия свидетельств в сомнительных случаях по делам гражданским и уголовным, когда требуется заключение медицинского ведомства.

В 1842 году издается Устав судебной медицины (том XIII Свода законов) систематизируются нормативно-правовые акты регламентирующие судебно-медицинские исследования и статус врачей (лекарей) при осмотре трупов, освидетельствованиях и других судебно-медицинских исследований. Так, Устав признавал врача «первым лицом, который должен «по сему предмету иметь особенные сведения», а его заключение – «совершенным доказательством».

Указ царя 1847 года предписывал, «чтобы врачи, призываемые для анатомических осмотров и свидетельства мертвых тел по уголовным исследованиям, давали заключения только по тем предметам, кои относятся до судебной медицины и медицинской полиции, не позволяя себе входить вместе с тем в рассуждения и давать заключения о предметах, подлежащих рассмотрению и определению суда».

Во второй половине XIX века на кафедрах судебной медицины медицинских учебных заведений начали создаваться школы судебной медицины, оказавшие большое влияние на развитие этой науки. В этот период получили известность работы видного московского судебного медика проф. П.А. Минакова. Главным консультантом по судебной медицине и медико-полицейским делам Московской городской полиции долгое время был судебно-медицинский эксперт М.А. Беллин.

Значительное место занимала Санкт-Петербургская школа судебной медицины, осуществлявшая свою деятельность при кафедре судебной медицины Медико-хирургической Академии. Казанская школа судебной медицины обогатила российскую судебно-медицинскую науку именами И.М. Гвоздева, Р. Лангеля и др. В то время были широко известны киевская, харьковская, томская, омская, саратовская и другие школы судебной медицины.

Данные судебной медицины стали широко использоваться в уголовном судопроизводстве. Это были результаты судебно-медицинских, судебно-психиатрических и токсикологических исследований.

В 1847 году издается первый учебник по судебной медицине для юристов, а с 1865 году начал выходить первый судебно-медицинский журнал «Архив судебной медицины и общественной гигиены», который сыграл большую роль в становлении судебно-медицинской науки и практики.

С 1868 года стали организовываться и проводиться съезды русских естествоиспытателей. В докладах обстоятельно было показано значение судебной медицины для отправления правосудия и взаимосвязь судебной медицины с другими естественными науками.

Анализ судебной практики и юридической литературы показал, что XIX век ознаменовался научным и практическим развитием судебной медицины.

Значительное развитие науки и практики судебной медицины в первую очередь связано с достижениями естественных наук этого времени, а также с прогрессивными преобразованиями в общественно-политической жизни России. Более того, анализ литературных источников того времени и истории криминалистической практики позволил сделать вывод о том, что в значительной мере развитие судебной медицины повлияло на криминалистическую практику, а также на возникновение и становление в будущем криминалистической науки.

Большие социально-экономические и политические преобразования, начавшиеся в России в начале XX в., естественно, затронули уголовный процесс, судебную медицину и молодую криминалистическую науку.

С 1917 года вопросы здравоохранения находились в ведении Совета врачебных коллегий, при нем была секция судебно-медицинской экспертизы. В 1918 году данный Совет был преобразован в Народный комиссариат здравоохранения, в котором в отделе гражданской медицины был подотдел медицинской экспертизы. На местах в уездах и городах были судебно-медицинские эксперты. На уровне губерний - подотделы медицинской экспертизы с соответствующими практическими подразделениями.

В 1919 году были опубликованы первые при советской власти ведомственные инструкции по регламентации судебно-медицинской деятельности: «О порядке освидетельствования мертвых тел в случаях скоропостижной смерти», «Временные правила классификации телесных повреждений», «Временное постановление для медицинских экспертов о порядке производства исследования трупов», «Положение о правах и обязанностях государственных медицинских экспертов», и др. На этой основе формируется «Положение о судебно-медицинских экспертизах», в котором эксперт трактовался как научный судья фактов и наделялся некоторые следственные функции.

Значительным событием в истории развития судебной медицины в России стал 1 съезд судебных медиков, проведенный в 1920 году, на котором обсуждались вопросы науки и практики судебной медицины и их значение в юриспруденции.

Вступившие в силу Уголовный и Уголовно-процессуальный кодексы (1922 – 1923 гг.) определили процессуальное положение судебно-медицинской экспертизы, права и обязанности экспертов на предварительном и судебном следствии

Второй Всероссийский съезд судебных медиков состоялся в 1926 году. На нем были рассмотрены вопросы дальнейшего развития судебно-медицинской деятельности и большое внимание уделено взаимодействию судебно-медицинской службы с судебно-следственными органами страны.

В 1946 году на Всесоюзной конференции было организовано Всесоюзное общество судебных медиков и криминалистов. Активная работа этого общества продолжается и в настоящее время, а в 1958 году основывается журнал «Судебно-медицинская экспертиза». С момента основания до нашего времени на

его страницах были опубликованы работы практически по всем направлениям судебной медицины, что внесло огромный вклад в ее развитие.

Заметное влияние на состояние современной судебно-медицинской деятельности оказали прошедшие в конце XX века Всесоюзные съезды судебных медиков. На них были рассмотрены многие актуальные вопросы судебно-медицинской отрасли знаний и практики, а также было уделено большое внимание вопросам взаимодействия судебных медиков со следователями и другими сотрудниками правоохранительных органов.

Российская судебная медицина сегодня имеет огромный научный и практический потенциал, который позволяет ей на хорошем уровне помогать правоохранительным органам в решении проблем, возникающих перед ними при расследовании уголовных преступлений.

Научные разработки судебной медицины широко используются учеными-криминалистами во всех направлениях криминалистической науки. Так, в общей теории науки находят свою реализацию в исследованиях проблем криминалистической идентификации и диагностики, механизма преступления и слеодообразования.

Специальные методы судебной медицины используются в криминалистических научных исследованиях. Язык криминалистики пополнился понятиями и терминами судебной медицины, что значительно расширило тематику криминалистических исследований.

В криминалистической технике положения судебной медицины используются в следоведении, дактилоскопии, габитологии, судебной баллистике и др. Они учитываются при подготовке рекомендаций по обнаружению, изъятию, сохранению и исследованию последствий преступлений. Положения судебной медицины способствуют исследованию материальных следов преступлений и определению путей поиска орудий и виновных.

В криминалистической тактике разработки судебной медицины способствуют формированию тактических рекомендаций следственного наружного осмотра криминального трупа и освидетельствования живых лиц на предмет определения степени и тяжести нанесенного вреда здоровью человека. Судебная медицина нужна для разработки тактических приемов допроса, предъявления для опознания и назначения иных судебных экспертиз.

В криминалистической методике без судебно-медицинских научных знаний невозможно создания и использования частных криминалистических методик расследования преступлений против жизни и здоровья человека, например, таких как убийств, изнасилований, незаконной трансплантации органов и др.

Вывод: объектами исследований в судебной медицине являются живые лица, трупы и его части, вещественные доказательства, материалы уголовных дел и др. Судебная медицина это медицинская отрасль знаний, занимающаяся исследованием, разработкой и экспертной оценкой доказательств, при проведении предварительного следствия и судебного разбирательства.

Литература

1. Белкин Р.С. Курс советской криминалистики. – М.: Академия МВД СССР, 1979. Т.3.; Курс криминалистики. М.: Закон и право, 2001.
2. Белкин Р.С. Криминалистика: проблемы, тенденции, перспективы. От теории к практике. Т.1. М., 1988.
3. Криминалистическое обеспечение деятельности криминальной милиции и органов предварительного расследования. М., 1997.
4. Кустов А.М. История криминалистической практики и науки. – М. Юрлитинформ, 2019.
5. Кустов А.М., Самищенко С.С. Судебная медицина в расследовании преступлений. – М.: МПСИ, 2000.

А.А. Лебедева¹

Н.С. Пономарева²

^{1,2}Московская академия Следственного комитета Российской Федерации
имени А.Я. Сухарева

Способ совершения ятрогенных преступлений

Аннотация. Авторами статьи рассматриваются основные способы совершения ятрогенных преступлений. Выделяются и обосновываются и способы сокрытия преступлений медицинских сотрудников. Приводятся примеры из следственной и судебной практики. Указывается, что способ совершения ятрогенного преступления тесным образом связан с выбором медицинскими работниками способа оказания медицинской помощи.

Ключевые слова: расследование, ятрогенные преступления, способ совершения, способ сокрытия.

Преступления против жизни и здоровья, совершаемые медицинскими работниками в процессе исполнения профессиональных обязанностей, представляют собой особую категорию. Это связано с тем, что пациенты, обращаясь за медицинской помощью, находятся в уязвимом положении, полностью полагаясь на профессионализм и добросовестность врачей, медсестер и другого медицинского персонала, в чьи профессиональные обязанности входит сохранение и укрепление здоровья граждан.

Ятрогенные преступления – это серьезная проблема, затрагивающая все аспекты здравоохранения. Изначально ассоциирующиеся преимущественно с психиатрией, с 1995 года они получили более широкое определение, включающее любые неблагоприятные последствия медицинских вмешательств. Такая расширенная трактовка подчеркивает, что риск ятрогенного вреда существует во всех областях медицины, от простой консультации до сложнейшей хирургической операции.

Вопросы расследования преступлений, совершённых при оказании медицинской помощи, на протяжении ряда лет относятся к числу приоритетных направлений деятельности следственных органов Следственного комитета Российской Федерации. Как отмечает Председатель Следственного комитета Российской Федерации А.И. Бастрыкин, «...вопросы оказания качественной медицинской помощи – непростая тема, обусловленная спецификой врачебной деятельности, затрагивающей, с одной стороны права граждан, с другой права и обязанности медиков, работающих зачастую в весьма сложных условиях»¹.

Как отмечал В.В. Некачалов: «Большое количество опасных, а иногда смертельных осложнений становятся исходом не естественного течения болезни, а результатом ненадлежащего оказания медицинской помощи работником, осуществляющим лечебно-диагностический процесс»². В современных условиях массовый характер приобрело оказание медицинской помощи на коммерческой основе. Однако сам факт оплаты гражданами такой помощи не гарантирует её качество.

В структуру криминалистической характеристики ятрогенных преступлений В. Д. Пристансков³ включает следующие элементы: жертва ятрогенного преступления; субъект ятрогенного преступления; физические действия (бездействия) субъекта; психическая деятельность субъекта ятрогенного преступления; способ посягательства; факты-последствия ятрогенного преступления; место и время посягательства.

Установление способа ненадлежащей медицинской помощи выступает одной из обозначенных задач исследования. Как отмечает Р.С. Белкин, способ представляет собой «форму, в которой выразились общественно опасные деяния, приёмы и методы, использованные преступником для совершения преступления».

Изучая способ в качестве элемента криминалистической характеристики ятрогенных преступлений, в первую очередь стоит остановиться на содержании понятий «медицинская помощь», «медицинская деятельность».

Медицинская деятельность – это профессиональная деятельность по оказанию медицинской помощи⁴. Профессиональная составляющая ограничивает ее от

¹ Бастрыкин А.И. Основные направления деятельности Следственного комитета Российской Федерации в 2018 году // Расследование преступлений: проблемы и пути их решения. 2018. № 4 (22). С. 12.

² Некачалов В.В. Ятрогения. (Патология, диагностики и лечения): пос. для врачей. – СПб., 1998. 42 с.

³ Пристансков В.Д. Основы формирования криминалистической теории расследования ятрогенных преступлений // Вестник СПбГУ. 2015. № 4. С. 114–119.

⁴ Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» № 323-ФЗ от 21.11.2011 (ст. 13) // СПС КонсультантПлюс.

иной деятельности, в том числе внешне направленной на оздоровление, например, от народной медицины.¹

Медицинская помощь, исходя из определений, содержащихся в ст. 2 ФЗ 323, подразумевает под собой комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг, в числе которых медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение. В ходе расследования ятрогенных преступлений важно установить именно тот этап медицинской помощи, на котором были нарушен порядок ее оказания.

Характерной чертой неосторожных преступлений является то, что медицинский работник совершает ятрогенное воздействие, нарушая установленные стандарты предоставления медицинской помощи. То есть, в процессе своей профессиональной деятельности, врач выполняет определённое действие, которое затем оказывается ошибочным, и осознаёт это лишь после возникновения негативных последствий. При этом, наступление таких последствий было в его компетенции предвидеть, но из-за небрежности в исполнении своих обязанностей, а также из-за равнодушного и легкомысленного отношения к проблемам пациента, он не способен был их предотвратить. Таким образом, профессиональная халатность и недостаток внимания к состоянию пациента могут привести к тяжёлым последствиям, которые в идеале должны были быть предотвращены благодаря должному соблюдению стандартов и принципов медицинской практики.

Действия медицинского работника, результатом которых явились ятрогении, представляют собой:

1. Повреждения: неправильное проведение хирургического вмешательства, травматические повреждения во время процедур.

Так, врач акушер-гинеколог во время принятия родов у 21-летней женщины применил запрещенный к использованию метод выдавливания плода. Надавливая руками на живот роженицы, врач оказал чрезмерное травмирующее механическое воздействие на ребенка. В результате причиненной родовой закрытой тупой травмы спинного мозга новорожденная девочка скончалась.²

2. Передозировки: ошибки в назначении и/ или применении лекарственных препаратов, что приводит к передозировке и нежелательным побочным эффектам или смерти пациента.

Так, согласно заключению эксперта № 16 от 08.09.20_ г., непосредственной причиной наступления смерти ФИОЗ является острое нарушение сердечного

¹ Отставнова Е.А. Нетрадиционная и народная медицина в Российской Федерации: конституционно правовой аспект // Вестник Саратовской государственной юридической академии. 2022. № 4 (147). С. 47–54.

²В Костромской области осужден врач акушер-гинеколог, виновный в причинении смерти по неосторожности ребенку во время родов URL: <https://sledcom.ru/news/item/557204/>(дата обращения 12.12.2024)

ритма в виде фибрилляции с развитием острой сердечной недостаточности при явлениях отека головного мозга и легких. Непосредственная причина смерти не является самостоятельной первопричинной патологией. Она явилась осложнением первоначальной причины смерти передозировки препаратов, обладающих аритмогенным действием (тиопентала натрия и ардуана), приведшей к наступлению смерти пациента в силу закономерного протекания следующей цепи патологических процессов: передозировка препаратов-фибрилляция сердца- острая сердечная недостаточность, отек головного мозга и легких- смерть. Сочетание данных препаратов, обладающих аритмогенным действием и использование их в небезопасных дозировках (максимально допустимой и превышающей ее) закономерно влечет за собой указанную выше цепь патологических процессов. Проведенный анализ цепи патологических процессов, приведших к наступлению смерти ФИОЗ, отражает наличие прямой причинно-следственной связи между передозировкой препаратов, обладающих аритмогенным действием, и наступлением смерти пациента.¹

3. Заражения: неправильная стерилизация инструментов, неправильное применение антисептиков или антибиотиков, что может привести к инфекции и развитию ятрогенного заболевания.

Так, 3-летний мужчина, которому был диагностирован перелом голеностопного сустава, после того как на его ногу была наложена гипсовая лонгета, спустя несколько дней скончался вследствие заражения крови.

4. Нарушения восприятия: неправильная интерпретация и/или анализ результатов исследований, что может привести к неправильному диагнозу и назначению лечения.

5. Оставления инородного предмета в организме: случайное оставление медицинского инструмента или другого объекта внутри пациента после хирургического вмешательства или медицинской процедуры.

6. Развитие патологических состояний: использование неэффективных или ошибочных методов лечения, что может привести к развитию нежелательных побочных эффектов или усугублению основного состояния пациента, что и выступает преступлением.²

Способ совершения ятрогенного преступления тесным образом связан с выбором медицинскими работниками способа оказания медицинской помощи. Располагая указанными данными, можно наметить оптимальный план следственных действий по обнаружению и закреплению доказательств в ходе расследования уголовного дела.

Не менее важным составным элементом криминалистической характеристики ятрогенных преступлений является способ сокрытия преступления. А.П.

¹ Приговор от 27 декабря 2016 г. по делу № 1-1/2017 URL: <https://sudact.ru/regular/doc/0Mm5doa0oA5q> (дата обращения 12.12.2024)

² Пристансков В.Д. Ятрогенные преступления: понятия, подходы к исследованию: монография. СПб, 2005. С. 146–157, Пирогова, Е.Н. Способы совершения и сокрытия врачебных ошибок / Е. Н. Пирогова, М.М. Османов, М.В. Конопляникова // Право и управление. 2023. № 7. С. 217–220.

Кушнарев справедливо отмечает, что «специфика ятрогенных преступлений состоит в том, что преступные действия в целом криминально не мотивированы, однако механизмы сокрытия используются в интенсивном или в сверхинтенсивном режиме, что обусловлено желанием виновного и вовлеченных им в процедуру противодействия лиц сохранить профессиональную репутацию, место работы и занимаемую должность»¹.

К наиболее распространенным способам сокрытия ятрогенных преступлений относятся: утаивание информации и/или ее носителей; уничтожение следов ятрогенного преступления; фальсификация медицинской документации; инсценировка; подмена биологического материала пациента; смешанные способы сокрытия ятрогенного преступления².

Первый указанный способ сокрытия исследуемой категории преступлений является довольно распространенным. Утаиванию чаще всего подлежат данные о реально произведенных действиях медицинских работников, об истинных причинах наступивших негативных последствий, также утаиванию подвергаются различные медицинские документы. Данный способ сокрытия является ярким примером проявления корпоративной солидарности среди медицинских работников.

К наиболее распространенным примерам уничтожения следов ятрогенных преступлений можно отнести: уничтожение медицинской документации путем измельчения shredderом, разрывания; сжигание документации, упаковок лекарственных средств; удаление медицинской документации, находящейся на электронном носителе³.

Фальсификация медицинской документации также включает в себя различные способы, к ним относятся, например, внесение ложных данных о проведении медицинских манипуляций, которые проведены не были; внесение неверных данных о состоянии пациента; изменение времени проведения диагностических или лечебных процедур; дописка, исправление, вклейка новых результатов медицинских исследований и лабораторных анализов.

Так, врач колопроктолог М. с целью сокрытия следов своей причастности к совершению преступления и воспрепятствованию органам предварительного следствия, внес в медицинские документы – медицинскую карту пациента Т., получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях не соответствующие действительности сведения относительно количества

¹ Кушнарев А.П. Типичные способы сокрытия профессиональных преступлений и их следов медицинскими работниками // *Общественные науки*. 2016. № 2-2. С. 33–44.

² Тузлукова М.В. Способы сокрытия ятрогенных преступлений, следов их совершения и криминалистические методы их установления // *Теория и практика судебной экспертизы*. 2019. Том 14. № 4. С. 32–42.

³ Тузлукова М.В. Способы сокрытия ятрогенных преступлений, следов их совершения и криминалистические методы их установления // *Теория и практика судебной экспертизы*. 2019. Том 14. № 4. С. 32–42.

примененного при проведении операции пациенту Т. препарата «Лидокаин», а также не указал примененный в ходе операции Т. препарат «Ропивакаин»¹.

Примером подмены биологического материала пациента служит случай, произошедший в Волгоградской области.

После вскрытия трупа женщины, которая скончалась в послеродовом периоде от бактериально-вирусной инфекции и отека головного мозга, руководитель Волгоградского областного патологоанатомического бюро дал указание врачу-патологоанатому уничтожить вирусологические образцы тканей органов умершей. А чтобы смерть роженицы не подпортила статистику материнской смертности, доктора приобщили к материалам вскрытия образцы печени совсем другого человека, скончавшегося от гепатита².

Таким образом знание наиболее распространенных способов совершения и сокрытия ятрогенных преступлений необходимо для прогнозирования методов их выявления, а также дает возможность следователю выдвинуть определенные следственные версии на первоначальном этапе и выбрать наиболее подходящую последовательность и тактику проведения следственных и иных процессуальных действий в рамках расследования уголовного дела.

Литература

1. Бастрыкин А.И. Основные направления деятельности Следственного комитета Российской Федерации в 2018 году // Расследование преступлений: проблемы и пути их решения. 2018. № 4 (22). С. 12.
2. Кушнарев А.П. Типичные способы сокрытия профессиональных преступлений и их следов медицинскими работниками // Общественные науки. 2016. № 2-2. С. 33–44.
3. Некачалов В.В. Ятрогения. (Патология, диагностики и лечения): пос. для врачей. СПб, 1998. 42 с.
4. Отставнова Е.А. Нетрадиционная и народная медицина в Российской Федерации: конституционно правовой аспект // Вестник Саратовской государственной юридической академии. 2022. № 4 (147). С. 47–54.
5. Пристансков В.Д. Ятрогенные преступления: понятия, подходы к исследованию: монография. СПб, 2005. С. 146–157.
6. Пирогова Е. Н. Способы совершения и сокрытия врачебных ошибок / Е.Н. Пирогова, М. М. Османов, М. В. Конопляникова // Право и управление. 2023. № 7. С. 217–220.

¹ Приговор Люберецкого городского суда Московской области № 1-320/17 от 31 июля 2017 года. Архив Люберецкого городского суда Московской области.

² Главный патологоанатом Волгограда получил срок за подмену органов // Российская газета. URL: <https://rg.ru/2021/04/01/reg-ufo/glavnyj-patologoanatom-volgograda-poluchil-srok-za-podmenu-organov.html>. (дата обращения 12.12.2024)

7. Пристансков В.Д. Основы формирования криминалистической теории расследования ятрогенных преступлений // Вестник СПбГУ. 2015. № 4. С. 114–119.

8. Тузлукова М.В. Способы сокрытия ятрогенных преступлений, следов их совершения и криминалистические методы их установления // Теория и практика судебной экспертизы. 2019. Том 14. № 4. С. 32–42.

Е.В. Левченко

Следственный отдел по г. Люберцы Главного следственного управления
Следственного комитета Российской Федерации по Московской области

Алгоритм проведения процессуальной проверки по сообщению о ненадлежащем оказании медицинской помощи и начального этапа расследования уголовных дел данной категории

Аннотация. В статье рассмотрены актуальные проблемы расследования преступлений, связанных с оказанием медицинской помощи. Рассматриваются актуальные вопросы проведения процессуальной проверки по сообщениям о ненадлежащем оказании медицинской помощи и начального этапа расследования уголовных дел данной категории расследования таких преступлений на первоначальном этапе. Показано, что важнейшим и первоочередным действием при получении сообщения о преступлении в области медицины, является изъятие медицинской документации.

Ключевые слова: проверка сообщений о преступлениях, врачебная ошибка, медицинские работники, ятрогения, начальный этап расследования.

Расследование ятрогенных преступлений вызывает на практике определенные трудности, вызванные сложностью нормативного регулирования в сфере здравоохранения, неоднозначной оценкой клинического случая и допущенных медицинскими работниками ошибок при оказании медицинской помощи. Актуальность расследования преступлений указанной категории определяется и расширением предлагаемых гражданам медицинских услуг, в том числе коммерческими организациями (косметологические услуги, лапороскопические операции, в сфере пластической хирургии и т.д.).

Об этом свидетельствуют и данные о числе обращений граждан в Росздравнадзор по вопросам ненадлежащей организации, качества и безопасности оказания медицинской помощи. Так, только в августе 2024 года в центральный аппарат Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения поступило 7220 обращений от граждан и организаций, в территориальные органы Росздравнадзора по субъектам Российской Федерации - 6684. Наиболее часто заявители обращались в Росздравнадзор по вопросу ненадлежащего, по их мнению, качества медицинской помощи, оказанной в медицинских организациях, находящихся в ведомстве субъекта Российской Федерации - 69,5%, федеральных медицинских организаций 6,1 % обращений; в 16,9 %

обращений содержались жалобы на частные медицинские организации, 3,1 % обращений поступило с жалобами на ведомственные медицинские организации и 4,4% обращений поступило с жалобами на фармацевтические организации.¹

Все это усложняется тем, что оформление документации медицинскими работниками не всегда может отражать достоверность реально проведенным медицинским манипуляциям, иными словами, могут быть допущены соответствующие искажения в медицинскую документацию с целью избежания ответственности, а также имеющая место «врачебная солидарность». По данным Следственного комитета Российской Федерации (далее - СК России) в суды направляется лишь шестая часть дел о врачебных ошибках. С одной стороны, не всегда действия медицинских работников подлежат уголовно-правовой оценке. Основная проблема правоохранительных органов на наш взгляд состоит в том, что следователям сложно сориентироваться в медицинских вопросах.²

Алгоритм проведения проверочных процессуальных действий обусловлен как правило двумя типичными следственными ситуациями:

1) Сообщение о смерти пациента в медицинской организации поступает в СК России сразу после наступления неблагоприятного исхода. Труп находится в медицинской организации.

2) Сообщение о наступлении неблагоприятного исхода, в том числе о смерти человека, которому оказывалась медицинская помощь, поступает спустя определенное время. Труп захоронен.

Последовательность проверки может выглядеть следующим образом: истребование первичной медицинской документации пациента; истребование документации о медицинской организации как о юридическом лице; истребование документации о профессиональных качествах медицинских работников - участников инцидента; получение объяснений со всех участников случившегося; истребование решения врачебной комиссии соответствующей медицинской организации; инициирование и ознакомление с результатами ведомственной экспертизы качества медицинской помощи; назначение судебно-медицинской экспертизы и получение заключения эксперта. После производства рассмотренных следственных и процессуальных действий, осмотра медицинской документации, получения заключения СМЭ трупа, соответствующих документов, необходимо подготовить запрос в соответствующий филиал СЭЦ СК России для оказания консультативной помощи и оформления письменного мнения об этапах оказания гражданину медицинской помощи, сведения об имеющихся у него заболеваниях

¹ Обзор обращений граждан и организаций, поступивших в Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения, в августе 2024 года URL: <https://roszdravnadzor.gov.ru/i/upload/images/2024/9/25/1727269136.68425-1-892547.pdf?ysclid=m2vskbabwa641229777>.

² Сергеева О.В., Зиненко Ю.В. Особенности проведения проверок сообщений о преступлениях, связанных с оказанием медицинской помощи // Криминалистика: вчера, сегодня, завтра. 2021. Т. 19. № 3. С. 157–164. DOI 10.24412/2587-9820-2021-3-157-164.

(повреждениях), причине смерти, а также о наличии или отсутствии сведений о дефектах оказания гражданину медицинской помощи.

При наличии дефектов оказания медицинской помощи, повлекших причинение тяжкого вреда здоровью или наступление смерти, рекомендации назначения КСМЭ в письменном мнении экспертов СЭЦ СК России необходимо возбудить уголовное дело и организовать предварительное следствие в строгом соответствии с требованиями УПК РФ. Таким образом, прежде всего, для принятия решения необходимо получить материалы из лечебных учреждений: амбулаторную карту больного или карту больного, находившегося на стационарном лечении (иногда то и другое); протокол патолого-анатомического исследования или заключение (акт) судебно-медицинского исследования трупа; протокол клинико-анатомической конференции или лечебно-контрольной комиссии, когда в лечебном учреждении производился разбор такого случая; материалы ведомственной проверки, которая проводится местными органами здравоохранения. После получения медицинской рекомендации совместно с судебно-медицинским экспертом провести ее углубленный осмотр, подготовить вопросы для опроса/допроса медицинских работников, которые имели отношение к лечению пациента. Вышеперечисленная медицинская документация составляется в каждом случае обращения за медицинской помощью.

При второй следственной ситуации действия следователя начинаются с подробного опроса заявителя, по результатам которого организовываются выезды в медицинские учреждения, где пациенту оказывалась медицинская помощь, для осмотра и выемки необходимых документов, результатов исследований и объектов в соответствии с требованиями УПК РФ. В тоже время необходимо подготовить запросы для получения информации о результатах внутреннего контроля качества оказания медицинской помощи из медицинской организации, где пациенту оказывалась медицинская помощь (акт комиссии по исследованию летальных случаев – клинико-экспертная комиссия (КЭК), клинико-анатомическая конференция (КАК), комиссия по изучению летальных исходов (КИЛИ), о результатах ведомственной и вневедомственной проверки – заключения качества медицинской помощи (ЭКМП), проведенной страховой медицинской организацией, территориальным фондом ОМС; акта проверки медицинской организации территориальным органом Росздравнадзора; заключения (протокола) проверки территориальным органом здравоохранения (Департаментом здравоохранения, Комитетом по здравоохранению, Министерством здравоохранения).

Необходимо предусмотреть последовательность и своевременность допроса медицинских работников. Как правило, это: лица, непосредственно осуществлявшие медицинскую помощь (лечащий врач, дежурный врач, врач-консультант, исполнители медицинских мероприятий) и контролировавшие ее качество (главные врачи, руководители и заведующие отделений и отделов, научные консультанты и др.); патологоанатомы, ведомственные эксперты качества оказанной медицинской помощи; медработники, проводившие

различные исследования (биологические, гистологические и т.д.).¹ Для них характерны заявления о том, что произошел несчастный случай, что у потерпевшего были физиологические особенности или патология органов, что отсутствует причинная связь между его профессиональными действиями и неблагоприятным исходом.

Важнейшее значение при расследовании дел этой категории имеет производство судебно-медицинской экспертизы. Решения и действия врача, основываясь на общепринятых положениях медицинской науки лечебной практики, в каждом случае определяется особенностями болезни, больного и условиями, в которых оказывается медицинская помощь. При изучении акта судебно-медицинского исследования следователь должен определить, имеются ли основания для привлечения медицинского работника (работников) к уголовной ответственности. При этом из представленного документа должны четко усматриваться три положения:

1. Действия медицинского работника (работников) в анализируемом конкретном случае были объективно неправильными и находятся в противоречии с общепризнанными правилами медицины.

2. Медицинский работник должен был сознавать, что действия его являются неправильными, находятся в противоречии с определенными правилами и установками медицины, а потому могут причинить вред больному. В случае каких-либо сомнений, он должен обратиться к учебникам, руководствам, справочной литературе, консультациям более опытных и компетентных специалистов, т.е. сделать все необходимое для того, чтобы исключить саму возможность неправильных медицинских действий, способных причинить ущерб больному. Если это не сделано, на лицо ненадлежащее выполнение своих обязанностей, что является одним из оснований для наступления уголовной ответственности.

3. Эти объективно неправильные действия способствовали (прямо или косвенно) наступлению неблагоприятных последствий, смерти больного или причинению ему существенного вреда. Наличие этих трех условий в совокупности являются достаточным для привлечения медицинского работника к уголовной ответственности.

Заслуживает внимание и распространения практика заключения следственными управлениями СК России соглашений с региональными органами информирования следственных органами здравоохранения об обязательном и незамедлительном информировании следственных органов обо всех случаях смерти в медицинских организациях новорожденных, рожениц, несовершеннолетних. При поступлении сообщения о смерти вышеуказанных лиц в медицинских организациях следует незамедлительно возбуждать уголовные дела по ч. 2 ст. 109 УК РФ.

¹ Алгоритм проведения процессуальной проверки по сообщению о ненадлежащем оказании медицинской помощи и начального этапа расследования уголовных дел данной категории. Методические рекомендации Следственного комитета Российской Федерации. М. 2023.

Литература

1. Тузлукова М.В. Актуальные вопросы криминалистического и судебно-экспертного обеспечения расследования ятрогенных преступлений // Теория и практика судебной экспертизы. 2020. № 2. Том 15.
2. Багмет А.М. Расследование преступлений, совершенных медицинскими работниками по неосторожности (ятрогенных преступлений): учеб.-метод. пособ. М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2018. 159 с.
3. Быкова Е.Г. Ненадлежащее исполнение своих профессиональных обязанностей как обязательный признак объективной стороны ятрогенного преступления // Актуальные проблемы медицины и биологии: междунар. журн. 2018. № 2. С. 20–22.
4. Алгоритм проведения процессуальной проверки по сообщению о ненадлежащем оказании медицинской помощи и начального этапа расследования уголовных дел данной категории. Методические рекомендации Следственного комитета Российской Федерации. М. 2023.
5. Обзор обращений граждан и организаций, поступивших в Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения, в августе 2024 года URL: <https://roszdravnadzor.gov.ru/i/upload/images/2024/9/25/1727269136.68425-1-892547.pdf?ysclid=m2vskbabwa641229777> (дата обращения: 30.10.2024).
6. Сергеева О.В., Зиненко Ю. В. Особенности проведения проверок сообщений о преступлениях, связанных с оказанием медицинской помощи // Криминалистика: вчера, сегодня, завтра. 2021. Т. 19. № 3. С. 157–164. DOI 10.24412/2587-9820-2021-3-157-164.
7. Карагодин В.Н., Фефилова М.В. Специфика расследования преступлений, связанных с неосторожным причинением вреда при оказании медицинской помощи // Современная наука. 2022. № 4

Н.А. Морозова

Московская академия Следственного комитета имени А.Я. Сухарева
Новосибирский филиал

О законодательной инициативе в части уточнения понятий «медицинская помощь» и «медицинская услуга» в контексте уголовно-правового применения

Аннотация. В статье представлен анализ законодательной инициативы о внесении изменений в Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и закон «О защите прав потребителей» в части уточнения понятий «медицинская услуга» и «медицинская помощь». Делается вывод о том, что законодательная инициатива в предложенном варианте не может быть принята, так как такая редакция только усложнит правоприменительную практику.

Ключевые слова: медицинская услуга, медицинская помощь, права потребителей, права пациентов, уголовная ответственность медицинских работников за профессиональные преступления.

20 марта 2024 года сенаторами Российской Федерации в Государственную Думу Российской Федерации внесен проект Федерального закона «О внесении изменений в Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и статью 1 Закона Российской Федерации «О защите прав потребителей».

Действующая редакция пп.4 п. 1 ст. 2 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» определяет «медицинскую услугу» как медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение.

Предлагаемая редакция: медицинская услуга – наименование медицинского вмешательства или комплекса медицинских вмешательств, используемое в целях финансового обеспечения оказания гражданам медицинской помощи и санаторно-курортного лечения, лицензирования медицинской деятельности, статистического наблюдения в сфере здравоохранения, а также в номенклатурах в сфере здравоохранения, для формирования клинических рекомендаций и стандартов медицинской помощи¹

Понятие «медицинская помощь» понимается как комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг.

Предлагаемая редакция: медицинская помощь - комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя выполнение медицинского вмешательства или комплекса медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение.

Проект разработан в целях повышения престижа врачебной профессии и декриминализации деятельности по оказанию медицинской помощи. Авторы законопроекта настаивают на том, что медицинская помощь, гарантированная Конституцией Российской Федерации, не может определяться понятием «услуга» (равно как врачи не выполняют чей-либо заказ на услугу) или удовлетворять чьи-либо потребности в соответствии с пожеланиями потребителя, как звучит дефиниция гражданско-правовой услуги»².

¹ Проект Федерального закона «О внесении изменений в Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и статью 1 Закона Российской Федерации «О защите прав потребителей» // Система обеспечения законодательной деятельности. URL: <https://sozd.duma.gov.ru/bill/580179-8>.

² Пояснительная записка к проекту Федерального закона «О внесении изменений в Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и статью 1 Закона Российской Федерации «О защите прав потребителей» // Система обеспечения законодательной деятельности. URL: <https://sozd.duma.gov.ru/bill/580179-8>.

При этом, не предполагается отказ от использования понятия «медицинская услуга», ограничив сферу его применения исключительно финансовым обеспечением оказания гражданам медицинской помощи.

Основанием для разработки законопроекта послужило применение к медицинской деятельности в уголовно-правовых отношениях статьи 238 Уголовного кодекса Российской Федерации (далее – УК РФ)¹ и направлено на ограничение ее применения в отношении медицинских работников, сохранив при этом ответственность медицинской организации перед пациентом за исполнение своих обязательств, определенных законодательно².

Предлагаемая редакция, на наш взгляд, не изменит существенно практику применения уголовного закона.

Это утверждение основано на том, что институт медицинских услуг является комплексным межотраслевым образованием.

Так, в соответствии со ст. 150 ГК РФ жизнь и здоровье отнесены к нематериальным благам, принадлежат гражданам от рождения или в силу закона. Являются неотчуждаемыми и непередаваемыми. Оказание гражданам медицинских услуг осуществляется по правилам главы 39 Гражданского кодекса Российской Федерации (ст. 779 ГК РФ), посвященной договорам возмездного оказания услуг. Все медицинские услуги являются возмездными. Разница только в источниках финансирования — за счет государственного бюджета в рамках реализации Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и соответствующих ей территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи³ либо за счет потребителей в рамках договоров оказания платных медицинских услуг. К таким отношениям применяются общие правила регулирования обязательственного права.

В соответствии с разъяснениями, содержащимися в п. 9 Постановления Пленума Верховного Суда РФ от 28.06.2012 № 17 «О рассмотрении судами гражданских дел по спорам о защите прав потребителей» к отношениям по предоставлению гражданам медицинских услуг, оказываемых медицинскими организациями в рамках добровольного и обязательного медицинского

¹ Пояснительная записка к проекту Федерального закона «О внесении изменений в Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и статью 1 Закона Российской Федерации «О защите прав потребителей» // Система обеспечения законодательной деятельности. URL: <https://sozd.duma.gov.ru/bill/580179-8>.

² Там же.

³ См., например, Постановление Правительства РФ от 28 декабря 2023 г. № 2353 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов» // Официальный интернет-портал правовой информации. URL: www.pravo.gov.ru.

страхования, применяется законодательство о защите прав потребителей¹. Причина, по которой Верховный Суд Российской Федерации высказал свою позицию заключается в публичном характере договора об оказании медицинских услуг, а именно в том, что пациент использует результат оказания услуги исключительно в личных целях, не связанных с коммерческими интересами.

В п. 1 Постановления Пленума Верховного Суда Российской Федерации от 25.06.2019 № 18 «О судебной практике по делам о преступлениях, предусмотренных статьей 238 Уголовного кодекса Российской Федерации» разъясняется, что ответственность, предусмотренная статьей 238 Уголовного кодекса Российской Федерации относится к оказанию услуг, которые по своему составу, конструкции, свойствам или качеству не отвечают требованиям, установленным в Законе Российской Федерации «О защите прав потребителей» и других федеральных законах и международно-правовых актах, а также в принятых в соответствии с ними иных нормативных правовых актах Российской Федерации, если они являются опасными для жизни или здоровья человека².

В силу того, что деяния, предусмотренные статьей 238 УК РФ, посягают на общественные отношения, связанные с охраной здоровья населения, потерпевшим по уголовному делу о таком преступлении может быть признано физическое лицо независимо от того, состояло ли оно в договорных отношениях с лицом (организацией), осуществлявшим производство, хранение или перевозку в целях сбыта либо сбыт товаров и продукции, выполнение работ или оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности жизни или здоровья человека (далее - требования безопасности), неправомерные выдачу или использование официального документа, удостоверяющего соответствие указанных товаров, работ или услуг требованиям безопасности (п. 4)³.

В отдельных случаях, на наш взгляд, действительно выносятся необоснованные судебные акты в отношении медицинских работников по ст. 238 УК РФ. В качестве примера можно привести дело в отношении руководителя Станции скорой медицинской помощи в Твери. Суть обвинения сводилась к тому, что будучи лицом, наделенным организационно-распорядительными полномочиями, он не обеспечил надлежащую работу бригад Скорой медицинской помощи, а именно, не обеспечил надлежащее укомплектование бригад Скорой медицинской помощи, водителей, соблюдение требований законодательства о сроках оказания медицинских услуг с момента вызова, хотя, по утверждению обвинения, имел такую возможность и допустил преступное бездействие⁴. В данной ситуации можно было говорить о должностном

¹ Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 28.06.2012 № 17 «О рассмотрении судами гражданских дел по спорам о защите прав потребителей» // СПС КонсультантПлюс.

² Постановление Пленума Верховного Суда Российской Федерации от 25.06.2019 № 18 «О судебной практике по делам о преступлениях, предусмотренных статьей 238 Уголовного кодекса Российской Федерации» // СПС КонсультантПлюс.

³ Там же.

⁴ Постановление Центрального суда г. Твери от 18.09.2019 // ГАС «Правосудие».

преступлении, но никак не о преступлении, связанном с оказанием услуг, не отвечающих требованиям безопасности. В соответствии с приговором Раменского городского суда от 19.12.2017 года признана виновной в совершении преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 238 УК РФ, врач-пульмонолог. В соответствии с предъявленным обвинением не в полном объеме выполнены требования стандарта специализированной медицинской помощи при тромбоэмболии легочных артерий. В итоге выбрана ошибочная тактика ведения больного. Пациент скончался от тромбоэмболии легочной артерии¹. Анализируя ситуацию можно с уверенностью предположить о некачественном, ненадлежащем оказании медицинской помощи, не связанного с нарушением требований безопасности медицинских услуг.

Принятие предлагаемого проекта изменений не приведет к декриминализации профессиональных преступлений медицинских работников. На наш взгляд проблема заключается не в формулировке законодательства об охране здоровья граждан или защите прав потребителей, а в неверной квалификации содеянного.

Кроме этого, нельзя не отметить внутреннюю противоречивость текста законопроекта. Предложение об использовании термина «медицинская услуга» исключительно в финансовых взаимоотношениях сторон по поводу тех же отношений, что и с пациентами, наоборот, может вызвать неоднозначную правоприменительную практику.

Литература

1. Постановление Пленума Верховного Суда Российской Федерации от 25.06.2019 № 18 «О судебной практике по делам о преступлениях, предусмотренных статьей 238 Уголовного кодекса Российской Федерации» // СПС КонсультантПлюс.

2. Постановление Пленума Верховного Суда Российской Федерации от 25.06.2019 № 18 «О судебной практике по делам о преступлениях, предусмотренных статьей 238 Уголовного кодекса Российской Федерации» // СПС КонсультантПлюс.

3. Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 28.06.2012 № 17 «О рассмотрении судами гражданских дел по спорам о защите прав потребителей» // СПС КонсультантПлюс.

4. Постановление Центрального суда г. Твери от 18.09.2019 // ГАС «Правосудие».

5. Пояснительная записка к проекту Федерального закона «О внесении изменений в Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и статью 1 Закона Российской Федерации «О защите прав потребителей». URL: <https://sozd.duma.gov.ru/bill/580179-8>.

6. Приговор Раменского городского суда от 19.12.20217 // ГАС «Правосудие».

7. Проект Федерального закона «О внесении изменений в Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и статью 1

¹ Приговор Раменского городского суда от 19.12.20217 // ГАС «Правосудие».

И.Н. Озеров

Московская академия Следственного комитета имени А.Я. Сухарева

Проблемы квалификации, раскрытия и расследования ятрогенных преступлений в особых условиях

Аннотация. Статья посвящена исследованию особенностей уголовно-правовой квалификации, специфики расследования и проблем раскрытия преступлений, совершаемых медицинскими работниками при оказании помощи в особых условиях - условиях чрезвычайного режима функционирования системы здравоохранения — таких как пандемии, военные действия, техногенные катастрофы и иные кризисные ситуации. Автор, опираясь на правовые источники, судебную практику и позиции профильных учёных, обосновывает необходимость выработки дифференцированного подхода к квалификации действий врачей, оцениваемых как ятрогенные преступления в условиях правового и ресурсного форс-мажора в особых условиях. Автор предлагает конкретные пути повышения эффективности оперативно-следственной работы по данным преступлениям в особых условиях.

Ключевые слова: ятрогенная, медицинский работник, ятрогенный дефект, судебная экспертиза, расследование преступлений.

Современное состояние правопорядка в России и в мире характеризуется значительным усложнением структуры правонарушений. Современные реалии, сопряжённые с волнами эпидемиологических угроз, гуманитарных и военных кризисов, а также локальных чрезвычайных ситуаций, создают принципиально новые условия функционирования системы здравоохранения. В таких условиях врач, действующий в состоянии ограниченных ресурсов, временных рамок и социальной напряжённости, нередко становится не только объектом общественного давления, но и субъектом уголовного преследования. Возникает объективная необходимость выработки более тонкого, адаптированного к условиям правового форс-мажора подхода к оценке его действий. При этом особые условия — такие как чрезвычайные ситуации, массовые беспорядки, вооружённые конфликты и иные кризисные обстоятельства — многократно увеличивают её воздействие.

Юридически корректная квалификация ятрогенных последствий в особых условиях невозможна без учёта специфики медико-правовых стандартов и допустимого профессионального риска. Уголовное преследование, осуществляемое в отрыве от контекста, порождает не только профессиональную деструкцию, но и негативный общественный резонанс.

Термин «ятрогенные преступления» используется для обозначения деяний, совершаемых медицинскими специалистами при оказании профессиональной помощи и повлекших причинение вреда вследствие нарушений установленных стандартов и норм деонтологии. В научной литературе принято разграничение

между профессиональной ошибкой и преступной халатностью, правовая граница между которыми определяется степенью отклонения от должной модели поведения.¹ Чаще всего такие действия квалифицируются по следующим нормам:

ч. 2 ст. 109 УК РФ — причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения обязанностей;

ч. 2 ст. 118 УК РФ — причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности;
ст. 124 УК РФ — неоказание помощи больному;
ст. 293 УК РФ — халатность.

Неблагоприятный исход – является ошибочной деятельностью врачей.

Он может быть разным: заражение пациента инфекционным заболеванием, ухудшение течения заболевания, появление осложнений и т.д., но самое негативное последствие – летальный исход, который при квалификации преступления будет одним из самых серьезных отягчающих обстоятельств (например, ч. 2 ст. 124 УК РФ – неоказание помощи больному, если это повлекло по неосторожности смерть больного либо причинение тяжкого вреда здоровью).²

Важным при расследовании преступлений в сфере оказания медицинских услуг будет установление причинно-следственных связей между деянием и последствием. Так как преступления с данным составом чаще имеют материальный состав, а также неосторожную форму вины, нам необходимо понимать взаимосвязь произведенных действий и негативного исхода. При решении вопроса о наличии причинной связи по делам о ятрогенных преступлениях следует учитывать наличие причинно-следственных отношений между неблагоприятным исходом оказания медицинской помощи и ятрогенным дефектом, ятрогией, развитие которых стало возможным в результате некомпетентных действий медицинского работника (врача) по оказанию медицинской помощи потерпевшему. Указанные отношения образуют механизм ятрогенного процесса, который не имеет самостоятельного уголовно-правового характера, «а имеет лишь вспомогательное значение для определения в конечном итоге причинной связи между деянием виновного и наступившей смертью».³

Особое значение в следственной и судебной практике имеют выводы судебно-медицинской экспертизы, устанавливающей причинно-следственную связь между действиями врача и наступившим вредом, а также соответствие этих

¹ Расследование преступлений, совершенных медицинскими работниками по неосторожности (ятрогенных преступлений): учеб.-метод, пособие для студентов вузов, обучающихся по направлению подготовки «Юриспруденция» / под ред. А.М. Багмета. - М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2018.-159 с.

² Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 № 63-ФЗ (в послед. ред.) // Собрание законодательства РФ. - 17.06.1996. - № 25. - ст. 2954.

³ Попов А.М., Журбенко А.М. Особенности раскрытия и расследования преступлений против личности, совершаемых работниками здравоохранения // Расследование преступлений: проблемы и пути их решения. 2021. № 1(31). с. 153-158.

действий стандартам медицинской помощи, установленным Минздравом России.

Анализ правоприменительной практики и публикаций учёных¹ показывает, что в условиях пандемий и иных чрезвычайных ситуаций существенно возрастает риск наступления неблагоприятных последствий при оказании медицинской помощи, что не всегда обусловлено небрежностью врача.

К числу правомерных обстоятельств, смягчающих оценку действий медицинского работника, могут быть отнесены:

- резкое превышение нормы пациентов на одного врача;
- отсутствие необходимых препаратов или средств ИВЛ;
- невозможность соблюдения процедуры консультативного совета;
- экстренная эвакуация, действующая без согласованного алгоритма.

Уголовное право в таких ситуациях должно учитывать положения ч. 1 ст. 41 УК РФ — «обоснованный риск», а также учитывать международные стандарты, допускающие профессиональные ошибки в условиях форс-мажора без уголовно-правового преследования.

Следственные действия в подобных делах требуют особого такта, профессионализма и межведомственного взаимодействия. Выводы эксперта могут иметь определяющее значение, однако они не должны абсолютизироваться в отрыве от условий оказания помощи. Рекомендуется: привлечение специалистов по организации здравоохранения и эпидемиологии к проведению комплексных экспертиз; анализ не только медицинской документации, но и регламентов, писем Минздрава, временных рекомендаций (включая протоколы COVID-19, утверждённые МЗ РФ); установление факта превышения норм нагрузки как доказательства форс-мажора; фиксация «стандарта возможности» в условиях экстренности, в том числе с использованием показаний коллег, руководства и пациентов.²

Пути правового регулирования могут быть разработка нормативных актов, регламентирующих понятие «медицинская ошибка в условиях чрезвычайных обстоятельств». Возможно введение в УК РФ примечания к ст. 109, 118, 124, устанавливающего презумпцию допустимости риска при чрезвычайной нагрузке.

Весьма эффективно методическое сопровождение деятельности следственных органов по анализу медицинских дел в условиях ЧС и расширение форм

¹ Пристансков В.Д. Криминалистическая теория расследования ятрогенных преступлений, совершаемых при оказании медицинской помощи // Международный научно-исследовательский журнал - 2020. - №11 (53).

² Озеров, И. Н. Некоторые аспекты расследования преступлений в сфере оказания медицинских услуг (ятрогении) / И. Н. Озеров, А. М. Журбенко // Вестник криминалистики. — 2023. — № 2(86). — С. 22-29.; Попов А.М., Журбенко А.М. Особенности раскрытия и расследования преступлений против личности, совершаемых работниками здравоохранения // Расследование преступлений: проблемы и пути их решения. 2021. № 1(31). с. 153-158.

взаимодействия Следственного комитета РФ с Минздравом, включая совместные протоколы оценки врачебной вины в кризисных условиях.

Подводя итог, следует отметить, что юридическая квалификация действий медицинского работника в условиях чрезвычайной ситуации требует взвешенного и научно обоснованного подхода, основанного на признании сложности профессиональной деятельности в условиях ограниченного доступа к ресурсам. Вопрос о границе между ошибкой и преступлением должен решаться с опорой на совокупность доказательств, экспертных данных и принцип разумного баланса между интересами общества и правами добросовестного специалиста. Только в этом случае уголовное право будет выступать инструментом справедливости, а не средством давления в условиях кризиса.

Литература

1. Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 № 63-ФЗ (в послед. ред.) // Собрание законодательства РФ. 17.06.1996. № 25. Ст. 2954.
2. Варламова Е. А., Пристансков В. Д. Проблема определения причинно-следственной связи по уголовным делам о ятрогенных преступлениях // Вестник Академии Следственного комитета Российской Федерации. 2015. № 1.
3. Попов А.М., Журбенко А.М. Особенности раскрытия и расследования преступлений против личности, совершаемых работниками здравоохранения // Расследование преступлений: проблемы и пути их решения. 2021. № 1(31). С. 153–158.
4. Озеров И.Н. Некоторые аспекты расследования преступлений в сфере оказания медицинских услуг (ятрогении) / И.Н. Озеров, А.М. Журбенко // Вестник криминалистики. 2023. № 2(86). С. 22–29.
5. Пристансков В.Д. Криминалистическая теория расследования ятрогенных преступлений, совершаемых при оказании медицинской помощи // Международный научно-исследовательский журнал. 2020. -№11 (53).
6. Расследование преступлений, совершенных медицинскими работниками по неосторожности (ятрогенных преступлений): учеб.-метод, пособие для студентов вузов, обучающихся по направлению подготовки «Юриспруденция» / под ред. А.М. Багмета. М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2018. 159 с.
7. Хмелева А.В. Отдельные аспекты использования специальных знаний при расследовании ятрогенных преступлений // Альманах современной науки и образования. 2016. № 5.

Показатели экономической оценки потерь от ненадлежащего оказания медицинских услуг

Аннотация. Статья посвящена проблеме оценке экономических потерь, оказывающих отрицательное влияние на пациентов, организации здравоохранения, на народнохозяйственный комплекс. В целях более обоснованного определения приоритетов развития системы здравоохранения предложены коэффициенты интенсивности, тяжести и рискованности, рассчитываемые в случаях ненадлежащего оказания медицинских услуг, не приведшего к смерти.

Ключевые слова: ненадлежащее оказание медицинских услуг; врачебные ошибки; экономические потери; коэффициенты интенсивности, тяжести и рискованности, рассчитываемые в случаях ненадлежащего оказания медицинских услуг, не приведшего к смерти.

Серьезной проблемой в системе здравоохранения остается проблема ошибок в медицинской практике. Она актуальна не только с юридической точки зрения, но и с экономической, в частности в аспекте экономической оценки потерь от ненадлежащего оказания медицинских услуг, не приведших к смерти.

Актуальность исследуемой проблемы обусловлена реальным положением дел как в российской экономической системе, так и в экономиках других странах. Так, например, 70% врачебных ошибок в России приходится на ошибки в диагнозе и лечении¹. В США (по данным Агентства по исследованиям и качеству в области здравоохранения, 2023) медицинские ошибки ежегодно приводят к 1,3 млн. травм; хирургические ошибки происходят примерно в одном случае из 100 хирургических вмешательств.² Ненадлежащим оказанием медицинских услуг озабочена Всемирная организация здравоохранения. По мнению представителя ВОЗ в РФ М. Вуйнович, «в среднем, по оценкам, один из 10 пациентов подвергается неблагоприятным последствиям при получении стационарной помощи», при этом ошибки в оказании медпомощи возникают на всех ступенях: как при первичных обращениях пациентов, так и при амбулаторном и стационарном лечении»³.

В специальной литературе можно выделить работы отечественных и зарубежных авторов, посвященные различным аспектам ненадлежащего оказания медицинских услуг. В работах российских авторов рассматривается

¹ См: Врачебные ошибки уносят миллионы жизней и стоят триллионы долларов // Коммерсантъ. Общество. 16.09.2023. URL: <https://www.kommersant.ru/doc/6211993?ysclid=m3kd0jff6y882782326> (дата обращения: 11.11.2024).

² См: Journal of Patient Safety, 2023.

³ ВОЗ: некачественная медпомощь – одна из главных причин смертности в мире 9 сентября, 2021. Новостная служба: URL: <https://www.pravmir.ru/voz-nekachestvennaya-medpomoshh-odna-iz-glavnyh-prichin-smernosti-v-mire/> (дата обращения: 11.11.2024).

природа врачебных ошибок [4,5]; сложность определения юридической ответственности медицинских работников и учреждений за оказание услуг, которые не соответствуют требованиям безопасности [1,2,3]; критерии безопасности медицинских услуг [2] и другие вопросы. В зарубежной литературе анализируются причины медицинских ошибок, их влияние как на пациентов, так и на систему здравоохранения в целом [7], последствия медицинских ошибок в экономическом аспекте [8], значение предотвращения ошибок при назначении медикаментов [6].

Известно, что ненадлежащее оказание медицинских услуг (или медицинская ошибка) — это действия или бездействия медицинских работников, которые не соответствуют установленным стандартам медицинской практики и могут привести к вреду пациенту. Оно включает в себя ошибки в диагнозе (поскольку неверная диагностика приводит к некорректному лечению и/или задержке в получении необходимой медицинской помощи); ошибки в лечении (поскольку неправильное назначение медикаментов, неправильные дозировки, неадекватные процедуры или операции могут вызвать осложнения или ухудшение состояния пациента); недостаток информации (так как некорректное информирование пациента о возможных рисках, методах лечения и альтернативных вариантах, что может повлиять на его решение о лечении); нарушение стандартов ухода (поскольку неправильное выполнение процедур, недостаточный контроль за состоянием пациента приводит к несоблюдению принципа безопасности). В целом ненадлежащее оказание медицинских услуг приводит к ухудшению здоровья пациента, необходимости дополнительного лечения, финансовым потерям, в целом к экономическим потерям.

В качестве компенсации за причиненный вред здоровью, в соответствии со ст. 1085 ГК РФ взыскивают утраченный заработок, расходы на дополнительное 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. Если связь между врачебной ошибкой и наступившим вредом установлена не будет, то суд может взыскать только компенсацию морального вреда. Размер ее определяется судом исходя из принципов разумности и справедливости.

С экономической точки зрения потери являются объективным свойством функционирования хозяйствующих субъектов любого уровня, поскольку их возникновение обусловлено, с одной стороны, рядом объективных причин, например, техническим укладом, уровнем эффективности функционирования, с другой стороны, субъективными причинами, в первую очередь, управлением организацией. Экономические потери следует рассматривать как ущерб, возникающий в результате различных факторов, таких как стихийные бедствия, экономические кризисы, изменения в законодательстве, технологические сбои и т.д. При этом любые экономические потери оказывают отрицательное влияние

не только на конкретные организации здравоохранения, но и на народнохозяйственный комплекс в целом.

При условии доказанного факта ненадлежащего оказания медицинских услуг чаще всего экономические потери в качестве агрегированного показателя рассматривают как комплексную оценку финансовых последствий, включающую явные и скрытые затраты. Агрегированная формула экономических потерь включает сумму прямых затрат (медицинские, юридические расходы, страховые выплаты), косвенных затрат (потеря трудоспособности, увеличение времени лечения) и упущенной выгоды (потеря дохода, снижение репутации).

С точки зрения участвующих субъектов и понесенных ими затрат целесообразно выделить следующие виды экономических потерь от ненадлежащего оказания медицинских услуг:

- потери для пациента, предполагающие рост расходов на дополнительное лечение, снижение личного дохода в связи с нетрудоспособностью, психологические травмы;
- потери для организаций здравоохранения, связанные с дополнительными расходами на лечение осложнений пациента, на судебные издержки, потерю репутации и т.п.;
- совокупные потери государства, связанные с потерей трудоспособности, и как следствие с увеличением расходов на социальное обеспечение, со снижением производительности в экономической системе, поскольку не заполнены рабочие места, с дополнительными расходами на исследования и разработки по улучшению качества медицинской помощи.

Экономическая оценка ненадлежащего оказания медицинских услуг затруднена в силу существующего противоречия между экономической и профессиональной составляющими анализируемого процесса. Экономический аспект проявляется в действии рыночных законов, в необходимости соотнесения фактических затрат при оказании медицинской помощи и нормативной стоимости. Профессиональный, собственно медицинский аспект, требует соотнесения реально оказанной медицинской помощи и необходимой. Последняя должна соответствовать стандартам медицинских технологий, при отсутствии осложнений, возникших в результате лечения, и достижении удовлетворенности пациента. При этом необходимо учитывать научно-технический уровень использования современных медицинских знаний и технологий; своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методик ведения пациента, его диагностики и реабилитации, а также оценку результата, достигнутого специалистами в ходе оказания медицинских услуг.

Сложность экономической оценки ненадлежащего оказания медицинских услуг, вероятнее всего, привела к тому, что отсутствует официальная статистика дефектов врачебной помощи. При этом настораживает динамика случаев ненадлежащего оказания медицинских услуг. Так, «за первые шесть месяцев 2022 года страховщики обработали более 660 тысяч жалоб на качество

оказанных медицинских услуг, что на 14% превышает прошлогодний показатель за тот же период». И далее «количество судебных споров с медучреждениями с участием страховщиков, как третьих лиц, за последние пять лет увеличилось в 5 раз... Согласно отчету за первое полугодие 2022 года, составленному Всероссийским союзом страховщиков, нарушений в этой сфере набралось почти 2 миллиона случаев из почти 16 миллионов проведенных экспертиз, а это значит, что каждый восьмой человек после обращения получил некачественную медицинскую помощь».¹

Думается, что в целях систематического анализа положения дел для медицинской организации, а также для макроэкономики в целом, требуется введение ряда показателей.

Коэффициент интенсивности случаев ненадлежащего оказания медицинских услуг, не приведшего к смерти ($K_{и}$) - количество случаев ненадлежащего оказания медицинских услуг, не приведшего к смерти, приходящихся на 1000 человек обратившихся за медицинской помощью.

$$K_{и} = \frac{T}{P} 1000, \text{ где}$$

T – количество случаев ненадлежащего оказания медицинских услуг, не приведшего к смерти, произошедших за определенный период времени,

P – количество человек, обратившихся за медицинской помощью.

Коэффициент тяжести в результате ненадлежащего оказания медицинских услуг ($K_{т}$) – количество дней нетрудоспособности, приходящихся на один случай ненадлежащего оказания медицинских услуг

$$K_{т} = \frac{D}{T} 1000, \text{ где}$$

D – число дней нетрудоспособности в случае ненадлежащего оказания медицинских услуг в отчетном периоде.

Коэффициент рискованности в результате ненадлежащего оказания медицинских услуг ($K_{риск}$) – количество дней нетрудоспособности, приходящихся на 1000 человек обратившихся за медицинской помощью

$$K_{риск} = K_{и} * K_{т} = \frac{D}{P} 1000$$

Расчет и анализ данных показателей позволит обоснованно определять приоритеты развития системы здравоохранения.

Литература

1. Бимбинов А.А. Анализ практики привлечения медицинских работников к уголовной ответственности: некоторые вводы // Уголовное право. 2019. № 6. С. 4–10.

¹ Страховщики обнародовали статистику нарушений при оказании медпомощи URL: <https://dzen.ru/a/YyLQR0poYTrIysTx?ysclid=m45zinj5k9664514350> (дата обращения: 12.11.2024).

2. Нагорная И.И. Оказание медицинских услуг, не отвечающих требованиям безопасности: трудности квалификации (ст. 238 УК РФ) // Уголовное право. 2021. № 5. С. 26–33.
3. Розовская Т.И. Судебная практика по уголовным делам в отношении медицинских работников. Доклад. Медицинская конференция 25.05.2023. Санкт-Петербург. Факультет повышения квалификации
4. Томнюк Н.Д., Мунин А.М., Брюханов Н.Е., Гапоненко В.О., Данилина Е.П. Врачебные ошибки и их причины // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2022. № 1. С. 51–55.
5. Шмаров Л.А. Проблемы причинности в судебно-медицинских экспертизах по «врачебным делам» // Судебно-медицинская экспертиза. 2021. № 1. С. 5–11.
6. Aspden, P., Wolcott, J., Bootman, J.L. (2007) Preventing Medication Errors: *A Summary of the National Academy of Sciences Report*.
7. Reason, James (2000) Medical Errors: Causes and Effects.
8. Zhan, C. & Miller, M.R. (2003) The Impact of Medical Errors on Health Care Costs.

П.Т. Савин

Московская академия Следственного комитета
имени А.Я. Сухарева

Киберпреступность в медицинской деятельности: вопрос эволюции ятрогенных преступлений

Аннотация. В статье рассматриваются вопросы эволюции преступлений в сфере медицинской деятельности и возникновения ятрогенных киберпреступлений. Автор делает ряд закономерных выводов об общих характеристиках рассматриваемых преступных деяний. Основным же выводом автора является вывод о том, что возрастает значение подготовки следователей, способных расследовать ятрогенные киберпреступления.

Ключевые слова: ятрогенные преступления; критическая информационная инфраструктура; квалификация преступлений.

Преступления, совершаемые медицинскими работниками, также известные как ятрогенные преступления, не первое десятилетие вызывают повышенное внимание у представителей российской уголовно-правовой науки¹. Как известно к распространенным ятрогенным преступлениям относятся те, которые предусмотрены ч. 2 ст. 109, ч. 2 ст. 124, п. «в» ч. 2 и ч. 3 ст. 238, ч. 2 и ч. 3 ст. 293 УК РФ. Наиболее дискуссионными вопросами являются вопросы отграничения:

¹ Петрова Т.Н. Врачебные ошибки и дефекты оказания медицинской помощи: в поисках различий // Вестник Академии Следственного комитета Российской Федерации. 2017. № 1. С.38-42.

ч. 2 ст. 109 УК РФ от ч. 2 и ч. 3 ст. 293 УК РФ; ч. 2 ст. 109 УК РФ от ч. 2 ст. 124 УК РФ.

Однако в данной статье будет рассмотрен несколько иной аспект ятрогенных преступлений: вопросы их эволюции и постепенного перехода в киберпространство. Речь идет о формировании качественно новой разновидности рассматриваемых преступлений – ятрогенных киберпреступлений. Обратившись к практике, имеет смысл обратить внимание на несколько примеров ятрогенных преступлений прошлых лет.

Малолетняя А. заболела гриппом, мать привела ее на осмотр к участковому врачу педиатру Б., которая, ограничившись визуальным осмотром, не установила точного диагноза. Врач поставила диагноз «автозный стоматит», не выявив гриппа. Заболевание А. начало прогрессировать, и к ней была вызвана скорая помощь. Прибывший фельдшер скорой помощи Г. определил заболевание ребенка гриппом, но оказав первую медицинскую помощь, не предпринял мер по госпитализации пациента. В течение суток матерью А. был осуществлен повторный вызов скорой. Фельдшер П. установила диагноз, повторно оказала медицинскую помощь, однако не предприняла столь необходимых мер по госпитализации ребенка. Осложнения заболевания привели к смерти А. Таким образом, участковый врач педиатр, а также фельдшеры не учли действовавших на тот момент инструкций, непосредственно связанных с распространением гриппа среди детей. Приговором суда К., Г. и П. были признаны виновными в совершении преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 109 УК РФ¹.

Несовершеннолетним пациентам Р. и О. было необходимо поставить клизму. Медсестра Б. во время подготовки соответствующего раствора допустила ошибку и использовала формалин. Во время подготовки раствора резкий запах формалина привел к тому, что Б. прослезилась и ей потребовалось срочно проветрить помещение. Однако, несмотря на это, она не сочла необходимым повторно проверить содержимое подготовленного раствора. Медсестра Н., полностью доверившись своей коллеге, также не стала проверять состав раствора и поставила несовершеннолетним клизмы, что в результате отравления повлекло смерть Р. и тяжкий вред здоровью О. Судом Б. и Н. признаны виновными в совершении преступлений, предусмотренных ч. 2 ст. 109 УК РФ и ч. 2 ст. 118 УК РФ.²

Врач травматолог С. осуществил неполную диагностику обратившегося к нему больного Н., отпустив того домой со справкой с диагнозом «ушиб грудной клетки». В тоже время, пациенту в связи с переломом ребер и разрывом селезенки была необходима госпитализация, восполнение кровопотери и удаление селезенки. Когда Н. была вызвана скорая помощь, он скончался по дороге в больницу, так как у него произошло внутреннее кровотечение и

¹ Приговор Благодарненского районного суда Ставропольского края от 22.02.2011. Дело № 1-15/11.

² Приговор Ленинского районного суда г. Екатеринбурга Свердловской области от 21.08.2014. Дело № 1-452/2014.

массивная кровопотеря. С. признан судом виновным в совершении преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 124 УК РФ¹.

В приведенных примерах заметно как медицинский персонал ставил ошибочные диагнозы, не принимал решения о столь необходимой госпитализации или же просто по ошибке отравлял пациентов клизмой с формалином. В тоже время все три рассмотренных примера хотя и поражают определенного рода разнообразием, но демонстрируют картину неосторожной преступности. В целом, ятрогенные преступления характеризуются неосторожной формой вины: легкомыслием либо небрежностью. При этом в сфере здравоохранения происходят и умышленные преступления, в том числе связанные с коррупцией², с финансированием медицинских учреждений³. Однако, изучение практики последних лет позволяет обратить внимание на появление умышленных противоправных деяний медицинских работников в сфере высоких технологий. При этом, рассматриваемые противоправные деяния в сфере медицинской деятельности начинают совершать не только медицинские работники, но и иные лица, имеющие доступ к информации, составляющей критическую информационную инфраструктуру Российской Федерации.

О., как медсестра врачебной амбулатории должна была проводить профилактические прививки против COVID-19, после чего в надлежащем порядке вносить соответствующие сведения в Единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения. Порядка пяти лиц из числа родственников и друзей О. обратились к ней с просьбой организовать получение ими сертификатов о прохождении вакцинации без ее фактического осуществления. Исполняя просьбы указанных лиц, О. внесла заведомо ложные данные об их вакцинации в ЕГИСЗ. Государственное обвинение придерживалось точки зрения о том, что медсестра совершила совокупность преступлений, предусмотренных ч. 1 ст. 274.1 УК РФ и ч. 1 ст. 237 УК РФ. Суд с данной позицией не согласился. Медсестра О. была оправдана по предъявленному обвинению за отсутствием в ее действиях обозначенных составов преступлений. В своих выводах суд указал, что объективной стороной преступления, предусмотренного ч.1 ст. 274.1 УК РФ, выступает создание информации, которая предназначена для совершения последующих атак на объекты критической информационной структуры, а объектом преступления является безопасность критической информационной инфраструктуры Российской Федерации. По мнению суда, О. лишь вводила ложные сведения в ЕГИСЗ, преследуя своей

¹ Приговор Вяземского районного суда Смоленской области от 15.08.2011. Дело № 1-157/2011.

² Петрова Т.Н. Серийные коррупционные преступления в сфере здравоохранения // Раскрытие и расследование преступлений серийных и прошлых лет: материалы Международной научно-практической конференции (Москва, 16 марта 2017 г.) / под общ. ред. А.И. Бастрыкина. М.: Московская академия Следственного комитета Российской Федерации, 2017. С. 353–357.

³ Петрова Т.Н. Преступления в сфере финансирования учреждений здравоохранения // Расследование преступлений: проблемы и пути их решения. 2018. № 2. С.51–54.

целью получение сертификатов о вакцинации ее родными и друзьями. Суд обратил внимание и на то, что О. не является специальным субъектом, предусмотренным ч. 1 ст. 237 УК РФ, следовательно - не может подлежать уголовной ответственности по соответствующей статье¹.

Программист отдела информационных технологий центральной городской больницы М. в процессе исполнения своих трудовых обязанностей получил доступ к логину и паролю помощницы врача-эпидемиолога К., что обеспечило ему доступ к Единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения. Желая получить сертификат о прохождении вакцинации от COVID-19 без ее прохождения, М. вошел в систему от лица К. и внес соответствующие заведомо ложные данные о прохождении им вакцинации. Позже М. решил обеспечить сертификатами мать, тетю, иных родственников. М. использовал наименования четырех разных вакцин. Когда старшая медсестра поликлиники О. решила сверить данные по вакцинации, она обнаружила, что в один из дней одним из видов вакцины было вакцинировано шесть человек, в то время как в больнице на тот момент было всего лишь пять единиц препарата. Медсестра позвонила тете М. и узнала о том, что последняя никакой вакцинации на самом деле не проходила. Судом М. признан виновным в совершении преступления, предусмотренного ч. 4 ст. 274.1 УК РФ².

Приведенные примеры свидетельствуют об отсутствии единообразия в практике применения ст. 274.1 УК РФ. М. и О. вносили недостоверные сведения в государственную информационную систему в сфере здравоохранения. Оба руководствовались мотивом помощи близким для них людям в вопросе обеспечения их сертификатами о прохождении вакцинации. Однако, программист был признан виновным в совершении уголовно-наказуемого деяния, а медсестра - нет. Внесение несоответствующих действительности сведений о вакцинации граждан в период всемирной пандемии несомненно должно быть оценено именно как посягательство на критическую информационную инфраструктуру. Подобное деяние может повлечь крайне серьезные и неблагоприятные последствия, когда лицо, не прошедшее вакцинацию, будет допущено до деятельности, условием допуска к которой будет являться наличие соответствующего сертификата. Содеянное должно быть квалифицировано по ст. 274.1 УК РФ, так как это не что иное как ятрогенное киберпреступление. Необходимо помнить о том, что критическая информационная инфраструктура входит в перечень элементов, которые необходимы для обеспечения деятельности государства³. При наличии определенных объективных факторов, таких как имевшая место пандемия

¹ Приговор Брянского районного суда Брянской области от 28.04.2022. Дело № 1-14/2022.

² Приговор Кизилюртовского городского суда Республики Дагестан от 23.12.2021. Дело № 1-148/2021.

³ Акапьев В.Л., Савотченко С.Е. Публично-правовое регулирование обеспечения безопасности объектов критической информационной инфраструктуры // Вестник Удмуртского университета. Серия: Экономика и право. 2024. № 3. С.494–503.

COVID-19, безусловно возрастает общественная опасность целого ряда составов преступлений¹.

Таким образом, можно сделать ряд интересных выводов:

1. О возможности совершения преступлений в сфере медицинской деятельности посредством современных информационных технологий.
2. Об умышленном характере соответствующей преступной деятельности.
3. О возможности совершения данных преступлений не только медицинскими работниками, но и иным персоналом медицинских учреждений, который способен получить доступ к критической информационной инфраструктуре Российской Федерации.

В связи с этим следует выразить мнение о том, что одним из направлений эволюции преступлений, совершаемых в сфере медицинской деятельности, при условии дальнейшего развития телекоммуникационных технологий, выступит ятрогенная киберпреступность. Соответственно и следователи будущего должны быть готовы к расследованию соответствующих дел. Следовательно: возрастает значение подготовки следователей, способных расследовать ятрогенные киберпреступления.

Литература

1. Акапьев В.Л., Савотченко С.Е. Публично-правовое регулирование обеспечения безопасности объектов критической информационной инфраструктуры // Вестник Удмуртского университета. Серия «Экономика и право». 2024. № 3. С.494–503.
2. Петрова Т.Н. Врачебные ошибки и дефекты оказания медицинской помощи: в поисках различий // Вестник Академии Следственного комитета Российской Федерации. 2017. № 1. С. 38–42.
3. Петрова Т.Н. Преступления в сфере финансирования учреждений здравоохранения // Расследование преступлений: проблемы и пути их решения. 2018. № 2. С. 51–54.
4. Петрова Т.Н. Серийные коррупционные преступления в сфере здравоохранения // Раскрытие и расследование преступлений серийных и прошлых лет: материалы Международной научно-практической конференции (Москва, 16 марта 2017 г.) / под общ. ред. А.И. Бастрыкина. М.: Московская академия Следственного комитета Российской Федерации, 2017. С. 353–357.
5. Савин П.Т. Особенности правоприменительной практики по уголовным делам, обусловленные распространением коронавирусной инфекции // Российский следователь. 2021. № 4. С. 62–65.

¹ Савин П.Т. Особенности правоприменительной практики по уголовным делам, обусловленные распространением коронавирусной инфекции // Российский следователь. 2021. № 4. С. 62–65.

Историко-методологические предпосылки зарождения, формирования и развития института специальных медицинских знаний в уголовном судопроизводстве

Аннотация. Статья посвящена исследованию историко-методологических предпосылок зарождения, формирования и развития института специальных медицинских знаний в уголовном судопроизводстве. На основании анализа нормативных документов делаются выводы о возможности и степени привлеченности в уголовный процесс сведущих лиц для поиска, обнаружения и закрепления доказательственной информации. Прослеживается историческая преемственность участия носителей специальных медицинских знаний («лекарей», врачей) в судебных разбирательствах.

Ключевые слова: специальные медицинские знания, сведущие лица, уголовный процесс, «лекарь», врач, специалист, преступления против жизни и здоровья.

В настоящее время интерес к институту специальных медицинских знаний продолжает оставаться на стабильно высоком уровне. Несмотря на наметившуюся за последние годы тенденцию сокращения количества совершенных преступлений против жизни и здоровья, они все еще занимают немалую долю в системе преступных деяний, и, несомненно, несут высокую степень общественной опасности для нашего общества. Так, например, согласно данным МВД РФ, по итогам 2023 года число преступлений против личности сократилось на 5,3 %, в том числе убийств и покушений на убийство – на 2,1 %, фактов умышленного причинения тяжкого вреда здоровью – на 4 %¹. В январе-сентябре 2024 г. показатели продолжили снижаться: число противоправных деяний против личности сократилось на 6,8 %, в том числе убийств и покушений на убийство – на 7,5 %, фактов умышленного причинения тяжкого вреда здоровью – на 7,6 %². Однако, количественные показатели преступлений все еще остаются достаточно высокими.

Нет сомнений, что при расследовании преступлений против жизни и здоровья нельзя обойтись без использования специальных медицинских знаний, что особенно подчеркивает важность и актуальность данного института для научных исследований. В частности, ещё В.Д. Спасович отмечал, что «если случится суду или частному человеку необходимость в другой специальности, тогда вместо того, чтобы изучать эту специальность, и так сказать, ехать открывать Америку, можно прямо обратиться к специалисту по той или другой специальности и взять

¹ Краткая характеристика состояния преступности в Российской Федерации за январь - декабрь 2023 года // <https://мвд.рф/reports/item/47055751/>

² Статистические сведения о состоянии преступности в январе-сентябре 2024 года // <https://мвд.рф/news/item/56670487?year=2023&month=12&day=31>

у него готовую формулу, не заботясь уже нисколько, каким образом она выведена»¹.

Согласимся со словами В.И. Шиканова, что «ко всякому вопросу можно подойти научно, лишь исторически рассмотрев развитие исследуемого явления в целом»², к тому же, по вполне обоснованному замечанию А.В. Нестерова, история зарождения и развития правового института специальных знаний имеет не только самостоятельное значение, но и позволяет создавать научно обоснованные ориентиры для ученых-юристов, иных ученых и практиков³, поэтому в настоящее время в специальной литературе имеется целый ряд публикаций, посвященных истории специальных знаний⁴.

Значительная работа по исследованию и изучению особенностей формирования института использования специальных знаний в правовой системе российского государства была проделана такими учеными, как Р.С. Белкин, А.И. Винберг, Г.Л. Грановский, А.М. Зинин, И.Ф. Крылов, Н.П. Майлис, Н.Т. Малаховская, Д.Я. Мирский, Т.Ф. Моисеева, С.М. Потапов, С.А. Смирнова, О.А. Соколова, Т.В. Толстухина и др.

Проанализировав исторические источники, можно прийти к выводу о том, что специальные медицинские знания использовались при раскрытии и расследовании преступлений с незапамятных времен, именно с них началось привлечение в уголовный и гражданский процесс сведущих лиц для наиболее максимально возможного эффективного поиска, обнаружения и закрепления

¹ Спасович В.Д. Сочинения. Т. 4. СПб, 1893. С. 297.

² Шиканов В.И. Использование специальных познаний при расследовании убийств. – Иркутск, 1976. С. 13.

³ Нестеров А.В. О зарождении и развитии некоторых категорий экспертизы // Эксперт-криминалист. 2012. № 2. С. 20.

⁴ Например, Егоров Н.Н., Протасевич А.А. Использование специальных знаний: история, состояние и перспективы развития // Сибирские уголовно-процессуальные и криминалистические чтения. 2022. № 1. С. 101–117; Спирев Д.В. Возникновение и развитие понятия «специальные знания» в дореволюционный период // Российско-Азиатский правовой журнал. 2022. № 4. С. 28–32; Цыганкова Е.В. Историко-правовые предпосылки возникновения института судебной экспертизы («сведущих людей») в российском процессуальном праве XI–XVIII вв. // Муниципалитет: экономика и управление. 2020. № 3 (32). С. 16–24; Светличный А.А. Становление института специальных знаний в уголовном судопроизводстве в период конца XIX - середины XX веков // Известия Тульского государственного университета. Экономические и юридические науки. 2015. № 2-2. С. 89–93; Светличный А.А. Зарождение и развитие института специальных знаний в дореволюционной России // Актуальные проблемы российского права. 2015. № 2 (51). С. 137-144; Кудрявцева А.В., Петров А.В. Использование знаний сведущих лиц в дореволюционном законодательстве России: вопросы теории // Вестник Омского университета. Серия: Право. 2014. № 2 (39). С. 224–228; Куликов А.В., Новиков А.А. Исторические предпосылки появления института специалиста в уголовном судопроизводстве России // Администратор суда, 2007, № 4. С. 44-46; Исаева Л. Зарождение экспертизы в Российском уголовном судопроизводстве // Законность. 2004. № 3. С. 46-51 и др.

доказательственной информации. В частности, как показали проведенные нами исследования, еще в давние времена известны примеры обращения к врачам для установления причины смерти или степени тяжести здоровью, характера полученных повреждений¹, а в законодательных актах таких государств, как Древний Рим, Индия, Китай, Древняя Греция часто встречаются указания на применение антропологических и медицинских знаний при решении вопросов гражданского и уголовного права, в том числе, для решения некоторых вопросов, связанных с причинением вреда здоровью или со смертью человека². Например, согласно положениям 12 таблиц в Риме (448 год до н.э.), при разбирательстве уголовных дел об умерших насильственной смертью требовалось обязательное присутствие врача³.

Однако следует уточнить, что в дошедших до нас исторических источниках того времени не существовало терминов «специальные знания», «специалист», «эксперт», имелись упоминания только о лицах различных профессий, например, лекарях, врачах, либо указывались обстоятельства, требующие осведомленности в каких-либо отдельных отраслях деятельности⁴.

Первое упоминание об использовании медицинских знаний при судебном разбирательстве можно обнаружить в Русской Правде – главном законодательном акте периода становления нашего государства. По мнению историков, одно из первых упоминаний о ней имеется в 1016 году, когда князь Ярослав Мудрый даровал её своим новгородским дружинникам в качестве привилегии. Практически в самом начале, во 2 статье Краткой редакции указанного документа, содержалась норма, регламентировавшая порядок правоотношений между нарушителем закона и потерпевшим, получившим вред здоровью: «...кто будет избит до крови или до синяков, то не искать этому человеку свидетеля; если на нем не будет никакого признака ударов, то пусть придет на суд свидетель; если же не сможет прийти, то тому делу конец; если кто за себя не может мстить, то взять за него князю за обиду 3 гривны и оплату врачу»⁵.

Для нас данная формулировка важна в том плане, что она отражает не только необходимость участия врача в разбирательстве, как носителя специальных знаний, для подтверждения причиненного вреда здоровью, но еще и обязывает

¹ Светличный А.А. Использование специальных знаний при расследовании убийств по найму: дис. ... кандидата юридических наук: 12.00.12. Тула, 2014. С. 70.

² Всеобщая история государства и права: Учебник для вузов в 2-х томах. Т. 1. Древний мир и средние века. / Под ред. В.А. Томсинова. М.: Зерцало-М, 2002. С. 87–88, 171–173, 255–259, 340–343.

³ Хрестоматия по истории государства и права зарубежных стран: В 2 т. / Отв. ред. д.ю.н., проф., Н.А. Крашенинникова. Т. 1: Древний мир и Средние века / Сост. О.Л. Лысенко, Е.Н. Трикоз. М.: Норма, 2004. С. 200–223.

⁴ Махов В.Н. Использование специальных знаний сведущих лиц при расследовании преступлений. М.: Изд-во РУДН, 2000. С. 12–22.

⁵ Русская правда (краткая редакция) URL: <http://drevne-rus-lit.niv.ru/drevne-rus-lit/text/russkaya-pravda-kratkaya/russkaya-pravda-kratkaya.htm>

участников разбирательства производить ему оплату за оказанные услуги, то есть примененные им «лекарские знания». При этом, как отмечают ученые в области истории права несмотря на то, что указание о привлечении врача содержалось только в одной норме Русской Правды, с большой долей вероятности оно применялось во всех случаях, касающихся телесных повреждений¹.

В Пространной редакции Русской правды (начало XI века) прослеживается историческая преемственность установленных ранее положений о необходимости участия врача при рассмотрении дел, связанных с причинением вреда здоровью. В частности, ст. 28-31, 67, 68² говорили о нанесении телесных повреждений и последующей оплате штрафов. Нужно полагать, учитывая ранее установленный порядок участия врача, что определение вины, степени повреждений и вынесение итогового решения в рамках всех разбирательств, должны были опираться также на «лекарские знания».

Следующий важный этап в истории использования специальных медицинских знаний при судебных разбирательствах связан с созданием специального государственного органа – Аптекарского приказа, который, как отмечают ученые-историки, с 1581 г. от имени государства стал организовывать в России деятельность лечебно-профилактических учреждений³. Среди многочисленных функций, которые были на него возложены государством (лечебная, продовольственная, ветеринарная, образовательная, управленческая и др.), для нас наибольший интерес представляет медико-полицейская и военно-медицинская. Так, например, в число задач, которые возлагались на работников данного учреждения, относились такие, как: определения пригодности ратных людей к военной службе и выявление «уклонистов» по причине здоровья, определение причин смерти от отравлений, медицинское освидетельствование, установление тяжести причиненного вреда здоровью. В подавляющем большинстве случаев все эти вопросы решались в рамках судебных разбирательств, а полученная информация от «лекарей» – работников Аптекарского приказа, использовалась для принятия решений уполномоченными лицами.

Из этого следует, что несмотря на отсутствие в правовых актах того времени положений, регламентирующих процесс привлечения специальных медицинских знаний в судопроизводство, участие «лекарей» при рассмотрении

¹ Цыганкова Е.В. Историко-правовые предпосылки возникновения института судебной экспертизы («сведущих людей») в российском процессуальном праве XI–XVIII вв. // Муниципалитет: экономика и управление. 2020. № 3 (32). С. 17.

² Русская правда (пространная редакция) URL: https://azbyka.ru/otechnik/Istorija_Tserkvi/biblioteka-literatury-drevnej-rusi-tom-4/14

³ Печникова О.Г. Создание и функционирование Аптекарского приказа // Юридические исследования. 2013. № 3. С. 20-22. С. 21; Новосельский А.А. Аптека XVII в. // Исследования по истории эпохи феодализма. М., 1994. С. 197; Томашевский В. В. Аптекарский приказ в XVII в.: автореф. дис. ... канд. ист. наук. Л., 1952. С. 7/

уголовных (а иногда и гражданских) дел в XVII в. становится обыденным явлением.

Первым правовым актом, регламентировавшим использование специальных знаний в российском государстве, стал Указ «О порядке исследования подписей на крепостных актах» от 6 марта 1699 года¹, в котором были законодательно закреплены лица, производящие экспертизу, и представляемые им объекты.

Необходимость использования специальных медицинских знаний в уголовном процессе нашла свое отражение в Артикуле Воинском 1716 года, где было закреплено положение об обязательном вскрытии трупов в случае насильственной смерти, при нанесении побоев и ранений: «того ради зело потребность есть... лекарей определить, которые бы тело мёртвое взрезали, и подлинно разыскали, что какая причина смерти его была, и в том иметь свидетельство в суде на письме подать, и оное присягою своей подтвердить»².

В 1797 г. при всех судебно-медицинских учреждениях России была введена должность штатного фармацевта, в обязанности которого входило исследование ядов, в том числе обнаруженных в трупах людей, реже – животных. Результаты проведенного исследования имели весомое преимущество перед другими доказательствами, поскольку представлялись суду компетентными людьми.

В ст. 943 Свода уголовных законов 1832 г. содержалось положение, согласно которому «если точное узнавание встречающихся в деле обстоятельств предполагает особые сведения или опытность в какой-либо науке, искусстве или ремесле, то надлежит истребовать о том показание и мнение сведущих людей, соображаясь с правилами, изложенными в главе об исследовании происшествия и осмотре»³.

В данном временном периоде в рамках проводимого нами исследования считаем необходимым выделить тот факт, что человек, обладавший специальными медицинскими знаниями, исполняя распоряжения судебного следователя или других имеющих на то право лиц, выполнял свою работу, но по замечанию Я.В. Комиссаровой, «не в рамках своих должностных обязанностей, а по заданию лиц, наделенных властными полномочиями»⁴.

Свод законов Российской Империи, вступивший в силу с 1 января 1835 г., официально ввел в уголовное судопроизводство процессуальную фигуру – сведущее лицо, при этом предусматривая возможность истребования у него показаний и мнения в необходимых для суда случаях. Таким образом, совершался плавный переход от «различных лиц, оказывающих услугу судебной власти

¹ Полное собрание законов Российской империи. СПб, 1820. Т. 111. № 1732.

² Памятники русского права. Вып. 8. М., 1961. С. 355; Хрестоматия по истории государства и права России: учеб. пособие / сост. Ю.П. Титов. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ТК Велби, Изд-во Проспект, 2005. С. 178.

³ Памятники русского права. Вып. 8. М., 1961. С. 635.

⁴ Комиссарова Я.В. Институт использования специальных знаний в России: исторический аспект // Эксперт-криминалист, 2008, № 1. С. 5.

при осмотре и освидетельствовании в силу своих знаний и опытности, к сведущим людям в процессуальном смысле»¹.

Таким образом, как видно из анализа нормативной базы прошлых лет, задачи, цели и условия осуществления сведущими лицами действий и операций в силу обладания ими определенными знаниями, навыками и умениями, являющимися для них профессиональными, постоянно трансформировались, однако суть их оставалась прежней. Иными словами, можно сказать, что при периодическом изменении формы содержательная сторона деятельности сведущих лиц практически не корректировалась, однако, уже на этот момент развития она заметно отличается от трудовой и постепенно приобретает характер процессуальной.

Литература

1. Всеобщая история государства и права: Учебник для вузов в 2-х томах. Т. 1. Древний мир и средние века. / Под ред. В.А. Томсинова. М.: Зерцало-М, 2002.
2. Глазер Ю. Руководство по уголовному процессу. Т. I. Вып. 2. СПб., 1915.
3. Егоров Н.Н., Протасевич А.А. Использование специальных знаний: история, состояние и перспективы развития // Сибирские уголовно-процессуальные и криминалистические чтения. 2022. № 1. С. 101–117.
4. Исаева Л. Зарождение экспертизы в Российском уголовном судопроизводстве // Законность. 2004. № 3. С. 46–51.
5. Комиссарова Я.В. Институт использования специальных знаний в России: исторический аспект // Эксперт-криминалист, 2008, № 1.
6. Кудрявцева А.В., Петров А.В. Использование знаний сведущих лиц в дореволюционном законодательстве России: вопросы теории // Вестник Омского университета. Серия: Право. 2014. № 2 (39). С. 224–228.
7. Куликов А.В., Новиков А.А. Исторические предпосылки появления института специалиста в уголовном судопроизводстве России // Администратор суда. 2007. № 4. С. 44–46.
8. Махов В.Н. Использование специальных знаний сведущих лиц при расследовании преступлений. – М.: изд-во РУДН, 2000.
9. Нестеров А.В. О зарождении и развитии некоторых категорий экспертизы // Эксперт-криминалист. 2012. № 2.
10. Новосельский А.А. Аптека XVII в. // Исследования по истории эпохи феодализма. М., 1994.
11. Печникова О.Г. Создание и функционирование Аптекарского приказа // Юридические исследования. 2013. № 3. С. 20–22.
12. Светличный А.А. Зарождение и развитие института специальных знаний в дореволюционной России // Актуальные проблемы российского права. 2015. № 2 (51). С. 137–144.

¹ Глазер Ю. Руководство по уголовному процессу. Т. I. Вып. 2. СПб, 1915. С. 18.

13. Светличный А.А. Становление института специальных знаний в уголовном судопроизводстве в период конца XIX – середины XX веков // Известия Тульского государственного университета. Экономические и юридические науки. 2015. № 2-2. С. 89–93.

14. Светличный А.А. Использование специальных знаний при расследовании убийств по найму: дис. ... кандидата юридических наук: 12.00.12. Тула, 2014. 326 с.

15. Спасович В.Д. Сочинения. Т. 4. СПб, 1893.

16. Спирев Д.В. Возникновение и развитие понятия «специальные знания» в дореволюционный период // Российско-Азиатский правовой журнал. 2022. № 4. С. 28–32.

17. Томашевский В. В. Аптекарский приказ в XVII в.: автореф. дис. ... канд. ист. наук. Л., 1952.

18. Хрестоматия по истории государства и права зарубежных стран: В 2 т. / Отв. ред. д.ю.н., проф., Н.А. Крашенинникова. Т. 1: Древний мир и Средние века / Сост. О.Л. Лысенко, Е.Н. Трикоз. М.: Норма, 2004.

19. Цыганкова Е.В. Историко-правовые предпосылки возникновения института судебной экспертизы («сведущих людей») в российском процессуальном праве XI–XVIII вв. // Муниципалитет: экономика и управление. 2020. № 3 (32). С. 16–24.

20. Шиканов В.И. Использование специальных познаний при расследовании убийств. Иркутск, 1976.

Ф.К. Свободный

Московская академия Следственного комитета
имени А.Я. Сухарева

Проблемы повышения эффективности результатов исследований с использованием полиграфа в следственной практике

Аннотация. Анализируются мнения следователей относительно путей повышения эффективности применения результатов исследований с использованием полиграфа. Показывается, что наиболее предпочтительным путём повышения эффективности использования результатов исследований на полиграфе является допрос специалиста в целях разъяснения результатов ИИП и придания им процессуального статуса, а также усиление доказательственного значения заключения специалиста, производившего исследование.

Ключевые слова: следователь, специалист, полиграф, расследование преступлений.

Психологическое исследование с использованием полиграфа (ИИП) является одним из методов раскрытия преступлений, который себя успешно зарекомендовал в следственной практике¹.

Вместе с этим в проблематике применения полиграфа в раскрытии преступлений остается много вопросов теоретического, методического и практического плана, одним из которых является проблема повышения эффективности использования результатов ИИП в следственно-судебной практике.

В 2013 году Верховный Суд Российской Федерации, указал, что «согласно уголовно-процессуальному закону психофизиологические исследования не являются доказательствами», поскольку, сформулированные на основе таких исследований «заклучения не соответствуют требованиям, предъявляемым уголовно-процессуальным законом к заключениям экспертов, и такого рода исследования, имеющие своей целью выработку и проверку следственных версий, не относятся к доказательствам согласно ст. 74 УПК РФ»².

Это вынуждает следователей воспринимать результаты ИИП только в качестве ориентирующей информации³, а также заставляет их искать способы повышения эффективности применения результатов, полученных специалистом при производстве ИИП.

С целью выявления предпочтений следователей в направлениях повышения эффективности использования результатов ИИП нами было проведено анкетирование следователей Следственного комитета Российской Федерации. Анкетирование проводилось в 2023 году на основе добровольности и анонимности для получения более правдивых ответов респондентов и усиления достоверности получаемых результатов, при помощи специально разработанной анкеты, которая, содержала вопросы, направленные на выявление мнений респондентов, относительно путей повышения эффективности использования «результатов полиграфа» в следственной практике. Первичные данные анкетирования были обработаны при помощи аппарата математической статистики.

В результате анкетирования выяснилось следующее. Следователи указали, что чаще всего результаты ИИП совпадают с итоговыми результатами расследования

¹ Свободный Б.Ф. Выявление обстоятельств получения лицом первой информации о преступлении экстремистской и террористической направленности при помощи исследования с использованием полиграфа // Актуальные вопросы профилактики и расследования преступлений экстремистской и террористической направленности: Материалы Международной научно-практической конференции. М.: Московская академия Следственного комитета Российской Федерации, 2023. С. 143–147.

² Кассационная практика Судебной коллегии по уголовным делам Верховного Суда Российской Федерации за второе полугодие 2012 года / Обзор Верховного Суда России от 3 апреля 2013 г. URL: www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70257680/ (дата обращения: 14.09.2024).

³ Белых-Силаев Д.В., Свободный Ф.К. Эффективность полиграфа в расследовании преступлений: мнение следователей // Юридическая психология. 2019. № 3. С. 35–39.

по уголовным делам, однако отметили, что в их практике в 2022 году были такие случаи, когда результаты ИИП противоречили итоговым результатам расследования.

Следователи признают, что результаты ИИП могут способствовать формированию новой следственной версии, впоследствии подтверждающейся другими доказательствами. Усредненный показатель указанных случаев в 2022 году в выборке следователей составляет 4 случая (на каждого опрошенного следователя). Также следователи указывают имеющиеся в их практике случаи, когда «полиграф помог найти новые доказательства, следы и т.д.».

Достаточно эффективно, по мнению респондентов, полиграф показал себя в качестве метода правомерного психологического воздействия надо допрашиваемого. Так, по данным за 2022 год, следователи фиксируют случаи, когда «полиграф помог разговорить допрашиваемого», а также - когда «полиграф помог получить признательные показания».

Действенным направлением повышения эффективности использования результатов ИИП является оптимизация взаимодействия следователя и специалиста, производящего ИИП. Так, по мнению следователей, эффективным способом, в рамках указанного направления, является допрос специалиста в целях разъяснения результатов ИИП и придания им процессуального статуса. Другим способом повышения эффективности использования результатов ИИП респонденты считают допрос испытуемого, с акцентированием внимания на такие детали преступления, на которые были «получены реакции на полиграфе».

Также следователи считают достаточно целесообразным такой способ взаимодействия, при котором специалист оперативно озвучивает следователю результаты ИИП сразу после его завершения.

В качестве одного из действенных способов повышения эффективности использования результатов ИИП, опрошенные следователи отмечают допрос испытуемого с привлечением специалиста, проводившего ИИП, с целью усиления правомерного психологического воздействия на допрашиваемого, дающего ложные показания.

Еще одним направлением повышения эффективности использования результатов ИИП может являться усиление доказательственного значения заключения специалиста, производившего исследование «на полиграфе». По результатам анкетирования выяснилось, что около 65% опрошенных следователей хотели бы, чтобы Верховный Суд «признавал результаты полиграфа» в качестве доказательств.

Литература

1. Белых-Силаев Д.В., Свободный Ф.К. Эффективность полиграфа в расследовании преступлений: мнение следователей // Юридическая психология. 2019. № 3. С. 35–39.
2. Кассационная практика Судебной коллегии по уголовным делам Верховного Суда Российской Федерации за второе полугодие 2012 года / Обзор

Верховного Суда России от 03 апреля 2013 г. URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70257680/> (дата обращения: 14.09.2024).

3. Свободный Б.Ф. Выявление обстоятельств получения лицом первой информации о преступлении экстремистской и террористической направленности при помощи исследования с использованием полиграфа // Актуальные вопросы профилактики и расследования преступлений экстремистской и террористической направленности: Материалы Международной научно-практической конференции. М.: Московская академия Следственного комитета Российской Федерации, 2023. С. 143–147.

Е.Б. Серова

Санкт-Петербургский юридический институт (филиал)
Университета прокуратуры Российской Федерации

Некоторые вопросы расследования ятрогенных преступлений

Аннотация. В статье на основе анализа юридической и медицинской научной литературы предлагается авторское определение ятрогенного преступления. Делается вывод, что не каждая ятрогенная патология является уголовно-наказуемой. Обращается внимание на цели проверки заявления (сообщения) о ятрогенном преступлении. Констатируется необходимость использования следователем научных методов познания в досудебном производстве по уголовному делу о ятрогенном преступлении.

Ключевые слова: ятрогения, ятрогенное преступление, расследование, следователь, проверка заявления (сообщения) о преступлении.

Право на охрану здоровья и медицинскую помощь является одним из основных конституционных прав и свобод человека и гражданина, однако его реализация нередко затрудняется из-за низкого качества оказания медицинской помощи. Причины этому разнообразны и далеко не всегда носят криминальный характер. Тем не менее уголовно-наказуемые деяния медицинских работников отнюдь не редкость. Многие из них несвоевременно выявляются, не все виновные лица привлекаются к ответственности. Во многом это обусловлено спецификой преступлений в сфере оказания медицинской помощи, которая обуславливает сложность доказывания вины субъектов. В то же время обращает на себя внимание недостаточно глубокое теоретическое изучение противодействия указанным посягательствам, хотя, справедливости ради, отметим, что исследования в данной области проводились и их результаты могут и должны быть использованы следователями.

Сказанное побудило нас еще раз обратиться к проблемам расследования преступлений, связанных с ненадлежащим качеством оказания медицинской помощи, которые в научной литературе принято называть ятрогенными, хотя

относительно того, что стоит за эти понятием, научные дискуссии не утихают¹. Между тем, выработка единого подхода к определению понятия «ятрогенения» имеет не только теоретическое, но и практическое значение, поскольку позволяет следователю своевременно выдвигать обоснованные версии о сущности произошедшего события и проверять их с использованием научно-обоснованных криминалистических рекомендаций.

Причины неблагоприятного исхода оказания медицинской помощи могут быть различны, что позволило В.Н. Чаплыгиной высказать тезис о нецелесообразности использования термина «ятрогенные преступления» для определения преступлений, совершённых медицинскими работниками, поскольку «ятрогенения» – сугубо медицинский термин, обозначающий последствие медицинского вмешательства². Позволим себе возразить и высказать тезис о применимости данного понятия в следственной практике, поскольку проверка заявления (сообщения) о преступлении и расследование проводятся именно в связи с событием, имеющим признаки ятрогении, и их итогом должен быть ответ на вопрос о том, является ли это событие преступлением, и кто в нем виновен.

Проанализировав имеющиеся в научной литературе позиции, опирающиеся на определение понятия ятрогении, нашедшего отражение в Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10)³, мы приходим к выводу, что ятрогенения — это нежелательные или неблагоприятные последствия диагностических, лечебных или профилактических вмешательств и

¹ См.: Васильченко А.В. Особенности назначения и проведения судебно-медицинских экспертиз при расследовании ятрогенных преступлений // Вестник Уфимского юридического института МВД России. – 2019. – № 2(84). С. 87; Мазур, Е. С. Проблемы расследования ятрогенных преступлений и пути их решения // Сборник материалов криминалистических чтений. 2018. № 15. С. 54.

² Чаплыгина В.Н. Ключевые концепты сравнительного подхода к понятийному аппарату, используемому при расследовании ятрогенных преступлений // Уголовно-процессуальные и криминалистические проблемы борьбы с преступностью: сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции, Орел, 26 мая 2017 года. Орел: Орловский юридический институт Министерства внутренних дел Российской Федерации имени В.В. Лукьянова, 2017. С. 148.

³ См.: Авдеев А. И., Козлов С. В. Ятрогенная патология (судебно-медицинский взгляд) URL: <http://journal.forens-lit.ru/node/102> – Дата обращения 12.11.2024; Антипов В.В., Антипова С.И. Ятрогенения как неизбежное явление в медицине XXI века. Часть I. От врачебных ошибок к ятрогении // Медицинские новости, 2017, № 4. С. 25–32; Замалеева С. В. К вопросу о соотношении понятий «врачебная ошибка» и «ятрогенения» // Теоретические и практические аспекты развития юридической науки : Сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции, Ростов-на-Дону, 11 августа 2017 года. Том Выпуск IV. Ростов-на-Дону: Инновационный центр развития образования и науки, 2017. С. 44–46; Пристансков В.Д. Основы формирования криминалистической теории расследования ятрогенных преступлений // Вестник Санкт-Петербургского университета. 2015. Сер. 14. Вып. 4. С. 58 и др.

мероприятий, которые приводят к нарушениям функций организма, причинению вреда здоровью или смерти пациента и носят характер виновного или естественного риска. Предложенный подход не ставит знак равенства между ятрогенной и преступлением и позволяет, с нашей точки зрения, максимально объективно исследовать событие с признаками ятрогенного преступления в досудебном производстве, отграничить его от уголовно-ненаказуемых деяний и преступлений со смежными составами, обеспечить всесторонность и полноту расследования, правильно определить подлежащего ответственности субъекта.

Раскрытие и расследование любого преступления во многом зависит от своевременности получения информации о нем и наступательности следствия с момента проверки заявления (сообщения) о преступлении. К числу факторов, существенно затрудняющих расследование ятрогенных преступлений, можно отнести несвоевременность поступления информации о них в правоохранительные органы, что влечет уничтожение следов преступления (в том числе в результате противодействия со стороны самих виновных лиц и их руководителей), в том числе создает предпосылки для фальсификации и уничтожения медицинских документов, являющихся важнейшими доказательствами по делу. Однако это не означает утрату возможности сбора доказательственной информации. Еще до возбуждения уголовного дела следователь должен стремиться получить информацию о событии, его противоправности и общественной опасности. По нашему мнению, для принятия обоснованного процессуального решения по результатам проверки необходимо достоверно установить факт оказания медицинской помощи, связанной с несоблюдением установленных правил, стандартов и протоколов, и наступление в результате этого неблагоприятных для пациента последствий. Установление причинно-следственной связи между проведенным вмешательством и наступившим последствием в виде причинения вреда здоровью или летального исхода, что предлагают отдельные исследователи ¹, представляется факультативным и зависит от конкретной ситуации. Нередко такая связь может быть установлена только в ходе предварительного расследования, поскольку предполагает необходимость производства различных следственных действий, что невозможно на стадии возбуждения уголовного дела. Тем более, что наступление неблагоприятных для пациента последствий может быть обусловлено не ятрогенным процессом, а ненадлежащей организацией медицинской помощи (неправильной маршрутизацией больного, допуском к

¹ Ермакова А.Л. Организационно-тактические аспекты первоначального этапа расследования ятрогенных преступлений // Проблемы уголовно-процессуального права и криминалистики: Сборник научных статей / Редколлегия: Н.В. Морозова [и др.]. Орел: Орловский юридический институт Министерства внутренних дел Российской Федерации имени В.В. Лукьянова, 2021. С. 38; Маевский С.С. Процессуально-криминалистические аспекты раскрытия и расследования ятрогенных преступлений // Право: история, теория, практика: Сборник статей и материалов. Том Выпуск 22. Брянск: Общество с ограниченной ответственностью «Новый проект», 2018. С. 131.

самостоятельному оказанию медицинской помощи лиц, не обладающих необходимой квалификацией и проч.), которая также подлежит правовой оценке.

Для получения информации о криминалистических признаках ятрогенного преступления, составляющих основание для возбуждения уголовного дела, необходимо уже в ходе проверки заявления (сообщения) о преступлении правильно определить, какие следы противоправного поведения (действия или бездействия) могут быть обнаружены, и где их следует искать. В этих целях целесообразно применять процессы валидации и верификации с применением метода моделирования, позволяющего построить, изучить, проверить и сопоставить две модели: правомерных действий медицинского работника и тех действий, которые могли носить противоправный характер¹.

В заключение следует отметить, что наступательные действия следователя, своевременное изъятие и осмотр медицинской документации, правильное определение круга лиц, подлежащих допросу, предмета и тактики допросов, надлежащая подготовка судебных экспертиз, прежде всего судебно-медицинской экспертизы качества оказания медицинской помощи, является залогом успешного раскрытия и расследования ятрогенного преступления привлечения виновных лиц к ответственности.

Литература

1. Авдеев А.И., Козлов С.В. Ятрогенная патология (судебно-медицинский взгляд). URL: <http://journal.forens-lit.ru/node/102> (дата обращения: 12.11.2024).

2. Антипов В.В., Антипова С.И. Ятрогения как неизбежное явление в медицине XXI века. Часть I. От врачебных ошибок к ятрогении // Медицинские новости. 2017. № 4. С. 25–32.

3. Васильченко А.В. Особенности назначения и проведения судебно-медицинских экспертиз при расследовании ятрогенных преступлений // Вестник Уфимского юридического института МВД России. 2019. № 2(84). С. 86–90.

4. Ермакова А.Л. Организационно-тактические аспекты первоначального этапа расследования ятрогенных преступлений // Проблемы уголовно-процессуального права и криминалистики: сборник научных статей / Редколлегия: Н.В. Морозова [и др.]. Орел: Орловский юридический институт Министерства внутренних дел Российской Федерации имени В.В. Лукьянова, 2021. С. 34–39.

5. Замалеева С.В. К вопросу о соотношении понятий «врачебная ошибка» и «ятрогения» // Теоретические и практические аспекты развития юридической науки: сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции, Ростов-на-Дону, 11 августа 2017 г. Выпуск IV. Ростов-на-Дону: Инновационный центр развития образования и науки, 2017. С. 44–46.

6. Маевский С.С. Процессуально-криминалистические аспекты раскрытия и расследования ятрогенных преступлений // Право: история, теория, практика:

¹ Подольный Н.А. Отдельные проблемы расследования ятрогенных преступлений // Вестник Российской правовой академии. 2019. № 2. С. 22.

Сборник статей и материалов. Том Выпуск 22. Брянск: Общество с ограниченной ответственностью «Новый проект», 2018. С. 128–137.

7. Мазур Е.С. Проблемы расследования ятрогенных преступлений и пути их решения // Сборник материалов криминалистических чтений. 2018. № 15. С. 54–55.

8. Подольный Н.А. Отдельные проблемы расследования ятрогенных преступлений // Вестник Российской правовой академии. 2019. № 2. С. 20–25. DOI 10.33874/2072-9936-2019-0-2-20-25.

9. Пристансков В.Д. Основы формирования криминалистической теории расследования ятрогенных преступлений // Вестник Санкт-Петербургского университета. 2015. Сер. 14. Вып. 4. С. 57–70.

10. Чаплыгина В.Н. Ключевые концепты сравнительного подхода к понятийному аппарату, используемому при расследовании ятрогенных преступлений // Уголовно-процессуальные и криминалистические проблемы борьбы с преступностью: Сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции, Орел, 26 мая 2017 года. Орел: Орловский юридический институт Министерства внутренних дел Российской Федерации имени В.В. Лукьянова, 2017. С. 148–151.

В.В. Спивак¹

Л.А. Артамонова²

¹следственный отдел по городу Невинномысск следственного управления
Следственного комитета Российской Федерации
по Ставропольскому краю

²следственное управление Следственного комитета Российской Федерации
по Ставропольскому краю

Совершенствование криминалистической и информационно-базовой практики при расследовании ятрогенных преступлений

Аннотация. Несмотря на все положительные достижения в области расследования преступлений, связанных с причинением смерти по неосторожности, наиболее проблемной остается категория преступлений, связанных с врачебными ошибками.

Ключевые слова: врачебная ошибка, ятрогенные преступления, криминалистическое сопровождение, медицинское образование, здоровье, латентность, фальсификация.

Оказание качественной медицинской помощи является одним из приоритетных направлений государства, что также закреплено и Конституцией

РФ, где в ст. 41 указано, что каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь¹.

Здоровье — это состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезни или физических дефектов².

Понятие «медицинская помощь» можно обобщить как совокупность приемов и способов, направленных на восстановление утраченного здоровья и (или) минимизации последствий заболевания и травм.

Врачебный процесс имеет три стадии: диагностика, лечение, преемственность³.

Основные нарушения, допускаемые медиками в процессе диагностики и лечении, сводятся к неполноте проведенных исследований и ошибочности результатов исследований, использование неподходящих методов медицинской манипуляции, с учетом индивидуальных особенностей организма человека⁴.

Такое понятие, как «ятрогенное преступление» приобрело большую актуальность в нашей стране относительно недавно, ввиду роста числа преступлений, совершенных в сфере здравоохранения, и подразумевает под собой неосторожное действие в процессе осуществления медицинской помощи гражданину повлекшее за собой причинение вреда здоровью той или иной категории, а также наступление смерти.

На наш взгляд, в сегодняшних реалиях сформировались три основные проблемы, препятствующие оперативному и качественному расследованию преступлений вышеуказанной категории.

Во-первых, медицина — это отдельная сфера деятельности, которая требует дополнительных специальных познаний в ней, которых хватает лицам, осуществляющим предварительное следствие.

Во-вторых, отсутствие единого подхода в системе здравоохранения формирования медицинских сведений и документов граждан, которым оказывалась медицинская помощь, установление которых может занимать длительное время, а учитывая, что ятрогения относится к категории преступлений небольшой тяжести и длительный срок проведения судебных экспертиз, указанный фактор способствует к приобретению затяжного характера

¹ Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993 с изменениями, одобренными в ходе общероссийского голосования 01.07.2020) // СПС Консультант плюс.

² Устав Всемирной организации здравоохранения, принят Международной конференцией здравоохранения, проходившей в Нью-Йорке. URL: <http://docs.cntd.ru/document/901977493> (дата обращения 10.11.2024).

³ Курс криминалистики: В 3 т. Т. II. Криминалистическая методика: Методика расследования преступлений против личности, общественной безопасности и общественного порядка / Под ред. О.Н. Коршуновой и А.А. Степанова. СПб: Изд-во «Юридический центр Пресс», 2004. С. 544.

⁴ Фокин М.М. Ерофеев С.В. Судебно-медицинская экспертиза неблагоприятного исхода хирургической помощи (анализ практики и разработка методики) // Медицинская экспертиза и право. 2013. №1. С. 13–17.

расследования этих преступлений, приводит к истечению сроков давности и избеганию наказания лица, совершившего преступление, что подрывает торжество справедливости в уголовном процессе.

При проверке сообщения и расследования преступлений о «врачебной ошибке», однозначно необходимо лицо с медицинским образованием, которое будет оказывать методическую помощь в получении информации о медицинских документах, которые необходимо изъять для установления обстоятельств подлежащих доказыванию, а также в дальнейшем осмотре данной документации с описанием полного врачебного процесса оказания медицинской помощи гражданину и дачи ей предварительной оценки, где следователь самостоятельно не сможет определить характер такой помощи.

Кроме того, при её осмотре могут появиться и другие вопросы, касающиеся специфики выполненных диагностических исследований и проведенного лечения.

При этом такое лицо также должно оказывать методическую помощь по своевременному истребованию медицинских документов, предотвращению их утраты и фальсификации и помощь в получении справочного характера, в частности о месте нахождения медицинской документации, её анализе на наличие противоречий, а также последующей постановки вопросов экспертам в целях минимизации возможности назначения дополнительных и повторных судебных экспертиз и минимизации сроков предварительного расследования.

По нашему мнению, решением данной проблемы будет способствовать введение в системе Следственного комитета Российской Федерации отдельной специализации следователей-криминалистов, которые будут постоянно совершенствовать свои знания путем прохождения курсов повышения квалификации непосредственно с участием медицинских работников и в образовательных учреждениях готовящих кадры в области медицины, это является на наш взгляд наиболее правильным подходом к решению в сложившейся в следственно-судебной практике, в условиях латентности и сложности расследования ятрогенных преступлений и позволит оперативно и качественно отвечать на процессуальные противодействия лицам, совершившим преступления. Это также позволит исключить фактор «заинтересованности» лица привлекаемого в качестве специалиста вне системы нашего правоохранительного блока.

Вторым не менее важным аспектом в борьбе с ятрогенными преступлениями является организация формирования медицинской документации больных в системе здравоохранения.

В настоящее время в большинстве случаев указанная документация ведется в бумажном виде и рукописно, при этом зачастую неразборчивым почерком, что также может за собой повлечь назначение почерковедческих и криминалистических судебных экспертиз с целью установления дословного содержания текста, фактов его искажения и внесения изменения, то есть для установления факта фальсификации доказательств. При этом, указанные экспертизы необходимо проводить до назначения основной экспертизы –

комиссионной судебной медицинской, что негативно отражается на сроках предварительного следствия.

Кроме того, исходя из сложившейся практики данная документация в «оригиналах» направляется в различные надзорные и страховые органы, что препятствует следствию в её соизмеренном изъятии, что также может повлечь её полную утрату или внесение в неё недостоверных сведений лицом, совершившим преступление. Указанные факты с свою очередь влекут за собой затягивание сроков предварительного следствия, производства судебных экспертиз и в конечном итоге создают возможности для лица совершившего преступление вовсе избежать уголовной ответственности.

По нашему мнению, в современных реалиях и возможностях технологического прогресса, в сфере здравоохранения должен тождествовать принцип прозрачности оказания медицинской помощи, в который должен быть заложен метод единого ведения медицинской документации пациента в электронном виде с использованием единой авторизированной системы баз данных, в которой будет содержаться полные сведения о пациенте со всех субъектов РФ. Данная система даст возможность оперативно изымать медицинские документы потерпевших, не будет препятствовать проведению иным контрольным и надзорным мероприятиям со стороны остальных органов государственной власти и страховых организаций, а также сведет к минимуму возможность утратить или сфальсифицировать тот или иной документ.

Руководствуясь вышеизложенным, можно сделать вывод о том, что качество расследования уголовных дел о преступлениях, сопряженных с врачебной ошибкой, нуждаются в совершенствовании, в том числе путем разработки новых криминалистических методов расследования и предотвращения совершения новых преступлений. Кроме того, законодательная материально-техническая база в этой области также весьма несовершенна и нуждается в доработке.

Литература

Фокин М.М., Ерофеев С.В. Судебно-медицинская экспертиза неблагоприятного исхода хирургической помощи (анализ практики и разработка методики) // Медицинская экспертиза и право. 2013. №1. С. 13–17.

М.А. Сухарева

Военный университет имени Александра Невского
Министерства Обороны Российской Федерации

Судебно-медицинская экспертиза дефектов оказания медицинской помощи

Аннотация. В докладе рассматриваются примеры ненадлежащего оказания медицинской помощи, повлекшее за собой неблагоприятный исход лечения пациента. Ятрогенные заболевания, вследствие медицинского вмешательства и действия

медицинских работников. Взаимодействие со следственными органами в период расследования таких дел и роль судебно-медицинского эксперта в процессе.

Ключевые слова: судебно-медицинская экспертиза, пациент, следственные органы, ятрогения, медицинский работник.

Доля уголовных дел, связанных с так называемыми «делами врачей», к сожалению, в настоящее время не имеет тенденции к снижению. Поэтому следственные органы имеют большое количество обращений граждан и пациентов к органам следствия. При этом довольно сложно бывает установить значимость противоправных действий медицинских работников в наступивших последствиях для пациента. Действия медицинских работников не всегда являются первопричиной ухудшения состояния пациента и проявления неблагоприятного исхода. Зачастую непреодолимые факторы, действия самого пациента, отсутствие должного ухода также может привести к ухудшению состояния больного.

Ятрогенное заболевание – это такой вид заболевания, которое несет за собой ухудшение физического или эмоционального состояния человека, вследствие ненамеренно спровоцированного медицинским работником. К ятрогенным заболеваниям относятся все заболевания, в том числе и патологические процессы, которые возникают вследствие медицинских манипуляций, проводящихся с различными целями. Например, профилактические, лечебные, реабилитационные, реанимационные, в независимости от их действия. Другими словами, действия могли быть ошибочными или правомерными, но патологический процесс развился. И конечно следствию необходимо определить степень вины фигуранта дела, степень тяжести, нанесенную здоровью пострадавшему. Для этого необходимо тесное взаимодействие следственных органов с судебно-медицинскими экспертами для качественного, быстрого и всестороннего расследования случая ненадлежащего оказания медицинской помощи и определения степени вины стороны по делу.

По уголовным делам, связанным с ненадлежащим оказанием медицинской помощи большую роль, играют судебно-медицинские экспертные заключения, которые отражают различные аспекты дела и определяют степень тяжести вреда здоровью пациента из-за действий медицинских работников или, наоборот опровергают их. В зависимости от правильности постановки вопросов перед судебно-медицинским экспертом можно получить выводы, которые позволят наиболее тщательно провести расследования данного вида преступления и конечно выявить причинно-следственную связь между неблагоприятными последствиями для пациента и действиями врача.

Рассмотрим случай из практики.

Из поручения о назначении судебно-медицинского исследования, вынесенного Заместителем военного прокурора гарнизона ХХ прокураты гарнизона, войсковая часть ХХХ подполковником юстиции С. известно, что «...ХХ военной прокуратурой гарнизона проводится проверка надлежащего оказания должностными лицами ФКУ медицинской помощи М.»

ИССЛЕДОВАНИЕ

Исследование представленных объектов было проведено при помощи общенаучных методов исследования: опосредованного наблюдения (изучение информации, содержащейся в представленных материалах), опосредованного описания (выбора и фиксации необходимой для экспертизы информации); логического анализа и синтеза полученных данных. Оценка результатов, полученных в ходе проведения данного исследования, приведена в разделе Заключение к нему.

Исследование представленных материалов.

1. Из истории болезни № XXX, выданной ФКУ на имя М. известно, что «... Поступил 11.05.2021 г. умер 09.07.2021 г.Первичный осмотр при поступлении. Жалобы на одышку при физической нагрузке, общую слабость. Со слов пациента и данных медицинской книжки считает себя здоровым. В январе месяце перенес новую короновиральную инфекцию. (Covid-19), после чего стал отмечать одышку при минимальной физической нагрузке. Пациент был направлен на медицинское обследование, прошел УМО, был выявлен пролапс створок МК, и наличие митральной недостаточности 3ст. при проведении Эхо-КГ. Общее состояние: Средней тяжести. Проведена операция на сердце.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Ответ на вопрос № 1. «Каким заболеванием страдал М. при нахождении в лечебном учреждении ФКУ?»; № 2. «Правильно ли и своевременно ли был установлен диагноз заболевания? Если нет, то в чем это выразилось, и имелась ли реальная возможность установления правильного диагноза?» Диагноз основной: Миксоматозная дегенерация митрального клапана (МК). Отрыв хорд задней створки МК. Разрыв задней створки МК. Недостаточность МК III ст. Диагноз основного заболевания у Мудрика Д.С. установлен правильно, обоснованно, своевременно и в полном соответствии с имеющейся патологией.

2. Ответ на вопросы № 3. «Правильно ли проводилось лечение М. в ФКУ»? Если лечение проводилось неправильно, то в чем это выразилось, требование каких норм (правил) были при этом нарушены, и имелась ли реальная возможность проведения правильного лечения больного?»

- раннее удаление дренажей из плевральной полости усугубило тяжесть состояния Мудрика Д.С. и могло повлиять на исход;
- поздний перевод на ИВЛ при развитии дыхательной недостаточности привел к усугублению тяжести состояния М. и мог повлиять на исход;
- не установленный диагноз Covid-19 при наличии положительных результатов анализов на IgM;
- недостатки ведения медицинской документации.

Установление *«требование каких норм (правил) были при этом нарушены»* не входит в компетенцию судебно-медицинского эксперта, а решается следственным путем. Решение вопросов, какими документами должны были руководствоваться при оказании медицинской помощи М., а также о соответствии объема диагностических, лечебных мероприятий, проведенных М. данным документам не входит в компетенцию настоящей комиссии

специалистов, не требует специальных познаний в области медицины, и является прерогативой страховых организаций в рамках экспертизы качества медицинской помощи³.

Установление «имелась ли реальная возможность проведения правильного лечения больного» не входит в компетенцию судебно-медицинского эксперта¹, так как вопросы материально-технического оснащения отделений, медицинского снабжения и прочие аспекты обеспечения при оказании медицинской помощи не требуют специальных познаний в медицине и устанавливаются следственным путем.

3. Ответ на вопрос № 5. «Какова причина смерти Мудрик Д.С. и возможно ли было избежать смертельного исхода при отсутствии упущений и недостатков в лечении (диагностике)?»

Смерть М. наступила вследствие развития и прогрессирования тяжелых осложнений в послеоперационном периоде – после проведения операции протезирования митрального клапана механическим протезом Sorin Carbomedics Standart. Установленные недостатки медицинской помощи М. усугубили тяжесть состояния М. в послеоперационном периоде. В случае гладкого течения послеоперационного периода благоприятный исход не исключался.

4. Ответ на вопрос № 6. «Если у М. в результате неправильного лечения (диагностики) возникли нарушения функций органов и их систем, а также другие расстройства здоровья, то в чем это выразилось и какова степень тяжести указанных последствий? Возможно, ли было избежать возникновения данных последствий при отсутствии упущений и недостатков в лечении (диагностике)?»; № 4 «Имеется ли причинная связь между неправильными диагностикой, лечением и возникшими неблагоприятными последствиями?» Между выявленными недостатками медицинской помощи и наступившими последствиями имеется причинная связь.

Литература

1. Багмет А.М. Расследование преступлений, совершенных медицинскими работниками по неосторожности (ятрогенных преступлений). М.: ЮНИТИ, 2016. 159 с.

В.Б. Хазизулин

Владивостокский государственный университет

Тактика обнаружения, изъятия и осмотра медицинской документации в ходе расследования преступлений, совершённых при оказании медицинской помощи

Аннотация. В статье рассматриваются некоторые правоприменительные вопросы, связанные с обнаружением, изъятием и осмотром медицинской документации в ходе

расследования преступлений, совершённых при оказании медицинской помощи. Обосновывается вывод, что своевременное производство указанных следственных действий позволит обеспечить конкретизацию предмета доказывания и дальнейшее качественное расследование.

Ключевые слова: медицинская помощь, медицинская документация, преступление, расследование, изъятие, осмотр, эффективность.

Расследование преступлений, совершённых при оказании медицинской помощи, имеет специфические особенности, одной из которых является наличие медицинской документации, отражающей процесс диагностирования пациента, соответствующих рекомендаций медицинского работника (работников), медицинских манипуляций и их результатов.

Специфика обозначенных уголовно-наказуемых деяний свидетельствует об их латентном характере, так как зачастую фактические противоправные действия и бездействие вуалируются в медицинской среде под видом объективных обстоятельств: характером заболевания пациента, возрастом и физиологическими особенностями его организма, несвоевременностью обращения в медицинскую организацию, отсутствием объективной возможности для предотвращения негативных последствий, неизбежностью наступления смерти, обоснованным риском, врачебной ошибкой или крайней необходимостью, исключаящими преступность деяния, либо иными обстоятельствами, внешне указывающими на отсутствие виновного деяния медицинского работника.

Анализируя организационную сторону надлежащего обеспечения расследования соответствующих преступлений, необходимо отметить, что особенности их выявления и последующего установления следственным путём обстоятельств, подлежащих доказыванию, в целом проявляются уже на стадии возбуждения уголовного дела.

В современных реалиях в случае, когда в ходе проведения проверочных мероприятий по поступившему в следственный орган сообщению о преступлении в рассматриваемой сфере получены достаточные данные, указывающие на признаки преступления, присущие конкретному виду посягательства, возникает необходимость в незамедлительном решении вопроса о возбуждении уголовного дела.

При этом следует отметить положения ч. 2 ст. 140 УПК РФ¹ во взаимосвязи с ч. 1 ст. 146 УПК РФ, согласно которым основанием для принятия решения о возбуждении уголовного дела является наличие достаточных данных, указывающих на признаки преступления, а не его состава. Иными словами, для принятия указанного решения следователю достаточно иметь минимальное наличие процессуально полученных сведений (заявления, объяснения граждан, копий медицинских документов об оказании медицинской помощи и её

¹ Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации от 18.12.2001 № 174-ФЗ (ред. от 23.11.2024) // СПС «КонсультантПлюс».

последствиях и т.п.) о признаках виновного общественно опасного деяния, запрещённого уголовным законом под угрозой наказания (ч. 1 ст. 14 УК РФ¹).

Рассматривая вопрос о принятии соответствующего решения, необходимо также учитывать, что до недавнего времени в правоприменительной практике возникали споры по поводу законности истребования (изъятия) следователем медицинской документации из лечебных учреждений в отсутствие судебного решения, в то время как 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 тайну².

Основанием для таких споров послужила позиция высшей судебной инстанции нашей страны, основанная на положениях п. 7 ч. 2 ст. 29, ч. 3 ст. 183 УПК РФ, ст. 13 Федерального закона № 323-ФЗ, согласно которой требуется судебное решение на выемку медицинских документов, содержащих сведения, составляющие охраняемую законом врачебную тайну. При этом, согласно этой же позиции, отдельные сведения, составляющие такую тайну (например, о факте обращения гражданина за медицинской помощью, нахождении на медицинском учёте), могут быть представлены медицинской организацией без судебного решения по запросу следователя в связи с проведением проверки сообщения о преступлении в порядке, установленном ст. 144 УПК РФ, либо расследованием по уголовному делу³.

В то же время ч. 4 ст. 13 Федерального закона № 323-ФЗ установлена возможность предоставления следователю сведений, составляющих врачебную тайну, по его запросу в связи с производством расследования. В связи с этим, согласно позиции судебных органов, утверждения о нарушении следователем порядка произведённой выемки медицинских документов, содержащих врачебную тайну, в отсутствие решения суда, и невозможности их дальнейшего использования при производстве комиссионной судебно-медицинской экспертизы (далее – СМЭ) нельзя признать состоятельными⁴.

Таким образом, вопрос о получении следователем (как путём запроса, так и посредством изъятия) по возбужденному уголовному делу медицинской

¹ Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 № 63-ФЗ (ред. от 23.11.2024) // СПС «КонсультантПлюс».

² Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ст. 13) // СПС «КонсультантПлюс» (далее по тексту – Федеральный закон № 323-ФЗ).

³ Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 01.06.2017 № 19 «О практике рассмотрения судами ходатайств о производстве следственных действий, связанных с ограничением конституционных прав граждан (ст. 165 УК РФ)» // СПС «КонсультантПлюс».

⁴ См., напр.: определение Шестого кассационного суда общей юрисдикции от 25.01.2022 (уголовное дело № 77-493/2022). URL: https://6kas.sudrf.ru/modules.php?name=sud_delo&srv_num=1&name_op=doc&number=1294222&delo_id=2450001&new=2450001&text_number=1 (дата обращения: 15.11.2024).

документации в медицинской организации в отсутствие судебного решения в настоящее время нашёл своё разрешение, в то время как соответствующие полномочия следователя при проведении проверки в порядке ст. 144 УПК РФ не урегулированы. Данное обстоятельство является одним из оснований для рассмотрения вопроса о немедленном возбуждении уголовного дела в целях последующего изъятия медицинской документации в установленном порядке.

Не вдаваясь детально в процедуру возбуждения обозначенных уголовных дел, следует перейти к вопросу изъятия медицинской документации в процессе предварительного следствия. Такое процессуальное действие, связанное с отбором медицинской документации из общего перечня основных учётных документов в системе здравоохранения, относящихся к исследуемой ситуации, надлежит проводить посредством обыска или выемки.

Выбор выемки, как преимущественного следственного действия по данной категории уголовных дел, обусловлен как наименьшей её конфликтностью в сравнении с обыском, так и объектом её проведения – медицинской организацией, в которой, как правило, осуществляется непрерывный процесс оказания медицинской помощи. В связи с этим представляется, что преимущество следует отдавать именно выемке. Однако необходимо учитывать особенности места нахождения искомых предметов и документов (например, частный медицинский центр закрытого типа) и, исходя из них, определять конкретное следственное действие, направленное на их изъятие. Производить его необходимо незамедлительно после возбуждения уголовного дела и внезапно (без предварительного осознания медицинским персоналом наличия факта следственного разбирательства) в целях недопущения утраты искомых объектов либо искажения их содержания.

Цель производства выемки или обыска заключается как в изъятии оригиналов медицинской документации, так и других предметов, в том числе электронных носителей (например, электронных медицинских карт, результатов компьютерной томографии и ультразвуковых исследований и пр., в том числе связанных с телемедицинскими технологиями), содержащих информацию об оказанной пациенту медицинской помощи. При этом следует учитывать, что подлежащая изъятию документация может дублироваться между собой и находиться в нескольких подразделениях медицинского учреждения (например, в приёмном покое, отделении патологии беременности, отделении для новорождённых и лечебно-диагностическом подразделении родильного дома), в которых аккумулируются соответствующие сведения о приёме пациента, течении у него заболевания (беременности), его диагностике и проводимом медицинском лечении (родовспоможении). Производство изъятия искомых объектов во всех этих подразделениях позволит в дальнейшем сопоставить полученные сведения и выстроить хронологию всего процесса оказания медицинской помощи пациенту.

Следует иметь в виду, что оперативное изъятие медицинской документации имеет важное значение для правильного подтверждения или опровержения выставленного пациенту диагноза, то есть установления факта соответствия его

действительности, либо непосредственной причины его смерти (в том числе мертворождения, гибели плода), а также выявления дефектов оказания медицинской помощи в ходе дальнейшего производства комиссионной СМЭ.

Характер рассматриваемых преступлений, совершённых при оказании медицинской помощи, предопределяет незамедлительность осмотра изъятой медицинской документации, в целях идентификации медицинских работников, участвовавших в медицинской помощи, а также фиксации процессуальным путём хода её оказания для усвоения следователем её вида и объёма. Это является необходимым условием для последующих предметных, подробных и всесторонних допросов лиц, принимавших участие в оказании медицинской помощи пациенту.

При производстве осмотра следует изготавливать копии с осматриваемых документов для их использования в процессе расследования (например, для инициирования проведения ведомственных и иных проверок качества оказания медицинской помощи, предъявления допрашиваемым лицам и т.п.), в то время как их оригиналы подлежат последующему направлению в экспертное учреждение для производства комиссионной СМЭ.

Учитывая специфику терминологии и принятых в медицинской среде сокращений и аббревиатур, к осмотру следует привлекать соответствующих специалистов (например, главных внештатных специалистов региональных органов государственной власти в области здравоохранения), способных оказать фактическую расшифровку осматриваемой медицинской документации, содержание которой зачастую труднодоступно для следователя.

Кроме того, по нашему мнению, производство осмотра надлежит осуществлять с участием того медицинского работника, который производил конкретные записи в медицинской документации, с одновременным разъяснением им этих записей и их процессуальной фиксацией. Это позволит исключить в будущем возможные версии медицинского работника о ненадлежащей интерпретации его записей в медицинской документации в случае привлечения его к уголовной ответственности. При этом, исходя из следственной ситуации по уголовному делу, производство такого осмотра (в данном случае фактически повторного) не исключается после проведения первичного осмотра медицинской документации с участием специалиста.

В ходе этого следственного действия надлежит установить и описать в протоколе общий вид, название, реквизиты осматриваемого документа, наличие в нём подписей, оттисков печатей, штампов, его содержание, в том числе хронологическую информацию об оказанной пациенту медицинской помощи, её объёмах и лицах, её оказавших, а также о соответствии медицинской документации установленным требованиям. Здесь особо следует обращать внимание на признаки фальсификации документов – исправления, подчистки, отсутствие отдельных листов или частей и т.п.¹

¹ Попов А.М., Журбенко А.М. Особенности раскрытия и расследования преступлений против личности, совершаемых работниками здравоохранения // Расследование преступлений: проблемы и пути их решения. 2021. № 1. С. 153–158.

Кроме того, при осмотре необходимо отметить отдельную роль лица, потерпевшего от оказания ненадлежащей медицинской помощи, либо его родственников и иных близких лиц, осведомленных о хронологии и объемах этой помощи. Пациент является непосредственным участником процесса оказания медицинской помощи, вследствие чего он, в случае нахождения в сознании при её оказании, является носителем соответствующих сведений. Родственники и иные близкие пациенту лица также могут быть носителями таких сведений в силу посещения его в медицинской организации, контакта с ним или непосредственного участия в процессе оказания медицинской помощи (например, при присутствии мужа в процессе родоразрешения его жены). В связи с этим целесообразно также привлекать данных лиц для участия в осмотре медицинской документации на предмет выявления возможных несоответствий в описании процесса оказания пациенту медицинской помощи либо фиксации отсутствия таковых.

Подводя итог, следует отметить, что практическое решение перечисленных задач, получение следователем в распоряжение названных документов, их исследование путём осмотра, анализа и сопоставления между собой позволит обеспечить конкретизацию предмета доказывания, а также определить путь для поиска ответов на вопросы, обусловившие возникновение исследуемой ситуации. Это является общей целью первоначального этапа расследования рассматриваемых преступлений, так как сам факт определения указанного предмета и осознания его специфики позволит правильно обозначить основные направления организации дальнейшего производства по уголовному делу и создать условия для его эффективности¹.

Литература

1. Попов А.М., Журбенко А.М. Особенности раскрытия и расследования преступлений против личности, совершаемых работниками здравоохранения // Расследование преступлений: проблемы и пути их решения. 2021. № 1. С. 153–158.
2. Хазизулин В.Б. Расследование преступлений, совершённых при оказании медицинской помощи: дис. ... канд. юрид. наук: М., 2024. 264 с.

¹ См.: Хазизулин В.Б. Расследование преступлений, совершённых при оказании медицинской помощи: дис. ... канд. юрид. наук: М., 2024. 264 с.

О практике назначения судебно-медицинских экспертиз в ходе расследовании преступлений, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи (на примере Удмуртской Республики)

Аннотация. В статье рассматриваются проблемные вопросы назначения судебно-медицинских экспертиз в ходе расследования следственным управлением Следственного комитета Российской Федерации по Удмуртской Республике преступлений, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи (на примере Удмуртской Республики). Автором в процесс расследования включена процессуальная проверка, как его предварительный этап, предшествующий первоначальному, поскольку преступления, связанные с ненадлежащим оказанием медицинской помощи, носят специфический характер. Также включены предложения о выполнении подразделениями криминалистики СК России методико-организационной функции в процессе взаимодействия следователя и эксперта.

Ключевые слова: судебно-медицинская экспертиза; ненадлежащее оказание медицинской помощи; эксперт; специалист; следователь-криминалист; взаимодействие, Следственный комитет России.

Согласно имеющимся в открытых источниках информации данным¹, в 2023 году граждане направили 4431 обращение в Следственный комитет Российской Федерации по вопросу оказания медицинской помощи, по результатам рассмотрения которых возбуждено 2332 уголовных дела. Как видим, к расследованию приводили 52 % обращений — показатель резко вырос по сравнению с предыдущими годами. Для сравнения: в 2022 году обращений поступило 5747, уголовных дел возбуждено — 1860 (32%), в 2021 — 6246 и 2095 соответственно (33 %). Ранее рекордное количество возбужденных следователями Следственного комитета Российской Федерации уголовных дел о ненадлежащем оказании медицинской помощи зафиксировано в 2018 году — 2229. В последующие годы этот показатель снижался.

При расследовании уголовных дел о ненадлежащем оказании медицинской помощи в обязательном порядке проводится комиссионная судебно-медицинская экспертиза, которая на основании представленных следователем материалов исследует фактические данные о конкретном случае оказания медицинской помощи.

Судебная экспертиза является важнейшей процессуальной формой применения специальных познаний в судопроизводстве, в результате чего в

¹URL: https://medvestnik.ru/content/news/Sledovateli-nachali-vozbujdat-ugolovnye-dela-na-medrabotnikov-po-kajdoi-vtoroi-jalobe.html?utm_source=main&utm_medium=center-main-right (дата обращения: 08.11.2024).

распоряжении следствия, а в последующем прокурора и суда оказывается новая информация, имеющая доказательственное значение, которая не может быть получена другими процессуальными средствами¹.

С учетом роста количества возбужденных уголовных дел о ненадлежащем оказании медицинской помощи становится необходимым обязательное выполнение проверочных мероприятий, проведение следственных и иных процессуальных действий, направленных, на изъятие исчерпывающего объема документов, для проведения комиссионной судебно-медицинской экспертизы.

По нашему мнению, одной из важных функций, выполняемой подразделениями криминалистики, является организация взаимодействия следователя и экспертных учреждений, в первую очередь, при определении состава комиссии по производству судебно-медицинской экспертизы в целях подбора узких специалистов. Организация взаимодействия следователя-криминалиста и экспертных учреждений на стадии определения состава комиссии является, по сути, важным этапом в организации расследования рассматриваемой категории преступлений².

В частности, в Удмуртской Республике непосредственно в Бюро судебно-медицинской экспертизы регионального министерства здравоохранения назначаются комиссионные судебно-медицинские экспертизы в случае:

наступления смерти в результате заболевания коронавирусной инфекцией и ее последствий, а также при наличии редких (орфанных) онкологических заболеваний;

проведения первичной комиссионной (комплексной) судебно-медицинской экспертизы с согласия потерпевшего;

отсутствия сомнений в обоснованности заключения эксперта или противоречий в выводах эксперта (экспертов) по тем же вопросам, а также ходатайств потерпевших о проведении экспертиз в иной экспертной организации;

отказа родственников умершего от проведения патологоанатомического и/или судебно-медицинского исследования трупа либо эксгумации трупа.

В остальных случаях указанные экспертизы назначаются экспертам ФГКУ «Судебно-экспертный центр Следственного комитета Российской Федерации» (далее – СЭЦ СК России).

Следователь вправе обратиться к эксперту за помощью в определении предмета судебной экспертизы, а также в последующем в формулировании вопросов; чаще всего это происходит при необходимости производства сложных исследований³.

¹ Зинин А.М. Судебная экспертиза. М., 2002. С. 5.

²Шепелев С.В. Взаимодействие следователя со сведущими лицами в ходе расследования преступлений, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи: диссертация ... канд. юрид. наук: 12.00.12 [Место защиты: Московская академия Следственного комитета]. Москва, 2022. С. 65.

³Россинская Е.Р., Бодров Н.Ф. Использование специальных знаний при выявлении и расследовании коррупционных преступлений в сфере образования //

При назначении комиссионной судебно-медицинской экспертизы перед экспертом в обязательном порядке ставят следующие основные вопросы:

причина смерти пациента;

причинен ли вред здоровью пациента, если да, то какой степени тяжести;

имеются ли дефекты оказания медицинской помощи, какие конкретно и кем допущены;

имеется ли прямая причинно-следственная связь между выявленным(и) дефектом(ами) и наступлением смерти/причинением вреда здоровью пациента (по отношению к каждому выявленному(ым) дефекту(ам) оказания медицинской помощи).

Для того, чтобы по результатам экспертизы получить выводы с разграничением дефекта(ов) при оказании медицинской помощи, существует практика формулирования дополнительных вопросов применительно к каждому этапу лечения, в отношении каждой медицинской организации и каждого медицинского работника, учитывая, что в большинстве случаев медицинская помощь может оказываться пациентам в различных формах (экстренная, неотложная, плановая), видах (первичная, специализированная, скорая, паллиативная) и условиях (на дому, амбулаторно, стационарно), в разных медицинских организациях (отделениях одной организации), несколькими медицинскими работниками, включать несколько этапов ее оказания.

В целях исключения из практики постановки перед экспертами вопросов теоретического (справочного) характера, а при назначении дополнительной судебно-медицинской экспертизы – вопросов, ясность и полнота ответов на которые разрешены первоначальной судебно-медицинской экспертизой и не вызывают сомнений проект постановления о назначении судебно-медицинской экспертизы направляется для согласования в региональный отдел криминалистики следственного управления. Следователь-криминалист должен иметь доступ к материалам уголовного дела, которые могут быть предоставлены следователем в аппарат следственного управления в электронном виде. О научности применяемого подхода неоднократно указывалось в работах Зинина А.М.¹.

Кроме того, в контрольные функции отдела криминалистики также входит:

своевременное и в полном объеме предоставление эксперту материалов проверок и уголовных дел по интересующей категории преступлений, а также объекты исследования (гистологический архив) для производства судебно-медицинской экспертизы.

незамедлительное разрешение ходатайств экспертов о предоставлении дополнительных материалов и объектов исследования. В случае необходимости

Криминалистическое обеспечение расследования преступлений коррупционной и экономической направленности: сб. материалов 52-х криминалистических чтений. В 2 ч. М.: Академия управления МВД России, 2011. Ч. 2. С. 93–94.

¹ Зинин А.М. Использование специальных знаний судебно-медицинских экспертов Следственного комитета России при расследовании преступлений, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи // Правда и Закон. 2018. № 4 (6). С. 53.

получения судебного решения для сбора дополнительных материалов установлен срок для обеспечения их предоставления в срок не позднее 7 суток с момента получения ходатайства следователем, копия которого по согласованию с региональным экспертным учреждением также направляется в отдел криминалистики.

Кроме того, следователи следственного управления привлекают эксперта СЭЦ СК России с дислокацией в Удмуртской Республике в качестве специалиста для получения консультационного мнения относительно:

выбора экспертного учреждения и постановкой вопросов эксперту;
рассмотрения ходатайств участников уголовного судопроизводства по существу заявленных ими вопросов для постановки перед экспертом;
оценки полноты и обоснованности выводов ранее проведенной судебно-медицинской экспертизы, определением необходимости в допросе эксперта и/или проведения повторной (дополнительной) экспертизы.

Указанные совещания проводятся в аппарате регионального следственного управления с обязательным приглашением следователя-криминалиста и сотрудника контрольно-следственного отдела, в компетенцию которого входит ведомственный контроль за расследованием преступлений о ненадлежащем оказании медицинской помощи.

Осуществление аппаратом регионального следственного управления методико-организационной функции призвано повысить эффективность расследования преступлений, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи.

Литература

1. Зинин А.М. Судебная экспертиза. М.: Юрайт: Право и закон, 2002. 318 с.
2. Зинин А.М. Использование специальных знаний судебно-медицинских экспертов Следственного комитета России при расследовании преступлений, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи // Правда и Закон. 2018. № 4 (6). С. 51–55.
3. Россинская Е.Р., Бодров Н.Ф. Использование специальных знаний при выявлении и расследовании коррупционных преступлений в сфере образования // Криминалистическое обеспечение расследования преступлений коррупционной и экономической направленности: сб. материалов 52-х криминалистических чтений. В 2 ч. М.: Академия управления МВД России, 2011. Ч. 2. С. 93–94.
4. Шепелев С.В. Взаимодействие следователя со сведущими лицами в ходе расследования преступлений, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи: диссертация ... кандидата юридических наук: 12.00.12; М.: Московская академия Следственного комитета, 2022. 246 с.

К вопросу о ятрогенных преступлениях в России

Аннотация. Статья посвящена исследованию такого феномена как ятрогенные преступления. Автор анализирует понятие «ятрогенные деяния» в национальной правовой доктрине, рассматривает подход, сложившийся в отечественном законодательстве, касающийся криминализации медицинских преступлений. В работе оценивается общественная потребность нормативного регулирования преступных деяний, совершенных медицинскими работниками. Автор приходит к выводу о необходимости изменений в уголовном законодательстве.

Ключевые слова: ятрогенные преступления, медицинские работники, ятрогения, врачебная ошибка.

Право на здоровье является одним из важнейших прав, гарантированных международными стандартами в области прав и свобод человека и неотделимо от других прав, в частности права на жизнь. Устав Всемирной Организации Здравоохранения предусматривает, что наивысший достижимый уровень здоровья является основным правом каждого человека. Понимание здоровья как права налагает на государства юридические обязательства по обеспечению доступа к современной и приемлемой медицине надлежащего качества. Помимо этого, человек должен быть защищен от небезопасного, неэффективного вмешательства и лечения, а само здоровье является объектом защиты уголовного права государств¹.

В этой связи последние десятилетия доктринально формируется и понятие «ятрогенное преступление». По сути, ятрогенный вред – это травма, вред или ущерб, нанесенный институциональной практикой, которая оправдывается тем, что она помогает, содействует или исцеляет людей с проблемами, требующими лечения. Первое упоминание термина «ятрогения» принадлежит психиатру Освальду Бумке, который вкладывал в это понятие ухудшение не только физического, но и эмоционального состояния человека². Впоследствии под таким термином стали понимать не только действия, напрямую связанные с медицинским вредом. Сейчас ятрогенный вред воспринимается, как правило, как медицинско-правовой термин, а именно как вред, включая смерть, который возникает в ходе медицинского или оздоровительного лечения и вызван самим лечением, а не основным заболеванием или травмой.

Основной целью современной системы здравоохранения является улучшение здоровья населения, однако существование принципа «нет эффективного

¹ Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. *United Nations*. URL: <https://sdgs.un.org/2030agenda> (дата обращения: 15.11.2024).

² Бумке О. Врач как причина душевных расстройств // Немецкий медицинский еженедельник. 1925. № 51 (1). С. 4–12.

средства без побочных эффектов»¹, свидетельствует о том, что медицинская практика сама по себе также может приводить к ряду заболеваний, инвалидности и смертельным исходам. Институт Роберта Коха в Германии совместно с Федеральным статистическим управлением определил наиболее частные типы ятрогенных ошибок: ошибка, то есть неадекватное – например, неосторожное, неправильное, несвоевременное лечение – может повлиять на все области медицинской деятельности: профилактику, диагностику, выбор метода лечения, терапию и последующий уход². Это может иметь медицинский характер (в частности, неправильная оценка рентгеновского изображения, неисправная техника в операционной) или может быть связано с организационными проблемами (к примеру, недостаточная консультация врачей, неправильное расписание в операционной).

Согласно статистике, количество сообщений о врачебных ошибках в правоохранительные органы России сократилось с 5747 в 2022 году до 4431 в 2023 году. При этом количество возбужденных по результатам проверок уголовных дел, напротив, выросло с 1860 до 2332. Подавляющее большинство уголовных дел (1697 и 463 соответственно) против медицинских работников возбуждались по ст. 109 УК РФ (причинение смерти по неосторожности) и ст. 238 УК РФ (оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности). За причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности (ст. 118 УК РФ) и халатность (ст. 293 УК РФ) возбуждено 24 и 124 уголовных дела соответственно. Больше всего жалоб в 2023 году направили пациенты из Центрального (1 тыс. обращений), Приволжского (740) и Дальневосточного (654) федеральных округов. В возбуждении уголовного дела в 2023 году было отказано по 1371 заявлению (в 2022 году — 2700). С утвержденными обвинительными заключениями в 2023 в суды направлено 95 уголовных дел³.

Действующим уголовным законодательством за совершение ятрогенных преступлений уголовная ответственность предусмотрена в нормах пяти статей Уголовного Кодекса Российской Федерации (далее – УК РФ)⁴. Так, в

¹ Принцип «нет эффективного средства без побочных эффектов» нельзя считать простым эмпирическим наблюдением. Это результат фундаментальных биологических и фармакологических закономерностей. По сути, он является фундаментальным постулатом медицины, определяющим важность оценки как рисков, так и преимуществ лечения. Он указывает на возможность возникновения и механизмов возникновения побочных эффектов и целесообразность поиска путей их минимизации (прим. автора).

² Институт Роберта Коха: 125 лет на эпидемиологическом фронте. – Электронный ресурс. – URL: <https://germania-online.diplo.de/ru-dz-ru/wissenschaft/Medizin/robert-koch-institut-wird-125/1960446> (дата обращения 15.11.2024).

³ Количество уголовных дел против медработников выросло в 2023 году на 25%. – Электронный ресурс. URL: <https://medvestnik.ru/content/news/Kolichestvo-ugolovnyh-del-protiv-medrabotnikov-vyroslo-v-2023-godu-na-fone-snijenija-jalob.html> (дата обращения: 15.11.2024).

⁴ Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 г. № 63-ФЗ (ред. от 05.04.2021) (с изм. и доп., вступ. в силу с 08.04.2021) // Сайт «КонсультантПлюс». –

соответствии с ч. 2 ст. 109 УК РФ лицо, действие которого повлекло за собой причинение смерти по неосторожности, вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей подлежит уголовной ответственности. Причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности, совершенное вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей, уголовно наказуемо в соответствии с ч. 2 ст. 118 УК РФ. В том случае, если медицинский работник не оказал больному помощь без уважительных причин, предусмотрена уголовная ответственность за причинение средней тяжести вреда здоровью по неосторожности (ч. 1 ст. 124 УК РФ), а также за причинение тяжкого вреда здоровью и смерти больного по неосторожности (ч. 2 ст. 124 УК РФ). Уголовная ответственность согласно ст. 238 УК РФ предусмотрена также за оказание услуг, не отвечающим требованиям безопасности жизни и здоровья потребителей. В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения должностным лицом своих обязанностей вследствие недобросовестного или небрежного отношения к службе либо обязанностей по должности уголовная ответственность к медицинскому работнику может быть применена на основании ст. 293 УК РФ.

Отдельные ученые-юристы относят к ятрогенным преступлениям и такие составы, как: простое убийство и убийство в целях использования органов или тканей потерпевшего (ч. 1 и п. «м» ч. 2 ст. 105 УК РФ); принуждение к изъятию органов или тканей человека для трансплантации (ст. 120 УК РФ); оставление в опасности (ст. 125 УК РФ)¹. Однако ни одна этих норм не учитывает особенности профессиональной медицинской деятельности. В этой связи еще в 2018 году Следственный Комитет Российской Федерации выступил с предложением о внесении поправок в УК РФ путем выведения ответственности врачей из состава преступлений за халатность и создания самостоятельной нормы в уголовном законе, предусматривающей уголовную ответственность исключительно за ятрогенные преступления.

В качестве поправок предлагалась имплементация в УК РФ ст. 124.1 (Ненадлежащее оказание медицинской помощи (медицинской услуги) и ст. 124.2 (Соккрытие нарушения оказания медицинской помощи). Также по отношению к неправильным действиям врачей планировалось ввести в правовой оборот новое понятие «врачебная ошибка»². Однако в силу необходимости четкой регламентации содержания данного термина, его пределов и определение обоснованной возможности наступления уголовной ответственности за совершения такой ошибки законодатель не реализовал указанные предложения,

URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_10699/ (дата обращения: 15.11.2024).

¹ Тузлукова М.В. Актуальные вопросы расследования ятрогенных преступлений / М.В. Тузлукова // Вестник Московского университета МВД России № 11. – 2012. – С. 34 – 36.

² СКР обнародовал предлагаемое наказание за ятрогенные преступления // Следственный комитет РФ. – Электронный ресурс. URL: <https://sledcom.ru/press/smi/item/1242261> (дата обращения: 15.11.2024).

хотя федеральным законом от 26.07.2019 № 206-ФЗ «О внесении изменений в Уголовный кодекс Российской Федерации и статью 151 Уголовно-процессуального кодекса Российской Федерации в части защиты жизни и здоровья пациентов и медицинских работников» уголовный закон России был дополнен статьей 124.1, предусматривающей уголовную ответственность за воспрепятствование в какой бы то ни было форме законной деятельности медицинского работника по оказанию медицинской помощи, если это повлекло по неосторожности причинение тяжкого вреда здоровью пациента либо его смерть¹.

Следственный Комитет России также предлагал усилить наказание за незаконное осуществление медицинской и фармацевтической деятельности, в частности, установить уголовную ответственность за осуществление профессиональной деятельности не только без документов, но и за их подделку. По мнению Следственного Комитета России, внесение таких изменений в уголовное законодательство позволило бы минимизировать ошибки правоприменения и расследования преступлений, так как в УК РФ появился бы специальный субъект (медицинский работник), и также была бы конкретизирована профессиональная деятельность (оказание медицинских услуг).

В расследовании ятрогенных преступлений проявился и ряд практических проблем. Во-первых, это касалось проведения судебных экспертиз. Зачастую их длительность превышает процессуальные сроки привлечения виновных лиц к уголовной ответственности. Кроме этого, эксперты зачастую не учитывают причинно-следственную связь между деянием врача и наступившими последствиями. Экспертные выводы, предоставляемые для рассмотрения следователям и суду, содержат большое количество профессиональной терминологии, но не включают описание методик лечения и характеризуются расплывчатостью выводов. При этом, при проведении экспертиз могут допускаться следующие ошибки: использование медицинских документов, изъятых без постановления суда; вероятностный характер выводов; включение в экспертизу непроцессуальных документов. Следственный комитет России для решения данной проблемы сначала объявил о создании в составе Криминалистического центра СК РФ совместной группы для расследования уголовных дел о ятрогенных преступлениях и организации отдела судмедэкспертизы, который специализируется на проведении сложных экспертиз², а 24.07.2020 на базе существующих экспертно-криминалистических подразделений Следственного комитета России согласно распоряжению

¹ Федеральный закон от 26.07.2019 № 206-ФЗ «О внесении изменений в Уголовный кодекс Российской Федерации и статью 151 Уголовно-процессуального кодекса Российской Федерации в части защиты жизни и здоровья пациентов и медицинских работников». СПС КонсультантПлюс (дата обращения 15.11.2024).

² Состоялось заседание межведомственной рабочей группы по вопросам расследования преступлений, связанных с врачебными ошибками. URL: <https://sledcom.ru/news/item/1240870/> (дата обращения: 15.11.2024).

Правительства Российской Федерации от 15.07.2020 № 1827-р был создан судебно-экспертный центр Следственного комитета Российской Федерации (далее – СЭЦ СК РФ) в составе центрального аппарата (г. Москва) и шести филиалов, расположенных в Санкт-Петербурге, Екатеринбурге, Нижнем Новгороде, Ессентуках, Хабаровске и Новосибирске¹.

Во-вторых, - существование особой специфики сферы, в которой совершаются ятрогенные преступления. В этой связи еще в 2018 году в Главном следственном управлении СК РФ были созданы следственные отделы, специализирующиеся на расследовании преступлений в сфере медицины. Кроме этого, специальные отделы сформированы в управлениях Следственного комитета России в девяти субъектах Российской Федерации, включая Санкт-Петербург и Москву. А для подготовки специалистов в расследовании ятрогенных преступлений в Московской и Санкт-Петербургской академиях СК России были созданы дополнительные образовательные программы повышения квалификации следователей. В процесс обучения были вовлечены не только следователи-профессионалы, но и специалисты Министерства здравоохранения Российской Федерации. С 2024 года такое обучение организовано и в Екатеринбургском филиале Московской академии СК России.

Вместе с тем нельзя не отметить, что, когда здравоохранение понимается как сложная, адаптивная и социотехническая система, что подтверждается достижениями науки о качестве и безопасности, ни один отдельный субъект (медицинский работник) не может избежать или предотвратить ятрогенный вред морально или юридически значимым образом². Кроме того, уголовное преследование должно основываться на понимании сознательного и волевого отношения лица при причинении вреда, который должен возникнуть в результате позитивного выбора (действия) или пренебрежения (бездействия) со стороны обвиняемого³. А на практике угроза уголовного преследования медицинских работников за ятрогенные преступления снижает эффективность и прозрачность оказания медицинской помощи, а также препятствует информированию о врачебных ошибках, затрудняя накопление опыта для противодействия им.

Таким образом, создание СЭЦ СК РФ и его филиалов позволило решить определенные вопросы экспертного обеспечения расследования ятрогенных преступлений путем организации и проведения судебно-медицинской исследований по специальности: «Исследование материалов, характеризующих оказание медицинской помощи, состояние здоровья, механизм образования,

¹ Судебно-экспертный центр Следственного комитета Российской Федерации. URL: <http://sec.sledcom.ru> (дата обращения: 15.11.2024).

² Пристансков В.Д. Основы формирования криминалистической теории расследования ятрогенных преступлений // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 14. 2015. Вып. 4. С. 57–70.

³ Виницкая И.М. Современные тенденции в законодательстве РФ по расследованию случаев ненадлежащего оказания медицинской помощи // Актуальные вопросы оториноларингологии. Сборник статей. Ростов, 2016. С. 26–32.

давность, тяжесть патологических процессов и повреждений». Однако все еще требуется проработка нормативного правового акта – клинического руководства о порядке проведения судебно-медицинской экспертизы и установления причинно-следственных связей по факту неоказания или ненадлежащего оказания медицинской помощи, существующего в современных условиях лишь на уровне методических рекомендаций Минздрава России. В частности, такой документ, полагаем, должен закреплять необходимость привлечения к экспертизе медицинских работников соответствующей квалификации, необходимость установления прямой причинно-следственной связи между вредом, причиненный здоровью пациента и деянием медицинского работника. Разработка такого акта должна проводиться с учетом опыта, достигнутого в медицинском сообществе и привлечением общественности.

Кроме того, внесение изменений в УК РФ, ранее инициированных Следственным комитетом России, послужило бы обеспечению правового регулирования взаимоотношений врачей и пациентов, усилению защиты прав российских пациентов. Установление законодательных критериев привлечения медицинских работников к уголовной ответственности способствовало бы укреплению защищенности и медицинских работников от необоснованных обвинений, при понимании законодателем неизбежности возникновения отдельных случаев причинения вреда пациентам, что определяется сложным характером систем здравоохранения.

Литература

1. Бумке О. Врач как причина душевных расстройств // Немецкий медицинский еженедельник. 1925. № 51 (1). С. 4–12.
2. Веницкая И.М. Современные тенденции в законодательстве РФ по расследованию случаев ненадлежащего оказания медицинской помощи // Актуальные вопросы оториноларингологии. Сборник статей. Ростов, 2016. С. 26–32.
3. Пристансков В.Д. Основы формирования криминалистической теории расследования ятрогенных преступлений / В.Д. Пристансков // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 14. 2015. Вып. 4. С. 57–70.
4. Тузлукова М.В. Актуальные вопросы расследования ятрогенных преступлений // Вестник Московского университета МВД России № 11. 2012. С. 34–36.

Проблемные аспекты ятрогенных преступлений

Аннотация. В настоящей статье авторами рассматриваются некоторые проблемные аспекты, с которыми сталкиваются правоприменители при выявлении и расследовании преступлений, совершаемых медицинскими работниками. Акцентируется внимание читателя на росте данных преступных посягательств, что говорит об актуальности выбранной темы научной статьи. Статья отражает позицию некоторых ученых по данной проблематике, а также акцентирует внимание и обозначает перечень медицинских должностей, которые привлекаются к уголовной ответственности в большинстве случаев.

Ключевые слова: ятрогенные преступления, расследование преступлений, преступления, совершаемые медицинскими работниками.

Следственная практика свидетельствует о том, что случаи отступления от общепринятых в медицине способов и правил лечения могут приводить к тяжелым последствиям, неблагоприятным исходам для здоровья и даже жизни человека. Квалифицированная оценка с позиции медицины и юриспруденции большей части таких исходов отражает значительные трудности, которые связаны с невозможностью полной регламентации всей медицинской деятельности, изложением правил и инструкций, всех видов и форм предоставления медицинской помощи с учетом индивидуальных особенностей заболевания у каждого отдельного пациента.

Интерес представляет рост неосторожных действий и умышленных преступлений, совершаемых медицинскими работниками. Такая тенденция прослеживается на всей территории Российской Федерации и в большинстве случаев возникает в связи с неоказанием, либо ненадлежащим оказанием медицинской помощи. Анализ, проведенный авторами настоящей статьи, материалов доследственных проверок и уголовных дел по ятрогенным преступлениям позволяет констатировать, что данные преступные посягательства совершаются вне зависимости от форм собственности медицинского учреждения¹. Имеющиеся недостатки оказания медицинской помощи и встречающиеся врачебные ошибки являются первопричиной таких последствий, как смерть пациентов, что, в свою очередь, с криминалистической точки зрения автоматически образуют состав ятрогенного преступления.

¹Киселев Е.А. Типичные обстоятельства, подлежащие установлению при расследовании преступлений, совершаемых медицинскими работниками: статья // Актуальные проблемы медицины и биологии. № 2, 2018. С. 52; Пристансков В.Д. Особенности расследования ятрогенных преступлений, совершаемых при оказании медицинской помощи: учеб. пособие. СПб: Санкт-Петербургский юридический институт Генеральной прокуратуры РФ, 2007.

А.М. Багмет пишет, что вопрос о выявлении и расследовании преступлений, совершаемых медицинскими работниками в результате ненадлежащего оказания медицинской помощи, возникает спустя продолжительное время с момента происшествия. Граждане и их родственники вынуждены продолжительное время обращаться в различные инстанции с жалобами на факты неоказания или ненадлежащего оказания медицинской помощи¹.

Следственная и судебная практики показывают, что данные преступления имеют специфическую цепочку первопричин, обладающих объективными и субъективными признаками. Реализуемый в интересах конкретного субъекта (пациента) на бюджетной либо платной основе медицинский процесс выполняется при обязательном участии нескольких медицинских работников, а именно в их число может входить средний медицинский персонал, административный персонал, непосредственно сами врачи, и т.д.

При расследовании уголовных дел обязательному изучению подлежит каждый субъект, принимаемый участие в выполнении медицинской услуги. Говоря об объективных признаках, следует сказать, что для дачи правовой оценки совершенному преступному посягательству следователю необходим криминалистический анализ действий каждого из вышеперечисленных субъектов, в том числе и самого пациента, изучение современных возможностей медицины, знания о деятельности организации, где совершено преступление. Также, отмеченная информация, при наличии на то оснований, может выступить в качестве исключяющей преступность деяния (к примеру, обоснованного риска, состояние крайней необходимости, и др.).

Проведенный анализ материалов уголовных дел по преступлениям, совершаемым медицинскими работниками, позволил авторам заключить, что к субъектам данных посягательств в большинстве случаев можно отнести медицинских работников таких профессий, как: хирург; анестезиолог-реаниматолог; терапевт; акушер-гинеколог; фельдшер отделения скорой помощи.

В свою очередь, Пospelова С. отмечает, что в 2021 году данный список возглавили врачи-инфекционисты – такой отпечаток на правоприменительную практику наложила пандемия новой коронавирусной инфекции. Ограничения оказания плановой медицинской помощи и медицинских услуг повлияло на количество уголовных дел в отношении медицинских работников: в 2021 году был рекордный минимум сообщений о преступлениях (менее 5500 сообщений о преступлениях, 1639 возбужденных уголовных дел)².

¹ Багмет А.М. Некоторые аспекты расследования преступлений, совершенных медицинскими работниками // Выявление и расследование преступлений в сфере оказания медицинских услуг: Материалы Всероссийского научно-практического круглого стола. М.: Академия СК России, 2016. С. 3–8.

² Уголовная ответственность медицинского работника: когда лечение становится преступлением? // Информационно-правовой портал Гарант.Ру [Электронный ресурс] URL: <https://www.garant.ru/article/1626099/> (дата обращения: 07.11.2024).

Исследуемые преступные посягательства обусловлены рядом взаимозависимых причин, которые обладают как субъективным, так и объективным характером. Врачебный процесс, осуществляемый в интересах конкретного пациента, реализуется при участии нескольких медицинских работников, как отмечалось выше, среди которых могут выступать непосредственно сами доктора, административный (вспомогательный) и (или) средний медицинский персонал, др. Авторы полагают важным подчеркнуть то обстоятельство, что правовая оценка не подлежит установлению без криминалистического анализа действий каждого его участника, к числу которых относится и пациент. Требуется обратить внимание на реальные возможности как современной медицины, так и отдельно взятого медицинского учреждения, и конкретного исполнителя медицинской услуги в связи с тем, что эти обстоятельства могут быть исключющими преступность деяния (например, состояние крайней необходимости, обоснованного риска и др.). Подчеркнем, что при расследовании уголовных дел исследуемой категории в обязательном порядке необходимо назначение и производство судебно-медицинской экспертизы, т.к. есть объективная потребность в знаниях сведущих лиц.

Хотелось бы заключить, что приведенные в настоящей статье проблемные аспекты связаны, прежде всего, с наличием незначительного опыта проведения предварительной проверки и расследования данной категории уголовных дел, с трудностями формирования доказательственной базы, наличием коллизионных норм в нормативной базе по данной сфере деятельности либо полным отсутствием четкого регулирования, с незнанием обстоятельств, подлежащих установлению в конкретной следственной ситуации и др. Наряду с обозначенными факторами, исследование и оценка собранных по делу данных, подразумевает применение специфического понятийного аппарата, который не является традиционным для сотрудников правоохранительных органов.

Литература

1. Киселев Е.А. Типичные обстоятельства, подлежащие установлению при расследовании преступлений, совершаемых медицинскими работниками // Актуальные проблемы медицины и биологии. 2018. № 2. С. 52–54.
2. Пристансков В.Д. Особенности расследования ятрогенных преступлений, совершаемых при оказании медицинской помощи: учеб. пособие. СПб: Санкт-Петербургский юридический институт Генеральной прокуратуры РФ, 2007.
3. Багмет А.М. Некоторые аспекты расследования преступлений, совершенных медицинскими работниками // Выявление и расследование преступлений в сфере оказания медицинских услуг: Материалы Всероссийского научно-практического круглого стола. М.: Академия СК России, 2016. С. 3–8.

Некоторые аспекты соблюдения врачебной тайны при оказании медицинских услуг

Аннотация. В статье рассматриваются некоторые аспекты соблюдения врачебной тайны при оказании медицинских услуг, исследуются правовая природа и охват врачебной тайны, обстоятельства, при которых возможно ограничение права на врачебную тайну, либо её разглашение.

Ключевые слова: врачебная тайна, персональные данные, медицинские услуги, медицинская организация.

Врачебная тайна относится к сведениям, которые непосредственно связаны с профессиональной деятельностью медицинских работников и доступ к которой ограничивается положениями федеральных конституционных законов, например, Конституцией Российской Федерации, и федеральных законов, например, ФЗ № 323 от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»¹ (далее «Закон 2011 года»). Закон 2011 года установил, что соблюдение врачебной тайны является гарантией оказания медицинской помощи.

Целесообразно заметить, что в соответствии с ч. 1 ст. 13 Закона 2011 года под врачебной тайной следует понимать «сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении». Более того, к сведениям можно отнести данные о физическом и психическом здоровье физического лица (группы лиц), наличии (отсутствии) заболевания, причинах его возникновения, методах (способах) лечения, прогнозе и исходе заболевания, об индивидуальных особенностях жизнедеятельности организма. К врачебной тайне также относятся сведения о проведенных процедурах искусственного оплодотворения и имплантации эмбриона, о личности донора и реципиента, об оказании психиатрической помощи.

Что касается соблюдения врачебной тайны, на практике возникают вопросы в отношении понятия врачебной тайны, определения случаев ее нарушения и привлечения лиц к соответствующей ответственности за ее несоблюдение.

Следует заметить, что, согласно ч. 2 ст. 13 Закона 2011 года, по общему правилу разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, в том числе после смерти человека, запрещено.

Закон 2011 года возлагает обязанность по сохранению врачебной тайны на лиц, которым данные сведения стали известны при исполнении профессиональных, служебных и иных обязанностей, или при обучении. Так,

¹ ФЗ № 323 от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

помимо врача, тайну должны соблюдать медицинские работники и сотрудники фармацевтической отрасли. Врачебную тайну также обязаны соблюдать медицинские организации, в том числе при обработке персональных данных, используемых в информационных системах в сфере здравоохранения.

Законодательством Российской Федерации предусмотрено два правовых основания для разглашения врачебной тайны: при наличии согласия пациента, а также в отдельных случаях при отсутствии такового.

В первом случае, необходимо подчеркнуть, что согласие на разглашение врачебной тайны от пациента должно быть осознанным и добровольным. Следовательно, оно должно быть выражено непосредственно (к примеру, в письменной или устной форме) самим пациентом или третьим лицом посредством доверенности (опосредованно). Согласие на разглашение данных также может быть выражено в информированном добровольном согласии на медицинское вмешательство (ч. 3 ст. 13 Закона 2011 года).

При отсутствии согласия на разглашение врачебной тайны от пациента (его законного представителя), она может быть разглашена лишь в следующих установленных Законом случаях:

1. Необходимо проведение медицинского обследования и лечение гражданина, который в результате своего состояния не способен выразить свою волю (если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет гражданину выразить свою волю или при этих обстоятельствах отсутствуют законные представители);

2. Существует угроза распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений;

3. При наличии запроса от:
органов дознания и следствия, суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством;

- органов прокуратуры в связи с осуществлением ими прокурорского надзора;
органа уголовно-исполнительной системы в связи с исполнением уголовного наказания и осуществлением контроля за поведением условно осужденного, осужденного, в отношении которого отбывание наказания отсрочено, и лица, освобожденного условно-досрочно, а также в связи с исполнением осужденным обязанности пройти лечение от наркомании и медицинскую и (или) социальную реабилитацию (п. 3 ч. 4 ст. 13 Закона 2011 года).

4. В случае оказания медицинской помощи несовершеннолетнему, больному наркоманией при оказании ему наркологической помощи или при медицинском освидетельствовании несовершеннолетнего в целях установления состояния наркотического либо иного токсического опьянения (за исключением случаев приобретения несовершеннолетними полной дееспособности до достижения ими возраста 18 лет);

5. При оказании медицинской помощи несовершеннолетнему, не достигшему возраста 15 лет (для несовершеннолетних, больных наркоманией, –

возраста 16 лет), для информирования одного из его родителей или иного законного представителя;

6. В случае информирования органов внутренних дел о поступлении пациента, в отношении которого имеются достаточные основания полагать, что вред его здоровью причинен в результате противоправных действий;

7. При проведении военно-врачебной экспертизы по запросам военных комиссариатов, кадровых служб и военно-врачебных (врачебно-летных) комиссий федеральных органов исполнительной власти, в которых федеральным законом предусмотрена военная и приравненная к ней служба;

8. Расследования несчастного случая на производстве и профессионального заболевания, а также несчастного случая с обучающимся во время пребывания его в организации, осуществляющей образовательную деятельность;

9. При обмене медицинскими организациями информацией, в том числе размещенной в медицинских информационных системах, в целях оказания медицинской помощи с учетом требований законодательства РФ о персональных данных;

10. При осуществлении учета и контроля в системе обязательного социального страхования;

11. А также в целях осуществления контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

Кроме того, согласно ч. 3 ст. 22 Закона 2011 года, при неблагоприятном прогнозе течения заболевания допускается предоставление информации о состоянии здоровья пациента супругу (супруге), одному из близких родственников (детям, родителям, усыновленным, усыновителям, родным братьям и родным сестрам, внукам, дедушкам, бабушкам), но только в том случае, если пациент не запретил сообщать им об этом и (или) не определил иное лицо, которому должна быть передана такая информация.

В случае смерти пациента его медицинские документы (их копии), выписки из них могут получить следующие лица: супруга (супруг) умершего, близкие родственники, либо иные лица, указанные пациентом (его законным представителем) в письменном согласии на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, или в информированном добровольном согласии на медицинское вмешательство, если пациент (его законный представитель) не запретил разглашение сведений, составляющих врачебную тайну (ч. 7 ст. 20, ч. 5 ст. 22 Закона 2011 года). Таким образом, единственным правовым основанием, ограничивающим разглашение врачебной тайны в данном случае, может выступать высказанный пациентом запрет на передачу такой информации третьим лицам.

В соответствии со ст. 22 Закона 2011 года любое лицо имеет право получить в доступной для него форме информацию о состоянии своего здоровья, возможных видах вмешательства и результатах оказания медицинской помощи.

Порядок, установленный Приказом Минздрава России от 29.06.2016 № 425н¹ (далее «Порядок»), предоставляет право пациентам (их законным представителям) не только получать устную информацию о состоянии здоровья и копии и (или) выписки из медицинской документации, дубликаты, копии справок, медицинских заключений, но и возможность ознакомиться с оригиналами медицинской документации.

Порядком предусмотрены следующие варианты такого ознакомления:

1. пациентом — во время приема (посещения на дому) при оказании ему первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях;
2. пациентом — в подразделении медицинской организации, в котором он пребывает при оказании медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара;
3. пациентом и (или) его законным представителем — в помещении учреждения, предназначенном для ознакомления с медицинской документацией.

Следует заметить, что ознакомлению должна предшествовать подача заявителем письменного заявления. По общему правилу, ознакомление с медицинской документацией должно производиться в присутствии и под контролем медицинского работника, с доведением до заявителя требований о необходимости аккуратного, бережного обращения с медицинской документацией, недопустимости ее порчи, внесения правок или проведения аудио, фото и видеосъемки.

Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, по запросу адвоката не предусмотрено, так как согласно Закону 2011 года, адвокат не относится к числу лиц, которым передают такую информацию.

Коллизия о соблюдении врачебной тайны прекращается (полностью или частично), если речь заходит о преступлении. Прежде было отмечено, что Законом 2011 года установлен исчерпывающий перечень оснований, который дает основание медицинской организации предоставить правоохранительным органам информацию, относящуюся к врачебной тайне.

Более того, согласно положениям пункта 7 части 2 статьи 29 Уголовно-процессуального кодекса РФ² (далее – УПК РФ), части 3 статьи 183 УПК РФ, статьи 13 Федерального закона № 323-ФЗ) и статьи 9 Закона Российской Федерации от 2 июля 1992 года № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»³ для произведения выемки медицинских документов, содержащих сведения, составляющие охраняемую законом врачебную тайну требуется судебное решение.

Однако, вместе с тем судам необходимо учитывать, что в соответствии с пунктом 3 части 4 статьи 13 Федерального закона 2011 года, при отсутствии согласия гражданина или его законного представителя отдельные сведения,

¹ Приказ Минздрава России от 29.06.2016 № 425н.

² Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации.

³ Закона Российской Федерации от 2 июля 1992 года № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»

составляющие врачебную тайну (например, о факте обращения гражданина за медицинской, в том числе психиатрической, помощью, нахождении на медицинском учете), могут быть представлены медицинской организацией без судебного решения по запросу следователя или дознавателя в связи с проведением проверки сообщения о преступлении в порядке, установленном статьей 144 УПК РФ, либо расследованием уголовного дела.

Необходимо отметить, что законодательством Российской Федерации предусмотрена ответственность за обнародование сведений, относящихся к врачебной тайне. Лица, которым сведения, стали известны во время прохождения обучения или при осуществлении трудовых и иных обязанностей, в случае их разглашения, несут ответственность. Разглашение без согласия пациента медицинской тайны – серьезное правонарушение, которое может, в зависимости от обстоятельств, привести к уголовной санкции различного характера. За нарушение врачебной тайны предусмотрена а) гражданско-правовая ответственность (возмещение вреда), б) административная ответственность – штраф, в) уголовная ответственность – исправительные работы, штраф, арест, принудительные работы, лишение свободы.

Таким образом, можно прийти к следующим выводам:

- врачебная тайна охраняется законом и может быть разглашена только в предусмотренных законом случаях;
- за несоблюдение врачебной тайны медицинский работник может быть привлечен к гражданско-правовой, дисциплинарной и административной ответственности;
- несоблюдение медицинским учреждением врачебной тайны может привести к применению к нему гражданско-правовой и административной ответственности.

Сведения об авторах

Алиева Гюнай Аладдиновна – заведующая лабораторией «Криминалистика и специальная техника» Российского экономического университета имени Г.В. Плеханова, кандидат юридических наук.

Артамонова Людмила Александровна – старший помощник руководителя управления (по учебно-методической работе) Следственного комитета Российской Федерации по Ставропольскому краю, полковник юстиции.

Белавин Андрей Вениаминович – кандидат юридических наук, профессор кафедры уголовно-правовых дисциплин Международного юридического института.

Березин Дмитрий Валерьевич – кандидат юридических наук, доцент, прокурор управления Генеральной прокуратуры РФ, старший советник юстиции.

Борисова Ирина Валерьевна – врач акушер-гинеколог Многопрофильного медицинского центра «Город здоровья».

Быкова Елена Георгиевна – доцент кафедры уголовного права, криминологии и уголовного процесса Екатеринбургского филиала Московской академии Следственного комитета имени А.Я. Сухарева, кандидат юридических наук, доцент, подполковник юстиции.

Венев Дмитрий Александрович – судья Одинцовского городского суда Московской области, кандидат юридических наук.

Гапанович Александр Михайлович – старший преподаватель кафедры управления органами предварительного следствия Института повышения квалификации и переподготовки Следственного комитета Республики Беларусь.

Денисов Егор Владимирович – старший преподаватель Департамента психологии Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики».

Захарова Валентина Олеговна – заведующая кафедрой предварительного расследования Московской академии Следственного комитета Российской Федерации имени А.Я. Сухарева, кандидат юридических наук, доцент, полковник юстиции.

Иконникова Ольга Николаевна – доцент кафедры гуманитарных дисциплин Таганрогского института управления и экономики, кандидат филологических наук.

Измайлова Ольга Васильевна – врач-эксперт, реаниматолог-анестезиолог высшей категории, медицинский юрист.

Казаков Александр Алексеевич – заведующий кафедрой уголовного права, криминологии и уголовного процесса Екатеринбургского филиала Московской академии Следственного комитета имени А.Я. Сухарева, кандидат юридических наук, доцент, подполковник юстиции.

Карагодин Валерий Николаевич – заведующий кафедрой криминалистики Екатеринбургского филиала Московской академии Следственного комитета имени А.Я. Сухарева, доктор юридических наук, профессор, Заслуженный юрист Российской Федерации, полковник юстиции.

Катаев Александр Станиславович – кандидат медицинских наук, доцент кафедры организации здравоохранения и госсанэпидслужбы с курсом судебно-медицинской экспертизы Российского биотехнологического университета.

Кручинина Надежда Валентиновна – профессор кафедры криминалистики Московского государственного юридического университета имени О.Е. Кутафина (МГЮА) доктор юридических наук, профессор Московский государственный юридический университет имени О.Е. Кутафина (МГЮА).

Кулагин Дмитрий Владимирович – старший преподаватель кафедры уголовного процесса и криминалистики Юридического института Оренбургского государственного университета.

Кустов Анатолий Михайлович – профессор кафедры управления органами расследования преступлений Академии управления МВД России, главный научный сотрудник НИЦ, доктор юридических наук, профессор, заслуженный юрист Российской Федерации.

Лебедева Анна Андреевна – доцент кафедры криминалистика Московской академии Следственного комитета имени А.Я. Сухарева, кандидат юридических наук, доцент, полковник юстиции.

Левченко Екатерина Викторовна – помощник следователя следственного отдела по г. Люберцы Главного следственного управления Следственного

комитета Российской Федерации по Московской области, кандидат юридических наук, майор юстиции.

Морозова Наталья Аркадьевна – директор Новосибирского филиала Московской академии Следственного комитета имени А.Я. Сухарева, полковник юстиции.

Озеров Игорь Николаевич - заведующий кафедрой судебно-экспертной и оперативно-разыскной деятельности Московской академии Следственного комитета имени А.Я. Сухарева, кандидат юридических наук, доцент, полковник юстиции

Пономарева Наталья Сергеевна – доцент кафедры криминалистика Московской академии Следственного комитета имени А.Я. Сухарева, кандидат юридических наук, доцент, полковник юстиции.

Прокофьева Татьяна Юрьевна – профессор кафедры финансового менеджмента и финансового права Московского городского университета управления Правительства Москвы имени Ю. М. Лужкова, доктор экономических наук, доцент.

Савин Павел Тимурович – доцент кафедры уголовного права и криминологии Московской академии Следственного комитета имени А.Я. Сухарева, кандидат юридических наук, доцент, майор юстиции.

Светличный Александр Алексеевич – зав. каф. «Судебная экспертиза и таможенное дело» Тульского государственного университета, кандидат юридических наук, доцент.

Свободный Феликс Константинович – доцент кафедры управления и психологии следственной деятельности (Высшие академические курсы) Московской академии Следственного комитета имени А.Я. Сухарева, кандидат психологических наук, доцент, подполковник юстиции.

Серова Елена Борисовна – заведующая кафедрой уголовного процесса и криминалистики Санкт-Петербургского юридического института (филиала) Университета прокуратуры Российской Федерации, кандидат юридических наук, доцент, старший советник юстиции.

Спивак Вячеслав Вячеславович – заместитель руководителя следственного отдела по городу Невинномысск следственного управления Следственного комитета Российской Федерации по Ставропольскому краю, капитан юстиции.

Суворов Александр Сергеевич – старший преподаватель кафедры организации здравоохранения и госсанэпидслужбы с курсом судебно-медицинской экспертизы Российского биотехнологического университета.

Сухарева Марина Анатольевна – доцент кафедры криминалистики (31 кафедра) Военного университета имени Александра Невского Министерства Обороны Российской Федерации, доктор медицинских наук.

Хазизулин Виталий Билалуевич – доцент кафедры уголовно-правовых дисциплин Института права Владивостокского государственного университета, кандидат юридических наук, полковник юстиции (в отставке).

Шестак Виктор Анатольевич – профессор кафедры криминалистики Московской академии Следственного комитета им. А.Я. Сухарева, доктор юридических наук.

Шепелев Сергей Валерьевич – кандидат юридических наук, руководитель первого контрольно-следственного отдела следственного управления Следственного комитета Российской Федерации по Удмуртской Республике, подполковник юстиции.

Яловой Олег Анатольевич – доцент кафедры государственно-правовых и уголовно-правовых дисциплин Российского экономического университета имени Г.В. Плеханова, кандидат юридических наук, доцент.

Ярошенко Григорий Иванович – старший преподаватель кафедры предварительного расследования Московской академии Следственного комитета Российской Федерации имени А.Я. Сухарева.

Содержание

Резолюция Международной научно-практической конференции «Проблемы расследования уголовных дел о преступлениях, совершенных медицинскими работниками при оказании медицинской помощи»	3
Алиева Г.А. О некоторых особенностях выявления признаков состава преступлений, совершаемых медицинскими работниками в родильных домах	5
Белавин А.В., Катаев А.С., Суворов А.С. Некоторые вопросы тактики допроса лица, подозреваемого в совершении ятрогенного преступления	8
Березин Д.В. Общие закономерности развития механизма слеодообразования в криминалистике	15
Борисова И.В. Псевдоврачи, или почему не стоит доверять врачам из интернета	19
Быкова Е.Г., Казаков А.А. Отдельные правовые и процессуальные риски оценки ненадлежащего оказания медицинских услуг по ст. 238 УК РФ	23
Венев Д.А. Проблемы первоначального этапа расследования уголовных дел о преступлениях, совершенных медицинскими работниками при оказании услуги «ксенонотерапии»	28
Гапанович А.М. Об уголовной ответственности за ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей медицинским работником (статья 162 Уголовного кодекса Республики Беларусь)	30
Денисов Е.В. Общие проблемы выявления и профилактики серийных насильственных преступлений медицинских работников в России и за рубежом	37
Захарова В.О. О некоторых следственных ошибках, допускаемых в ходе расследования ятрогенных преступлений	41
Иконникова О.Н., Измайлова О.В. Проблемы расследования ятрогенных преступлений, связанные с производством и оценкой судебно-медицинских экспертиз	50
Карагодин В.Н. Особенности расследования неосторожного причинения вреда жизни и здоровью при оказании медицинской помощи несовершеннолетним	54
Кручинина Н.В. Криминалистическое обеспечение расследование ятрогенных преступлений	61
Кулагин Д.В. Проблемные вопросы доказывания преступных действий в мирное время и ещё большее их осложнение в военное время	68
Кустов А.М. История становления и развития судебной медицины в России	72
Лебедева А.А., Пономарева Н.С. Способ совершения ятрогенных преступлений	81
Левченко Е.В. Алгоритм проведения процессуальной проверки по сообщению о ненадлежащем оказании медицинской помощи и начального этапа расследования уголовных дел данной категории	87

Морозова Н.А. О законодательной инициативе в части уточнения понятий «медицинская помощь» и «медицинская услуга» в контексте уголовно-правового применения	91
Озеров И.Н. Проблемы квалификации, раскрытия и расследования ятрогенных преступлений в особых условиях	96
Прокофьева Т.Ю. Показатели экономической оценки потерь от ненадлежащего оказания медицинских услуг	100
Савин П.Т. Киберпреступность в медицинской деятельности: вопрос эволюции ятрогенных преступлений	104
Светличный А.А. Историко-методологические предпосылки зарождения, формирования и развития института специальных медицинских знаний в уголовном судопроизводстве	109
Свободный Ф.К. Проблемы повышения эффективности результатов исследований с использованием полиграфа в следственной практике	115
Серова Е.Б. Некоторые вопросы расследования ятрогенных преступлений	118
Спивак В.В., Артамонова Л.А. Совершенствование криминалистической и информационно-базовой практики при расследовании ятрогенных преступлений	122
Сухарева М.А. Судебно-медицинская экспертиза дефектов оказания медицинской помощи	125
Хазизулин В.Б. Тактика обнаружения, изъятия и осмотра медицинской документации в ходе расследования преступлений, совершённых при оказании медицинской помощи	128
Шепелев С.В. О практике назначения судебно-медицинских экспертиз в ходе расследовании преступлений, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи (на примере Удмуртской Республики)	134
Шестак В.А. К вопросу о ятрогенных преступлениях в России	138
Яловой О.А., Алиева Г.А. Проблемные аспекты ятрогенных преступлений	144
Ярощенко Г.И. Некоторые аспекты соблюдения врачебной тайны при оказании медицинских услуг	147
Сведения об авторах	152

**ПРОБЛЕМЫ РАССЛЕДОВАНИЯ УГОЛОВНЫХ ДЕЛ
О ПРЕСТУПЛЕНИЯХ, СОВЕРШЕННЫХ МЕДИЦИНСКИМИ
РАБОТНИКАМИ ПРИ ОКАЗАНИИ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

материалы Международной научно-практической конференции

(Москва, 28 ноября 2024 года)

В авторской редакции

Подписано в печать: 30.04.2025

Формат 60х90 1/16

Усл. печ. л. 9,1

Тираж 50 экз.

Компьютерная верстка,
техн. редактирование – И.Д. Нестерова.

Заказ № 506

Отпечатано в типографии Московской академии
Следственного комитета имени А.Я. Сухарева,
ул. Врубеля, д. 12