

Казанский юридический институт МВД России

Амиров Равиль Гайсович

**МЕТОДИКА РАССЛЕДОВАНИЯ ПРИЧИНЕНИЯ ТЯЖКОГО
ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ ВСЛЕДСТВИЕ НЕНАДЛЕЖАЩЕГО
ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

Казань – 2022

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ КАЗЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «КАЗАНСКИЙ
ЮРИДИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ МВД РОССИИ»

Амиров Равиль Гайсович

**МЕТОДИКА РАССЛЕДОВАНИЯ ПРИЧИНЕНИЯ ТЯЖКОГО
ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ ВСЛЕДСТВИЕ НЕНАДЛЕЖАЩЕГО
ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

Монография

Казань – 2022

ББК 67.408.111.6
Р 28

Р28 Амиров Р.Г.

Методика расследования причинения тяжкого вреда здоровью вследствие ненадлежащего оказания медицинской помощи: монография / Р.Г.Амиров.- Казань: КЮИ МВД России, 2022.-185с.

В монографии были выявлены ряд общих закономерностей и особенных тенденций развития причинения тяжкого вреда здоровью вследствие ненадлежащего оказания медицинской помощи, определяющие актуальность изучения данной проблематики и разработки научно обоснованных рекомендаций по совершенствованию методики расследования данной категории преступлений.

ББК 67. 408.111.6

Амиров Р.Г., 2022
КЮИ МВД России, 2022

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	6
1. Криминалистическая характеристика и особенности возбуждения уголовного дела при причинении тяжкого вреда здоровью вследствие ненадлежащего оказания медицинской помощи.	12
1.1. Понятие и общие положения криминалистической характеристики причинения тяжкого вреда здоровью вследствие ненадлежащего оказания медицинской помощи	12
1.2. Общая и уголовно-правовая характеристика причинения тяжкого вреда здоровью вследствие ненадлежащего оказания медицинской помощи.....	18
1.3. Способы совершения и сокрытия причинения тяжкого вреда здоровью вследствие ненадлежащего оказания медицинской помощи.....	34
1.4. Характеристика личности преступника по делам о причинении тяжкого вреда здоровью вследствие ненадлежащего оказания медицинской помощи.....	40
1.5. Время, место и другие элементы криминалистической характеристики причинения тяжкого вреда здоровью вследствие ненадлежащего оказания медицинской помощи.....	47
1.6. Особенности возбуждения уголовного дела о причинении тяжкого вреда здоровью вследствие ненадлежащего оказания медицинской помощи.....	54
2. Первоначальный этап расследования причинения тяжкого вреда здоровью вследствие ненадлежащего оказания медицинской помощи.....	78
2.1. Следственные ситуации и особенности планирования первоначального этапа расследования причинения тяжкого вреда здоровью вследствие ненадлежащего оказания медицинской помощи...	78
2.2. Тактика производства обыска и выемки по делам о причинении тяжкого вреда здоровью вследствие ненадлежащего оказания медицинской помощи.....	90

2.3. Тактика осмотра документов по делам о причинении тяжкого вреда здоровью вследствие ненадлежащего оказания медицинской помощи.....	100
2.4. Тактика допроса на первоначальном этапе расследования причинения тяжкого вреда здоровью вследствие ненадлежащего оказания медицинской помощи.....	109
3. Последующий этап расследования причинения тяжкого вреда здоровью вследствие ненадлежащего оказания медицинской помощи.....	120
3.1. Следственные ситуации и планирование последующего этапа расследования причинения тяжкого вреда здоровью вследствие ненадлежащего оказания медицинской помощи.....	120
3.2. Тактика назначения и проведения судебных экспертиз по делам о причинении тяжкого вреда здоровью вследствие ненадлежащего оказания медицинской помощи.....	126
3.3. Тактика допроса и очной ставки на последующем этапе расследования причинения тяжкого вреда здоровью вследствие ненадлежащего оказания медицинской помощи.....	157
Заключение.....	165
Список литературы.....	170

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. Охрана здоровья граждан является одной из главнейших задач государства, а право граждан на получение квалифицированной медицинской помощи гарантируется Конституцией Российской Федерации.

Однако, нередко, при получении медицинской помощи права пациента часто нарушаются, что приводит к причинению тяжкого вреда его здоровью. При этом существует ряд серьезных трудностей в расследовании и раскрытии причинения тяжкого вреда здоровью человека в результате ненадлежащего оказания ему медицинской помощи. Это в существенной мере обуславливается необходимостью использования специализированных знаний в области медицины, клинической психологии, фармакологии и медицинского оборудования, а также высокой степенью латентности и корпоративной солидарностью медицинских работников.

Проблема методического обеспечения привлечения медицинских работников к ответственности за причинение тяжкого вреда здоровью пациента в результате ненадлежащего оказания ему медицинской помощи по-прежнему остается, как и раньше актуальной, однако и тогда, и теперь, недостаточно разработанной. Отдельным аспектам решения данной проблемы всегда уделялось внимание в литературе, тем не менее, низким, как и прежде, остается уровень разработки методических рекомендаций, которые ориентированы на расследование преступлений, совершенных медицинскими работниками в ходе оказания своим пациентам медицинской помощи.

Степень разработанности научной проблемы. Начало исследования проблем заключается в том, что расследования причинения тяжкого вреда здоровью медицинскими работниками были рассмотрены в диссертационных

исследованиях Пристанкова В.Д.¹ и Сухарниковой Л.В.². Однако с момента защиты первой диссертации прошло более двадцати лет, второй более пятнадцати. За это время произошли большие изменения характеристике преступлений, появились новые способы совершения и сокрытия преступлений. Большая доля преступлений такого рода стала совершаться в косметологической медицине. Документооборот в медицинских учреждениях, в основном, перешел на цифровой формат, что в свою очередь отразилось на тактике производства следственных действий.

В современный период отдельные вопросы по рассматриваемой проблеме поднимались Саранцевым К.А.³, Перепечиной И.О.⁴, Багметом А.М. и Черкасовой Л.И.⁵, Смирновой Д.В.⁶, Петровой Т.Н.⁷. Наиболее полное расследование преступлений совершенных медицинскими работниками по неосторожности были рассмотрены в учебно-методическом пособии Академии следственного комитета РФ⁸. Однако в этом пособии сделан акцент на причинении смерти по неосторожности ст. 109 УК РФ, в нем вообще не рассматривается криминалистическая характеристика таких

¹ Пристанков В.Д. Теоретические и методологические проблемы расследования ятрогенных преступлений Дис. учен. степ. к.ю.н. спец. 12.00.09-Санкт-Петербург, 2000. – С. 122.

² Сухарникова Л.В. Особенности расследования неосторожного причинения вреда здоровью граждан медицинскими работниками в процессе профессиональной деятельности. Дис. учен. степ. к.ю.н. спец. 12.00.09 Санкт-Петербург, 2006. – С.253.

³ Саранцев К.А. Основные задачи первоначального этапа расследования преступно-ненадлежащего оказания медицинской помощи// Российский следователь. - 2013. -№2. - С.15-16. -(Криминалистика).

⁴ Перепечина И.О. Актуальные вопросы расследования преступлений медицинских работников против жизни и здоровья. Эксперт криминалист. 2013 №4 С.16-20.

⁵ Багмет А.М., Черкасова Л.И. Особенности расследования профессиональных преступлений медицинских работников. Эксперт криминалист. 2014 №1 С.3-5.

⁶ Смирнова Д.В. Понятие преступлений медицинских работников против жизни и здоровья и его криминалистическое значение. Адвокатская практика. 2015 №2 С.25-28.

⁷ Петрова Т.Н. Особенности расследования преступлений, связанных с некачественным оказанием медицинской помощи при родовспоможении. ConsiliumMedicum. 2017; С. 19(6).

⁸ Алехин Д.В., Багмет А.М. В.В. Бычков, А.Л. Иванов, СЮ. Мелихов, Т.Н. Петрова, Л.Т. Савин, В.И. Саньков, Е.А. Соломатина, А.З. Трощанович, А.В. Хмелева Расследование преступлений, совершенных медицинскими работниками по неосторожности (ятрогенных преступлений). М. Юнити-Дана 2020-С.159.

преступлений, а организация расследования ограничен первоначальным этапом.

Цель исследования заключается в повышении эффективности расследования фактов причинения тяжкого вреда здоровью граждан, совершенных работниками медицинских учреждений в ходе ненадлежащего оказания пациентам медицинской помощи.

Названная выше цель предопределяет формулирование и решение следующих задач:

1. Проведение анализа современной практики расследования причинения тяжкого вреда здоровью человека в результате ненадлежащего оказания ему медицинской помощи в ходе осуществления профессиональной деятельности медицинскими работниками, проведение анализа закономерностей совершения названных преступных деяний и изучение обстоятельств их совершения.

2. Рассмотрение главных элементов криминалистической характеристики причинения тяжкого вреда здоровью человека в результате ненадлежащего оказания ему медицинской помощи в ходе осуществления профессиональной деятельности медицинских работников, анализ преступлений этой группы, изучение имеющихся между ними закономерных связей и определение путей их использования на практике.

3. Выявление и содержательное сравнение типичных следственных ситуаций, формирующихся в ходе расследования причинения тяжкого вреда здоровью человека в результате ненадлежащего оказания ему медицинской помощи в ходе осуществления профессиональной деятельности медицинских работников на первоначальном и последующем этапе расследования.

4. Разработка тактических рекомендаций по проведению следственных действий в ходе расследования причинения тяжкого вреда здоровью человека в результате ненадлежащего оказания ему медицинской помощи на первоначальном и на последующих этапах расследования.

5. Выработка совокупности методических рекомендаций по расследованию в данной области.

Объектом настоящего исследования выступает противоправная деятельность, сопряженная с причинением тяжкого вреда здоровью человека в результате ненадлежащего оказания ему медицинской помощи в ходе профессиональной деятельности медицинских работников, а также деятельность по расследованию преступных деяний этой группы работников.

Предметом настоящего исследования выступают закономерности, содержание и методы оптимизации, а также повышения эффективности работы следственных органов и органов дознания в ходе расследования причинения тяжкого вреда здоровью человека в результате ненадлежащего оказания ему медицинской помощи работниками медицинских учреждений в ходе осуществления ими профессиональной деятельности.

Методология исследования. Методологической основой настоящего исследования явился общенаучный системный подход и прочие средства и методы познания реальной действительности. В работе были использованы формально-логический, сравнительно-правовой, системно-структурный и историко-правовой методы исследования, а также различные методы познания, такие как наблюдение, сравнение, описание, моделирование. Вместе с тем автор основывается на принципе преемственности в криминалистике.

Теоретическая база исследования. Автором использовались результаты теоретических исследований в сфере гражданского и гражданского процессуального права, уголовного и уголовно-процессуального права, криминалистики, медицинского права, судебно-медицинской экспертизы, а также прочее законодательство Российской Федерации.

Теоретической основой исследования явились научные работы ученых юристов: О.В. Айвазовой, И.А. Антонова, О.Я. Баева, П.П. Баранова, В.И. Брылева, Р.С. Белкина, Ф.Ю. Бердичевского, Л.В. Бертовского, В.С. Бурдановой, В.В. Вандышева, В.Л. Васильева, А.В. Варданяна, А.И.

Винберга, И.А. Возгина, В.К. Гавло, А.Ю. Головина, Г.А. Густова, С.В. Дубровина, В.Ф. Ермоловича, О.С. Кучина, С.И. Коновалова, Н.П. Кирилловой, И.М. Комарова, П.С. Малеиной, И.М. Лузгина, В.А. Образцова, И.О. Перепечиной, С.К. Питерцева, В.Д. Пристанкова, З.И. Пименовой, А.Р. Ратинова, А.А. Степанова, А.Б. Соловьева, А.Д. Хмырова, В.Г. Танасевича, Е. В. Топильской, А.В. Шмониной, М.А. Шматова, Н.П. Яблокова, С.А. Ялышева и других исследователей.

Труды ученых медиков: В.И. Акопова, Ф.А. Айзенштейна, Е.С. Беликова, П. Барро, А.П. Громова, Г. Вермея, С.Я. Долецкого, И.В. Давыдовского, С.В. Кузнецова, А.В. Ковалева, С.А. Кассирского, Р.А. Лурия, В.Л. Попова, В.В. Некачалова, Ю.Д. Сергеева, Д.С. Саркисова, А.В. Смольянинова, Е.М. Тареева, А.В. Тихомирова, И.В. Тимофеева, Э.В. Туманова, А.Г. Шантурова, А.В. Шапошникова, В.В. Томилина.

Нормативную базу исследования составили: Конституция РФ, Гражданский кодекс РФ, Гражданский процессуальный кодекс РФ, Уголовный кодекс РФ и другое законодательство Российской Федерации. Использовались Основы законодательства о здравоохранении, постановления Пленумов Верховного Суда СССР и Верховного Суда РФ, нормативно-правовые акты по организации работы с персоналом медицинских учреждений и другие нормативные акты.

Научная новизна исследования состоит в следующем: на монографическом уровне впервые была предпринята попытка осуществить комплексное изучение и решение теоретических и практических проблем расследования причинения тяжкого вреда здоровью человека в результате ненадлежащего оказания ему медицинской помощи, разработана совокупность рекомендаций по организации их расследования на первоначальном и последующих этапах.

Теоретическая значимость результатов настоящего исследования предопределяется постановкой и решением совокупности важных криминалистических проблем и тем, что данные результаты представляют

собой вклад в активное развитие ряда положений криминалистической тактики и методики расследования отдельных видов преступлений. Сформулированные теоретические положения и выводы дополняют научные основы методики расследования причинения тяжкого вреда здоровью медицинскими работниками при выполнении ими профессиональных обязанностей. Разработанная криминалистическая характеристика причинения тяжкого вреда здоровью, алгоритмы расследования, тактические приемы и комбинации при производстве таких следственных действий как допрос, обыск, выемка, осмотр документов, могут быть использованы также при разработке методик расследования других видов преступлений. Теоретические положения, представленные в исследовании, могут служить отправной точкой и использованы при написании монографий, учебников, учебных пособий и научных статей другими учеными.

Структура настоящего исследования обуславливается поставленными в работе целями и задачами, а также предметом и объектом исследования. Работа состоит из введения, трех глав, содержащих в себе 13 параграфов, заключения, списка используемой литературы.

1. КРИМИНАЛИСТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ОСОБЕННОСТИ ВОЗБУЖДЕНИЯ УГОЛОВНОГО ДЕЛА ПРИ ПРИЧИНЕНИИ ТЯЖКОГО ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ ВСЛЕДСТВИЕ НЕНАДЛЕЖАЩЕГО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

1.1 Понятие и общие положения криминалистической характеристики причинения тяжкого вреда здоровью вследствие ненадлежащего оказания медицинской помощи

В криминалистике понятие «криминалистическая характеристика преступлений» возникло относительно недавно, тем не менее, среди ведущих ученых-криминалистов получило признание. Понятие криминалистической характеристики и структура рассматриваются в трудах многих ученых-криминалистов.⁹

Это понятие впервые было предложено ученым А.Н. Колесниченко.¹⁰ Самое первое развернутое определение данного понятия дал Л. А. Сергеев, в содержание криминалистической характеристики он включил способы совершения преступных деяний; условия, в которых они совершаются; обстоятельства, сопряженные с субъектами и субъективной стороной преступного деяния, с объектами преступных посягательств; связи преступлений определенного вида с другими преступными деяниями и некоторыми действиями, которые уголовно наказуемыми не являются, тем не менее, имеют сходство с этими преступным деянием по отдельным

⁹ Белкин Р.С. Курс криминалистики: в 3 т. Т. 3. Криминалистические средства, приемы и рекомендации. – М.: Юристъ, 1997. С. 297; Ермолович В.Ф. Криминалистическая характеристика преступлений. - Минск: Амалфея, 2001. С.304.

¹⁰ Колесниченко А.Н. Общие положения методики расследования отдельных видов преступлений. Харьков, 1965. С.178.

объективным признакам; взаимосвязи, которые имеются между названными группами обстоятельств.¹¹

Криминалистическая характеристика, как считает С.И. Винокуров, - это научно разработанная система типичных признаков конкретного вида преступления, дающая возможность уяснить первоочередные задачи, выявить механизм слеодообразования.¹²

Криминалистическую характеристику авторы А.Н. Басалаев и В.А. Гуняев называют системой материальных и интеллектуальных следов преступного деяния.¹³

Криминалистическая характеристика определенного вида преступных деяний, по мнению Р.С. Белкина, должна включать в себя характеристику первоначальной информации, совокупности сведений о способе совершения и сокрытия преступного деяния и характерных последствиях его применения, вероятных целях и мотивах преступного деяния, личности вероятного преступника и вероятной жертвы, о некоторых обстоятельствах совершения преступного деяния (время, место, обстановка).¹⁴

Криминалистическую характеристику преступлений авторы Н.П. Яблоков и Л.Д. Самыгин рассматривают как описание криминалистически важных признаков вида, группы, а также отдельного преступного деяния, которые проявляются в особенностях обстановки, механизма, способа его совершения.¹⁵

¹¹ Сергеев В.В. Уголовно-правовые меры борьбы с групповой преступностью. Волгоград, 1977. С.68.

¹² Винокуров С.И. Криминалистическая характеристика преступлений, ее содержание и роль в построении методике расследования конкретного вида преступлений. Методика расследования преступлений (общие положения) М., 1976. С.84.

¹³ Басалаев А.Н., Гуняев В.А. Криминалистическая характеристика преступлений (общие положения) - М.: Юрид. лит., 1976. – С.97.

¹⁴ Аверьянова Т.В., Белкин Р.С., Корухов Ю.Г., Россинская Е.Р. Криминалистика / под ред. Р.С. Белкина. М.: Норма-Инфра, 2015. С. 687.

¹⁵ Яблоков Н.П., Самыгин Л.Д. Информационные основы расследования и криминалистическая характеристика преступлений// Криминалистика. М.: БЕК, 1995. С. 45.

Применяемый все чаще в последнее время оборот «криминалистическая характеристика преступлений» активно занимает свое место в числе базовых понятий в теории и практике современной криминалистики. Содержательная его составляющая представляет собой упорядоченную сумму сведений о преступлении, элементном составе преступного деяния, служащие решающим фактором в деле установки и выявлении лица, совершившего преступление, временной составляющей, информации о месте, способе преступного деяния и иных сведениях, служащих доказательной базой.

Организовать работу по выявлению преступного деяния, применяя современные подходы к изучению имеющейся информации, собранной по соответствующему виду общественных отношений, организовать ее профессионально, – именно это и станет основой характеризующих обстоятельств, характеризующих в криминалистическом плане, имевшего место, преступления. Е. Д. Козлова и С. Д. Шестакова располагают сведениями, которые получили в процессе опроса работников следствия, в них наблюдается такая закономерность: большинство опрошенных сошлись во мнении о необходимости информационной составляющей для успешной работы следователя, а эту информацию можно наложить и сопоставить с криминалистической характеристикой того или иного преступного деяния в контексте принадлежности его той или иной категории. Авторы также упоминают типовую криминалистическую характеристику преступлений по отдельно взятой категории.

Рассматривая предметно вопрос криминалистической характеристики преступления, исследователи обращают особое внимание на ее содержательную часть и ее видовое разнообразие. Этот вопрос носит дискуссионный характер на протяжении длительного времени. Подтверждением такой ситуации является разнообразная семантическая и лингвистическая основа известных современной науке дефиниций

криминалистического описания преступлений, характеризующая их суть. Оно сегодня понимается как:

- сумма информации о деянии, которое носит преступный характер, служащая способом к его раскрытию;
- систематизированные составные части определенного вида преступлений, которые имеют значение в процессе расследования определенных преступных деяний рассматриваемого вида¹⁶;
- характеризующие данные особенностей борьбы с различными категориями действий, которые носят противоправный характер¹⁷, и так далее.

На наш взгляд, следует выделять следующие элементы криминалистической характеристики преступлений: общая и уголовно-правовая характеристика; способы совершения преступных деяний; жертва преступного деяния, личность преступника; место, время совершения преступления, механизм слеодообразования; обстоятельства, подлежащие выяснению по делу.

Принимая во внимание вышеперечисленное, считаем целесообразным ввести понятие «индивидуальные» криминалистические характеристики, которые бы идентифицировали определенное преступление и понятие «типовые» криминалистические характеристики, которые можно рассматривать, как систематизированные, повторяющиеся, обладающие типичностью сведения о преступлениях определенного вида и сопутствующих им обстоятельствах. В исследованиях мы находим сведения об имеющихся ее уровнях, которых три и более.

Р. С. Белкин склонялся к необходимости ввести дифференциацию на видовые и родовые криминалистические характеристики. Однако автор делал

¹⁶ Шестакова С. Д., Козлова Е. Л. Понятие и содержание криминалистической характеристики преступлений о ненадлежащем исполнении обязанностей по воспитанию несовершеннолетних// Российской следователь. - М.: Юрист, 2012, № 10. - С.11-13.

¹⁷ Возгрин И. А. Общие положения методики расследования отдельных видов преступлений. Л., 1976. С.6.

акцент на следующем. Поскольку криминалистической характеристике свойственен показ типичного, то на основе этого подхода исключается наличие исчерпывающей теоретической характеристики конкретного, отдельно взятого преступления. Характеристика, включающая в себя совокупность существенных признаков конкретного преступления, дается лишь в итоге всестороннего расследования, и в таком случае она служит не только целям расследования, она учитывается как эмпирический следственный материал для научных изысканий.¹⁸

Такой подход поддерживается многими учеными. Это распространяется и на положение о том, что целесообразно рассматривать криминалистическую характеристику конкретного преступления. Такие положения С. Н. Чурилов подвергает сомнению, обосновывая это тем, что итог анализа одного преступления не может быть признан его криминалистической характеристикой (аккумулированной из данных, полученных на основе анализа и синтеза некоторого количества напоминающих друг друга деяний, носящих преступный характер), а описанием его обстоятельств.¹⁹

Представляется спорным мнение ученых о том, что криминалистическая характеристика перестанет представлять интерес.²⁰ Один из путей усовершенствования частных методик расследования, как мы считаем, - это изучение и разработка их криминалистических характеристик, являющихся обязательной составляющей методик расследования некоторых видов преступных деяний. От содержания термина "криминалистическая характеристика преступления" непосредственным образом зависят все другие составляющие методики расследования. Кроме того, от него зависят

¹⁸ Белкин Р.С. Курс советской криминалистики. Т.3.М., 1979. С.192.

¹⁹ Чурилов С.Н. Методика расследования преступлений: Общие положения. М.: ЗАО Юстицинформ, 2009. С.232.

²⁰ Белкин Р.С. Криминалистика: проблемы сегодняшнего дня. М.: Издательство НОРМА, 2001. - С.240.

особенности и характер научно обоснованных рекомендаций, направленных на эффективное выявление и расследование причинения человеку тяжкого вреда его здоровью в результате ненадлежащего оказания ему медицинской помощи. Нам представляется, что для раскрытия рассматриваемых преступлений нужен тщательный анализ криминалистической характеристики в процессе расследования этой категории преступных деяний.

Криминалистическая характеристика причинения человеку тяжкого вреда его здоровью в результате ненадлежащего оказания ему медицинской помощи, с учетом анализа рассматриваемой категории преступлений - это выработанная на основе исследования экспертной, судебно-следственной и оперативно-розыскной практики информационная система особенностей обстановки, типичных признаков, мотивов, следов, способов совершения названного вида преступлений, личности виновного лица, пострадавшего, а также прочих взаимодействующих между собой элементов, которая обеспечивает наиболее успешное предупреждение, выявление, расследование и раскрытие преступной деятельности лиц, которые совершают эти преступления.

Первой частью криминалистической характеристики преступного деяния является описание элементов системы преступного деяния, а также обстановки его совершения. Описание закономерностей и связей реальной системы, анализируемой нами группы преступлений является второй и третьей частью криминалистической характеристики.

Мы берем за основу исследовательских рамок и для целей идентификации элементного состава такой подход. Характеризуются преимущественные признаки, которые влияют на связь и ролевое значение рассматриваемого элемента в динамике. Они могут оказать существенное влияние на осуществление следственных действий и установление подавляющего большинства деталей, которые сопутствовали событию, и именно эти детали создают реальность для установления всех обстоятельств,

подлежащих доказыванию в рамках расследования имеющегося уголовного дела.

Следовательно, мы считаем, что криминалистическая характеристика причинения человеку тяжкого вреда его здоровью в результате ненадлежащего оказания ему медицинской помощи должна включать в себя такие элементы:

- 1) общая и уголовно-правовая характеристика;
- 2) способ совершения и сокрытия;
- 3) характеристика личности преступника;
- 4) факты-последствия причинения тяжкого вреда здоровью вследствие ненадлежащего оказания медицинской помощи;
- 5) место, время и другие элементы криминалистической характеристики.

1.2. Общая и уголовно-правовая характеристика причинения тяжкого вреда здоровью вследствие ненадлежащего оказания медицинской помощи

В современной медицине используются все самые новые достижения химии, физики, техники, создаются высокоэффективные и вместе с тем агрессивные лекарственные средства, методики диагностики различных болезней и их лечения. В силу этого существенно повысилась опасность причинения вреда пациенту в ходе оказания ему медицинской помощи.

Российские и мировые научные данные, обобщающие вопросы, связанные с качеством предоставляемой медицинской помощи, показывают возрастающую динамику осложнений. Диагностика и лечение болезненных состояний, которые получают свое развитие в результате некачественного обслуживания и медицинской помощи, вследствие ненадлежащего процесса оказания врачебной помощи, не соответствующего основополагающим принципиальным конституционным основам и условиям предоставления

медицинской помощи, регулируемым нормами действующего законодательства Российской Федерации. Нужно добавить, что подобные действия совершаются представителями медицины в то время, когда они находятся при исполнении своих профессиональных или служебных обязанностей, и такие действия ставят под угрозу здоровье или причиняют вред жизни, здоровью и иным законным правам и интересам пациента.²¹

В настоящее время наблюдается тенденция постоянного роста причинения пациенту тяжкого вреда здоровью в результате ненадлежащего оказания ему медицинской помощи, что требует усиления борьбы с данным явлением посредством положений действующего уголовного законодательства. Фактически не существует официальной статистики нарушений медицинскими работниками прав пациентов. СМИ и обращения граждан в органы правопорядка дают некоторое представление о состоянии преступности в рассматриваемой сфере. Вместе с тем реальное положение дел органы здравоохранения очень тщательно скрывают. Медицина Российской Федерации утрачивает свой авторитет у населения страны. Все это ведет к криминализации сферы здравоохранения и способствует росту причинения пациентам тяжкого вреда их здоровью в результате ненадлежащего оказания медицинской помощи.

Существует ряд серьезных трудностей в расследовании и раскрытии такой малознакомой сотрудникам правоохранительных органов разновидности преступности, как причинение тяжкого вреда здоровью человека в результате ненадлежащего оказания ему медицинской помощи. Это в существенной мере обуславливается необходимостью использования специализированных знаний в области медицины, клинической психологии и медицинского оборудования.

Причинение человеку тяжкого вреда здоровью в результате

²¹ Профессиональные преступления медицинских работников / А.Л. Хлапов и др. // Матер.Всерос. науч.-практ. конф. / под ред. Ю.Д. Сергеева, С.В. Ерофеева – Иваново; Владимир, 2008. С. 56.

ненадлежащего оказания ему медицинской помощи, можно охарактеризовать высокой степенью латентности и корпоративной солидарностью медицинских работников.²²

В настоящее время существует ряд классификаций причинения человеку тяжкого вреда здоровью в результате ненадлежащего оказания ему медицинской помощи. Самым основным в создании классификационных схем должен являться причинный фактор, патоген.²³ Таким образом, причинение человеку тяжкого вреда здоровью в результате ненадлежащего оказания ему медицинской помощи целесообразно разделить, как мы считаем, на специальные группы: психогенное; лекарственное; травматическое; инфекционное; смешанное.

Психогенные проявляются в форме психозов, неврозов, фобий, депрессий, неврастений, истерий, ипохондрических и депрессивных расстройств, чувства тревоги. Они вызываются неправильно понятыми и очень неосторожными высказываниями медика о состоянии здоровья больного, ознакомлением со специальной медицинской литературой и собственной историей болезни, прослушиванием публичных лекций, прежде всего по телевидению. Такие состояния также именуют "болезнями слова".²⁴

Присоединением причинения человеку тяжкого вреда здоровью в результате ненадлежащего оказания ему медицинской помощи, осложняется течение основного заболевания, повышается вероятность развития каких-либо новых заболеваний, к примеру, внутрибольничных.

Лекарственное причинение человеку тяжкого вреда здоровью в

²² Топильская Е. В., Ялышев С. А. О преподавании дисциплины «Расследование и судебное рассмотрение дел. о медицинских преступлениях» в вузе. / Сборник статей по материалам Всероссийского научно-практического круглого стола: 3 марта 2017 г. // Северо-Западный филиал ФГБОУВО «Российский государственный университет правосудия» /С. 192-197.

²³ Красильников А. П. Проблема безопасности медицинской помощи // Неблагоприятные эффекты современных методов лечения. Минск, 1993. С.14-22.

²⁴ Лурия Р. А. Внутренняя картина болезней и посттравматические заболевания. М.: Медицина, 1977. С.37-52.

результате ненадлежащего оказания ему медицинской помощи. Ученым Аркиным Е. А. для лекарственных кожных сыпей было предложено понятие "лекарственные болезни".²⁵ Так как основное проявление побочного действия лекарственных препаратов — болезнь, а ее причина — лекарственный препарат, назначенный врачом, понятие "лекарственная болезнь" можно распространить на все клинические формы болезней, сопряженных с повреждающим действием тех или иных компонентов лекарственных препаратов, а также примесей к ним. Стоит сказать, что возражения против данного понятия²⁶ основаны на весьма понятных, но, тем не менее, субъективных и вместе с тем корпоративных соображениях²⁷. Лишь для заболеваний, которые обуславливаются самолечением и нарушением предписаний лечащего врача, отсутствуют основания для включения в ятрогении, однако в группу лекарственных болезней они, конечно же, входят. Некоторые ученые называют их медикаментозными, химическими ятрогениями.

Отметим, что нет обязательного учета лекарственных заболеваний. Данные, приводимые в литературных источниках, базируются на добровольных сообщениях медицинских работников либо на выборочных исследованиях. Побочные реакции, по данным И. Попхристова и Г. Маждракова²⁸, развиваются у 7 процентов пациентов, принимавших медикаменты, по данным И. М. Станковской и А. С. Лопатина²⁹, у 10 — 12 процентов пациентов, и у 15 — 40 процентов пациентов — по данным Б. М. Пухлика³⁰. Ежегодно в Соединенных Штатах Америки регистрируется один-два миллиона случаев побочного действия лекарственных препаратов, от 2 до 5 процентов от общего числа госпитализированных людей приходится как

²⁵ Аркин Е. А. К учению о лекарственных сыпях // Врач. 1901. №28. С.884.

²⁶ Лекарственные болезни / под ред. Г. Маждракова и П. Попхристова. София, 1973; С. 505.

²⁷ Шантуров А. Г. Ятрогенная лекарственная патология. Иркутск, 1987. — С. 149.

²⁸ Лекарственные болезни / под ред. Г. Маждракова и П. Попхристова. София, 1973; С. 622.

²⁹ Лопатин А. С., Станковская И. М. Побочное действие лекарств. М., 1989. — С. 62.

³⁰ Лекарственная аллергия / Б.М. Пухлик. - Киев, 1989. - 94 с. 16.

раз на данную патологию³¹. Порядка 30 процентов госпитализированных людей в ходе лечения приобретают лекарственную болезнь. От 1 до 50 процентов колеблется частота побочных реакций, которые вызываются противомикробной терапией. У 0,5 — 60 процентов лиц развиваются аллергические реакции после приема лекарственных препаратов.

В ходе настоящего исследования мы проанализировали травматическое причинение человеку тяжкого вреда его здоровью в результате ненадлежащего оказания ему медицинской помощи. Для болезней, которые вызываются действием повреждающих факторов механической и физической природы, как правило, используют понятие "медицинские травмы и их последствия". Нужно отметить, что термин "медицинские" не настолько отчетливо, как, например, "ятрогенные", показывает нам связь травм с оказанием медицинской помощи. С учетом этого и, исходя из необходимости объединения их в единую группу с инфекционными, лекарственными и психогенными ятрогенными, более целесообразно называть их травматическими ятрогенными.

Также нет обязательного учета травматического причинения человеку тяжкого вреда его здоровью в результате ненадлежащего оказания ему медицинской помощи³², однако существует множество данных выборочных исследований. Все они говорят о частоте данной формы причинения человеку тяжкого вреда его здоровью в результате ненадлежащего оказания ему медицинской помощи³³. Ученые Ю.Е. Никифоров и Е.Д. Черствой на материале 500 исследований различных осложнений после интенсивной терапии и реанимации установили природу осложнений в 6,3 процентов случаев, при этом в 82,5 процентов из этих осложнений - после хирургического лечения.

Инфекционное причинение человеку тяжкого вреда его здоровью в

³¹Mooney G. Разная этика в медицине // Всемир. форум здравоохран. 1988. Т. 8, № 4. С. 93.

³² Хромов Б. М. Ятрогенные заболевания в хирургии. Л., 1978. – С. 16.

³³ Международная классификация болезней. Женева, 1983. - Т. 1, 2.

результате ненадлежащего оказания ему медицинской помощи. Сюда относятся все случаи причинения человеку тяжкого вреда его здоровью в результате ненадлежащего оказания ему врачебной помощи с возникновением различных инфекционных болезней, заражение которыми случилось в ходе оказания пациенту любых видов врачебной помощи. Как правило, их называют внутрибольничными инфекциями (нозокомиальными, госпитальными), что не в полной мере отражает сущность явления, так как:

- 1) данные болезни возникают еще и при оказании медицинской помощи на дому и в амбулаторно-поликлинических учреждениях;
- 2) к ним не отнесены болезни, заражение которыми случилось вне больничного учреждения.

Термин "внутрибольничные" может быть сохранен для ситуаций, в которых тяжкий вред был причинен здоровью лица из-за ненадлежаще оказанной врачебной услуги, которая имела место в стационарных условиях³⁴.

Общеизвестно, что отказать в оказании медицинской услуги, когда помощь необходима, врач имеет право только тогда, когда болен сам и это препятствует возможности лечить больного пациента также, когда у врача нет должного высокотехнологичного оборудования, лекарств, инструментов. Когда действует фактор имеющейся крайней необходимости, а также когда помощь нужно оказать одномоментно двум пострадавшим или тяжело больным людям.

Причинение человеку тяжкого вреда его здоровью в результате ненадлежащего оказания ему медицинской помощи может быть обусловлено не только субъективными, но и объективными причинами. Многое зависит оттого, как на самом деле поведут себя медицинские работники, когда им надлежит исполнять свои обязанности в профессиональной сфере.

³⁴Лошонци Д. Внутрибольничные инфекции / пер. с венгр. М., 1978. – С.453.

Важное криминалистическое значение имеет определение механизма (содержания) причинной связи, которая имеется между действием медицинского работника и наступившим последствием. Ясность в содержании причинной связи помогает определиться с субъектом и прийти к адекватному выводу о степени его вины посредством проведения аналитических действий, в контексте причиненного лицу тяжкого вреда здоровью, из-за недолжного оказания данному лицу медицинской помощи. Здесь важно выявить характер тяжкого вреда и отследить его развитие во времени.

Признано, что причинно-следственная связь – категория объективная. Она не зависит от психического отношения субъекта к противоправно совершенному деянию и к тому, какое психическое отношение субъект демонстрирует к последствиям им содеянного. Несмотря на это, когда преступление проходит процедуру квалификации, встает необходимость учесть причинную связь, которая объективно существует, которая находит свое отражение в том, как воспринимает виновное лицо субъективный аспект своего деяния. Бывают случаи, когда субъект, совершая деяние, находится в положении, когда нет связи между непосредственной причиной наступления отрицательного последствия с объективной причинной связью. Однако прослеживается причинная связь с суммой действий или отсутствием совокупности деяний. Например, такие деяния могут наступить при условии, когда субъект недобросовестно выполняет вверенные ему обязанности по службе, тогда наступает нежелательный итог³⁵.

Когда ведется расследование преступлений врачей, бывает очень сложно по таким делам выявить причинную связь, установить нити причин, которые ведут от действия либо бездействия медиков к наступившим отрицательным изменениям в состоянии человека. Причиной этому становятся проведенные недолжным образом клинические наблюдения за

³⁵ Пристанков В.Д. Криминалистическая теория расследования ятрогенных преступлений, совершаемых при оказании медицинской помощи: монография, СПб., 2007. - С.221.

биологическими процессами в органической системе пациента, не учтенные, присущие именно этому пациенту индивидуальные черты, неумение провести дифференциальную диагностику, выбрать из множества возможных верный диагноз, недальновидность и неумение предвидеть сопутствующие осложнения здоровья. Если перед вами стоит задача правильного представления о действиях медицинского характера, вы непременно должны учесть специфику оказания оказании медицинской помощи, которая очень часто подвержена ограничивающим воздействиям объективного характера. Очень часто российский больной сам не обращается за услугами своевременно, а уровень научно-практического состояния современной российской медицины в этом случае ограничен в своих возможностях. Медицинские кадры и обеспеченность материалами и высокотехнологичным оборудованием оставляют желать лучшего. Работает также фактор неизлечимости тяжести заболевания. Есть и другие факторы и условия. Целесообразно привести в качестве примера следующий факт бездействия медика. Гражданин Ф. утром 14 марта обратился к своим соседям с просьбой вызвать ему скорую помощь. Гражданин Ф. к моменту прибытия врачей лежал неподалеку от своей входной двери. Не подойдя к Ф., врач скорой помощи Н., сказал, что пациент находится в алкогольном опьянении и после того, как проспится, самостоятельно войдет в свою квартиру. Врач отказал фельдшеру в просьбе осмотреть этого пациента и вызвать сотрудников полиции. Спустя один час Ф. был доставлен в учреждение больницы сотрудниками полиции в тяжелом состоянии.

При судебно-медицинском исследовании было выявлено следующее: обширный инфаркт миокарда явился причиной причинения пациенту Ф. тяжкого вреда его здоровью в результате ненадлежащего оказания ему медицинской помощи. В данном случае наблюдается причинная связь, которая имеется между бездействием медицинского работника и причинением пациенту Ф. тяжкого вреда его здоровью в результате ненадлежащего оказания ему медицинской помощи.

Такое бездействие медика квалифицируется как неоказание больному медицинской помощи.

Когда проводится расследование криминалистического характера, когда исследуются все имевшие место обстоятельства инцидента в медицине, на первый план выходит адекватность оказанной помощи, ее соответствие стандартам. Выясняется, весь ли комплекс мероприятий был задействован. Соответствовал ли выбор комплекса мероприятий тем сложившимся объективным условиям, в которых приходилось действовать врачу.

Мы придерживаемся той точки зрения, что ряд возникающих субъективных причин спровоцирован отсутствием элементарной компетентности, а часто и отсутствием опыта. Иногда субъективной причиной становится желание обогатиться за счет пациента. Нельзя сбрасывать со счетов и элементарное безответственное отношение, отсутствие нравственной основы в действиях врачей, неаккуратное заполнение первичных врачебных документов, справок, бесконтрольная работа медицинского персонала в учреждениях здравоохранения.

Эти преступные посягательства, исходя из специфики субъекта (медика) и профессиональной врачебной деятельности, образуют группу причинения больному человеку тяжкого вреда его здоровью в результате ненадлежащего оказания ему медицинской помощи. Органам предварительного расследования совокупность таких составляющих, как наличие специального субъекта (медика) и общность предмета преступного посягательства (здоровье и жизнь граждан), дает возможность очень четко очертить совокупность составов медицинских преступных деяний.

Имеет место юридическая классификация отклонений медицинским работником от правил оказания медицинской помощи по таким признакам, как содержание и характер отклонений. Данная классификация позволяет целенаправленно провести криминалистический анализ, связанный с поиском признаков преступной ятрогении либо тех обстоятельств, которые ее исключают.

По содержанию:

1) выход за установленные границы оказания пациентам обязательной медицинской помощи, превышение медицинским работником своих профессиональных полномочий.

2) несоблюдение медицинским работником в полном объеме мер предосторожности и невыполнение обязательных предписаний, которые необходимы для достижения положительного результата медицинской помощи.

По характеру отклонений:

1) отклонения, сопряженные с обоснованным профессиональным риском, иными словами, если выполнение врачебных действий по новой технологии обусловлено достаточными разработками, разрешено к применению в предусмотренном законодательством порядке, апробировано на практике;

2) отклонения, сопряженные с преступной неосторожностью, в том числе превышение медицинским работником пределов обоснованного риска, а также пределов состояния крайней необходимости;

3) отклонения, которые обуславливаются крайней необходимостью, то есть, спасая жизнь пациенту, медицинский работник осуществляет свои действия в условиях экстремальной ситуации, проводит медицинские манипуляции по жизненным показаниям. Медицинский работник в этих ситуациях обычно лишен объективной возможности, например, осуществить, диагностические исследования.

Существуют различные подходы в понимании, когда лицу оказана медицинская помощь ненадлежащего качества, а также когда лицу оказана медицинская помощь в неадекватном аспекте.

Рассмотрим следующий случай. П.О. доставлен в стационар больницы с наличием тяжелых травматических повреждений, наступивших в результате того, что П.О. стал участником дорожно-транспортного происшествия. Хирургическая операция персоналом стационара была

осуществлена на должном медицинском уровне. Гражданин П.О. находился в реанимационном боксе, где ему проводилось лечение с применением антибиотиков, одновременно осуществлялся мониторинг и лабораторный контроль показателей его состояния. Была зафиксирована положительная динамика его общего самочувствия. По истечении пяти дней пребывания в реанимационном боксе П.О. был переведен для дальнейшего пребывания в общий хирургический стационар. Когда его перевели в общую хирургическую палату, то все назначения отменили, в том числе антибиотики. Между тем, больной продолжал в них крайне нуждаться, однако эти препараты в данном отделении отсутствовали. Это привело к тому, что не прошло и 10 дней как самочувствие П.О. молниеносно ухудшилось. Ему диагностировали сепсис, который развился сразу по отмене терапии, на шестой-седьмой день заболевания.

Проанализируем данный пример с точки зрения хирургического лечения. Оперативное лечение П.О. получил в полном, профессиональном объеме, на должном уровне квалификации. Однако все, что происходило в плане дальнейшей медицинской помощи, не может быть признано соответствующим и полным в объеме. Медицинский персонал хирургического стационара был не в состоянии это сделать из-за неимения нужных медикаментов. В анамнезе врач хирургии записал назначения, которые были необходимы его пациенту, но фактически ему пришлось применять те лекарственные средства и медикаменты, которые были в наличии в хирургии. Такая примененная хирургом терапия может быть признана адекватной, то есть соответствующей реальной обеспеченности отделения медикаментами, в условиях, в которых хирургу приходилось осуществлять терапию. В то же время та медпомощь, которая была оказана П.О., может быть признана ненадлежащей, что служит существенным доводом в пользу выдвижения требований претенциозного характера к медицинскому учреждению, которое не могло обеспечить процесс оказания медицинской помощи всем набором необходимых медицинских препаратов.

В условиях нынешнего этапа развития российского законодательства причинение человеку тяжкого вреда его здоровью в результате ненадлежащего оказания ему медицинской помощи остается, как и прежде, малоизученным. Многие работы нацелены на частные проблемы в ущерб имеющимся общим положениям, исследование которых крайне важно.

Причинение пациенту тяжкого вреда его здоровью в результате ненадлежащего оказания ему медицинской помощи, исходя из МКБ-10³⁶ (международной классификации болезней принятой как единый нормативный документ для учета заболеваемости, причин обращений населения в медицинские учреждения всех ведомств, причин смерти), состоит из любых наступивших неблагоприятных и нежелательных результатов лечения, диагностики, профилактики, вмешательств, которые привели к тому, что для человека была ограничена его привычная деятельность, когда произошел функциональный сбой организма, когда человек стал инвалидом, причем это распространяется на осложнения после медицинских вмешательств и процедур, получивших развитие в результате не только ошибочных, но и в результате верных шагов врачей в выстраивании лечения. С 1 января 2022 года рекомендован, Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), переход на новый классификатор, МКБ-11 — одиннадцатый пересмотр Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, но переход с МКБ-10 на МКБ-11 — сложная задача, которая займет немало времени. Предполагается, что в нашей стране, согласно распоряжению Правительства РФ от 15.10.2021 № 2900-р, он пройдет в четыре этапа и завершится не ранее 2024 года.

Таким образом, причинение тяжкого вреда здоровью человека из-за ненадлежащего оказания ему медицинской помощи, согласно стандарту

³⁶ Приказ Минздрава России от 27.05.97 г. №170. Международная классификация болезней 10-го пересмотра, внедрена в практику здравоохранения на всей территории РФ с 01.01.1999 года.

Росздравнадзора (от 2014 года), понимается как групповое явление, вбирающее в себя весь объем негативных результатов, произошедших впоследствии с человеком, в том числе патологии, синдромы, нозологические формы, явившиеся следствием деятельности врачей.

Де-юре причиненный тяжкий вред здоровью человека по причине ненадлежащего оказания медицинской услуги является грубым нарушением регулируемых законодательством норм в системе «медицинский работник – пациент», установленным стандартам и правилам оказания услуг больному человеку. Когда врачи следуют стандартам оказания медицинской помощи населению, они учитывают многоаспектность этой важной деятельности. Обращают внимание не только на проявления болезни, но и на пол, возраст больного, иные факторы.

Чтобы установить истинную картину произошедшего, избежать ошибки, требуется очень глубокое криминалистическое изучение причинения пациенту тяжкого вреда его здоровью в результате ненадлежащего оказания ему медицинской помощи.

Мы выделяем факты-последствия причинение пациенту тяжкого вреда его здоровью в результате ненадлежащего оказания ему медицинской помощи. Такие факты-последствия являются реальными, имеющими неблагоприятный аспект, приводят к негативным исходам, к осложнениям состояния.

Факты-последствия делятся по следующим критериям:

- по критерию тяжести: у человека нарушены функции организма, утрачена способность к труду;
- по критерию времени возникновения: факты-последствия бывают очевидными и латентными.

Первые проявляются сразу, поскольку очевидной становится связь действий либо бездействия врачебного персонала с теми последствиями, которые наступили после негативного, недолжного оказания врачебной помощи. Латентные факты-последствия наступают в результате ранее

оказанной человеку медицинской помощи и проявляются спустя длительный промежуток времени (например, когда осложнение развилось от применения неадекватного лечения лекарственными препаратами):

- по критерию выраженности: факты-последствия различают на малозаметные и выраженные явным образом;
- по критерию динамичности развития: факты-последствия могут свидетельствовать о вялотекущем процессе осложнений и о быстроразвивающемся процессе осложнений и соответствующим образом делиться;
- по критерию медицинской значимости: факты-последствия делятся на те, что определенно свидетельствуют о причинении тяжкого вреда здоровью человека в результате ненадлежащего оказания медицинской помощи, и на те, что несут угрозу наступлением таких последствий. Во втором случае допускаются разные мнения о возможности самопроизвольного угасания процесса негативных последствий в результате активизации защитных сил человеческого организма пострадавшего пациента;

Фактические последствия говорят о том:

- каково было отношение врача к своему пациенту;
- каково было отношение врача к своему профессиональному долгу, врачебной клятве;
- каким было отношение врача к своим служебным обязанностям;
- была ли вина в его действиях;
- какова мотивация содеянного, и так далее.

Анализ уголовных дел, основанный на статистических данных, показал, что уголовные дела, которые были возбуждены по данным фактам и фигурантами которых стали работники сферы здравоохранения, подтвердили увеличение количества случаев неоказания или недолжного оказания услуги в сфере охраны здоровья, что привело к нежелательным для пациента исходам. Журналисты все чаще исследуют причины врачебных ошибок самостоятельно, и затем вопиющие случаи становятся предметом их ярких,

злободневных публикаций в периодических изданиях разного уровня³⁷. Эти выступления в газетах придают огласке трагические случаи в медицинской практике и повышают планку правовой культуры руководителей медицинских организаций и медицинского персонала.

Необходимо указать, что де-юре медицинское правонарушение - это нарушение медицинскими работниками при исполнении своих профессиональных обязанностей законов и подзаконных нормативных актов (ведомственных приказов, инструкций, распоряжений), направленных на охрану здоровья и жизни человека.

Ответственность медицинских работников за причинение вреда здоровью граждан может наступать в соответствии с гражданским, уголовным, административным законодательством РФ.

Статья 98 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»³⁸ (далее - Закон об охране здоровья) регулирует ответственность структур здравоохранения и их работников в сфере нарушения прав граждан, когда страдает их здоровье, когда их жизни и здоровью причиняется вред под воздействием недолжно оказанной помощи.

Если буквально толковать современный закон, то выясняется, что действия или бездействия работников сферы медицины и фармацевтики, когда они не причинили вреда здоровью или жизни человека, не могут быть подвержены уголовному, административному и гражданско-правовому наказанию.

Возмещение ущерба не освобождает медицинских и фармацевтических работников от привлечения к дисциплинарной, административной или уголовной ответственности в соответствии с законодательством РФ.

Наиболее распространены следующие составы профессиональных преступлений медицинских работников:

³⁷ Сергей Каторин: спасибо, что живой <https://tk-online.ru/channel/health/2017/06/article-sergei-katorin-spasibo-cto-zivoi>.

³⁸ Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 22.12.2020) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2021).

- по смыслу ч. 2 ст. 118 УК РФ, когда тяжкий вред здоровью причинен в результате неосторожности, а преступное деяние совершено как следствие недолжного исполнения профессиональных обязанностей определенным лицом;

- по смыслу ст. 124 УК РФ, когда имелось неоказание помощи больному;

- по смыслу ст. 293 УК РФ, когда имела место халатность.³⁹

Работник тогда исполняет свои обязанности по службе ненадлежаще, когда он, в первую очередь, пренебрегает добросовестностью исполнения доверенных ему обязанностей в соответствии с трудовыми правами и обязанностями. Такие права и обязанности являются составляющими профессионального правового статуса (терапевт, нарколог, врач-реаниматолог, неонатолог) или должностной принадлежностью (главный хирург отделения, ведущий неонатолог перинатального центра). Когда лицо – должностное, и оно нарушило свои обязанности, соответствующие его должности, что повлекло по неосторожности ухудшение здоровья пострадавшего, то тогда деяние квалифицируется по статье 293 Уголовного Кодекса РФ.

Преступление, предусмотренное ч. 2 ст. 118 УК РФ (ч. 2 ст. 118 УК РФ), предусматривает неосторожную форму вины медработника в виде преступного легкомыслия или преступной небрежности.

Мы полагаем, что причинение человеку тяжкого вреда его здоровью в результате ненадлежащего оказания ему медицинской помощи - это комплекс объективных и субъективных факторов, который возникает и действует в сфере здравоохранения. Его процессы запускаются при условии нарушения норм права показанию медицинской помощи. Эта система имеет признаки общественной опасности, она развивается, имеет противоправный системный характер. Отличается вредными последствиями для общества, которые

³⁹ stat.апи-пресс.рф.

имеют в своей основе нарушения выполнения медиком своих служебных обязанностей.

1.3 Способы совершения и сокрытия причинения тяжкого вреда здоровью вследствие ненадлежащего оказания медицинской помощи

Принятое криминалистическое определение способа, которым совершается преступное деяние, формулируется таким образом, что принимается как система действий, которые направлены на то, чтобы их результатом стала реализация преступного замысла и достижение преступного результата.

В определении делается упор на осознанные и целенаправленные действия, на отсутствие условности, наличие безусловного, умышленного преступного деяния, чего не скажешь о характеристике неосторожных преступлений. Эти преступные деяния основаны на небрежности и легкомыслии, то есть их совершение происходит в условиях отсутствия у виновника такого деяния какого-либо умышленного компонента, нацеленного на преступную результативность действий. Лицо не строит преступный план заблаговременно, однако предполагается, что у виновного, несмотря ни на что, могло и должно было возникнуть предвидение такого результата, когда он совершал свои действия или бездействовал.

Таким образом, способу, которым причиняется здоровью лица тяжкий вред из-за имевшего место надлежащего оказания человеку медицинской помощи, присваиваются черты системных действий. Эти действия являются неправомерными, и после них наступают социально опасные последствия. Отличительными чертами совершенного по неосторожности преступного деяния от умышленного преступления является то, что они не направлены на то, чтобы достигнуть негативных последствий, лицо в этих случаях не желает наступления негативных последствий.

Многие теоретики-криминалисты, исследующие вопросы данной тематики, в том числе М.С. Уткин, Н.П. Яблоков, Г.Г. Зуйков, А.Н. Колесниченко, сходятся во мнении о том, что есть и признается способ, которым совершается преступное деяние. Итак, способ совершения преступления – это системные действия или бездействие по подготовке к преступлению, совершению преступного деяния или сокрытию преступного деяния, обязательным скрепляющим элементом этих действий и бездействия становится единый умысел.

Важно отметить, что способ совершения преступления, входя составной частью в предмет доказывания, имеет существенное криминалистическое значение по причине того, что имеет прямую связь с иными важными обстоятельствами преступления. Имея необходимые сведения о том, каким способом было совершено преступное деяние, становится возможным принятие имеющего объективное звучание решения о дальнейшем процессе возбуждения уголовного дела, а также становится возможной разработка последовательности и комплекса следственных действий, целью которых состоит в выявлении и закреплении доказательной базы.

Способ совершения преступления определяется по соответствующим следам, которые неизбежно остаются от действий преступника. Сведения о способе совершения преступного деяния дают возможность определиться с его видовой принадлежностью, характером, местонахождением следов преступного деяния, а также дают возможность вести полномасштабное расследование.

Следовательно, исходя из сведений о способе совершения преступного деяния, удастся установить такие составляющие:

- первая составляющая, какими приемами и средствами он эффективно может обнаружить необходимую доказательственную основу;
- вторая составляющая, какова совокупность обстоятельств, подлежащих установлению в рамках расследования уголовного дела;

- третья составляющая, какие факторы могли способствовать преступнику в совершении, сокрытии им преступного деяния;
- четвертая составляющая, это та документация, которая отражает важные сведения о неосторожном посягательстве;
- пятая составляющая – это установленная следователем цель, задачи и тактика ведения расследования, его правильные и целенаправленные следственные действия, сбор доказательств по уголовному делу;
- шестая составляющая – это спектр вопросов, которые поставит следствие перед экспертами.

Очень важно установить способ совершения посягательства. Именно он обеспечивает верный подход при квалификации преступных действий. Также способ совершения посягательства помогает выделить характерные особенности уголовной ответственности за совершенное деяние и, конечно, установить степень общественной опасности личности субъекта преступления.

Преступления, которые входят в эту группу, совершаются посредством общественно опасных действий, а также когда лицо прибегает к способу противоправного бездействия. Противоправное бездействие – это способ совершения преступления, который не может быть рассмотрен как некая система действий субъекта, ориентированных на то, чтобы достичь преступную цель.

Мы предлагаем применить дифференцированный подход при квалификации причинения тяжкого вреда здоровью лица из-за ненадлежащего оказания ему медицинской помощи в контексте того, на каком этапе она была оказана пациенту, и распределить нарушения ее оказания на технические нарушения и организационные. Нарушения технического характера – это ситуации, когда субъект пренебрег выполнением медицинских стандартов, порядком и требованиями к лечебным и диагностическим манипуляциям, процедурам, операциям.

Нарушения организационного характера – это разного рода недоработки при организации медицинской помощи.

Нами выявлены и систематизированы признаки, которые характерны разным этапам применения способа преступления. Они касаются этапа совершения преступления и этапа сокрытия преступления. Мы брали во внимание эти основания.

На стадии совершения преступления имеют место следующие признаки. Первый – когда нарушаются стандарты, порядок и правила, на которых основывается оказание медперсоналом первичной медико-санитарной помощи человеку. Второй признак, когда медперсоналом нарушаются стандарты, порядок и правила оказания специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи. Третий признак, когда подобные нарушения допускаются работниками скорой медицинской помощи, включая специализированную скорую медицинскую помощь. Четвертый признак касается паллиативной медицинской помощи, когда в этой сфере нарушены стандарты, порядок и правила оказания медиками помощи нуждающимся в ней пациентам.

На стадии сокрытия преступного деяния имеют место следующие признаки. Первый признак характеризуется внесением недостоверных сведений и исправлений в медицинскую документацию. Вторым – расчет на созданное алиби. Третий – подмена медицинской карты, в которой отражается описание интенсивной терапии, которая применялась к пациенту. Четвертый признак – недостоверные результаты клинических исследований, анализов. Пятый признак – инсценировка несчастного случая. Шестым признаком – фальсификация и демонстрация коллегам доказательств нарушения режима лечения самим пациентом с целью формирования к случившемуся снисходительного отношения; и прочие причины.

Далее представим два основания для классификации нарушений правил оказания медицинской помощи.

Первое – по содержанию нарушения классифицируются на:

- ошибочный выбор лекарственных средств, ошибки в наборе и ошибки в назначенной дозировке;
- пренебрежение к алгоритму диагностики состояния больного;
- использование недопустимых методов и приемов лечения больного;
- пренебрежение к необходимости организации постоянного наблюдения за лечебным процессом;

Второе – по форме неосторожной вины нарушения классифицируются на: небрежность, легкомыслие.

Имея необходимые сведения о механизме преступления в сфере общественных отношений, связанных с оказанием лицу медицинской помощи, можно достичь таких важных целей: сформулировать видовые особенности следов преступления, установить место, где было совершено преступление, целенаправленно искать следы общественно-опасного деяния. Составить психофизический портрет субъекта преступления. Выяснить его возможности, образование, способности. Попытаться понять, чем он руководствовался, когда пренебрег служебными обязанностями. Составить картину его действий после совершения преступления, описать способ, к которому он может прибегнуть для того, чтобы скрыть следы преступления.

Некоторые авторы высказывали такую позицию: если врачебную ошибку ассоциировать с отрицательным результатом деяния, то субъективная сторона состава преступления автоматически отождествляется с ориентацией на преступный результат⁴⁰, а это с принципиальных позиций законности и презумпции невиновности в уголовном праве допустимым быть не может.

В сознании субъекта, причинившего тяжкий вред здоровью пациента в результате ненадлежащего оказания медицинской помощи, на разных этапах уголовного преследования могут возникать различные желания и цели. Так,

⁴⁰ Е.Л. Поцелуев, А.Е. Горбунов Медицинская ошибка и преступление: равнозначные понятия? // Электронный научный журнал «Наука. Общество. Государство». — 2017. — Т. 5, № 1 С.17.

субъект может стремиться избежать уголовной ответственности. Субъект может стремиться добиться ее смягчения. Субъект может испытывать недоверие к следователям и подвергать сомнению объективный подход следственных органов. Субъект может стремиться избежать последствий, связанных с трудностями в трудоустройстве, а также он может остерегаться ухудшения материального положения. Субъект может стремиться, во что бы то ни стало, не допустить утраты своего права заниматься медицинской деятельностью.

Таким образом, попытка скрыть следы преступления имеет место уже тогда, когда начинается проверка по факту поступившего сообщения или заявления о нем.

К ранее установленным нами условиям, способствующим сокрытию преступного деяния в процессе предварительного расследования, можно включить и новые, выявленные нами условия. К ним мы относим корпоративный характер отношений в медицине, нарушение установлений этики медицинского работника, меры пресечения к обвиняемому (подозреваемому), не влекущие изоляцию от общества, субсидиарная ответственность во врачебной деятельности, право на защитника. Статья 73 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» содержит принципы медицинской этики, которые должны соблюдать медицинские работники. Неправильно трактуемые принципиальные основы поведения врача ведут к стремлению оказать помощь в сокрытии факта о допущенной медицинской ошибке. Такое положение дел значительно затрудняет формирование официальных статистических данных о врачебных ошибках и не может не влиять на ход расследования и установления истины в рамках конкретных уголовных дел данной направленности. Существенным благоприятным обстоятельством для нарушения норм закона и норм этики является и то обстоятельство, что документация в медучреждениях ведется как машинописным, так и рукописным способом, при этом используются стандартные формы и бланки, а это не исключает возможности произвести

противоправные действия по дописыванию или переписыванию данных, что создает благоприятную почву другим фальсифицирующим медицинскую документацию действиям вплоть до умышленного уничтожения и потери. Выявлено 40 процентов примеров несоответствия диагнозов с теми, что имеются в базе Бюро судебно-медицинской экспертизы.

Кроме того, подобным медицинским работникам избирают, на наш взгляд, слишком мягкую меру пресечения, как подписку о невыезде. Правоприменитель, в данном случае, считает, что такого рода преступления имеют незначительную степень общественной опасностью, а если еще обвиняемый располагает постоянным местом жительства, готов обеспечить явку по вызовам следователя, то уж и совсем хорошо.

Следует отметить, что применение данной меры дает возможность подозреваемому лицу активно влиять на сбор доказательственной базы по делу. Ведь он находится фактически на свободе. Также это дает возможность подозреваемому лицу предпринимать активные действия для сокрытия своего преступного деяния.

Несмотря на это, в рамках данного исследования мы не станем настаивать на целесообразности выбора более жестких мер пресечения для медицинских работников. Однако отметим, что при таких обстоятельствах возрастает роль следователя, когда при расследовании подобных уголовных дел следователю необходимо предвидеть возможность сокрытия преступления и предпринять необходимые меры для пресечения неблагоприятных последствий, применяя научно обоснованные тактические приемы по разоблачению этой деятельности.

1.4 Характеристика личности преступника по делам о причинении тяжкого вреда здоровью вследствие ненадлежащего оказания медицинской помощи

Неуклонное возрастание преступности, которая имеет место в сфере медицинских слуг, увеличение количества преступных деяний, совершенных

врачами по неосторожности, провоцируют формирование организованных преступных сообществ в медицинской среде, нарастание числа незаконных экспериментов, незаконной трансплантации органов, проникновение коррупционных схем в медицину, использование контрафактной лекарственной продукции. Все эти негативные тенденции являются существенным тормозом для социальных улучшений и оздоровления общества.

Учитывая эти причины, изучение личности виновного лица в криминалистическом аспекте чрезвычайно важно для достижения целей обобщения и оценивания тех качеств, которые ведут и поддерживают преступное поведение, а также для его профилактики.⁴¹

Чтобы определить основные свойства личности и характерные особенности провинившихся лиц, которые являются медицинскими работниками, нами было организовано и осуществлено анкетирование врачебного состава, иного медицинского контингента лечебно-профилактических учреждений, лиц, обратившихся за медпомощью, работников правоохранительных органов, судмедэкспертов. Некоторые результаты с применением анализа и синтеза мы поместили в данную работу. Половая принадлежность нами выделена как основной среди ведущих признаков при описании личности преступника – медицинского работника. Наши выводы свидетельствуют о том, что подавляющее число лиц, совершивших преступления в области медицины, это женщины, и они составляют 80,3 процента преступников, а 19,7 процентов – мужчины. В количественном отношении подавляющее большинство женщин совершили преступления по причинению тяжкого вреда здоровью больных вследствие ненадлежащего оказания медицинской помощи, это 77,9 процента.

⁴¹ Курс советской криминологии: Предмет. Методология. Преступность и ее причины. Преступник. М., 1985. С. 11; Криминология: Учебник / Под ред. Н. Ф. Кузнецовой, В. В. Лунева. 2-е изд. М., 1985. С. 2.

Преобладание женщин, способных на преступные деяния, объясняется тем, что в области медицины их занятость преобладает над занятостью мужского контингента. Сюда можно включить еще и поло-ролевые причины, ведь не секрет, что женщины выбирают себе профессию, способную обеспечить ей возможность находить достаточно времени для собственной семьи, а такую возможность могут дать профессии медика, учителя.⁴²

Нельзя не учитывать в теории криминалистики и возрастной признак при характеристике личности преступника. Здесь важна физическая форма и физические возможности преступника, возраст влияет на систему ценностей, интересы, убеждения. Нельзя не учитывать и такой возрастной фактор, как отношение преступника к реальной жизни, к общественным правилам, уровень нравственного развития, что в совокупности определяет характерные особенности и степень его отклонения в противоправном поведении.

Опираясь на полученные выводы, мы выявили следующие тенденции. Самый значительный процентный показатель относится к медикам, которые причинили тяжкий вред здоровью пациентов из-за того, что оказали им врачебную помощь ненадлежащим образом, и это составило 31,9 процента. Причем в эту группу вошли медицинские работники из возрастной категории 46 - 55 лет, а в ней подавляющее количество преступных деяний совершили лица 46 и 47 лет. Также мы сделали вывод о том, что интенсивно совершали преступные деяния медицинские работники в возрасте 30 - 39 лет, их примерно 29,1 процента, а доля 40 - 45-летних составила 27,6 процента. Мы также задались целью распределить по группам проанализированное количество участников исследований. Выводы нами сделаны не безынтересные. Группа преступников от 18 до 29 лет охватывает эстетическую и лечебную медицину, их 7 процентов. В этой группе есть и иные преступления, это 6,4 процента, преступления, связанные с осуществлением должностных обязанностей - 4,2 процента.

⁴² Волков Б. С. Основы профессиональной ориентации. М., 2007. С. 59.

Лица 30 - 39 лет по большей части склонны к преступлениям, для совершения которых ими были использованы, как способ совершения преступления, специальные знания по профессии и особенные навыки, это доля составила 39,1 процента. Нужно отметить, что для этого возраста также свойственны преступления в эстетической и лечебной медицине - 24,4 процента, преступления, связанные с осуществлением должностных обязанностей - 22,5.

В 46 - 55 лет преступный показатель составил 39,3 процента, из них преступления, связанные с осуществлением должностных обязанностей – 7,2 процента, в эстетической и лечебной медицине - 6,6 процента среди медицинских работников старше 55 лет.

Мы учитывали и такую важную составную часть криминологической характеристики личностных особенностей преступника, как имеющийся у него уровень образования, который может считаться особенным, ориентирующим фактором при индивидуальных профилактических беседах, проводимых с ним. Относительно образовательного уровня лиц, работающих в области охраны здоровья, мы выявили следующие характеризующие категории. К первой категории мы отнесли наличие у преступника высшего медицинского образования и среднего специального образования. Систематизируя медицинский преступный контингент, используя этот важный критерий, мы для исследовательских целей оформили отчет, который показал: преступники с вузовским дипломом составили 78,75 процентов от общего числа преступлений, вошедших в наше исследование. Преступный контингент, имеющий среднее специальное образование, был изобличен в совершении 21,25 процентов таких преступлений. Нами также отмечено, что, несмотря на наличие диплома о медицинском образовании (высшем или средне-специальном), у данной категории преступников уровень приобретенных ими профессиональных знаний нельзя считать достаточным.

Медицинское сообщество сегодня весьма встревожено тем, что само признает недостаточный гуманитарный и профессиональный уровень медицинских работников. Имеются массовые случаи совершения врачами ошибочных действий и причинения увечий пациентам в результате недостаточной квалификации и отсутствия навыков работы с новейшим медицинским оборудованием и усложняющимися методиками терапии.

Мы учитывали и семейное положение преступников. Мы исходили из того, что не имея прочных социальных связей, таких как брачные узы, в головах у преступников легче развиваются антиобщественные убеждения и они чаще склонны к антиобщественному поведению. Аналитические манипуляции дали такой поразительный результат: на момент совершения преступления большинство врачей-преступников находились в законном браке.

Мы провели анализ сведений, касающихся медицинских работников, осужденных за преступные деяния, которые были основаны на причинении тяжкого вреда здоровью обратившимся к ним пациентам, по причине ненадлежаще оказанного им лечения, с использованием социальной позиции, социального аспекта. В результате нами сформулированы такие положения: зачастую осужденные врачи положительно характеризовались по месту жительства, мы насчитали 66,4 процента. Их положительно характеризовали на работе 54,1 процента. Противоположные отзывы имели соответственно 5,5 процентов врачей по месту жительства и 6,4 - на работе среди коллег и руководства.

Интересно, что опрашиваемые граждане, знавшие преступников от медицины и давая им отрицательные характеристики, отмечали такие их проявления, как грубое отношение, безответственное поведение, замкнутый нрав, индифферентное отношение к общественным поручениям, иногда указывали на то, что врачи злоупотребляли спиртным. А злоупотребление алкоголем в подавляющем большинстве преступлений, которые были совершены в области эстетической медицины и лечебной медицины,

становилось основным условием, когда происходило наступление неблагоприятных последствий, представляющих собой опасность для здоровья и жизни больных. Мы пришли к выводу, что увеличение количества правонарушений и преступлений в исследуемой области общественных отношений происходит по причине негативной социальной деформации сознания медицинского работника, которая влечет за собой безответственность, легкомысленное отношение к служебному и врачебному долгу, невнимательность к требованиям безопасного оказания медицинской помощи.

Не меньшее влияние такие деструктивные изменения в социализации медицинского работника оказывают на совершение ими других преступлений, которые связаны с их непосредственной работой, лечением людей. Часто наблюдается такое явление у врача, совершившего преступное деяние, как нарушенная профессиональная мотивация. Между тем правильная профессиональная мотивация формируется под воздействием системы образования в государстве. Если рассматривать мотивацию как психологическое явление, характеризующее личность, то многие ученые-правоведы склоняются к мнению о том, что мотивация является основной причиной подавляющего большинства, отклоняющегося от нормы преступного поведения.

В настоящее время судебно-следственная практика показывает, что изучение мотивов преступных деяний, сопряженных с причинением пациенту тяжкого вреда его здоровью в результате ненадлежащего оказания ему лечения, осложняется наличием умысла по неосторожности. Объяснением этому служит то обстоятельство, что медицинские работники часто сами не имеют четкого понимания о внутреннем содержании своей психической деятельности, а мотивация, по мнению специалистов, вообще носит бессознательный характер.

Несмотря на это, имеется множество выявленных мотивов осознанного характера. Например, лень, которая заставляет врача искать самые короткие

пути, требующие решения задач с минимумом прилагаемых усилий. Или трусливость, боязливость, что выражается в том, что медик не может себя заставить исполнять свои обязанности, или он исполняет их в неполном объеме или ненадлежащим способом, поскольку имеет мнимую или реальную боязнь наступления противоположного ожидаемому им итогу результата от проведения им самим терапевтических действий. Многими руководит желание найти более легкие способы и методики для реализации своего врачебного дела посредством исполнения профессиональных обязанностей. Многими руководит равнодушие к больным людям. Многие отвергают инновации и самонадеянно опираются на морально устаревшие и неэффективные методики диагностирования и оказания лечебной помощи.

В результате проведенного нами анализа стало ясно, что 56 процентов опрошенных пациентов изобличили медиков вообще и лечащих врачей в частности в равнодушном и невнимательном к себе отношении. Интересно, что 23 процента опрошенных пациентов уверены, что свои обязанности врачи выполняют плохо. Причем 10 процентов опрошенных пациентов настаивают на том, что свои обязанности врачи выполняют очень плохо. Основные аргументы участников опроса сводятся к тому, что врачи имеют недостаточную квалификацию и безразличны к пациентам.

Мы сделали любопытные выводы. Много преступлений в сфере здравоохранительной деятельности совершается женщинами. Они, в отличие от мужчин, более широко представлены в данной сфере. Большинство преступивших закон врачей – семейные люди. Большинство преступивших закон врачей имеют высшее образование. Многие медики были привлечены к уголовной ответственности впервые. Их нельзя считать рецидивистами. Такой тщательный анализ полезен для профилактики преступлений в данной сфере. Представляется, что полученные нами выводы и заключения будут способствовать индивидуальной и общей профилактике преступных деяний в деле охраны здоровья и медицинской помощи.

1.5. Время, место и другие элементы криминалистической характеристики причинения тяжкого вреда здоровью вследствие ненадлежащего оказания медицинской помощи

Важный элемент криминалистической характеристики, на котором необходимо остановиться, – это время, когда совершено посягательство. Мы возьмем во внимание значимые для целей криминалистики аспекты данной составляющей криминалистической характеристики, в контексте которых будем изучать обстоятельства причиненного лицу тяжкого вреда здоровью по причине ненадлежащего оказания медицинской помощи.

Мы разложили элемент времени посягательства на ряд аспектов.

Первый аспект – это временной период, отрезок времени с момента, когда человек обратился к медику за врачебной помощью, и до момента, когда наступили негативные последствия.

Второй аспект – время, когда проводилось медицинское мероприятие и когда появился дефект медицинской помощи.

Третий аспект – время, когда медицинским работником обнаружены симптомы причинения здоровью пациента тяжкого вреда в результате ненадлежащего оказания ему медицинской помощи.

Четвертый аспект – время, когда возникли и были выявлены самим больным симптомы, свидетельствующие о причинении тяжкого вреда его здоровью из-за ненадлежащего оказания ему медицинской помощи.

Пятый аспект – время, когда осуществлялось лечение и когда проводились медицинские мероприятия по ликвидации дефекта, патологии.

Шестой аспект – время, которым располагал врач для выяснения симптомов причинения тяжкого вреда здоровью пациента из-за ненадлежащего оказания ему медицинской помощи, а также для принятия адекватного решения по назначению лечения для пресечения причинения тяжкого вреда и для устранения последствий причинения тяжкого вреда здоровью пациента.

Нужно отметить, что данные о названных обстоятельствах дают возможность увидеть временную “цепочку” процесса оказания пациентам медицинской помощи и развития на фоне данного процесса непосредственного причинения пациенту тяжкого вреда его здоровью в результате ненадлежащего оказания ему медицинской помощи со времени, когда возник дефект. Также полученные данные позволяют определить, как относился врач к его служебным обязанностям и состоянию вверенного ему пациента. Полученные данные позволяют также определить причины, по которым возник дефект, выявить момент, когда начал развиваться патологический процесс, и причину отрицательного результата. Можно по этим данным также установить личность преступника и собрать комплекс необходимых доказательств по изобличению. Возможно также определить, сколько длилось и когда окончилось посягательство.

Время посягательства в контексте причинения тяжкого вреда здоровью пациента из-за ненадлежащего оказания ему медицинской помощи прямо связано с моментом, когда медицинским работником были нарушены правила оказания медицинской помощи. Также время посягательства прямо связано с возникновением дефекта и обусловленным данным дефектом причинением тяжкого вреда здоровью из-за ненадлежащего оказания медпомощи, временем ее развития и патологии, обусловленной ею, которая стала непосредственной причиной негативного исхода.

Очень непросто порой зафиксировать момент посягательства, когда есть временной перерыв от момента негативно произведенных медиком действий и до момента:

- 1) когда начала развиваться ятрогения, а это порядка 46 процентов;
- 2) когда наступил негативный исход или, когда началось причинение вреда состоянию пациента, это порядка 54 процентов.

Важно зафиксировать отрезок времени, когда протекало время для реализации какой-то части медицинских действий, либо врачебного мероприятия для улучшения состояния лица, обратившегося за медицинской

помощью и тем моментом, когда у этого лица начали выявляться симптомы того, что в отношении него причинен тяжкий вред здоровью из-за того, что помощь была оказана ненадлежащим образом, а также моментом, когда были выявлены и моментом начала реагирования на отрицательные симптомы.

Такой подход позволяет выявить объем признаков и свойств элементов комплекса преступления: психологическая характеристика подозреваемого, как он относится к подопечному больному, как он относится к служебному медицинскому долгу; каким способом был причинен дефект, каким способом его хотели сокрыть, характерные особенности и развитие неблагоприятных последствий и прочего.

Важной составной частью криминалистической характеристики рассматриваемого состава можно считать место, где было совершено преступное деяние.

Можно определить это как установленная часть пространства, в котором совершал свои противоправные действия врач, а также наряду с ним и иные задействованные и причастные лица. Такое место всегда отличается конкретной определенностью. Всегда можно определить его границы и даже пространственные координаты.

Как элемент системы посягательства место оказания помощи может иногда выступать как главный детерминирующий фактор – может определять поведение преступника.

Место причинения пациенту тяжкого вреда его здоровью в результате ненадлежащего оказания ему медицинской помощи в криминалистическом понимании – это реально существующее пространство, локализованное определенными координатами, используемое преступником для достижения желаемого результата, которое так или иначе воздействует на поведение врача до преступного деяния, во время посягательства и после того, как преступное посягательство совершено.

Мы сочли важным для исследовательских целей обозначить территориальный сектор, в котором действовал субъект, конкретное место

осуществления им ряда действий и место, в котором наступили те или иные последствия преступного деяния.

Если рассматривать территориальный сектор совершения причинения человеку тяжкого вреда его здоровью в результате ненадлежащего оказания ему медицинской помощи, то это, как правило, определенная лечебно-профилактическая организация: либо больница (53 процент), либо госпиталь (21 процент), либо поликлиника (9 процентов), либо медицинский НИИ (7 процентов), либо медицинская санитарная часть (5 процентов), либо медпункт (2 процента), либо санаторий (2 процента), либо другие районированные сектора (1 процент).

В лечебно-профилактическом учреждении преступник ведет себя как врач, но служебные обязанности должным образом исполнить не в состоянии, поэтому причиняет тяжкий вред здоровью пациента из-за того, что не может так, как надо, оказать человеку медицинскую помощь, сплошь и рядом на месте предпринимает действия для сокрытия следов преступления, очень часто делая своими сообщниками других медицинских работников.

Как и место совершения преступления, важную роль играет обстановка совершения этого преступного деяния. Ее можно сравнить с макросистемой. Макросистемой в криминалистической среде называется обстановка, в которой совершено преступное деяние. В нее входят особые события, которые происходили до посягательства, причем они развивались вместе с преступным посягательством, кроме того, они продолжились по завершении преступного посягательства, они были им обусловлены, а также могли быть связаны с ним по какой-либо причине.

Причинение человеку тяжкого вреда его здоровью в результате ненадлежащего оказания ему медицинской помощи является динамической системой.

Данное преступление может быть рассмотрено как процесс. Важную роль для правового и криминалистического исследования играет знание

динамики процесса таких отношений, как “врач–пациент”, ведущих к негативному исходу лечения.

В самых общих чертах данный процесс мы попытались выразить в форме такой “цепочки” причинно связанных друг с другом фактов и событий: пациент → врач → осуществление врачебного процесса → отклонение от основ оказания медицинской помощи → дефект (заражение, отравление, и так далее) → ятрогения (реагирование организма пациента на дефективное оказание медицинской помощи: симптом, заболевание, осложнение) → негативный исход (причинение вреда здоровью).

Факторы, свойственные внутренним особенностям субъекта – это перечисленные нами особенные черты субъекта преступного посягательства и объекта преступления. Оба структурно индивидуальны и сложны.

Рассмотрим внешние факторы, то есть те условия, благодаря которым больному могла бы быть оказана должная медицинская помощь. Итак, это:

- обстановка, наличие таких условий, которые сложились в районированном секторе, в котором медик оказывает пациенту медицинскую помощь путем осуществления проводимых медицинских манипуляций;

- возможности располагать материальными и техническими ресурсами. Стоит учесть, что лечебно-профилактические учреждения испытывают порой дефицит современной аппаратуры и технических средств диагностики заболеваний. Стало уже привычным, когда наблюдается отсутствие возможности располагать материальными и техническими ресурсами. По этой причине помощь больному на высоком уровне не представляется возможным. Систематически медицинские работники прибегают к такому лечению и таким методикам определения диагноза, которые имеются в поликлинике, больнице, куда привезли больного;

- современные возможности науки и практики, их достижения: иначе говоря, возможности научных разработок, апробация современных методов терапии и диагностики;

- фактор времени. Его необходимо брать в расчет тогда, когда медицинское вмешательство происходит для помощи человеку в режиме чрезвычайной ситуации, и эта помощь экстренная либо, когда пациент сам протянул время и обратился за помощью поздно, рассчитывая на улучшение состояния. Имеются и другие случаи, когда фактор времени работает против врача и пациента, осуществляется наиболее эффективное обследование, которое проводят в ситуациях крайней необходимости. Ситуация крайней необходимости обуславливает присутствие во время врачебной помощи всего состава нужных врачей. Так, консилиумное консультирование помогает уточнить диагноз. Часто становятся известными ситуации, когда врачи превышают свои медицинские права, делают то, на что не уполномочены. Яркий пример, который подтвердит данное положение, следующий. Хирург без опыта проводит сложную операцию, не имея полномочий проводить ее самостоятельно. У него была возможность обратиться за помощью к более опытному и квалифицированному хирургу или доставить больного к такому специалисту для проведения санкционированной операции, но он не сделал этого.

Часто лечебные манипуляции проводит медик, не имеющий специализации в данной области медицины, но такой медицинский работник в данном случае все же осуществляет медицинское вмешательство, поскольку это состояние крайней необходимости. Важно с должной долей терпения и внимания выявлять условия и факторы, которые объективно определяли степень влияния на возможное качественное оказание человеку медицинской помощи.⁴³

Следующим элементом является характеристика жертвы. Это человек, который пришел в лечебно-профилактическое учреждение или иным образом

⁴³ Маковский А.Л. Ответственность врача и лечебных учреждений за хирургические ошибки. // Краковский Н.И., Грицман Ю.Я. Ошибки в хирургической практике и пути к их предупреждению. М., 1959. – 168 с.

обратился за оказанием медицинской помощи. Данное право неоспоримо: оно гарантируется каждому человеку Основным Законом Конституцией.

Человек, став пациентом лечебно – профилактического учреждения, вправе рассчитывать на получение всего комплекса обеспеченных законом услуг.

В исследовании имеются криминалистически значимые признаки характеристики жертв в контексте причинения лицу тяжкого вреда его здоровью по причине ненадлежащего оказания медицинской помощи. Это:

- диагноз;
- возраст;
- хронические заболевания;
- генетика;
- зависимость от вредных климатических и экологических воздействий;
- особенности организма.

Имеются также группы риска граждан и критерии их выделения:

- пол, возраст, наличие ожирения, регулярный приём трех и более лекарственных препаратов, реакции в анамнезе, степень тяжести патологии и другие;

- поведение пациента до оказанной помощи, в момент лечения на его протяжении и после того, как было проведено лечение.

Сюда входят такие показатели, как:

- соблюдал ли человек рекомендованную диету, придерживался ли условий реабилитации, выполнял ли режим терапевтических мероприятий, имеется ли у пациента наркотическая зависимость, алкогольная зависимость и другие условия;

- как оценивалось состояние здоровья человека, когда он поступил в лечебно-профилактическое учреждение; каковы физиологические особенности пациента; как оценивалась тяжесть ущерба организму человека заболеванием либо в результате травмы;

-информированность человека о медикаментах и средствах лечения; наличие или отсутствие обращений к другим врачам и целителям; самолечение;

- восприятие лечащего врача, отношение к причиненному ему вреду, оценка им лечения, его качества и объема.

Отношение потерпевшего позволяет понять, было ли событие посягательства, а также нарушил ли медицинский работник этику поведения.

Информация о потерпевшем расширяет комплекс доказательств виновности либо невиновности медицинского работника, проясняет отступал ли врач от назначенного лечения, нарушал ли сам пациент правила и рекомендации врача, из-за чего мог развиваться дефект медицинской помощи, и что могло спровоцировать наступление осложнений, а также прочие обстоятельства.

1.6 Особенности возбуждения уголовного дела о причинении тяжкого вреда здоровью вследствие ненадлежащего оказания медицинской помощи

В результате анализа нами сделан вывод о том, что, возбуждая уголовное производство по делам о совершении фактического причинения лицу тяжкого вреда здоровью по причине ненадлежаще оказанной этому лицу медицинской помощи, следователи, как правило, испытывают очень серьезные трудности. Это обуславливается, в первую очередь тем, что процесс изучения события причинения пациенту тяжкого вреда его здоровью в результате ненадлежащего оказания ему медицинской помощи требует дополнительных знаний о том, какова содержательная составляющая вопросов. Требует понимания узких медицинских понятий и терминологии. А еще следователь должен уметь пользоваться критериями для изучения и анализа сопутствующих такому преступлению обстоятельств.

А критерии используются многосложные, в содержании которых заложен правовой и медицинский аспект. Следователь пользуется сбалансированной оценочной категорией и старается по возможности со всех сторон, объективно и полно вести расследование, выясняя: последовательность действий подозреваемого, достаточность выполнения им лечебных действий по отношению к больному.⁴⁴ Применение медико-юридических критериев позволяет оценить деяние, которое, по сути, является профессиональной деятельностью по оказанию медико-профилактической помощи, осложненной элементом негативного исхода.

Спрос потребителя медицинских услуг определяет их характер и полноту. Удовлетворительной услуга может считаться тогда, когда она безопасна и полезна, качественна. Разработаны и действуют Государственные стандарты в данной сфере услуг. Это набор характеризующих качеств услуги, дающий возможность удовлетворять запросы людей.⁴⁵ Качество медико-профилактических услуг может быть оценено по показателям: качества исполнения и соответствия.

Качественное исполнение медицинской услуги возможно с применением навыков, знаний, наличия опыта и мастерства непосредственного исполнителя. Специалист в области медицины считается надлежащим исполнителем, если судом не доказано иное. Надлежащий

⁴⁴ Страховые медицинские организации (СМО) при целевом медико-экономическом контроле объемов и качества медицинской помощи проводят оценку:

- «соответствия объемов и видов медицинской помощи (медицинских услуг) ресурсным возможностям медицинского учреждения в отчетном периоде (оснащенность, укомплектованность);
- выполнения медицинских технологий, предусмотренных медицинскими стандартами;
- адекватности лечебно-диагностических мероприятий (оптимальность выбора этапа и уровня оказания медицинской помощи и т.п.);
- своевременности и обоснованности оказанной медицинской помощи...». См.: Положение о медико-экономическом контроле объемов и экспертизе качества медицинской помощи, предоставленной по программе обязательного медицинского страхования, утв. приказом Комитета здравоохранения Правительства Москвы и Московского городского ФОМС 4 января 2003 г. № 1/1.

⁴⁵ Межгосударственный стандарт ГОСТ 30335-95/ГОСТ Р 50646-94 «Услуги населению. Термины и определения» (введен в действие постановлением Госстандарта РФ от 12 марта 1996 г. № 164), п. 30.

исполнитель предоставляет следствию и суду подтверждающие документы о высшем медицинском образовании и специализации, а также квалификационный сертификат.

Качество соответствия заключается в предоставлении услуги с соблюдением правил, требований безопасности и пользы для потребителя услуги. Качество соответствия заключается в осуществлении медико-профилактического процесса в интересах пациента.

Медицинская помощь - это комплекс услуг, и она имеет свои особенности, определенные спецификой профессиональной медицинской деятельности.

Важно понимать, что результат медицинской услуги формируется в условиях, когда осуществляется процесс оказания лицу необходимой медицинской помощи. Такие действия являются системой факторов, которые воздействуют на потребителя услуги, например, на пациента лечебно-профилактического учреждения, например. Эти факторы часто находятся вне зависимости от воли исполнителя. Тогда они приводят к наступлению нежелательных последствий от предоставленной медицинской помощи. Определить эти объективные факторы легко. Это время, место, обстоятельства и условия предоставления медико-профилактической услуги. Известны различные варианты оказания услуг по жизненным показаниям. Бывает экстренное оказание медицинской услуги. Порой услуга начинает оказываться в карете скорой помощи. Часто вне стен медицинского стационара и без нужных лекарств. Порой себя проявляют такие объективные условия, как характер и тяжесть патологии. Патологии бывают неизлечимыми, злокачественными. Часто себя проявляют такие объективные условия, как индивидуальные особенности пациента, которые врач не должен был и не мог предвидеть (несоблюдение предписанного режима, вредные привычки, неизвестные прежде аллергические реакции и так далее).

Исходя из анализа практики расследования и раскрытия причинения пациенту тяжкого вреда его здоровью в результате ненадлежащего оказания

ему медицинской помощи, мы видим, что несоблюдение даже самых элементарных требований о проверочных действиях на этапе возбуждения уголовного дела ведет к неблагоприятным результатам. Стоит сказать, что прекращение уголовного дела о причинении тяжкого вреда здоровью лица из-за ненадлежащего оказания ему медицинской помощи, как правило, является результатом незаконного возбуждения таких дел. Когда используются не отработанные материалы, когда предварительная проверка была проведена не объективно, не качественно и не обладала нужной степенью полноты. В таких прекращенных уголовных производствах наблюдается отсутствие документов, достоверно подтверждающих причинение вреда здоровью человека медицинским работником.

Исходя из следственной практики, можно увидеть, что уголовные дела по этому виду преступных деяний возбуждаются, как правило, по заявлению потерпевшего, его знакомых и родственников, гораздо реже по заявлению свидетелей (в частности, очевидцев). По сообщениям учреждений здравоохранения о травмированных, раненых, в некоторых случаях – по сообщениям страховых организаций, в которые обращался потерпевший, а также правозащитных учреждений.

Признаки рассматриваемого преступления могут быть обнаружены в таких материалах, которые поступают из медицинских организаций; из коммерческих структур, служб безопасности, работники которых проходят диспансеризацию медицинской организации; признаки могут содержаться в сообщениях работников медицинских учреждений и в заявлениях граждан; в документах, которые отражают динамику лечения (либо реабилитации) пациентов; материалах плановых проверок медицинских организаций; оперативных разработок органов правопорядка и так далее.

Особое внимание в ходе предварительной проверки должно уделяться осуществленным ревизиям историй болезней пациентов и прочей документации медицинских организаций, опросу медицинских работников.

Обязательно для решения вопроса о возбуждении уголовного дела о причинения пациенту тяжкого вреда его здоровью в результате ненадлежащего оказания ему медицинской помощи наличие в материалах предварительной проверки соответствующих документов, которые подтверждают следующее: неправомерность действий или бездействий, осуществленных в указанный период руководителем или другим работником; неквалифицированное лечение; наличие соответствующих признаков непреднамеренного причинения пациенту вреда его здоровью в результате неправильного лечения.

Большое значение для проведения расследования имеет грамотное осуществление соответствующих проверочных действий по факту рассматриваемого преступления и своевременное возбуждение уголовного дела.

Согласно проведенным нами исследованиям, предварительная проверка при возбуждении уголовных дел в результате причинения пациенту тяжкого вреда его здоровью вследствие ненадлежащего оказания ему медицинской помощи в 67 процентах случаев проводилась следователями, в 15 процентах случаев – дознавателями, в 13 процентах случаев – сотрудниками уголовного розыска, в 5 процентах случаев – иными сотрудниками органов дознания.

Нужно сказать, что оперативное реагирование на заявления потерпевших лиц о причинении тяжкого вреда их здоровью в результате ненадлежащего оказания им медицинской помощи с применением специализированных знаний почти всегда ведет к устранению случаев необоснованного возбуждения уголовных дел в процессе предварительной проверки и способствует проведению довольно полного предварительного расследования преступного деяния в целом. Уголовные дела по фактам причинения пациентам тяжкого вреда их здоровью в результате ненадлежащего оказания медицинской помощи, как показало наше исследование, возбуждались за одни сутки- в 5,9 процентах случаев.

Предварительная проверка проходила в течение трех суток в 43,1 процентах случаев. Предварительная проверка проходила в течение десяти суток в 49,1 процентах случаев, и в 1,9 процентах случаев предварительная проверка проходила в течение более чем десяти суток. Отсутствием использования и применения специальных знаний объясняется большой процент нарушения сроков проведения проверки.

По нашему мнению, в ходе предварительной проверки материалов о рассматриваемом нами виде преступлении нужно получить необходимую информацию о мотиве, времени, месте, способах его совершения; о наступлении тех или иных последствий в форме осложнений после неправильно проведенного лечения, а также о возможных источниках информации о совершенном преступном деянии. Наше исследование показало, что следователи зачастую увеличивают срок проверки материалов, а это оказывает неблагоприятное влияние на процесс расследования. Целесообразно назвать причины увеличения срока проверки. Ими являются: 39,5 процентов случаев - отсутствие акта судебно-медицинского обследования; 29,5 процентов случаев - изменение пострадавшим собственных показаний; 18,6 процентов случаев - отсутствие потерпевшего, 2,4 процентов случаев - другие причины. Конечно же, основной процент увеличения срока проверки базируется на специализированных знаниях. Наше исследование показало, что в 7,6 процентов случаев не проходило и одних суток с момента совершения подозреваемым завершающего эпизода преступления до момента его обнаружения правоохранителями. До трех суток этот показатель был характерен для 29,9 процентов случаев. До десяти суток – 27,2 процентов случаев; до тридцати суток – 20,2 процентов случаев; свыше тридцати суток – 16,1 процентов случаев. Вместе с тем, преступники (медицинские работники) оказывают всяческое воздействие на жертву, при этом запугивая ее. Пострадавшие неадекватно воспринимают реальную действительность, в связи с чем, отказываются от собственных показаний и признаются в оговоре, несмотря на то, что это в полной мере противоречит

материалам уголовного дела – 31 процент. Свидетели данных преступлений, как правило, лечатся в учреждениях здравоохранения, либо проживают неподалеку с преступником, либо с его родственниками, в этой связи меняют собственные показания опасаясь преступника.

На этом этапе следователю необходимо провести судебно-медицинское освидетельствование потерпевшего и истребовать всю необходимую документальную базу. Эффективность судебно-медицинского обследования зависит от времени, которое прошло с момента совершения противоправного действия и до момента обследования. Чтобы выявить следы преступления, такие как повреждения, последствия, осложнения и предварительно определить степень причиненного вреда лицу. Следователь должен учитывать, что следы могут исчезнуть, поэтому он должен своевременно направить потерпевшего для прохождения медико-криминалистического обследования, чтобы иметь дополнительные доказательства.

Следует обращать большое внимание на самые первые объяснения потерпевшего и для их оценки привлекать соответствующих специалистов медицинских работников.

Наше исследование показало, что потерпевшие пребывают в раздраженном состоянии и усугубляют свое положение следующим образом: потерпевшими в 12,2 процентах случаев были даны ложные объяснения, 24,8 процентах случаев они путались в своих показаниях, в 35,3 процентах случаев не могли вспомнить все события проводимого лечения, в 12 процентах случаев отказывались от дачи своих объяснений по причине плохого самочувствия и лишь 14 процентов потерпевших сообщали достоверную информацию.

Следователь при возбуждении уголовного дела пользуется алгоритмом действий, применяет специальные знания. В частности, он записывает показания пострадавшего. Следователь также проводит судебно-медицинское освидетельствование лица. Истребует первичные медицинские документы. Истребует все объекты, имеющие отношение к преступным

действиям подозреваемого лица. Проводит опросы среди коллег и соседей. Записывает показания подозреваемого. Все названные действия при этом должны проводиться с непосредственным участием соответствующего специалиста.

Безусловно, своевременное возбуждение уголовного дела обеспечивает успешное его расследование. И, напротив, запоздалое возбуждение уголовного дела может поспособствовать утрате доказательств, в связи с чем существенно усложнить расследование или обречь его на неудачу.

В то же время в изучении данной категории преступлений возникает непростой вопрос, разрешение которого связано с имеющимися установками, благодаря которым исключается общественно опасная составляющая и противоправный аспект деяний в здравоохранительной области. Упомянутый вопрос не имеет достаточной разработанности в российской правовой доктрине. Высказывалось немало мнений по поводу существования подобных обстоятельств и их систематизации и упорядочения.

Мы можем перечислить такие обстоятельства, как крайняя необходимость, производственные риски, также можно сюда добавить и согласие потерпевшего, и отнесение роли врача к категории общественно полезной профессионально-обусловленной работе. Однако учитывая, что теоретические положения не считаются источником уголовного права Российской Федерации, освободить допустивших недолжное обслуживание пациентов медиков от уголовного преследования и наказания возможно только по обстоятельствам, которые формально запечатлены в нормах уголовного законодательства России.

В действующем Уголовном кодексе России мы находим условия для учета шести обстоятельств, благодаря которым может быть исключена преступность деяния и уголовная ответственность. Данными условиями законодатель называет такие условия. Перечислим их, обращаясь к смыслу статей 37-42 УК РФ. Первое - вред был причинен, когда осуществлялись мероприятия по задержанию лица, совершившего преступное деяние. Второе

- вред был причинен в условиях, когда применялась необходимая оборона. Третье - вред был причинен, когда медицинский работник испытывал психическое принуждение либо принуждался к причинению вреда под физическим воздействием. Четвертое - вред был причинен по причине крайней необходимости. Пятое - вред был причинен, когда медицинский работник исполнял приказ либо распоряжение. Шестое - вред был причинен в условиях, когда медицинский работник пошел на обоснованный риск.

Важным определяющим фактором для работы здравоохранения в контексте формально определенных уголовным законодательством обстоятельств, работающих как исключаяющие преступность деяния основания, включают в себя обоснованный риск и крайнюю необходимость, обратить внимание и учесть которые возможно лишь опираясь на специализированные знания.

Нужно отметить, что врачебная работа порой проходит в режиме, когда имеется крайняя необходимость. По смыслу статьи 39 УК РФ, не может являться преступным деянием причиненный вред законным интересам в условиях, когда имеется крайняя необходимость.

Когда пределы крайней необходимости превышаются, то это квалифицируется как причиненный лицу вред.

Такой вред показывает, что его причинение не согласуется со степенью и характером той опасности и тем имевшимся обстоятельством, которые угрожали лицу, и тем условиям, при которых приходилось уходить от опасности, когда подобным интересам был причинен вред, который можно считать равным или более существенным, чем вред, который удалось предотвратить. Выявить весь комплекс необходимых условий можно только применяя специализированные знания.

У правоведов, занимающихся данной тематикой, есть позиция, следуя которой крайнюю необходимость следует рассматривать и учитывать при

любых обращениях лица в медицинское учреждение за оказанием помощи⁴⁶. Мы не разделяем эту позицию. Ситуация в режиме крайней необходимости, как обязательное условие, имеет характер конфликтности, когда противостоят разные интересы, такая ситуация всегда нештатная, и ее можно разрешить только с элементом причинения вреда законным интересам и охраняемым законом правам человека и гражданина. Когда имеет место обычная “необходимость”, все перечисленные сопутствующие условия отсутствуют. Следует учитывать расширяющийся спектр случаев обращения к врачу. Так, обращаться за медицинской помощью лицо может, желая изменить форму тела, сменить пол, имея целью омолодить свое тело, прекратить процесс естественного облысения и в прочих подобных случаях. Все перечисленные ситуации не подпадают под разряд ситуаций, где имеется крайняя необходимость, поскольку на начальных этапах не наблюдается никакой опасности для состояния здоровья и жизни обратившихся к врачам людей, и медицинские знания и навыки используются с целью улучшения “качества” жизни. Совсем не обязательно, в том числе и при вариантах обращения к врачам по поводу того или иного заболевания, говорить об имеющей место крайней необходимости в случаях, когда врач действует по схеме, сопряженной с возможным причинением вреда законным интересам и охраняемым законом правам человека и гражданина.

В целом, каждое врачебное вмешательство в той или иной мере наносит вред здоровью лица, и такое вмешательство и вред распознается и дифференцируется с применением и через призму знаний специалиста. Рассмотрим, например, инвазивные медицинские вмешательства, такие как оперативные хирургические вмешательства. Не секрет, что при оперативных хирургических вмешательствах не избежать нарушения целостности тканей и органов, а также и их физиологического функционирования: это не что иное, как причинение человеку телесных повреждений. Одновременно такое

⁴⁶ Диванчиков А. Правовая природа отношений, возникающих при оказании медицинской помощи // Русский адвокат. 1996 г. № 1 С.31-33.

действие хирурга, когда оно производится по медицинским показаниям, которые нельзя отложить и которые выполняются с применением точных медицинских технологий, не может считаться противоправными, а, напротив, является целесообразным и общественно полезными⁴⁷.

Мы разделяем точку зрения аналитиков, чье мнение сводится к тому, что подавляющее число случаев, когда были проведены медицинские оперативные действия, нельзя признавать противоправными и общественно опасными. Ведь такие медицинские вмешательства, даже если наступил неблагоприятный для здоровья человека результат, были проведены в условиях имевшего место обоснованного риска.

Рассмотрим современное законодательное закрепление понятия «медицинские риски» и остановимся на условиях обоснованности медицинского риска в сфере здравоохранения. Анализ показал, что в современном законодательстве это понятие не раскрывается должным образом.

Такое положение вещей не может не создавать целую вереницу сложностей при оценивании действий врачей в ситуациях, связанных с риском.

Это дает основание для возникновения сложностей и во врачебной практике, и в практике правоприменительной. И опять здесь выступают арбитрами специальные знания.

Правомерен ли обоснованный риск, к которому прибегает медицинский работник? Ответ на этот вопрос регулируется смыслом статьи 41 УК РФ, в которой предусмотрены условия такого риска. По смыслу данной нормы, не может являться преступным деянием действие или бездействие, в результате которого был причинен вред интересам, которые охраняются действующими уголовными нормами, если риск носит характер

⁴⁷ Бердичевский Ф.Ю. Судебная медицина. //Суд.мед. экспертиза. 2016. № 7. - С. 29-32.

обоснованного и был допущен во имя социально полезных для общества целей.

Риск признается имеющим характер обоснованности в ситуациях, когда соответствующая цель не была достижима без применения связанных с риском действий медицинского работника или его бездействия. А еще тогда, когда субъектом, действовавшим с риском, было сделано все необходимое с тем, чтобы не допустить вред по отношению к интересам, которые охраняются нормами права. В то же время риск не будет иметь обоснованность тогда, когда врач, рискуя, заведомо знал, что его действия или бездействия будут связаны с угрозой для жизни широкого круга лиц, либо будут угрожать общественным бедствием, либо приведут к экологической катастрофе.

Мы увидели разницу обоснованного риска и крайней необходимости. Крайняя необходимость по смыслу статьи 39 УК РФ содержит в себе формально закрепленные требования того, чтобы вред, который был причинен реально, был меньше вреда, который удалось предотвратить. Законодатель, что важно отметить, не предусмотрел ограничений размера такого вреда.

Одновременно эмпирический опыт свидетельствует о том, что обоснованный риск присутствует в самых простых клинических примерах и случаях (так, проведение медицинского удаления зуба в стоматологической практике может привести к риску повреждения нервных окончаний). Крайнюю степень актуальности и злободневности приобретает в связи с этим вопрос: как определить критериальный подход в оценке действий медицинского работника. Как определить степень достаточности совершенных медицинским работником действий при имевшем место риске, и как тогда признавать этот риск – обоснованным либо не обоснованным. Ряд исследователей склонны считать, что одно и то же действие медицинского работника со схожими последствиями должны расцениваться с использованием разных подходов. И исходить здесь требуется, учитывая

конкретные условия для каждого такого случая. Скажем, если врач осуществил удаление корня болезненно измененного зуба с нагноением после предварительного рентгеновского исследования его состояния, совершил свои действия в стационарных условиях с соблюдением всех необходимых процедур, то тогда повреждение нерва может быть признано как несчастным случаем, так и медицинской ошибкой. Совсем по-другому можно оценивать его действия, если медицинский работник при наличии схожих условий не провел предварительное рентгеновское исследование, не направил пациента на него. Тогда его действия расцениваются с большой долей вероятности как небрежность.⁴⁸

Таким образом, осуществляя подобное оперативное вмешательство для того, чтобы риск можно было обосновать, вместе с установленной технологией проведения операции нужно, чтобы обязательно имели место соответствующие условия проведения оперативного вмешательства. Помимо этого, нужно всеобъемлющее дооперационное обследование больного с целью установления имеющихся патологических изменений, которые могут спровоцировать неблагоприятный результат оперативного вмешательства. Такие оценки могут быть под силу судебным экспертам с очень высокой квалификацией. Только такие специалисты с особыми знаниями способны установить доподлинно, выполнял ли врач все необходимые действия.

Большое количество оперативных, инвазивных вмешательств врачи производят, что называется, на ощупь, например, таких как инвазивное оперативное выскабливания полости матки. Подобные манипуляции производятся при необходимости установки катетера, взятия пункций, подобным образом проходят многие инвазивные вмешательства. И когда возникают неблагоприятные последствия, связанные с осложнениями после оперативного вмешательства нужна всесторонняя оценка полного комплекса

⁴⁸ Ивашкевич Г.А. Федущак А.Л. Экспертная оценка постинъекционных осложнений. //Суд.мед. экспертиза. 1988.. № 3. - С. 20-22.

обстоятельств, сопутствующих врачебному вмешательству в контексте условий по обоснованному риску.

Интересна проблематика установления ответственности медицинских работников в контексте принятия ими коллегиальных решений. Эта проблематика является одной из самых недостаточно исследованных. Какие юридические последствия ждут членов медицинской комиссии, принимавшей решение в том или ином случае, если начнется уголовное разбирательство?

У медицинских работников, занимающихся врачебной практикой, имеется в запасе только два официальных варианта того, как им принимать общее решение по применению тактики ведения больного. Это консилиумные и консультационные формы. Они проходят со специалистами одной или различных специальностей. На консилиуме обсуждаются в совещательном режиме возможные сценарии развития событий. На консилиуме, как правило, происходит составление заключения о состоянии здоровья лица, решается вопрос о постановке точного диагноза его болезни, определяются прогнозы развития заболевания, обсуждается тактическая сторона при проведении обследований и терапии человека. Консультация имеет значение обсуждение какого-либо вопроса специалистами, делу, либо совет, который дает специалист⁴⁹.

Мы считаем важным построить свое исследование так, чтобы уделить достаточно времени вопросам рассмотрения различных случаев, когда для членов консилиума может наступить юридическая ответственность, если терапия больного имела отрицательный результат и когда у членов консилиума были противоположные точки зрения и подходы. Нельзя не сказать о том, что существенно вредят врачебному делу несостоятельные и амбициозные мнения при коллегиальной выработке рекомендаций, такие рекомендации могут отяготить юридические последствия, да и пациенту это

⁴⁹ <https://dic.academic.ru/dic.nsf/bse/163776/Консультация>.

не поможет. А о носящих предупредительный характер действиях медиков говорят необоснованные консилиумы и консультации.

Решают судьбу больного человека посредством проведения совещаний два и более медика. Заключение этих медиков необходимо записывать в первичной медицинской документации, эти записи необходимо засвидетельствовать собственноручными подписями всех участвующих в консилиуме медицинских работников. Тогда такие записи можно рассматривать как доказательственную базу в судебных и следственных целях, когда необходимо доказать виновность или невиновность лица. Важно для следствия и справедливого суда установить истину по делу и установить вину медицинских работников, которые повинны в отрицательном результате терапии человека, а также справедливо назначить наказание виновному.

В практике здравоохранения известны крайне редкие случаи, когда среди врачей имеется и зафиксировано особое мнение в процедуре коллегиальных осмотров, в присутствии заведующих отделением. Такая «единодушная» позиция продиктована не общим взглядом на вопрос проведения лечения или оценки состояния больного, а врачебной солидарностью ординатора и профессора медицины, начинающего врача и его опытного коллеги, руководителя и подчиненного. Таким образом, каждый участник совещания должен сделать нравственно-этический выбор и поставить свою подпись под заключением консилиума, и здесь на чаше весов корпоративные мотивы и персональная ответственность перед лицом закона, но главным критерием тут все-таки должны быть законные интересы больного лица.

Моменты экспериментирования в медицине, конечно, допустимы. Но с точки зрения уголовного законодательства специфические особенности медицинского дела состоят не из этих составляющих, ведь экспериментирование, являясь возможностью развития познавательного процесса, свойственно подавляющему большинству отраслей человеческой

деятельности. Сущность заключается в следующем: экспериментирование в области медицины, как правило, не должно проводиться в неестественных условиях, поскольку проверить инновационные лечебно-диагностические методики и подходы можно достоверно лишь наблюдая за организмом человека. Именно поэтому такой подход и чреват появлением риска осложнений и нежелательных исходов.

Уголовное право должно принимать во внимание эти специфические моменты врачебного труда и еще осознавать, что всякое экспериментальное действие над человеком всегда будет находиться за рамками закона и признаваться незаконным. Однако не было бы прогресса в медицине, если бы такие новаторские методы не применялись совсем.

Медицинское экспериментирование, учитывая его цели, бывает терапевтическим и научно-исследовательским. Терапевтический медицинский эксперимент проводится с использованием современных приемов для диагностики и терапии человека. Научно-исследовательский эксперимент не лечит конкретного пациента или не проводится для постановки лицу конкретного диагноза. Несмотря на это, оба типа медицинского эксперимента служат целям улучшить, стабилизировать и излечить человека.

Эксперимент в медицине является доклиническим или первым клиническим применением имеющего научное обоснование, профилактического, диагностического или терапевтического способа, кроме того, внесением в процесс лечения новых лекарств в целях научного либо терапевтического подтверждения их эффективности.

Эксперимент в медицине может быть применим только для целей излечения человека. Если преследуются иные цели, то эксперимент в медицине приобретает черты неправомерности, и такое медицинское вмешательство становится недопустимым и преступным. Оно становится незаконным, и тут же не преминет наступить соответствующая юридическая ответственность медицинского работника, если им будут допущены действия

по нарушению целостности органов и тканей человеческого организма, тем более, если будут нарушены его функциональные возможности для поддержания жизнедеятельности, ответственность наступит за все отрицательные результаты такого эксперимента от медицины. Если будет установлена причинная связь и с более поздними отрицательными проявлениями и реакциями, например, наступившей инвалидностью, то эти результаты непременно будут инкриминированы виновнику последствий, который проводил эксперимент.

Необходимо понимать, что инновации в методиках лечения, должны быть сначала испытаны на животных. Критерием достаточности признается такой предварительный процесс проверки, при котором подтверждается вероятность получения ожидаемых итогов эксперимента. Степень оправданного медицинского риска находится в прямой зависимости от степени вероятности получения ожидаемых итогов эксперимента, и состояния здоровья лица.

Во всех случаях медицинский эксперимент должен проводиться в условиях гласности, это означает, что сведения об условиях проведения медицинского эксперимента должны быть доступны в полном объеме. Также действует безусловный запрет медицинского экспериментирования на отбывающих наказание лицах, заключенных под стражу, под запретом медицинские эксперименты над психически больными людьми, под запретом медицинские эксперименты над безнадежно больными пациентами, военнопленными, беременными женщинами, новорожденными. Также действует безусловный запрет медицинского экспериментирования на пациентах, заболевание которых прямо не связаны с целями медицинского экспериментирования.

Информированное добровольное согласие пациента на любое медицинское вмешательство свидетельствует лишь об исполнении его права на обладание, на основе закона, должной информацией, чтобы иметь возможность принять самостоятельное, взвешенное, обдуманное решение о

допуске или отказе медицинского вмешательства. Оно совсем не свидетельствует и не служит основанием для освобождения медицинского работника, оказавшего медицинскую услугу, от ответственности, если медицинская услуга не была предоставлена надлежащим образом.

Порой врачами применяются научно-обоснованные инновации в лечении, которые пока массово не допущены в практику. В этом случае пациент дает свое информированное согласие.

Как правило, даже если такие методы не допущены к массовому использованию на местах, в лечебно-профилактических учреждениях, они, как правило, уже проверены на этапе лечения соответствующего болезненного состояния, или такой метод получил проверку в рамках научно-исследовательского эксперимента.

Если медицинский работник нарушает условия и требования, которые применяются для целей осуществления эксперимента, и результатом такого эксперимента становится причинение тяжкого вреда здоровью, участвовавшего в эксперименте лица, а медицинская помощь была оказана ненадлежащим образом, тогда для медицинского работника, допустившего проведение такого эксперимента, наступает уголовная ответственность.

В результате осуществленного в рамках исследования анализа мы сформулировали заключения и выводы.

В уголовном законе формально закреплены и действуют положения о наличии обстоятельств, которые исключают преступность деяния. В имеющейся врачебной практике, среди таких обстоятельств имеются обстоятельства обоснованного профессионального риска и крайней необходимости. Подобные деяния поддаются установлению отличий одного от другого только с применением специальных познаний.

Правомерные действия в контексте медицинского вмешательства, которые привели к отрицательным для человека результатам, чаще всего выдержат ценз имеющих в законе условий обоснованного профессионального риска. Для целей выявления условий обоснованного

профессионального риска необходимо провести тщательное исследование имевшего место происшествия медицинского характера, привлекая к такому анализу специалиста, способного понимать тонкости случившегося, опираясь на специальные знания.

Чтобы с юридической точки зрения точно квалифицировать случившееся, необходимо учитывать все приведенные выкладки при анализе медицинского инцидента. На этапе проведения следственных действий и судебного разбирательства важно найти ответ на главный вопрос: соблюдены ли условия обоснованного профессионального риска, сопряженные в произведенном медицинском вмешательстве. Этот вопрос разрешим с применением возможностей судебно-медицинской экспертизы.

Полагаем, что целесообразно поставить вопрос об уголовной ответственности за участие в принятии коллегиальных решений, повлекших отрицательный результат, основываясь на таком подходе. Предлагаем дополнить статью 26 УК РФ самостоятельной частью, в которой будет помещена формулировка следующего содержания: когда преступные неблагоприятные последствия наступили в результате неосторожных действий группы лиц, суд, назначая наказание принимает во внимание степень участия каждого лица, которая способствовала наступлению отрицательного последствия, носящего преступный характер, при этом суд опирается на заключения привлеченных к участию в деле специалистов.

Для более точного правового регулирования понятия медицинского эксперимента нами видится целесообразность в принятии новой редакции ч.2 ст. 43 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан. Указанную статью следует изложить, на наш взгляд, так: «Не получившие разрешения к массовому применению, но проходящие процедуру рассмотрения в установленном законом порядке лекарственные средства, методы диагностики и лечения могут быть применены для целей излечения или облегчения тяжелого состояния пациента только после получения его добровольного информированного письменного согласия».

Если эксперимент проводится с терапевтической целью, когда прогнозируем положительный итог применения терапии к конкретному пациенту, и сам медицинский эксперимент оценивается с наибольшей степенью вероятности его положительного исхода, то его проведение будет считаться правомерным, при главном условии - крайней необходимости (статья 39 УК РФ), которое подразумевает, что для сохранения жизненных функций человека, устранение реальной опасности невозможно каким – либо иным способом, кроме применения экспериментального подхода, либо применения обоснованного риска по смыслу статьи 41 Уголовного Кодекса России.

В этих условиях, не смотря на причиненный здоровью лица тяжкого вреда вследствие ненадлежащего оказания ему помощи, врач освобождается от уголовной ответственности.

Практическая сложность при расследовании данного преступления возникает, когда необходимо установить причинно-следственную связь как элемент объективной стороны состава преступления. Поскольку от следователя требуется владение медицинской терминологией и знание о возникновении патологий, которые нарушают функционирование всего организма. Наблюдается такая тенденция: судебно-медицинские эксперты в своих заключениях не принимают во внимание роль осложнений и причинно-следственную связь между дефектом врачебного процесса и не анализируют эти важные аспекты.⁵⁰

Для преодоления порочной практики, сложившейся при расследовании преступлений, причинивших тяжкий вред здоровью по причине ненадлежащего оказания медицинской помощи, считаем важным для отслеживания причинной связи действий медицинского работника и преступных последствий восстановить развитие процесса отношений врача и пациента. Этот процесс отношений на этапах лечебных действий должен

⁵⁰ Тихомиров А.В. Медицинское право. Практическое пособие. – М.: Издательство «Статут», 1998. - С. 211.

иметь характеристики нарушения врачом установленных правил оказания медицинской помощи, которые с вероятностью привели к возникновению дефекта и впоследствии к развитию патологических изменений, которые и обусловили наступление неблагоприятного исхода. Отношения по поводу указанных явлений формируют механизм причинения тяжкого вреда здоровью вследствие ненадлежащего оказания медицинской помощи, который расценивается некоторыми авторами как имеющий вспомогательное значение для определения итоговой причинной связи между деянием виновного и неблагоприятным результатом лечения.⁵¹

Важно учесть, что если отсутствует хотя бы один элемент в механизме причинения тяжкого вреда здоровью, из-за ненадлежащего оказания медицинской помощи, то это исключает наличие причинной связи между действиями врача и наступившими неблагоприятными последствиями. Таким образом, отсутствие патологии по причине допущенного дефекта исключает ответственность медицинских работников.

На начальной стадии уголовного процесса происходит возбуждение уголовного дела, и эта стадия очень важна. Первоначально добытая доказательная база бывает очень сложной для ее исследования. Она становится доступной при изучении документации, которая выполняется с особыми усложненными требованиями. Поэтому так важно, чтобы уголовное дело было возбуждено своевременно и имело необходимую степень обоснованности.

Проволочки и торможение на начальных шагах в расследовании подобных преступлений могут повлечь необратимую утрату важных для следствия доказательств. В результате не оперативности следствия на первоначальных шагах может наступить безнаказанность медицинских работников. В результате таких действий существенно растягиваются периоды предварительного расследования.

⁵¹Малинин В.Б. Причинная связь в уголовном праве. - С.-Пб.: Юрид. центр Пресс, 2000 - С. 241.

Р.С. Белкин считал, что расследования преступления может быть успешным, если реагирование произошло быстро и оперативно, расследование велось с применением системного подхода, у органов следствия имелось достаточно сил и средств, для пресечения преступлений.⁵²

При возбуждения уголовного дела по причинению лицу тяжкого вреда здоровью из-за ненадлежащего оказания ему медицинской помощи, важно правильно организовать действия внутри следственных подразделений и иных служб правоохранительных органов.

Такой подход может обеспечить следствие необходимыми сведениями о совершенном преступлении.

Перечислим основные шаги следователя на этапе возбуждения уголовного дела:

Первый шаг соответствует этапу оценки имеющейся информации о преступлении, которая поступила в дежурную часть.

Второй шаг соответствует этапу проверки полученных сообщений и проверки содержания принятых заявлений. На этом этапе проверяется первоначальная информация, способная указать на признаки преступления.

Третий шаг соответствует этапу принятия и оформления с учетом процессуальных требований решения о необходимости возбуждения уголовного дела.

Все эти следственные шаги регламентированы действующими уголовно-процессуальным, федеральными и ведомственными нормами, и имеют свои особенности.

Принимая во внимание данные, полученные в результате проверки имеющихся материалов по уголовному делу, которая проводилась до начала следствия, может приниматься решение о возбуждении уголовного дела, об отказе в возбуждении уголовного дела. Является возможной передача сообщения о совершении преступного деяния по подследственности, она

⁵²Белкин Р.С. Курс криминалистики: в 3 т. Т. 3. Криминалистические средства, приемы и рекомендации М.: Юристъ, 1997 – С. 307.

определяется статьей 151 Уголовно-процессуального кодекса Российской Федерации.

Обоснованное решение о возбуждении уголовного дела по факту причинения лицу тяжкого вреда его здоровью в результате ненадлежащего оказания ему медицинской помощи, принимают на основании определенных документов и сведений, предоставленных в распоряжение следователя, а именно:

1. Заявление пострадавшего, представленное в письменном виде. Им может быть физическое лицо либо представитель физического лица. Требуется наличие протокола, в котором зафиксирован заявленный факт совершенного причинения лицу тяжкого вреда здоровью вследствие ненадлежащего оказания ему медицинской помощи.

2. Объяснение, предоставленное заявителем, с обязательным указанием места и времени совершения преступного деяния, описанием проблем со здоровьем.

3. Подлинники либо копии документов, способные явиться подтверждением фактического причинения лицу тяжкого вреда его здоровью вследствие ненадлежащего оказания ему медицинской помощи.

4. К этим документам отнесен договор на получение медицинских услуг, составленный в письменной форме. Этим свидетельством может явиться любой грамотно оформленный документ.

5. Требуется обязательное предоставление рапорта, подтверждающего обнаружение признаков преступного деяния. К рапорту прилагаются все материалы, полученные в процессе оперативно-розыскных мероприятий, в ходе ревизий и прочих проверок.

6. Специалистом в обязательном порядке должно выдаваться письменное заключение о выполнении предварительного исследования соответствующих вещественных доказательств. Оно должно выдаваться в соответствии с частью 3 статьи 80 Уголовно-процессуального кодекса Российской Федерации.

7. Идентификационные данные о лечащем враче и медицинском персонале, который осуществлял лечение. Это может быть номер телефона, другие контактные данные.

8. Документы, которые подтверждают факт лечения. Это протокол осуществления оперативно-розыскного мероприятия, а также товарный либо кассовый чек.

Названным выше документам требуется оценка со стороны законности. Эти документы должны быть достоверными для того, чтобы принять то или иное процессуальное решение.⁵³

Исследование эмпирических источников показало нам, что в ходе решения вопроса о возбуждении уголовного дела могут допускаться просчеты и ошибки. Они оказывают существенное влияние на качество расследования и принятие объективного решения. Самыми важными являются:

1. Низкая степень ответственности за качество проверки, проводимой по сообщению о преступном деянии. По ее материалам могут необоснованно возбуждаться уголовные дела.

2. Очень часто документы о преступном деянии по факту причинения лицу тяжкого вреда его здоровью вследствие ненадлежащего оказания ему медицинской помощи оформляются нетрадиционным, по правовой сути, для практических работников способом. Это может явиться непосредственной причиной бумажной волокиты и прочих неблагоприятных последствий. Субъекты, причастные к совершению преступных деяний, обладают возможностью скрываться от следствия, при этом, избавляясь от следов преступного деяния, пытаясь препятствовать установлению истины в его раскрытии.

⁵³Вехов В.Б. Рогозин В.Ю. Методика расследования преступлений в сфере компьютерной информации / Криминалистическая методика расследования отдельных видов преступлений: учебное пособие в 2-х частях. Ч. 2: / под ред. А.П. Резвана, М.В. Субботиной. – М.: ИМЦ ГУК МВД России, 2002. – С. 84 – 108.

2. ПЕРВОНАЧАЛЬНЫЙ ЭТАП РАССЛЕДОВАНИЯ ПРИЧИНЕНИЯ ТЯЖКОГО ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ ВСЛЕДСТВИЕ НЕНАДЛЕЖАЩЕГО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

2.1 Следственные ситуации и особенности планирования первоначального этапа расследования причинения тяжкого вреда здоровью вследствие ненадлежащего оказания медицинской помощи

Стоит сказать, что в целях максимально целенаправленной и целесообразной организации следствия, особенно на первоначальном этапе, нужно планирование расследования причинения лицу тяжкого вреда здоровью вследствие ненадлежащего оказания ему медицинской помощи. Это способствует повышению уровня объективности, позволяет всесторонне, полно и быстро установить обстоятельства преступного деяния и приступить к розыску виновного с целью его изобличения. Планируя свои шаги в уголовном деле, следователь продумывает свои действия, останавливается на целесообразных средствах и приемах, чтобы добиться эффективной работы по сбору и объективной оценке собранных данных.

В юридической литературе разработка плана следственных действий определяется как мыслительный процесс, заключающийся в определении задач расследования, путей и способов достижения данных задач, находящий отражение в письменной или графической форме.⁵⁴ Планирование становится обязательным условием расследования причинения лицу тяжкого вреда здоровью из-за ненадлежащего оказания ему медицинской помощи. Планирование включает постановку цели, задач следствия, планируются к использованию соответствующие способы достижения цели и решения задач на законных основаниях.

⁵⁴ Савельева М.В., Смушкин А.Б. Криминалистика. Учебник. М: Издательство Издательский дом "Дашков и К". - 2009 г. – 608. С.229.

Собранные факты становятся базой для составления такого плана. База наполнена сведениями о причинении лицам тяжкого вреда их здоровью в результате ненадлежащего оказания медицинской помощи, которые содержат в себе признаки совершения преступления. Процессуальный и оперативно-розыскной – это пути получения данных сведений. Информация, которая была получена оперативно-розыскным путем, по уголовному делу доказательством являться не может. Она нужна следователю в целях планирования, а также решения тактических задач. Стоит подчеркнуть, что постановка задач расследования, создание версий, определение пути, а также способы проверки находятся в зависимости от того, насколько полными являются полученные фактические данные. Сведения, полученные о преступном деянии либо о событии, содержащем его признаки, на начальном этапе расследования являются ограниченными. Затруднено составление плана расследования, когда следователь обязан оперативно реагировать на появление новых фактов, обязан своевременно включать в свой план новые пункты. Планирование становится непрерывным процессом. Прекращение планирования может обуславливаться прекращением расследования. Наличие у следователя фактической информации о совершенном преступлении является объективной предпосылкой для планирования. Основа для принятия правильных решений, которые сопряжены с условиями рассматриваемого дела – это уровень теоретических знаний следователя, а также его профессиональный опыт.

Планирование, будучи методом высокоорганизованного расследования, имеет большое значение в поднятии организационного и научного уровня, а также в устранении данных недостатков расследования. Сотрудники, которые имеют отношение к практической работе, рассматривают планирование в качестве необходимости составления плана расследования.

Эта практика не обеспечивает высокий организационный и научный уровень работы следователей. Она не способствует также и выражению четкого содержания планирования расследования.

Выражением планирования является разработка планов расследования рассматриваемых нами преступлений. Мощное организующее средство – это правильное составление плана, который требуется для эффективного ведения расследований.

В обязательном порядке все сотрудники следственных органов планируют расследование преступных деяний. Каждый ход следствия они обдумывают и выбирают конкретные действия.

Планирование расследования причинения лицам тяжкого вреда их здоровью в результате ненадлежащего оказания им медицинской помощи подразумевает точную организацию ряда конкретных действий. Они обеспечивают эффективное выявление виновных и самих событий, которые связаны с преступным деянием.

Конкретная следственная ситуация определяет главные направления, по которым пойдет планирование расследования. В принятии решения о том, каковыми будут главные направления расследования, она является обуславливающей. От нее непосредственным образом зависит, какие рожденные ею версии будут в обязательном порядке проверены.

Это, в свою очередь, также ведет к проведению типизации операций, сопряженных с выбором, изучением и применением в уголовном деле разной информации, которая связана со следствием по расследованию причинения лицам тяжкого вреда их здоровью в результате ненадлежащего оказания им медицинской помощи.

Как тактика, так последовательность, с которой будут осуществляться первоначальные следственные действия, во многом будет зависеть от того, как конкретно сложится следственная ситуация. В этой же самой зависимости находятся также и организационные, и оперативно-розыскные

действия по расследованию причинения лицу тяжкого вреда его здоровью вследствие ненадлежащего оказания ему медицинской помощи.⁵⁵

Для организации расследования причинения пациентам тяжкого вреда их здоровью вследствие ненадлежащего оказания им медицинской помощи требуется обязательное знание следственной ситуации. В криминалистике в течение нескольких десятилетий идут оживленные споры о понятии «следственная ситуация».

Пока даже к определению такого понятия, как «следственная ситуация», нет единого подхода. А.Н. Колесниченко был одним из самых первых из обратившихся к данной проблеме. Под «следственной ситуацией» он понимал такое состояние дел в расследовании причинения пациенту тяжкого вреда его здоровью вследствие ненадлежащего оказания ему медицинской помощи, которое уже располагает информационными материалами и доказательствами и при котором возникает необходимость их проверки.⁵⁶

Автор Герасимов И.Ф., рассматривая следственные ситуации на первоначальном этапе расследования преступных деяний, определял следственную ситуацию как сложную, находящуюся в динамике систему характеристик. В нее он включал информационные, тактические, организационно-технические и доказательственные факторы. Герасимов И.Ф. указывал на важность их анализа и оценки для целей и направлений следствия по делу. Автор также делал акцент на необходимости выбора способов действия и принятия решений.⁵⁷

Интересная характеристика следственной ситуации была дана белорусским правоведом Г.А. Зориным, определявшим ее с позиции системного подхода. Он полагает, что следственная ситуация является:

⁵⁵ Доля Е.А. Формирование доказательств на основе результатов оперативно-розыскной деятельности: монография. -М.: «Проспект», 2009. – С.187.

⁵⁶ Колесниченко А.Н. Научные и правовые основы расследования отдельных видов преступлений: Диссертации доктора юридических наук. Харьков, - 1967. - С. 509.

⁵⁷ Герасимов И.Ф. Формирование доказательств на основе результатов оперативно-розыскной деятельности: монография. -М.: «Проспект», - 2014. -С.113с.

1) открытой системой, в которой взаимодействие участников основано на получении информации извне, а также по каналам обратной связи с постоянным и взаимным рефлексированием позиций партнеров;

2) субъективированной системой, отягощенной факторами мировоззрения автора;

3) целеустремленной системой, так как деятельность ее участников обусловлена определенной целью или комплексом целей, часто противоречащих друг другу;

4) контролируемой, но не в полной мере, системой (когда следователь выпускает из рук инициативу, это не может не оказать влияние на следственную ситуацию);

5) непрерывной системой, характерной для самой жизни. Жизнь нельзя остановить, прервать ход развития событий, но можно опередить их, предложив течению новое неожиданное русло;

6) дискретной системой, которая может быть расчленена на различные процессы:

- а) контроля за выполнением собственных функций следователя;
- б) восприятия информации от участников ситуации;
- в) восприятия и оперативной оценки следственных ошибок, упущений;
- г) формирования адекватной программы исправления ошибок: предотвращения возможных негативных последствий упущений следователя;
- д) выполнения комплекса тактических приемов соответствующей направленности и принятия информации об их результативности;
- е) детерминирующей системой, поскольку она обуславливает поведение следователя и иных заинтересованных лиц, которые также как и следователь, анализируют ситуацию и делают соответствующие выводы о предстоящих следственных ситуациях.⁵⁸

⁵⁸ Зорин Г.А. Теоретические основы криминалистики. Мн.: Амалфея, 2000. С. 416.

Применительно к теме настоящего исследования целесообразно будет исходить из того, что следственная ситуация по делам о причинении пациентам тяжкого вреда их здоровью вследствие ненадлежащего оказания им медицинской помощи – это система субъективных и объективных факторов, которые обуславливаются не только деятельностью медицинских работников, в частности, подозреваемых (обвиняемых) в совершении преступного деяния, но еще и поведением пострадавших, их законных представителей и прочих лиц.

Определяются типичные следственные ситуации на основе изучения практики расследования преступных деяний этого вида и исходя из изыскания объективно повторяемого положения. Вместе с тем постоянно необходимо учитывать криминалистическую характеристику преступных деяний этой группы.

Все результаты изучения практики необходимо анализировать согласно имеющимся теоретическим положениям, которые относятся к категории следственной ситуации. Правильность выделения типичных следственных ситуаций и четкость разграничения обеспечиваются полнотой изучения практики, а также обоснованностью теоретических положений.

Основными задачами применительно к расследованию данных преступлений является постановка, отработка версий, установление признаков преступления. Важна интуиция следователя, которая может подсказать, где в документах могут содержаться значимые для следствия сведения, у кого и где эти документы могут или должны находиться.

Также очень важны версии о круге лиц, которые являются причастными к причинению тяжкого вреда здоровью человека. Если на первоначальном этапе необходимые документы не будут обнаружены и изъяты, а также в недостаточной степени будет определен круг субъектов, имевших непосредственное отношение к оказанию медицинской помощи, вследствие которой здоровью человека был причинен вред, будут созданы большие сложности в установлении картины происшедшего.

Исходя из степени обобщения, следственные ситуации подразделяются на типичные и атипичные (то есть, специфические).⁵⁹

В литературе приведен ряд определений понятия «типичная ситуация». Типичные ситуации Драпкин Л.Я. определяет, как многократно повторяющиеся типовые события, которые происходят из-за дефицита информации, они всегда имеют общие признаки и черты.

Отметим, что причинению пациенту тяжкого вреда здоровью вследствие ненадлежащего оказания ему медицинской помощи присущи типичные следственные ситуации, они могут классифицироваться по ряду оснований. Считаем, что необходимо осуществить классификацию названных типичных следственных ситуаций, исходя из оснований для возбуждения уголовного дела. Возбуждаться уголовные дела о преступлениях анализируемой группы могут:

1) по заявлению пострадавших, материалам общественных организаций, печати, из дополнительной информации, полученной вследствие проверки прочих сообщений (сведения в данных случаях имеют предположительный характер, они перед принятием решения о возбуждении уголовного дела требует тщательной проверки). Значительные различия в содержании названных ситуаций и, соответственно, в задачах, выдвинутых перед следователем, обуславливаются, в первую очередь, разным объемом сведений, имеющихся в распоряжении следствия. В первой из указанных нами ситуаций уже, чаще всего, изъят существенный объем документов, получены сведения от врачей, принимавших свое участие в оказании пациенту медицинской помощи;

2) по материалам Комитета по здравоохранению, клинико-экспертной комиссии, информации, поступившей от руководства ЛПУ (в них, как правило, содержится информация о наличии в результате дефекта оказания

⁵⁹ Баев О.Я. Методические основы расследования преступлений. Руководство для следователей / Под общ.ред. Мозякова В.В. - М.: Изд-во «Экзамен», - 2005. - С.429.

медицинской помощи, вредных последствий, характере связи вредных последствий, круге ответственных, обстоятельствах происшествия и так далее).⁶⁰

Учитывая тот факт, что, прежде всего, содержание информации оказывает влияние на следственную ситуацию, нам видится целесообразным, исходя из характера первоначальной информации, выделить такие типичные следственные ситуации:

1) преступное деяние является очевидным:

- факт совершения преступного деяния установлен, виновное лицо известно;

- факт совершения преступного деяния установлен, о виновном лице есть ориентировочные сведения;

- факт совершения преступного деяния установлен, виновное лицо неизвестно;

2) факт преступного деяния неочевиден (в процессе расследования другого преступного деяния были выявлены признаки преступления анализируемой группы).

Отметим, что сущность криминалистического значения типичной следственной ситуации состоит в следующем: для типичной следственной ситуации подойдет пошаговый алгоритм действий следователя. Это значительно облегчит расследование, во всяком случае, на первоначальных этапах. Это является важным аспектом в расследовании уголовных дел по причинению здоровью лица тяжкого вреда вследствие ненадлежащего оказания медицинской помощи. Он важен потому, что следователю необходимо изучить ситуации, имевшие место в сфере здравоохранения, и

⁶⁰Драпкин Л.Я. Понятие и классификация следственных ситуаций. -В кн.: Следственные ситуации и раскрытие преступлений // Сборник науч. труды. - Свердловск. Юрид. института, вып. 41. Свердловск, 1975.

для правильного понимания таких событий и ситуаций следователю нужны дополнительные, специализированные знания.

Необходимо отметить, что разделение следственных ситуаций на определенные типы важно для разработки и применения частных криминалистических методик по расследованию преступлений в процессе следствия. Особняком стоят специфические либо атипичные следственные ситуации. Эти следственные ситуации можно охарактеризовать не повторяемостью и своеобразными признаками, складывающихся в ходе проведения того или иного расследования. Их значение состоит в следующем: следователю, организующему расследование конкретного преступления, нужно быть готовым к тому, что в уголовном деле, помимо типичных, могут возникнуть еще и специфические следственные ситуации.

Частным случаем специфической следственной ситуации по уголовным делам о данной категории преступлений могут быть случаи наступления атипичных последствий вследствие осуществления медицинского вмешательства в соответствии со сложившейся медицинской практикой и существующими рекомендациями: к примеру, причинения вреда здоровью одного человека при массовой вакцинации, или же вмешательство в процесс оказания медицинской помощи самого больного (другого лица), не имеющего специализированных познаний в сфере медицины.

По объему выделяют:

- ситуации, которые складываются в ходе проведения отдельного следственного действия;
- ситуации, которые складываются при расследовании по уголовному делу в целом.

Вместе с тем ситуации первого вида имеют более высокий уровень вариативности и менее высокий уровень обобщения.

Исходя из позиции сторон, выделяют конфликтные и бесконфликтные следственные ситуации.

Что касается бесконфликтных ситуаций, то они характеризуются частичным либо полным совпадением интересов субъектов уголовного процесса. Тем не менее, если само понятие сторон, а также их состязательности заложено в уголовном судопроизводстве, то предполагается, что не бывает совершенно бесконфликтных ситуаций. Конфликт есть почти всегда, тем не менее, острота конфликта может быть различной.

Такое деление довольно условно, поскольку эти ситуации на практике в чистом виде выделить очень трудно, одну ситуацию от другой в некоторых случаях отделяет несколько мгновений, тем не менее, это полезно для удобства восприятия системы и имеет очень большое значение, и в особенности на первоначальной стадии расследования. Что стало основанием для того, чтобы в структуре частной методики расследования были выделены отдельные виды преступных деяний.

Помимо особенностей планирования организации расследования анализируемых преступных деяний, которые обуславливаются спецификой сформировавшейся следственной ситуации, важную роль играют еще и особенности, которые обуславливаются спецификой содержания события преступного деяния. Одна из самых значимых особенностей этих преступлений состоит в том, что они, как правило, замаскированы травмой, основным заболеванием. Следовательно при планировании, в первую очередь, нужно предусмотреть доказывание события преступного деяния - наличие дефекта медицинской помощи, а также связь дефекта с наступившими вредными последствиями. Вместе с тем следует учитывать, что проходит довольно много времени между произошедшим преступлением и поступлением сообщения о совершенном преступлении. Не такое уж большое криминалистическое значение для таких преступлений имеет осмотр места происшествия, работа по «горячим следам», задержание на месте преступления причастных лиц. Весь процесс расследования - это сбор

и тщательное изучение, в первую очередь, медицинской документации, а также допросы.

Подчеркнем, что установление и изобличение виновных лиц происходит уже по результатам анализа информации, которая была получена из названных источников. Действия на первоначальной стадии расследования определяются, как правило, способом совершения преступного деяния медицинским работником.⁶¹

Например, если преступное деяние было совершено действием, то тогда схема планирования расследования происходит от выявления причинной связи между поведением медика и вредными последствиями, потом идет к выявлению неправомерного деяния и установлению всех виновных (например, переливание крови; перфорация трахеи при проведении операции и так далее).

Если бездействие выступает в качестве способа совершения преступного деяния, то сначала нужно планировать получение следующих сведений: нуждалось ли лицо в оказании медицинской помощи, обращалось ли за медицинской помощью; если обращалось за ней, то выясняется, в чем именно выражалось бездействие: не принял доставленного в стационар, отказал в госпитализации, не явился по вызову и так далее, но оно (бездействие) в любом случае должно являться конкретизированным; потом выявляется наличие причинной связи.

Следующий этап планирования – построение, а также проверка следственных версий, которые базируются на результатах исследования медицинских и прочих документов, анализа показаний допрошенных лиц. Он может сопровождаться такими сложностями, как недостаточность медицинских знаний, имеющихся у следователя. Следователю в данном

⁶¹Чурилов С.Н. Возникновение и развитие криминалистической методики как самостоятельного раздела отечественной криминалистики // Право и жизнь. - М.: Манускрипт, 2000, № 31. - С.34.

случае необходимо использовать информацию, которая содержится в показаниях экспертов, специалистов, имеется в материалах дела, в ведомственных заключениях, в допросах подозреваемого.

Потом следует приступить к проверке всех имеющихся у него вариантов развития событий. Производится выемка и осмотр медицинской документации. Далее следует дать определение всех лиц, несущих ответственность за допущенный дефект медицинской помощи. Наряду с определением содержания фактической деятельности каждого из них следует установить имеющуюся между ними внутреннюю взаимосвязь, выяснить: чьи именно действия этому способствовали, чьи именно действия (бездействия) стали непосредственной причиной, кто именно был обязан проследить за этим.

Итак, особенности расследования причинения лицу тяжкого вреда здоровью вследствие ненадлежащего оказания медицинской помощи обуславливаются как многовариантностью следственных ситуаций, так и тем фактом, что отдельные из них могут повторяться.

Заметим, что по уголовным делам о преступном причинении медицинскими работниками тяжкого вреда здоровью лица в ходе оказания ему медицинской помощи могут использоваться возможности почти всех следственных действий, которые предусмотрены уголовно-процессуальным законодательством.

В то же время наибольшим криминалистическим значением обладают такие из них, которые следствию предоставляют возможность найти и изучить информацию, содержащуюся в медицинской документации как одном из главных информационных источников о ходе и результатах медицинской помощи.

2.2. Тактика производства выемки и обыска по делам о причинении тяжкого вреда здоровью вследствие ненадлежащего оказания медицинской помощи

Одним из следственных действий по уголовным делам о причинении тяжкого вреда здоровью вследствие ненадлежащего оказания медицинской помощи является проведение выемки и обыска. При расследовании данной категории преступлений проводится выемка. В случаях, когда выемка не дает результата, проводится обыск.

Во время проведения выемки по делам о причинении тяжкого вреда здоровью вследствие ненадлежащего оказания ему медицинской помощи следователем предлагается в добровольном порядке выдать медицинские документы, подлежащие изъятию, которые для уголовного дела могут иметь значение.

Если они были выданы в добровольном порядке и отсутствуют основания опасаться сокрытия прочих разыскиваемых документов и предметов, то в данном случае следователь может ограничиться этим и не осуществлять обыск. Также перед ее проведением возможны консультации. В теории различают виды выемки исходя из того, какие конкретно документы или предметы планируется изымать. Наибольший интерес применительно к анализируемой группе преступлений представляют: выемка документов, содержащих в себе врачебную тайну; выемка предметов; выемка документов, которые регламентируют медицинскую деятельность.

В основном выемке подлежат медицинские документы. В общем виде медицинский документ - это материальный носитель, оформленный надлежащим образом, содержащий в себе информацию о проведенном лечении на разных его этапах, обладающий официальным источником происхождения (то есть, органы и учреждения Министерства здравоохранения РФ), имеющий определенные реквизиты, определенную форму, издаваемый согласно установленной процедуре. Едиными правилами

оформления официальных документов, которые утверждаются разными нормативными актами, предусматривается вносимая в медицинский документ информация, однако содержащиеся в нем сведения имеют субъективный характер, который непосредственно определяется профессиональным уровнем соответствующего медицинского работника.

Большая часть ученых полагают, что главные медицинские документы, используемые в качестве доказательств, следующие:

- история болезни - карточка, которая заводится в стационаре;
- карточка, которая заводится для амбулаторного наблюдения.

Тем не менее, мы считаем, что при этом подходе не уделяется достаточного внимания учету разных обстоятельств обращения лиц за медицинской помощью в следующие медицинские организации: службу неотложной помощи, подстанцию скорой помощи, травмпункт, а также, соответственно, следующим источникам доказательств: карта вызова неотложной либо скорой помощи, карта травмированного.

Таким образом, кроме вышеуказанных, к главным источникам доказательств в виде медицинских документов, необходимо отнести:

- карту вызова неотложной, либо скорой помощи;
- карту травмированного.

Дополнительными источниками криминалистически значимой информации являются:

- журнал записи оперативных медицинских вмешательств в стационаре;
- сопроводительный лист в ходе доставки пациента в стационар;
- карта выбывшего из стационара;
- заключения ВТЭК (врачебно-трудовой экспертной комиссии);
- медицинская документация, ведущаяся в Военном комиссариате;
- выписка из истории болезни.

Выше сказано, что из требований законодательства вытекают требования, которые предъявляются к ведению первичных медицинских документов.⁶²

По месту проведения выделяются:

- выемка в медицинской организации;
- выемка в жилище.⁶³

По нашему мнению, законом не ограничивается круг субъектов, у которых может быть осуществлена выемка, в этой связи, исходя из данного фактора, по анализируемой группе преступлений на первоначальном этапе расследования также можно выделить:

- выемку у пострадавшего (его законного представителя);
- выемку у свидетеля;
- выемку у подозреваемого;
- выемку у лиц, которые по делу не имеют самостоятельного процессуального положения.

Следователю, согласно части 1 статьи 183 УПК РФ, нужно располагать сведениями, у кого и где находятся документы и предметы, которые для уголовного дела могут иметь значение; определить их круг и точно знать их адрес. Чем выше будет конкретность знаний следователя, тем более обоснованным будет принятие решения о целесообразности и возможности осуществления не обыска, а именно выемки. В этой связи при подготовке к

⁶² Юридическая оценка дефектов оказания медицинской помощи и ведения медицинской документации. СПб.: БИС, - 2001. - С.77.

⁶³ Криминалистика / Под ред. Крылова И.Ф. Ленинград, 1976. С. 341-343; Криминалистика: Учебник / Под ред. Филиппова А.Г. - М.: Высшее образование, 2006. С.574-600; Криминалистика: Учебник для Вуза / Под ред. Белкина Р.С. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: Порма, 2006. - С.574-600; Криминалистика: Учебник / Отв. ред. Н.П. Яблоков. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: Юристъ, 1976. - С.240-261.

ее проведению необходимо получение консультации соответствующего специалиста, в этом случае медика.⁶⁴

Мы считаем, специалисту необходимо задавать следующие вопросы:

-какими нормативно-правовыми актами регламентируется расследуемый факт оказания либо неоказания медицинской помощи;

-где именно они хранятся; какие конкретно материальные следы преступления, и в каких именно документах они должны и могут находиться.

Следовательно, информацию, которая требуется для принятия решения о выемке, можно получить лишь из достоверных источников. Подчеркнем, что ее производство начинается с предъявления постановления о выемке, причем при осуществлении выемки в жилище, она производится на основе решения суда, полученного в порядке, который предусматривается статьей 165 Уголовно-процессуального кодекса РФ, затем предлагается выдать указанные в постановлении документы или предметы. В исключительных случаях, когда производство выемки в жилище (также как и обыска), не терпит отлагательств, данное следственное действие может быть произведено на основании постановления следователя без получения судебного решения. Если она производится в медицинской организации, то тогда на ее осуществление достаточно согласия руководства медицинской организации. Как правило, выемка заканчивается добровольной выдачей.

Наше исследование показало, что роль выемки медицинских документов на практике крайне важна для исключения возможности фальсификации их информационной насыщенности или их умышленной порчи и утраты. Перед тем, как приступить к выемке, необходимо заручиться консультацией медиков по ряду вопросов:

⁶⁴ Пристансков В.Д. Криминалистическая теория расследования ятрогенных преступлений, совершаемых при оказании медицинской помощи: монография, СПб, 2007. - С.91.

1. В какую первичную медицинскую документацию заносится информация о видах медицинской помощи, которая была предоставлена лицу в статусе потерпевшего или в статусе пациента, где, как правило, лежат такого рода бумаги в больнице. Сколько таких документов. Может ли где-то дублироваться такая информация. Так, операционный журнал служит для описания проводимых оперативных вмешательств, то же дублируется в карточке больного, содержащую его историю болезни. В специальном документе протоколируются исследования на гистологию, эти же данные вклеиваются в карточку и заносятся в журнал гистологических исследований. То есть происходит тройная фиксация данных.

2. К каким способам могут прибегнуть злоумышленники, фальсифицируя, искажая и скрывая информацию. Далее мы будем говорить об этом.

Самый верный способ получить нужную документацию – это провести ее выемку в присутствии независимого специалиста-медика.

Мы считаем, что вопросы, которые выясняются в ходе выемки с участием специалиста, следующие:

1. В каких именно первичных источниках записаны данные о том, какая помощь оказана лицу в статусе потерпевшего, где хранятся эти источники.

2. Вся ли необходимая информация содержится в этих источниках.

3. Оценить документы с точки зрения правильности их оформления и обнаружения дописанной, исправленной информации, по каким признакам можно определить, что медицинский документ фальсифицирован.

4. Все ли требования к объему и качеству данных выполнены в документе.

5. Данные, о какой помощи пострадавшему, свидетельствуют о том, что помощь была действительно оказана.

6. По каким признакам можно определить фактическое нарушение медиком процесса предоставления пациенту необходимой помощи.

7. По каким конкретно записям можно определить, что помощь имела дефекты оказания, что возникли и развились ятрогенные процессы, и какие меры были предприняты, чтобы их устранить.

8. Кем конкретно была оказана лицу медицинская помощь, были ли допущены нарушения её правил. Кто конкретно обнаружил дефект, кто зафиксировал симптомы, выявил ятрогенные проявления. Кто фиксировал далее, как она развивалась и каковы были ее последствия. Кто предпринял все необходимое для того, чтобы устранить дефект и последствия либо кто мог это сделать, но не сделал, бездействовал.

9. Какие заключения сформулировали органы и должностные лица исполнительной власти, в обязанность которых входит контроль качества оказания медицинской помощи, какие выводы сделаны о причинах инцидента, что предпринято по результатам проверки качества медицинской помощи, имевшей негативный исход.

В случаях, когда проведение выемки не дало результатов, необходимо проводить обыск. Это совокупность познавательных и удостоверительных операций, проводимых в процессе принудительного обследования любых мест, которые доступны следователю, а также граждан для обнаружения и изъятия орудий преступного деяния, документов, предметов, которые для уголовного дела могут иметь значение.

Начинается обыск с момента предъявления следователем постановления относительно его производства, а при производстве обыска жилого помещения — соответствующего решения суда.

По делам о преступлениях медиков чаще других встречается обыск в медицинских организациях, он проводится в присутствии представителя руководства организации, у которого в ведении находится обыскиваемое помещение, а в ситуации заинтересованности этого лица в исходе уголовного дела обыск проводится в присутствии представителя вышестоящего учреждения. Обычно процесс обыска - это неотложное следственное

действие, тем не менее, он должен сопровождаться очень тщательной подготовкой.

В части 1 статьи 182 УПК РФ ведется речь о том, что обыск может осуществляться у какого-либо лица либо в каком-либо месте, иными словами, имеет обширный характер и следователей не ограничивает в выборе. Обыск может производиться в целях отыскания орудий преступного деяния, документов, предметов, которые для уголовного дела могут иметь значение. Причем именно следователь принимает решение относительно того, какие конкретно предметы могут для уголовного дела иметь значение.

Особое внимание следователь должен обратить на то, что может быть уничтожены электронные информационные объекты, они позже пригодились бы для доказывания истины по делу в суде. Поэтому существует правило: все компьютеры и оборудование до обыска нельзя смещать, выключать, вносить изменения. Необходимо обеспечить выполнение таких требований:

- строго запрещается кому-либо из присутствующих при обыске задевать розетки, разъемы и другие электрические выводы. Касаться электрического оборудования и компьютерно-технических средств, вне зависимости от причины, могут только приглашенные специалисты, даже в том случае, если обыскиваемое лицо в добровольном порядке согласилось выдать искомые сведения, предмет либо документ;

- не позволять никому без разрешения специалиста включать и выключать электроснабжение объекта;

- в том случае, если в помещении, где планируется обыск, отключено электричество, все компьютеры отключают от сети. Перед тем, как отключить, составляют протокол, в протокол вносят все технические характеристики компьютерной техники, порядок ее включения и отключения;

- самовольные действия с электрическим оборудованием строго запрещены;

- следовательно сразу увидит, что среди лиц, которые присутствуют при обыске, кто-то пытается получить доступ к компьютеру. Этого человека необходимо перевести в другое помещение и не допустить, чтобы он осуществил свои замыслы. Такое поведение фиксируется в протоколе обыска.

Далее необходимо произвести следующие действия:

1. Необходимо выяснить, есть ли в помещении специальные устройства, которые защищают информацию на компьютерах от неожиданного проникновения в систему, если есть, то их необходимо отключить, ведь они могут стереть данные;

2. Необходимо установить, есть ли телекоммуникационные связи от одного компьютера к другому и техническими средствами обеспечения информационными данными с каналами электросвязи по следующим моделям: ПК – ПК, ПК – сервер, ПК – средство электросвязи, ПК – периферийное устройство, и так далее.

Если есть компьютерная сеть любого уровня конфигурации, то в данном случае осмотру и обыску, прежде всего, должен подвергаться управляющий центральный компьютер (иными словами, сервер, компьютер процессингового центра и так далее). Это компьютерно-техническое средство обеспечения информационными данными в оперативной и постоянной памяти хранит наиболее значительную часть машинных данных, осуществляет управление другими компьютерными и техническими средствами обеспечения информационными данными, имеет программу для установления между собой автоматической связи всех ПК, которые объединены в одну сеть.

Необходимо понимать, что если имеется соединение компьютерно-технического средства обеспечения информационными данными с прочим видом оборудования и ЭВМ, находящимися за периметром обыскиваемой зоны (прочее здание, помещение, населенный пункт и так далее), то есть вероятность осуществления доступа к данным извне, с возможностью

совершения всех действий с ними и компьютерными и техническими средствами по обеспечению информацией (то есть, копирование, нарушение работы, стирание, блокирование, уничтожение, модификация). Для предотвращения этих действий необходимо в соответствии с рекомендациями специалиста и, исходя из обстоятельств, полностью или частично, на непродолжительное или длительное время выключить локальную компьютерную сеть, либо компьютерно-техническое средство обеспечения информационными данными полностью отключить от всех технических устройств, находящихся за рамками зоны обыска. Отметим, что отключение может осуществляться или на аппаратном уровне, или на программном. Если компьютерно-техническое средство по обеспечению информационными данными работает лишь для приема и отправки электронных сообщений, то в данном случае целесообразно оставить его в течение всего обыска в рабочем состоянии, тем не менее, настроить его лишь на прием электронной почты, в полной мере исключая любую передачу и обработку информационных данных. Такая работа может быть проделана только квалифицированным специалистом. Действия, выполняемые им, должны в обязательном порядке фиксироваться с помощью видеозаписи и должны отражаться в процессуальном документе, отражающем ведение обыска, в протоколе.

3. Определить, какие компьютеры и какая техника с информационными данными, находятся в рабочем подключенном состоянии. Выявить характер действий либо программ, осуществляемых ими. Особое внимание необходимо уделять видеотерминальным отображающим, а также различным печатающим устройствам (принтерам и мониторам). В случае необходимости, распечатки данных необходимо изымать и приобщать к протоколу, ведущемуся в ходе следственного действия. Все, что отображается на экране дисплея, очень тщательно рассматривается и детально фиксируется в протоколе (также допускается его распечатывание на

бумаге с использованием соответствующих сканирующих программ или фиксации его на видео).

Если специалист сможет выявить, что на каком-то из компьютеров во время обыска производится уничтожение информационных данных или уничтожается тот или иной машинный носитель данных, то в этом случае всеми доступными способами необходимо остановить данный процесс, а потом приступить к исследованию с данного места, либо компьютерно-технического средства обеспечения информационными данными.

4. В процессе исследования ПК необходимо:

- установить самую последнюю осуществленную операцию либо программу, а в самом лучшем случае все, которые после включения персонального компьютера исполнялись;

- произвести экспресс-анализ всех данных, содержащихся на жестком диске компьютера либо в оперативной памяти в целях получения тех данных, которые для следственного процесса имеют значение (интерес представляют файлы не только с текстовой информацией, но и с графической).

Как мы считаем, детальный обыск является довольно трудоемким, он требует соответствующей квалификации у специалиста по компьютерным и техническим средствам обеспечения информационными данными. Кроме того, высокий уровень квалификации должны иметь все без исключения члены следственно - оперативной группы.

Необходимо грамотно организовать все поисковые действия, направить данные действия на изыскание тайников, в которых могут скрываться предметы, устройства и документы, компьютерно-техническое средство по обеспечению информационными данными: аппаратные и программные оболочки модулей, его составляющих, могут служить тайником.

Следователю стоит придерживаться нижеперечисленных рекомендаций:

- в том случае, если вскрытие корпуса, указанного выше средства обеспечения информационными данными является невозможным (когда это

способно привести к утрате информации, физическому повреждению информационных носителей или вызовет неисправность), необходимо это компьютерно-техническое средство изъять целиком. Это требуется для лабораторного исследования данного компьютерно-технического средства;

- обнаруженные машинные носители данных (то есть, пластиковые карточки, ленты, дискеты, в частности, компакт-диски, видео- и аудиокассеты), необходимо реквизируют для предстоящего анализа информации, имеющейся на них, на специальном исследовательском оборудовании, без использования которого не допускается осмотр данных;

- запрещено использовать специализированную поисковую и досмотровую технику, одним из элементов которой выступает источник электромагнитных либо магнитных излучений (электронные стетоскопы, рентгеновские установки, магниты, металлодетекторы, прочие аналогичные приборы);

- если требуется изъятие жесткого диска персонального компьютера, то тогда целесообразно изъятие всего процессорного (системного) блока.

2.3 Тактика осмотра документов по делам о причинении тяжкого вреда здоровью вследствие ненадлежащего оказания медицинской помощи

Изъятые в ходе производства выемки и обыска документы должны быть осмотрены. При этом необходимо иметь представление о видах медицинских документов и разбираться в них, знать нормативно-правовую базу в области здравоохранения. Приказом Минздрава РФ от 26 марта 1999 г. № 100 регламентируется качественное оформление карты вызова скорой помощи, оно должно в себя включать:

- подробное описание анамнеза, а также данных объективного исследования пациента, подробное описание тех или иных дополнительных исследований (экспресс-тесты, электрокардиография и так далее);

- последовательная и логичная формулировка диагноза пациента, исходя из требований МКБ-10 (МКБ-11);
- запись времени, затраченного на осуществление каждой отдельной медицинской процедуры;
- зафиксированное по стандарту время, соответствующее началу и завершению выполнения вызова. Отметим, что при доставке больного в стационар заполнение сопроводительного листа (форма 114/у) тоже регламентировано вышеуказанным приказом, согласно которому в этом листе в обязательном порядке должно отражаться: краткое описание «что и когда произошло», состояние пациента, оказанная ему медицинская помощь и, если имеются, дополнительные исследования.

Пациенту всегда выдается медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях (по форме № 025/у).⁶⁵ Ее человеку выдают на руки, когда его лечат, если врач приезжает по вызову или если это происходит в поликлинике. История болезни заводится всегда, это не имеет исключений. Куда бы человек ни обратился, прежде всего, на него заведут карточку, и она будет храниться в регистратуре. Однако форма такой медицинской карточки может быть разной.

Если лицо обратилось к дерматологу, то есть специальные бланки для пациентов с заболеваниями кожи и больных, обратившихся за консультациями. Если речь идет об учреждениях, где исследуют и оказывают помощь по обращениям в лечении туберкулеза, то есть специальные бланки для пациентов, впервые пришедших в диспансер. Есть специальные бланки для пациентов, получающих консультативную помощь. Есть специальные бланки для пациентов, которых поставили на учет. Есть специальные бланки для пациентов с грибковыми заболеваниями. Есть также специальные бланки для пациентов с венерическими заболеваниями.

⁶⁵ Приказ Министерства здравоохранения России от 15.12.2014 N 834н (ред. от 02.11.2020) "Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению"

Такая же дифференциация имеется и в женских консультациях. Заводят специальные карты для женщин, которые обратились с целью сделать аборт, и для женщин, у которых имеются гинекологические заболевания. Заводят отдельные карты для женщин в состоянии беременности и рожениц. Они называются «индивидуальные карты беременных и рожениц» (по форме № 111/у);

- в наркологических либо психоневрологических диспансерах карты заводятся на пациентов, обратившихся за наркологической либо психиатрической помощью или взятых на учет (по форме № 030-1/у-2).

Вместе с тем необходимо учесть, что в обязательном порядке врачом составляется инструктивное указание по форме № 107/у-НП, где указывается, какие именно наркотические препараты и в каком размере назначаются больным.⁶⁶

Подчеркнем, что в амбулаторной карте пациента можно сокращать записи, слова, в истории болезни — это недопустимо. Несмотря на это злоупотреблять и писать в амбулаторной карте одни лишь медику понятные знаки тоже нельзя.

Пока пациента не поместили в стационар, им занимаются врачи, которые решают важную задачу в стратегии и тактике лечения человека. Эти врачи дифференцируют весь поток обратившихся лиц. Их задачей является понять, кто может лечиться домашних условиях, кто может наблюдаться в условиях поликлиники, дневного стационара, кого необходимо госпитализировать. Это может быть плановая госпитализация или срочная. Именно поэтому первичные врачебные карты до стационарного осмотра и лечения больных имеют очень важное значение, как и сама история болезни.

⁶⁶ Приказ Министерства здравоохранения России от 01.08.2012 N 54н (ред. от 08.10.2020) "Об утверждении формы бланков рецептов, содержащих назначение наркотических средств или психотропных веществ, порядка их изготовления, распределения, регистрации, учета и хранения, а также правил оформления" (Зарегистрировано в Минюсте России 15.08.2012 N 25190).

Необходимо отметить, что карточка стационарного пациента (то есть, история болезни — по форме № 003/у) является главным медицинским документом стационара, который заполняется на каждого больного, поступившего в стационар. Медицинская карта стационарного пациента ведется всеми диспансерами, больницами, клиниками университетов и НИИ, санаторными учреждениями.

В настоящий момент медицинская карта стационарного больного оформляется в соответствии с формой 003/у образца 1980 года.⁶⁷

Для целей расследования нужно знать, что медицинская карта должна в обязательном порядке отражать информационную картину, по которой можно отследить, как чувствовал себя человек все то время, пока его лечили в стационарных условиях, что ему назначали, какие проводили анализы, как лечили. Данные медицинской карты дают возможность оценить правильность организации лечебного процесса.

Например, в паспортной части медицинской карты указывается диагноз направившей медицинской организации и диагноз, установленный медицинскими работниками при поступлении пациента в больницу в приемном отделении. Кроме того, отдельный врач при поступлении, принимая человека в приемном покое, должен завести особый лист на поступающего больного. В нем со слов поступающего больного записываются данные о том, болел ли он раньше. Также в этот лист заносят результаты обследований в приемном покое. Лечащий врач делает все остальные записи в медицинской карте, в том числе клинический диагноз.

Анамнестическая часть имеет определенное юридическое значение. Здесь имеются сведения, что произошло с человеком, записана дата появления первых признаков недомогания, обращался ли человек ранее за лечением по этому поводу. Если анамнез составлен невнимательно, то врач рискует поставить не тот диагноз, а затем и не так лечить человека, это

⁶⁷ Приказ Минздрава СССР от 04.10.1980 № 1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения».

может стать субъективным фактором всех дальнейших ненадлежащих действий медицинского работника.

Данным объективного исследования пациента придается большое значение, в том числе, важна информация о том, что показали назначенные лабораторные исследования, информация о том, что усмотрели в состоянии больного узкие специалисты. В анамнезе, как врач, так и следователь может найти информацию об объективном состоянии пациента по всем органам и системам больного. Важно отметить, что если больного обследовали неполноценно, не измерили артериальное давление, пульс, дыхание, ритм сердца, это легко может привести в скором времени к ошибочной линии терапии и даже спровоцировать несвоевременное помещение пациента в одно из специализированных отделений, например, в инфекционное отделение и т.д.

Согласно Единым правилам оформления медицинской документации, не допускается произвольное по содержанию и форме создание названных выше документов, не установленного образца. Должны быть заполнены все без отклонения графы истории болезни. Все, без исключения, данные, кроме данных о назначенных медикаментах. Причем есть одно крайне важное требование: почерк должен быть понимаемым, а язык – русским.

Когда человеку делал операцию хирург, то вторая страница медицинской карты должна содержать сведения, когда проводилась операция, дата, как называлась операция полностью. Также подобная информация вносится в журнал записи оперативных вмешательств, который хранится в стационаре (по форме № 008/у).

Также необходимо сказать об отражении в медицинской документации информированного согласия лица на проведение ему оперативного вмешательства.

Лечащий врач берет на себя миссию по действующему закону – донести до человека, что ему необходимо сделать операцию, что после нее

могут быть осложнения, пояснить степень риска и получить от лица информированное согласие на данный вид лечения.⁶⁸

Например, в следственный комитет от женщины поступило заявление относительно привлечения к уголовной ответственности медицинских работников, которые без ее согласия при проведении операции по удалению кисты правого яичника удалили матку. В процессе проверки выявлено, что было получено согласие на операцию, однако не было подписано этой пациенткой развернутое информированное согласие, где должны перечисляться риски, а также предстоящий объем операции.

Это обстоятельство учитывается, если оперативное вмешательство проходит в срочном режиме, по жизненным показаниям. Как правило, пациент не приходит в сознание, и получить от него согласие не представляется возможным, тогда это обстоятельство подробно описывается в истории болезни.

Эта карта, пока больной пребывает в стационаре, хранится в соответствующей папке лечащего врача, он ежедневно производит записи о состоянии и лечении пациента, все назначения фиксируются в дневнике данной карты. Палатная сестра на температурном листе, прилагаемом к карте (по форме № 004/у), изображает графически пульс, температуру, дыхание пациента и так далее.

Когда пациент готовится к выписке, то обязанностью лечащего врача является составление эпикриза. В эпикризе коротко подводятся итоги пребывания пациента в лечебном учреждении. Врач фиксирует информацию о том, в каком состоянии человек поступил в больницу и в каком состоянии человек выписывается из больницы. Также он перечисляет все лечебные действия, которые были применены. Указывает на их эффективность, дает обоснование проведенной диагностики, записывает рекомендательные наставления по дальнейшей терапии и режиму пациента.

⁶⁸Климкина С.В. Особенности работы с документацией медицинского персонала Москва. Издательство: Медицина. - 2015. - С.89.

Важно отметить, что терапия может состоять не только из приема лекарств, но применяться и хирургическая помощь, гинекологическая, лучевая и пр. С учетом этого, составляется и карточка амбулаторного больного. Все лекарства, которые назначаются больному, записываются столбиком в лист назначения, это специально разработанный бланк. В этом бланке записывается название лекарственного средства, дозировка, когда его назначил врач, когда это лекарство было врачом отменено, как его принимать.

Нередко происходит переливание крови. Тогда в историю болезни вносится информация о группе крови человека и группе крови его донора, также вносится информация о том, что проводились биологические пробы, пробы на совместимость. Какие результаты были получены от проб.

В историю болезни в обязательном порядке клеиваются этикетки с флаконов при переливании консервированной крови пациенту. Это делается для того, чтобы иметь возможность объективно оценить факторы посттрансфузионных осложнений, если вдруг они возникнут.

Лечащим врачом и заведующим отделением подписывается история болезни. На основании данных истории болезни составляется медицинская карта пациента, выбывшего из стационара (по форме 066/у-2),⁶⁹ потом она сдается в архив медицинской организации.

Если следствием при исследовании вышеназванных документов будут обнаружены отступления от установленных норм, то тогда это будет говорить о наличии дефекта ведения первичных медицинских документов.

Как раз первичные медицинские документы позволяют оценить качество оказанной пациенту медицинской помощи. Первичные медицинские документы являются своеобразной стенограммой, в которой должны быть зафиксированы абсолютно каждый шаг и каждое действие в оказании человеку медицинских услуг, все установленные законом действия

⁶⁹ Приказ Минздрава РФ от 30 декабря 2002 г. N 413 "Об утверждении учетной и отчетной медицинской документации".

лечебно-профилактического учреждения в контексте обслуживания своего пациента и его соблюдения его законных прав. Важно понимать, что в таком подходе заложены все основы ее юридического значения, в силу чего следователь должен очень тщательно изучить всю необходимую медицинскую документацию.

Молчановым В.И.⁷⁰ подробно исследовано правовое значение отдельных данных из истории болезни в целях расследования преступных деяний, вследствие совершения которых был причинен вред пациенту, а также в целях осуществления судебно-медицинской экспертизы.

Молчанов В.И. для истории болезни пациента как для документа сформулировал общие требования, которые, как мы считаем, являются неоспоримыми:

- точность изложения;
- формальная определенность;
- ясные формулировки;
- необходимая совокупность исчерпывающих сведений.

В первичных медицинских источниках, которые составляются по строгой форме на официальных бланках, проставляется их порядковый номер, сюда вносятся паспортные данные пациента, полное наименование лечебного учреждения. Такие данные должны найти свое непосредственное отражение в протоколе осмотра определенного медицинского документа.

Также юридическое значение первичных медицинских документов проявляется в следующем: они являются основой для некоторых других медицинских документов, составляющихся на основании их данных.

К примеру, выписки из медицинских карт, разные справки, учетные карточки, температурный лист, который палатной сестрой заполняется на основании ежедневных записей врача, направления на медицинскую

⁷⁰Молчанов В.И. Практическая медицина. - Москва. - Издательство: Медицина. - 2005. - С.145.

судебно-экспертную комиссию. При осмотре следователем особенностей ведения первичных медицинских документов нужно учитывать, что, если правильно они составлялись, противоречить друг другу они не должны, непременно содержа в себе значительный объем криминалистически важной информации.

В процесс осмотра медицинских документов также могут возникнуть и прочие вопросы, которые касаются специфики проведенного лечения и выполненных диагностических манипуляций.

Почему так необходимо изучить содержательную сторону медицинской документации. Потому что именно она является средством, с помощью которого можно воспроизвести и запечатлеть реально имевший место процесс оказания медицинской помощи человеку. Анализ медицинских материалов на этапе проведения предварительного следствия вырисовывает перед следователем картину мыслительного процесса врача, который ее составлял и записывал. Это дает возможность для видения направления действий врача. Понять, какими аргументами он пользовался, когда останавливал свой выбор на том или ином способе лечения, прибегал к тому или иному средству осуществления своих действий и выполнения избранного лечения. В медицинской документации содержатся имевшие место описанные обстоятельства диагностики, терапии, оценки результативности действий по оказанию медицинской помощи. Так можно также отследить взаимосвязь действий врача с результатами и последствиями действий. Только такой подход дает возможность увидеть само событие, установить его содержательную сторону, дать правильную оценку действий участников, оценить и качество медицинской помощи. Врачебную документацию можно именовать “немым свидетелем”. Проанализировав ее, можно увидеть достоверную картину случившегося. Тем не менее, это сделать можно лишь опираясь на специальные знания и помощь соответствующих специалистов.

Кроме того, при осмотре документов нужно обращать внимание на дописки, подчистки, написание документов различным подчерком, замазки, исправления и т.д., что подробным образом необходимо зафиксировать в протоколе осмотра документов.

2.4 Тактика допроса на первоначальном этапе расследования причинения тяжкого вреда здоровью вследствие ненадлежащего оказания медицинской помощи

Среди следственных действий, проводимых в ходе расследования причинения тяжкого вреда здоровью вследствие ненадлежащего оказания медицинской помощи необходимо выделить допрос. Именно допрос выступает одним из главных средств собирания и проверки имеющихся доказательств. От успешного проведения допроса в значительной мере зависит результат расследования уголовного дела.

Допрос по своему характеру – это многоплановое и сложное следственное действие, которое зачастую протекает в условиях конфликтной ситуации. Достижение его целей напрямую зависит от того, сможет ли следователь поменять эту ситуацию, а также использовать имеющиеся у него возможности в целях получения криминалистически важной информации. Подчеркнем, что для этого требуется знание человеческой психологии, очень высокое профессиональное мастерство, умение видеть психологические особенности допрашиваемого лица, успешное использование в ходе допроса разных тактических приемов. Допрос является искусством. И каждый следователь повседневно должен учиться и совершенствоваться в этом искусстве.

В криминалистике в целях выработки тактических приемов, допрос классифицируются по таким основаниям:

- исходя из непроцессуального положения допрашиваемого лица (подозреваемого, эксперта, свидетеля, потерпевшего);

- по объему (основной допрос, дополнительный допрос);
- по последовательности допроса допрашиваемых лиц (первоначальный допрос, повторный допрос);
- по возрастным особенностям допрашиваемых лиц (малолетнего, несовершеннолетнего, взрослого);
- по составу участников допроса:
- с участием третьих лиц (защитника, эксперта, специалиста, родителей или законных представителей несовершеннолетнего, педагога, психолога, переводчика);
- без участия третьих лиц (то есть, единолично следователем).

Тактические приемы допроса – это не противоречащие законодательству научно-обоснованные методы и способы установления с допрашиваемым психологического контакта, методы и способы нейтрализации негативной позиции этого лица и оказания на него психического воздействия для получения достоверных и полных показаний;

Заметим, что приемы допросов отличаются между собой по целям их применения и по содержанию.

Тем не менее, из всего разнообразия приемов допросов можно выделить универсальные, поскольку применяются они при производстве любого допроса.

Очень часто общие вопросы тактики подготовки к проведению допросов разных видов выступают в криминалистической литературе предметом исследования.⁷¹

Главные из них следующие:

⁷¹ Зайцева И. А. Процессуальные и тактические особенности допроса подозреваемого и обвиняемого, проводимого при участии защитника / М.: Юрлитинформ, 2006. – С. 232.
 Соловьев А. Б. Процессуальные, тактические и психологические основы допроса на предварительном следствии / М.: Юрлитинформ, 2002. – С. 192.
 Замылин Е. И. Тактико-психологические основы допроса в конфликтной ситуации: автореф. дис. ... канд. юрид. наук / Волгоград. юрид. ин-т. – Волгоград, 1996. – С. 24.
 Исаева К. А. Тактические особенности допроса женщин – подозреваемых и обвиняемых: автореф. дис. канд. юрид. наук / МВД РФ – М.: 1995. – С. 21.

- изучить личность допрашиваемого лица по причинению им тяжкого вреда здоровью человека в результате ненадлежащего оказания медицинской помощи;
- определить предмет допроса;
- составить в письменном виде приблизительный план предстоящего допроса;
- определить прочих его участников, обладающих по закону правом принимать в нем участие, и принять соответствующие меры к обеспечению такого участия;
- определить наилучшие с тактической позиции время и место проведения допроса;
- осуществить подготовку необходимых материалов уголовного дела и вещественных доказательств в целях их тактического использования в ходе допроса;
- определить тактическую необходимость применения видео - либо звукозаписывающей техники в целях фиксации хода намечаемого допроса, произвести подготовку этой техники, пригласить необходимых специалистов.

Допрос по делам о преступлениях, совершенных медицинскими работниками в ходе осуществления профессиональной деятельности и причинивших здоровью людей вредоносное воздействие, должен вестись следователем с достаточной степенью профессиональной подготовки, он должен знать психологию, обладать познаниями в области медицины и так далее.

Следователю, организуя направленно воздействие на личность допрашиваемого лица в пределах действующего законодательства, необходимо выбрать такой метод, который сможет открыть душу человека. Закономерность динамики процесса допроса является одной из ведущих его характеристик.

На первоначальном этапе расследования по уголовным делам о преступлениях, совершенных медицинскими работниками при исполнении своих профессиональных обязанностей и допустивших причинение вреда здоровью человека, все действия начинаются с проведения допроса лиц, которые по делу проходят в статусе потерпевшего и подозреваемого. Проводя допрос потерпевшей стороны, непосредственно лица или представителя лица, необходимо учитывать состояние его психики, ведь посягательство на жизнь и здоровье не проходит бесследно. Человек пришел в больницу, полностью доверяя врачам, его здоровье нуждалось в восстановлении, он так рассчитывал на то, что ему помогут сохранить жизнь, спасут, ведь медицинская помощь гарантирована законом.

Вместо этого медицинский работник, обязанность которого в силу профессии и служебного положения заключается в том, чтобы сделать все возможное и помочь человеку восстановить жизненно важные функции, сохранить жизнь, напротив, нанес урон здоровью еще больше, причинил вред его здоровью и состоянию, что с этической точки зрения – чудовищное вероломство, с правовой – преступное деяние.

Эти обстоятельства, не пройдя бесследно для психики пострадавшего, не могут не влиять на его показания. Человек переживает и вкладывает это состояние в свои показания, вновь переживая те лишения, которые ему пришлось пережить и которые связаны с психическими страданиями, физической болью, неудобствами в социальном плане.

Необходимо соответствующим образом выстраивать и тактику проведения работы по получению показаний у потерпевшего и его представителя. Поскольку для пострадавшего это может стать сознательно или подспудно возможностью отомстить обидчику за страдания и вред, и в этой связи ход описания действий и поведения виновного лица могут содержать в себе долю субъективизма, предвзятости и преувеличения.

Помимо названных причин, показания законного представителя пострадавшего могут в себе содержать лишь надуманные догадки, домыслы,

в частности, и сформировавшиеся у других лиц либо под их воздействием, поскольку сами законные представители пострадавшего далеко не всегда находятся рядом с ним, они являются очевидцами возникшей травмы либо заболевания, оказания медицинской помощи и так далее. Эти лица, как правило, об обстоятельствах знают со слов других лиц и пострадавшего.

При названных выше обстоятельствах могут различаться как тактика, так и предмет допроса пострадавшего и его законного представителя.

Например, при допросе пострадавшего выясняются такие вопросы:

1. Его анкетные данные: его возраст, специальность, место основной работы;

2. Наличие у него заболеваний до момента обращения за медицинской помощью, наличие вредных привычек, вредных условий труда, травм, операций, аллергии, наследственности, и так далее;

3. Обстоятельства начала получения травмы, либо заболевания: место, дата, первые симптомы травмы либо заболевания, описание симптомов, динамика изменения общего состояния пациента, осуществлялось ли самолечение, если осуществлялось, то, что оно из себя представляло.

4. Вне госпитального этапа:

- 4.1. Место и дата обращения за медицинской помощью, в какую конкретно медицинскую организацию, к какому врачу;

- 4.2. Время, которое прошло с момента начала получения человеком травмы (заболевания);

- 4.3. Время, которое прошло с момента обращения человека в медицинское учреждение до начала его обследования;

- 4.4. Общий объем обследования человека, дополнительных исследований, назначений, поставленный ему диагноз, а также назначенное ему лечение;

- 4.5. Соблюдение предписанного пациенту лечения, прохождение исследований, в том случае, если имели место нарушения, то чем они обусловлены;

4.6. Было ли обращение по данному поводу к другим специалистам, либо наблюдение у лечащего врача в связи с прочей болезнью;

4.7. Имели ли место отказы от предложенных методов его лечения, его госпитализации, их причины;

4.8. Разъяснялись ли медицинским работником особенности течения заболевания, осложнения и исходы, возможные методы лечения, преимущества и недостатки.

5. На госпитальном этапе:

5.1. Дата и время поступления пациента;

5.2. Кем пациент был доставлен: самостоятельно, с места происшествия, плановая или экстренная госпитализация и так далее;

5.3. Вид медицинской организации;

5.4. Описание состояния здоровья пациента при поступлении в медицинскую организацию, возможность адекватно воспринимать реальную действительность;

5.5. В приемном покое:

- объем обследования пациента: кем пациент был осмотрен, какие были сделаны анализы либо инструментальные исследования;

- время нахождения;

- объем оказанной медицинской помощи;

- когда, кем, и на основе чего принималось решение о проведении операции, какой конкретно операции, разъяснен ли объем, получено ли согласие, предложены ли альтернативные методы лечения, общее самочувствие, когда вышел из наркоза;

- когда, кем, и на основе чего принималось решение относительно перевода пациента в отделение, и какое решение принято;

- отказано в госпитализации пациента, кем и по какой причине;

5.6. В отделении:

- первые четыре вопроса из п. 5.5, а также:

- у каких специалистов проводились консультации;

- кто был лечащим врачом;
- каковым был распорядок дня, в частности, время выдачи лекарств, проведения процедур, кто и когда проводил обходы;
- если были переводы в другое отделение, то тогда в связи с чем и когда.

В процессе допроса законного представителя потерпевшего, прежде всего, выясняются все вопросы, определяющие последующий ход данного допроса, а также:

- объективность допрашиваемого;
- степень его родства с пострадавшим;
- проживает ли он совместно с пострадавшим, если проживает совместно, то постоянно ли, с какого времени.

Если законный представитель потерпевшего является его близким родственником, то в данном случае вопросы могут быть схожими с вопросами, которые необходимо задавать потерпевшему, дополнив их следующими уточняющими вопросами: сам ли он являлся свидетелем определенного факта оказания медицинской помощи либо знает об этом только со слов, если так, то с чьих конкретно.

В том же случае, если представитель потерпевшего не был с ним в постоянном контакте, то тогда нужно выяснить следующее:

- кто именно осуществлял уход на дому, навещал в стационаре, ходил за лекарственными препаратами, сопровождал в поликлиники и на приемы к медицинским работникам;
- кем вызывалась скорая помощь, врачи, и кто именно присутствовал в момент их приезда;
- знает ли, в силу чего проводится допрос.

По преступлениям анализируемой группы наибольшие сложности представляет допрос подозреваемого лица.

Следователь к проведению допроса подозреваемого лица должен подходить с особой тщательностью. Каждый следователь может допросить

человека формально, иными словами, выслушать все его показания, а также записать их. Однако, лишь следователь, хорошо усвоивший и умеющий применять на практике тактические приемы допроса, может допросить тактически правильно, для того, чтобы получить от подозреваемого правдивые и полные показания.

Успех этого допроса в значительной мере зависит от знания лицом нормативно - справочной и медицинской документации. Также для определения тактики допроса нужно выяснить все тонкости, связанные с условиями и обстоятельствами, при которых проходил медицинский комплекс мероприятий. Например, планировались ли действия врача заранее. Операция проходила в плановом режиме или, был экстренный случай, по жизненно важным показаниям. Подписывал ли и в каких обстоятельствах подписывал пострадавший информированное согласие. Также как можно более детальное исследование показаний потерпевшего даст возможность понять, насколько правдивы показания подозреваемого.

В настоящем исследовании нами сделан акцент на допрос подозреваемого. В первую очередь, необходимо правильно представлять себе главные задачи данного допроса. Все его показания являются источником получения сведений, прежде всего, по следующим вопросам:

- совершило ли лицо действия, в которых оно обвиняется;
- при каких обстоятельствах имело место преступное деяние (кто участвовал в совершении этого преступления, что именно способствовало его совершению, где именно было совершено и так далее).

Если говорить о первой группе вопросов, то здесь очевидно, что лучше самого подозреваемого никто не может знать, совершил ли он преступление, в котором обвиняется. Тем не менее, задача допроса состоит вовсе не в том, чтобы так или иначе получить признание подозреваемого лица. Его задача заключается в получении от подозреваемого достоверных показаний, которые правильно отражают реальные факты.

В случае, если полученные сведения подозреваемый опровергает, то тогда ценность этих показаний определяется именно тем, что они могут позволить установить настоящих виновников преступного деяния.

Тактика допроса по уголовным делам о причинении тяжкого вреда здоровью вследствие ненадлежащего оказания медицинской помощи, безусловно, обладает общими методическими основами с тактикой допроса подозреваемых по уголовным делам прочих категорий. Однако за этим общим было бы неправильно не видеть значительного своеобразия, благодаря которому допрос по уголовным делам о причинении тяжкого вреда здоровью вследствие ненадлежащего оказания медицинской помощи отличается от допроса субъектов, которые подозреваются в других преступных деяниях.

Такое своеобразие базируется на специфике уголовных дел, а также на характере обвинения. Стоит сказать о том, что тактически правильное осуществление допроса подозреваемого заключается, как уже было сказано, в тщательной подготовке к нему.

Эта подготовка непосредственно сводится к таким главным категориям:

- К подробному ознакомлению следователя с материалами уголовного дела;
- К ознакомлению следователя со спецификой работы медицинской организации;
- К предварительному собиранию информации о предполагаемом виновном лице;
- К разработке плана допроса подозреваемого и составлению списка вопросов;
- К выбору момента проведения допроса подозреваемого.

Ознакомление с материалами уголовного дела. Конечно же, следователь хорошо знает материалы уголовного дела, так как он ведет следствие. Тем не менее разными по сути являются знание материалов

уголовного дела вообще и тщательное ознакомление с материалами уголовного дела специально для проведения допроса подозреваемого.

Основными тактическими задачами такого допроса будут:

- выявление элементов состава преступного деяния;
- установления всех обстоятельств, времени и места совершения действий, важных для расследования:
- установление мотивов и способа совершения этих действий и всех сопутствующих обстоятельств, выявление объема, причиненного потерпевшему ущерба;
- установление других свидетелей и субъектов, являющихся причастными к совершению преступного деяния.

В ходе допроса подозреваемого лица выясняется так же следующая информация:

- наличие специальной и профессиональной подготовки в области медицины, количество лет специального трудового стажа и общий стаж в медицине;
- знало ли подозреваемое лицо, как технологически правильно нужно проводить те мероприятия, которые были сопряжены с помощью пострадавшему, и которые имели в рассматриваемом уголовном деле неблагоприятные последствия;
- личностный портрет подозреваемого лица с присущими ему поведенческими и индивидуальными чертами;
- патология, которая была характерна потерпевшему;
- медицинское обоснование примененных к пациенту, инструментальных, лабораторных, врачебных действий;
- медицинское обоснование диагностирования именно этого заболевания предварительно и клинически;
- по каким причинам могли не совпасть судебно-медицинская и клиническая диагностика;
- медицинское обоснование проведенной потерпевшему терапии;

- каким образом происходило отслеживание течения патологии, и каким образом лечение отражалось на его ходе, какие исследования, оценка данных, выводы делали медики;

- какие дает объяснения подозреваемый по поводу причин, которые привели к тому, что во время лечения возникли дефективные состояния: произошло, например, занесение патогенной флоры, произошло отравление или пациент был травмирован, обожжен. Какие дает объяснения подозреваемый по мерам, с помощью которых устранялись дефективные состояния, подтверждается ли это записями в медицинских документах. Какие дает объяснения подозреваемый о том, почему дефект своевременно не был устранен;

- к каким отрицательным результатам привело допущение дефекта;

- кто, при каких обстоятельствах, в какое время (поздно, вовремя), выявил признаки ятрогении, что было сделано для того, чтобы установить и устранить ее причины;

- что привело к отрицательном результату, случилось ли это в результате медицинских действий;

- что из медицинских правил и почему нарушил подозреваемый, как это отразилось на формировании дефекта, отрицательный исход.

3. ПОСЛЕДУЮЩИЙ ЭТАП РАССЛЕДОВАНИЯ ПРИЧИНЕНИЯ ТЯЖКОГО ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ ВСЛЕДСТВИЕ НЕНАДЛЕЖАЩЕГО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

3.1 Следственные ситуации и планирование последующего этапа расследования причинения тяжкого вреда здоровью вследствие ненадлежащего оказания медицинской помощи

Изучение сложившихся следственных ситуаций на последующем этапе расследования причинения лицу тяжкого вреда здоровью вследствие ненадлежащего оказания медицинской помощи играет важную роль. Появляется возможность выработки для следователя программ, основывающихся на типичных следственных ситуациях, требующихся для установления причастности виновного к этому преступному деянию и доказыванию его вины.

Отметим, что в них могут даваться рекомендации и методические указания по осуществлению расследования причинения человеку тяжкого вреда его здоровью вследствие ненадлежащего оказания ему медицинской помощи. В них может содержаться программа осуществления в типичных следственных ситуациях отдельных следственных действий, выработана совокупность соответствующих рекомендаций и так далее.

Для этого выявляются типичные ситуации, самые характерные для данного преступного деяния, которые происходят далее. Также необходимо принимать во внимание постоянно совершенствующиеся подходы преступников, их хитрые шаги, способность сделать свои действия незаметными или менее заметными, запутывание следов, применение научных новшеств.

Заслуживает внимания и должной оценки подход Р.С. Белкина. Автор считает генеральной линией очередного этапа следственных действий

последовательность, широту, масштабность, методичность процесса сбора доказательной базы.

Данному следственному этапу характерны такие сценарии:

Первый следственный сценарий. Известен способ совершения преступления, известен медицинский работник, который пошел на преступление. Он частично или полностью признает вину или отказывается признавать совсем. Так происходит в 58,3 процентах ситуаций. Для того, чтобы разрешить такой сценарий генерируются несколько версий, подтверждающих или исключающих вину медицинского работника. Данный сценарий обязывает следователя решать ряд задач. Следователь либо должен доказать совершенный факт преступления, либо собрать проверенные данные об отсутствии вины медицинского работника.

Изобличение обвиняемого лица в том, что им было совершено преступление, происходит по следующему плану:

- принять во внимание в начале следствия итоги оперативно-розыскных и следственных мероприятий, показания потерпевшего, свидетельские показания, экспертизу состояния лица, которого подозревают или обвиняют по делу и пр.;

- показания принять на месте, где случилось преступное деяние;

- осуществить допросы остальных субъектов, чьи показания для целей всестороннего расследования дела могут принести пользу, например, в плане подтверждения алиби и прочее.

Должна быть четко спланирована последовательность дальнейших действий, и они должны показать непричастность либо причастность лица к преступлению, сюда входят:

- составление личностного портрета подозреваемого;

- тщательная проверка доказательной базы о причастности и вине медицинского работника в совершенном преступлении;

- следователь должен умело применять логику и эмоциональное воздействие на лицо для того, чтобы избежать действий, которые отнюдь не

содействуют расследованию, например, лицо может отказываться от дачи каких-либо показаний;

- тактика расследования предполагает состоявшиеся очные ставки лиц, участвовавших в преступном деянии, также могут начаться действия по противодействию следствию, поэтому следователю крайне важно иметь психологический контакт с участниками следствия.

Второй следственный сценарий. Имеется информация по мотиву преступления, обстоятельства ему предшествовавшие, пострадавшее лицо выявлено, но нет данных о виновном. Такой следственный сценарий свойственен 24 процентам дел.

Третий следственный сценарий. Нет данных об обстоятельствах, в которых совершено преступление, нет данных о виновном лице. Такой сценарий свойственен 17,7 процентам дел.

Для развертывания второго и третьего следственного сценария есть рекомендации по составлению ряда шагов, исполнение которых может помочь в установлении личности пострадавшего, также развертывание указанных сценариев дает возможность установить личность человека, который причастен к совершению преступления, помогает выявить коммуникационные связи пострадавшего.

Необходим мониторинг итоговых сведений, которые были получены на ранее осуществленном этапе расследования, после чего следователь назначает необходимые экспертизы.

Часто на этапе предварительного расследования лицо пытается противодействовать следствию. Как трактуется оказание противодействия – это умышленная, противоправная деятельность, направленная на замедление работы специальных уполномоченных субъектов, основанных на уголовно-процессуальных нормах, для решения задач предварительного следствия.

Мониторинг эмпирического материала, участниками которых становятся медицинские работники, показал, что превалируют следующие подходы к препятствованию ходу следствия:

1. Противодействие субъекта преступления в форме неявки для проведения следственных действий. Ситуация разрешается принудительным доставлением лица, на что следователь выносит постановление о приводе в соответствии со статьей 113 УПК РФ.

2. Субъект противодействует раскрытию преступления, когда лжет, не точно, не полно информирует следователя о том, что ему известно по расследуемому преступлению, утаивает информацию о виновных в различной форме, такой как дачи ложных показаний, в форме оговора, часто в форме самооговора.

3. Субъект противодействует раскрытию преступления, когда пытается скрыть или уничтожить следы преступления.

Следствие располагает очень эффективным, на наш взгляд, методом, который называется «метод рефлексивного управления», его можно с успехом применять, когда нужно найти компромиссное решение конфликтных ситуаций, он заключается во владении практикой мышления за самого себя и за оппонента. Если описывать этот метод, в контексте применения его к анализу конфликтов, то он работает так: предметно исследуются моделируемые спорные ситуации, включая стороны, которые сами их и создали.

Как протекает применение данного метода. При его использовании оппоненты конфликта моделируют рассуждения и решения друг друга. Далее создаются рефлексивные модели, включающие свою версию того, что на самом деле происходило, включая рассуждения о своих целях и целях противной стороны, рассуждения о том, как противная сторона представляет ситуацию, цели, свою и противоположную стратегию действия.

Метод рефлексивного управления интересен на заключительном своем этапе, когда происходит подведение итогов, резюмируются, анализируются все имеющиеся доказательства виновности медицинского работника, которого обвиняют в преступлении. Они служат платформой для принятия заключительного решения в расследовании преступления.

На этапе, когда все следственные действия подходят к концу, включается в работу типовой план следственных действий, состоящий из запланированного перечня действий организационного характера:

- подвергаются тщательному анализу данные, служащие доказательствами;
- подводятся итоги следственных действий;
- обвиняемому, адвокату обвиняемого, пострадавшему лицу, истцу, ответчику, его законному представителю отправляются должным образом оформленные уведомления о том, что расследование закончено, лиц приглашают ознакомиться с материалами уголовного дела и выясняют, нет ли у них ходатайств на проведение еще каких-либо следственных действий;
- также на данном завершающем этапе может быть подготовлено постановление, которым будет отказано или удовлетворено данное ходатайство. В процессе того, как потерпевший и обвиняемый будут знакомиться с материалами уголовного дела, также будут проводиться и оцениваться, в случае необходимости, дополнительные мероприятия в рамках следствия.

Анализ практики показал, что на рассматриваемом этапе также дополнительно осуществлялись допросы свидетелей, в 43,7 процентах уголовных дел, допрашивали обвиняемых по 79,4 процентам дел, необходимо было назначить экспертизу в 15,1 процентов случаев;

- также на завершающем этапе уже идет работа над обвинительным заключением, готовится постановление об отправке уголовного дела в суд; может быть, как вариант, вынесено постановление о прекращении уголовного дела.

Расследование преступлений в данной сфере должны постоянно совершенствоваться, и здесь важны все составляющие:

1. Информационная осведомленность следователя. Вся вновь появляющаяся информация усилиями сотрудников оперативных подразделений должна тут же предоставляться следователю. И это

требование бесспорно, хотя им иногда пренебрегают. Здесь неприемлем принцип предпочтения: «хочу, направлю следователю, потому что считаю, что она ценная, хочу – нет, потому что, на мой взгляд, она не заслуживает равным счетом никакого внимания». Дело в том, что сотрудники оперативных подразделений держат фокус внимания на своих версиях, в то время как следователь не может заглядывать в их головы;

2. Следователь должен координировать работу сотрудников, привлекаемых к расследованию уголовного дела;

3. Следователь и иные должностные лица должны действовать как команда;

4. Следователь налаживает контакты с лицами, которых он может привлекать к организационно-подготовительным действиям в рамках производства по уголовному делу;

5. Следователь должен постоянно специализироваться и изменять подходы в расследовании уголовных дел данной группы преступлений.

Подведем итоги последующего этапа следствия по делам о причинении тяжкого вреда здоровью вследствие ненадлежащего оказания медицинской помощи. Здесь имеются свои характеристики. Следователь занимается непрерывным мониторингом личности медицинского работника. Следователь назначает экспертизы, проводит очные ставки, допросы, на которые приходят соучастники, свидетели, обвиняемые. Следователь на данном этапе предъявляет лицу постановление о привлечении его в качестве обвиняемого. Следователь занимается непрерывной аналитической работой с собранными доказательствами, устанавливает достаточность и полноту собранных доказательств для предоставления их в рамках дела в суд. Следователь, если есть необходимость, дополнительно проводит следственные действия. Следователь заносит в обвинительное заключение итоговые данные по расследованию уголовного дела.

3.2 Тактика назначения и проведения судебных экспертиз по делам о причинении тяжкого вреда здоровью вследствие ненадлежащего оказания медицинской помощи

Особенностью доказывания причинения человеку тяжкого вреда его здоровью вследствие ненадлежащего оказания ему медицинской помощи является назначение и проведение судебных экспертиз, основными из которых будут судебно-медицинская экспертиза определения степени тяжести вреда причиненного здоровью человека⁷² и экспертиза качества медицинской помощи⁷³.

Попов В.Л. признает судебные экспертизы по преступлениям в сфере медицины одними из наиболее трудо-затратных и наиболее сложных разновидностей судебных экспертных исследований. Трудоемкость обусловлена такими факторами: следовательно необходимо оценивать ретроспективу состояния здоровья пострадавшего от врачебных действий, бездействия; следовательно необходимо оценивать уникальность отклика организма человека на ту терапию, которая к нему применялась, оценивать её эффективность, полный объем, её своевременный показатель; характерна оценка документов, а не реальное обследование пострадавшего от действий или бездействия медицинских работников.

Попов В.Л. указывает на имеющие применение типовые вопросы. Они таковы, в частности:

- диагноз пациенту поставлен вовремя и точно?
- оказали ли пациенту должное лечение вовремя, в полном объеме, нужное именно при его заболевании или травме, имело ли лечение должный лечебный эффект?

⁷² Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 24 апреля 2008 г. №194н // Российская газета. 5 сентября, 2008. №188.

⁷³ Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 22.12.2020) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2021).

- взаимосвязаны ли характер диагностики и лечения и неблагоприятный исход?

- что бы произошло, если бы пациенту была проведена диагностика своевременно и правильно, оказано полноценное лечение?

- в чем заключаются выявленные недостатки при постановке диагноза, проведении обследования, терапии лица, влияют ли они на ухудшение состояния здоровья лица из-за этих недостатков, продолжает ли развиваться болезнь?⁷⁴

В основном мы поддерживаем высказанные позиции, ведь они являются наиболее типичными для исследуемой нами группы преступлений. Однако, мы должны указать на то обстоятельство, что они все же обладают весьма обобщенным характером и не могут соответствовать требованиям, которые имеются для применения системного подхода к изучению и анализу врачебного процесса и медицинских мероприятий, которые проводятся в рамках медицинской помощи, и по этой причине не способны привести к полному достижению цели следствия, которая заключается в полноаспектном установлении и изучении обстоятельств, при которых лицу был причинен тяжкий вред здоровью вследствие ненадлежащего оказания медицинской помощи.

Очевидно, что перечень экспертных вопросов подлежит такой формулировке, которая предполагает ответы, отражающие характерные особенности содержания и развития процесса, являющегося основной частью механизма посягательства.

Очевидно также, что вопрос о назначении и проведении СЭ КМП нужно ставить после того, когда у следователя имеются ответы на вопросы, и ответы эти подтверждены специалистом в области медицины:

⁷⁴ Попов В.Л., Попова Н.П. Правовые основы медицинской деятельности: Справочно-информационное пособие. Изд. 2-е, доработанное и дополненное. - СПб.: «Деан», - 1999. - С.310.

- следователю даны комментарии по видам медицинской помощи в контексте соответствующей болезни, соответствующего состояния или травмы, в каком объеме, какого характера оказана помощь, в какой последовательности она оказывалась;

-следователю даны письменные заключения, в которых отражены мнения специалистов в области медицины о том, какого характера и содержания должна оказываться помощь в рассматриваемых следствием случаях, когда имеются определенные причиненные повреждения, симптомы болезни, состояния больного, а также соответствия выполненных медицинских действий правилам оказания помощи и проведенной медицинской деятельности в интересах пациента;

-следователю предоставлены консультации в процессе составления вопросов для постановки этих вопросов перед судебными экспертами.

Очевидно, что дать нужную рекомендацию и консультацию может специалист, привлекается врач-клиницист или ученый в области медицины, именно они имеют глубокие познания особенностей предоставления медицинской помощи по самым разным видам заболеваний, а также у них имеется большой клинический опыт.

К тому же такой медицинский специалист, участвуя в допросах, обязательно укажет на моменты, где просто необходимы специальные знания, даст заключение об адекватности медицинской помощи, которая закончилась отрицательным исходом, то есть человеку был причинен вред его здоровью или началось заболевание.

Когда проводятся судебные экспертизы, возникает огромное количество вопросов, они часто не урегулированы и на них нельзя найти ответ в Уголовно-процессуальном кодексе, в Законе о государственной судебно-экспертной деятельности, ведь в них затрагиваются не только проблемы процессуальные, но и те, которые имеют криминалистическую составляющую.

Это такие вопросы, как планирование, организация, тактические подходы к назначению экспертизы и, соответственно проблематика оценивания экспертных выводов. Здесь крайне важна методическая поддержка.

Очевидно, что приходя к каким-либо выводам по поводу назначения и проведения экспертизы, производя работу по подготовке экспертизы, собирая объективную информацию, следователь сталкивается с большим количеством различных усложняющих обстоятельств. Следователь во главу угла ставит цель экспертизы и то, какими способами она будет проводиться. Постановка цели экспертизы влечет за собой следование требованиям уголовно-процессуального законодательства и составление для экспертов вопросов. Способы производства экспертизы подразумевают применение научно-практического подхода к подбору методов проведения экспертного анализа. Имея четкое представление об этих двух аспектах, готовится соответствующий объект или ряд объектов для экспертизы.

Следователь задается рядом вопросов:

- что из материалов нужно подвергнуть судебной экспертизе качества оказания медицинской помощи;
- на какие конкретные вопросы эксперты могут иметь возможность дать ответы, и какие формулировки будут соответствовать позициям медицины и криминалистики;
- какие критерии необходимо взять за основу для оценки заключения эксперта.

Нам представляется, что схема полного обоснования назначения экспертизы в определенном медицинском учреждении или же использование подхода, когда в качестве экспертов можно пригласить определенных специалистов, должна отвечать таким принципиальным началам, как необходимость, осведомленность, полезность, также схема должна состоять из следующего:

1) провести экспертизу необходимо, чтобы подтвердить собранные и получить новые данные по уголовному делу;

2) имеется полный набор найденной информации и объектов для того, чтобы без сомнений в их полноте и подлинности провести экспертизу;

3) не может быть подвергнута сомнению надежность приемов осуществления криминалистического анализа и компетентность исследователей;

4) привлечены независимые, профессиональные, объективные эксперты. Их выводам можно доверять.

Весь комплекс вопросов экспертам должен быть направлен на выявление и анализ обстоятельств, которые привели отрицательному результату медицинской помощи. В процессе составления вопросов экспертам этот полный и объемный подход поможет располагать, по результатам экспертизы, необходимыми сведениями для уяснения имеющихся причинно-следственных отношений, связывающие факторы, напрямую повлиявшие на динамику болезни или патологии, которые и стали установленной причиной отрицательного исхода.

Поставленные перед экспертами вопросы должны обладать четкостью определений исследовательских рамок, которые служат основой всесторонней, полной, объективной характеристикой выводов. Перечислим ряд этих вопросов:

1. Вопросы общего характера, дающие представление об особенностях заболевания, о полноте и качестве оказанной медицинской помощи;

2. Вопросы уточняющего характера по диагностике, причинам заболевания или травмы;

3. Вопросы выясняющего характера о причинах ненадлежащего оказания медицинской помощи;

4. Вопросы отражающего характера, они касаются причин и последствий тех отношений, которые породили факторы,

детерминировавшие прямую причину отрицательного результата медицинского вмешательства.

Когда вопросы помещены в такие группы, то это становится основой для того, чтобы придерживаться логических законов в экспертных заключениях: закона тождества, закона не противоречия и закона достаточного основания.

Юридический анализ собранной информации дает возможность сформулировать обоснованный вывод об имеющейся либо не имеющейся причинно-следственной связи между действиями медицинского работника и наступившими последствиями. Следовательно, как правило, придерживается при составлении вопросов тех этапов оказания медицинской помощи, и тех проходивших медицинских действий, которые привели к отрицательному исходу для пациента.

Следователь применяет системный подход, когда расследует дела, осложненные медицинским фактором. Систематизируются данные, связанные с оценкой непосредственной медицинской помощи, и факторы, которые на нее влияют.

Сюда входят экологический фактор, фактор социальный, фактор обеспеченности медицинским оборудованием, медикаментами, кадровое обеспечение.

Системный подход помогает выявить недостатки, которые влияют на качество медицинской помощи в целом. Эти факторы нужно учитывать комплексно в контексте оказания конкретной медицинской помощи. И также эти факторы учитываются при оценке качества оказания конкретной медицинской помощи.

Следует сделать акцент на необходимости проведения экспертизы качества оказания медицинской помощи в каждой ситуации, когда профессиональная деятельность медицинского работника получила негативный исход.

Экспертиза качества оказания медицинской помощи обязана в непреложном порядке осветить все факторы, которые относятся к диагностике, организации лечебного процесса, преемственности врачебных мероприятий, точности и своевременности терапии и пр.⁷⁵

Проблематика данного подхода оценки профессиональной деятельности медицинских работников по оказанию медицинской помощи нуждается в рассмотрении целесообразности введения стандартов. Стандартизации отдельных медицинских услуг и по каждому конкретному комплексу медицинских услуг. Так, отдельной формой медицинских услуг, например, может считаться вакцинация пациентов. А конкретным комплексом медицинских услуг, в частности, – рентгеновское обследование пациента.

Все медицинские технологии должны быть стандартизированы. Это даст возможность успешного решения вопроса относительно степени их соотношения с конечным результатом лечения пациентов.

Определяя понятие «медицинские технологии», можно говорить о системе и последовательности определенных медицинских мероприятий, определенных методов терапии, профилактических действий и мероприятий, диагностических действий и мероприятий, которые исполняются в целях получения определенного медицинского результата⁷⁶.

Существует множество подходов к пониманию медицинской помощи и критериев ее качества. Мы изучили достаточное количество материалов из суда и материалов экспертиз и пришли к выводу, что критериальный подход в оценке качества медицинской помощи подразумевает создание единой системы оценки качества как приоритетного направления⁷⁷.

⁷⁵Капралова Н.Ф. Единая система оценки качества медицинской помощи. / Новости медицины и фармации. -1994,- № 2. – С. 29.

⁷⁶Капралова Н.Ф. Единая система оценки качества медицинской помощи. / Новости медицины и фармации. -1994, - № 2. – С. 30.

⁷⁷Чавпецов В.Ф., Перепеч Н.Б., Миляков В.П. Экспертиза качества медицинской помощи. Теория и практика. СПб. 1997. С. 206-235; Акопов В.И. Экспертиза вреда здоровью (правовые вопросы судебно-медицинской практики) – М. ООО "Эксперт. бюро-М" 1998. -

В методических разработках, под грифом ФФОМС от 27.04.1998 года вопросы качества оказания медицинской помощи трактуются так. Качество оказания медицинской помощи содержательно состоит из взаимообусловленного контакта медицинского работника и пациента, которые основываются на профессиональной квалификации, умении медицинского работника снижать риск развития болезни и возникновения новой патологии, рационально использовать достижения и ресурсные источники медицины, а также обеспечивать удовлетворенность пациента от его непосредственного взаимодействия с медицинской подсистемой⁷⁸.

Перед экспертом не формулируются вопросы, имеющие юридический смысл, поскольку выходят за пределы его специальных знаний.⁷⁹

Перед экспертом стоит задача – установить факт-доказательство, используя ту медицинскую информацию, которая собрана по данному уголовному делу, причем этот юридический факт анализируется с медицинской точки зрения.

Юридическое оценивание особо сложно в таких ситуациях, когда заболевание лица начинается при оказании ему скорой медицинской помощи. Когда это происходит, следователь одновременно анализирует несколько версии.

Версия номер один – медицинский работник действовал с изрядной долей легкомыслия или небрежности.

Версия номер два – медик работал в обстоятельствах, исключающих преступность деяния, в условиях крайней необходимости, оказывал медицинскую помощь в условиях обоснованного риска.

С. 254; Пашиян Г.А., Ившин И.В. Профессиональные преступления медицинских работников против жизни и здоровья. – М.: Медицинская книга, 2006 С. 196 и др.

⁷⁸Методические рекомендации «Возмещение вреда (ущерба) застрахованным в случае оказания некачественной медицинской помощи в рамках программы обязательного медицинского страхования» (утв. Федеральным фондом ОМС 27 апреля 1998 г.

⁷⁹ Постановления Пленума Верховного Суда РФ «О судебной экспертизе по уголовным делам» от 21.12.2010 г. №28 текст постановления опубликован в "Российской газете" от 30 декабря 2010 г. N 296.

Версия номер три – действия медика расцениваются как невиновное причинение вреда.

Следователь надеется на предоставление судебной экспертизой точной и проверенной информации, эта информация должна быть подтверждена результатами исследования, на ее вершине должны быть выводы, которые стали результатом всестороннего и полного исследования отправленных на экспертизу материалов: медицинских документов, медикаментов для исследований в условиях лаборатории и так далее.

Судебные эксперты, конечно же, не имеют достаточные знания и опыт во всех «узких» сферах медицины, а этим обуславливается необходимость привлечения к проведению экспертиз высококвалифицированных постоянно практикующих специалистов клинического профиля, работающих в медицинских организациях системы здравоохранения и в учреждениях высшего профессионального медицинского образования, однако это может стать одной из основных организационно-процессуальных проблем их проведения, в том числе обуславливающих их длительность.⁸⁰

Подчеркнем, что предмет СМЭ определяется вопросами, предлагаемыми правоприменительной практикой для экспертного рассмотрения в силу объективной необходимости установления доказательств должного оказания медицинской помощи.

Объект данной экспертизы – это определение тяжести причиненного вреда здоровью человека в ходе оказания медицинской помощи.

Задачи этих экспертиз состоят в установлении механизма происхождения негативного последствия оказания медицинской помощи, в выявлении дефектов оказания медицинской помощи, в выявлении причинных связей дефектов и последствий ее оказания, в соответствии действий медиков к таким обстоятельствам, в которых они осуществляются.

⁸⁰ Ковалев А.В. Порядок проведения судебно-медицинской экспертизы и установления причинно-следственных связей по факту неоказания или ненадлежащего оказания медицинской помощи. - Методические рекомендации / — М.: ФГБУ «РЦСМЭ», 2017. — 2-е изд., переработанное и дополненное.

Проверка соблюдения требований УПК РФ, выдвигаемых к проведению экспертизы – это важная обязанность следователя.

Процесс процессуально - криминалистического исследования заключения экспертизы, когда анализируется ее содержание и форма, и когда вмешательство медицинских работников для лица имело отрицательный результат, делится на отдельные промежуточные интервалы или стадии.

Интервал номер один. Осуществляется проверка законности действий следователя при назначении и осуществлении экспертизы. Рассматриваются такие аспекты:

- достаточно ли опытни и достаточно ли образованы в нужной области эксперты.

Крайне важно, чтобы в составе комиссии был врач-клиницист по нужной специализации. Не редки случаи, когда эксперты берут на себя решение вопросов, которые носят правовой характер, что, как было сказано выше, недопустимо. Начинают давать оценки работе медиков, которыми по причине ненадлежащего исполнения служебных обязанностей, был причинен вред здоровью пациента либо спровоцировано заболевание, оценивая их как ошибку медицинского работника или придавая ему статус несчастного случая. С юридической точки зрения, несчастный случай оценивается законодателем как невиновное причинение вреда по ст. 28 Уголовного законодательства РФ.

Содержание понятия медицинской ошибки сложно, многообразно и неоднозначно. Содержание понятия медицинской ошибки включает в себе не только результат действий, которые носят противоправный и общественно опасный характер, но также действий, исключающих наступление уголовного наказания⁸¹.

⁸¹Лисюткин А. Б. Юридическая ошибка и гарантированность прав и свобод человека. // Права человека: пути их реализации: Материалы международной научно-практической конференции (8-10 октября 1998г.) Саратов, - 1999. Часть 1. - С. 81.

Такие вопросы правовой квалификации нуждаются в самостоятельной юридической оценке действий медицинского работника. Как его можно оценить. Необходимо комплексно оценить, что он как субъект общественно опасного и противоправного деяния, использовал свой опыт, специализацию, задействовал собственное сомнительное отношение к врачебному долгу, выбрал самостоятельную преступную модель поведения, использовал свой уровень профессиональной подготовки, остановился на варианте оказания медицинской помощи в тех условиях, которые сопутствовали. Между тем, это не может выступать предметом судмедэкспертизы.

Эксперты не уполномочены производить оценку перечисленных обстоятельств, и не уполномочены формулировать выводы, скажем о том, что к нежелательному результату привел недолжный уровень подготовки или недостаточный опыт медицинского работника и что по этой причине был установлен неправильный диагноз, было выписано неправильное лекарство, к которому у лица имелись противопоказания, или лицу вообще не была назначена помощь и так далее.

Все вышеперечисленные моменты переданы в исключительную компетенцию следствия. Не достаточная для ситуации профессиональная подготовка и недостаточный для расследуемого инцидента медицинский опыт будут теми обстоятельствами, которые смягчают уголовную ответственность:

- следователь выясняет, не подлежит ли эксперт отводу по ст. 70 УПК РФ;
- соответствует ли заключение эксперта установленной процессуальной форме и все ли реквизиты сопутствуют экспертному заключению согласно ст. 80 УПК РФ;
- не нарушались ли при решении о назначении и при производстве экспертизы законные права участников уголовного процесса в соответствии со ст. 195, 198 УПК РФ;

В содержании заключения эксперта не должны отсутствовать любые, из предусмотренных законом, части, поскольку в таком случае затруднительно оценить экспертное заключение или вообще невозможно это сделать.

Стадия номер два. На стадии номер два проверяется достаточность и подлинность образцов и доказательств, которые подвергались анализу. Полноту и пригодность объектов экспертизы определяют в контексте применяемых экспертных методов.

Стадия номер три. На стадии номер три оценивается научная обоснованность и правомерность примененного метода производства экспертизы.

В правовой базе отсутствуют какие-либо рекомендации по применению методов экспертного анализа, нет заключений об их допустимости, отсутствует критериальный подход к оценке их надежности, а также отсутствуют критерии, по которым можно оценивать достоверность результатов, к которым пришли эксперты.

Законодатель дал экспертам полную свободу выбора и использования способов и подходов к экспертизе. Мы полагаем, такое решение верно, поскольку в законе не представляется возможным закрепить какую-либо универсальную систему возможных к использованию методов производства экспертиз, это связано с тем, что происходит постоянное развитие науки, а методы познания, становятся все сложнее и все более совершенны.

Проведение судебной экспертизы качества медицинской помощи, весьма трудоемко. При выборе методики включаются объективные и субъективные условия.

Условия объективного характера включают в себя внешний вид и сущность объектов экспертного анализа. Объективные условия - характерные черты задач, поставленных перед экспертами, методы и приемы экспертизы, полный комплекс исследовательских средств.

Условия субъективного характера включают в себя компетентность экспертов и их независимость, к условиям субъективного характера можно также отнести возможность будущей оценки примененных следствием и иными участниками судебного производства подходов.

Конечно, следует учитывать, что следствию проблематично делать оценку надежности и научной базы способов производства экспертизы, примененных экспертами, ведь следователи, как правило, не являются в большинстве своем специалистами в медицине. При всем этом следователям необходимо расширять познания в медицине и весьма ответственно подходить к подобным вопросам.

Следователи часто пользуются методическими и справочными источниками, чтобы добыть информацию о рекомендуемых в той или иной ситуации методах и предполагаемых итогах их применения. Использование при производстве экспертиз суперчувствительных методов, уникального оборудования, существующего зачастую в единственном числе, оказывает поистине гипнотизирующее воздействие на следователя и суд".⁸²

Назовем варианты, которые могут возникнуть при ведении следователем работы, которая делается для того, чтобы подтвердить научную основу исследовательских приемов, имеющихся в арсенале экспертов.

Первый вариант – следователь обоснованно остановился именно на этом методе исследования, применил существующую методику, но не получил результатов или они не объективные, поскольку методика не обладала достаточной разрешающей способностью. В таких ситуациях эксперты выбирают другой метод. Если другого метода не найдено, то эксперты сообщают о том, что не могут решить задачи, поставленные следствием.

⁸²Россинская Е.Р. Судебная экспертиза: типичные ошибки / М.: Проспект, 2012. С. 18.

Второй вариант – следователь обоснованно выбрал метод, но не верно его использовал, что отразилось на полученных результатах.

Третий вариант – следователь необоснованно выбрал метод, он ошибся, поскольку должен был выбрать другой.

Четвертый вариант – следователь обоснованно выбрал метод, но его оказалось недостаточно для успешного решения задачи, необходимо было задействовать и другие методы.

При любом из этих вариантов необходимо обязательно провести дополнительную экспертизу.

На этапе предварительного следствия позиция следователя должна отличаться активностью, когда он принимает решение о том, какой именно метод целесообразно применить, поскольку он отличается надежностью, такая позиция гарантирует ему в суде весомость экспертных заключений и их значительную доказательственную базу.

Чтобы у следствия не осталось сомнений, предусмотрено проведение криминалистической экспертизы повторно.

Повторная экспертиза проводится путем первоначальной оценки результатов первой экспертизы, а следом интерпретируются результаты повторной экспертизы.

Проверяется полнота, обоснованность экспертизы, проверяется полнота медицинских первоисточников и иных объектов, которые были переданы на исследование, достаточно ли аргументирована суть заключения по сформулированным вопросам следствия. Проверяется и оценивается, насколько логично и полно описан процесс и вывод экспертизы.

В ходе экспертного исследования специалистам нужно весьма внимательно подвергнуть изучению и оценке проведенный для интересов больного ряд терапевтических мероприятий. Если этого не сделать, тогда не возможным станет установление зависимости обстоятельств, которые привели к развитию причин отрицательного результата медицинского вмешательства. Для этого эксперт всесторонне изучает и анализирует

медицинскую документацию, и имеющиеся результаты осуществленного анализа, все данные необходимо изложить в исследовательской части экспертного заключения, причем выводы эксперта излагаются строго с теми стадиями оказания медицинской помощи, которые имели место.

Также задачей экспертизы становится следующее: определить, имело ли место не должное оказание лицу медицинской помощи, которое не соответствовало установленным нормам. При положительном ответе на данный вопрос, что за причинно-следственные отношения привели к этому, как можно объяснить допущенные врачом ошибки в правилах оказания медицинской помощи, которые привели к дефекту, последовавшему вслед за нарушением правил медицинским работником. Что могло стать прямой причинной отрицательного результата, что привело к болезни человека либо причинило вред его здоровью.

Экспертиза должна иметь внутреннюю логику и обоснованность. Необходимо напомнить, что эксперты оценивают процесс производства экспертизы с помощью последовательного анализа ее этапов, ими также анализируются логическая обоснованность выводов и соответствие этих выводов полученным ранее промежуточным результатам.

В связи с этим, представляется важным, рассмотрение случая объективного анализа и адекватного комплекса заключительных выводов экспертизы, которые относятся к определению причин, повлекших негативный исход.

Проверить и оценить, как соотносятся результаты экспертизы с представленными материалами уголовного дела. Должна четко прослеживаться связь с предметом доказывания, с иными обстоятельствами уголовного дела.

Как осуществляется проверка относимости итогов экспертного анализа и что при этом следует выяснить. Во – первых, является ли частью предмета доказывания или частью иных факторов, имеющих значение для уголовного дела, факт, который был установлен в результате экспертизы и можно ли на

основе полученных экспертных заключений установить наличие данного факта и доказать данный факт.

Проверить и оценить, соответствуют ли заключительные положения экспертизы доказательствам, которые были собраны в рамках уголовного дела, необходимо оценить экспертные выводы в контексте прочих доказательств.

Мы рассмотрели общие положения, сопутствующие оценке экспертного заключения.

Набор вопросов по любому из этих положений многоаспектен. При оценивании заключения эксперта преследуется главная цель - точно понять, что экспертных данных на самом деле имеется достаточно, чтобы достоверно установить причинно-следственную связь между допущенными медиком нарушениями правил, дефектом и отрицательным результатом. А еще точно понять, что на данные правила можно опереться при изобличении подозреваемого, а также принимая решение по уголовному делу.

Конечно же, на подготовительном этапе назначения СЭ КМП нужен очень тщательный выбор клиницистов - экспертов. Тем не менее, чтобы следствие располагало действительно реальной оценкой действий врача-преступника, адекватной консультацией, как была им оказана медицинская помощь, в результате чего наступили нежелательные последствия для больного, следователь должен иметь дело с действительно независимым специалистом в области медицины от системы здравоохранения в целом, от Минздрава разных уровней.

Проблема очевидна и проста: все судебные экспертизы качества медицинской помощи осуществляются на базе территориальных Бюро судебно-медицинских экспертиз, которые находятся в прямом подчинении у регионального органа здравоохранения, а значит, зависимы от него. Именно поэтому экспертные заключения часто носят «оправдательный» для медицинских работников характер.

Мы проанализировали и пришли к выводу, что обвинение лишь в одном из ста уголовных дел, строится на выводах судебно-медицинской экспертизы и судебной экспертизы качества медицинской помощи, которые проводились в территориальных БСМЭ.

Таким образом, выводы СЭ КМП должны являться пригодными для дальнейшей юридической квалификации и в целом они могут быть представлены следующим образом:

1. Не выявлено дефектов оказания медицинской помощи, имеющиеся у пациента негативные последствия /указать какие/, не сопряжены с дефектами оказания медицинской помощи, а обуславливаются /назвать причины их развития/. Медицинская помощь была оказана качественно.

2. Обнаружены дефекты оказания пациенту медицинской помощи /указать, какие именно, указать вид дефектов, этап медицинской помощи/. Дефекты не повлияли на негативные последствия для пациента. Такие последствия имеют иные причины /указать, какими именно/. Медицинская помощь является условно некачественной.

3. Обнаружены дефекты оказания пациенту медицинской помощи, но их объективная причина не установлена с наступившим негативным результатом /указать причины/. Обнаруженные дефекты повлияли на исход /указать степень влияния/. Медицинская помощь условно/безусловно была оказана пациенту некачественно.

4. Обнаружены дефекты оказания пациенту медицинской помощи /указать какие именно, указать вид дефектов, этап медицинской помощи/. Они находятся в непосредственной причинной связи с негативными последствиями для пациента. Медицинская помощь является безусловно некачественной.

5. Обнаружены дефекты оказания пациенту медицинской помощи /указать, какие именно, указать вид дефектов, этап медицинской помощи/. В результате дефектов медицинской помощи больному был причинен вред его

здоровью (назвать степень причиненного лицу вреда и квалифицирующий признак согласно «Правилам»).

6. Не представилось возможным выявить дефекты оказания пациенту медицинской помощи и установить их связь с негативным последствием для лица из-за некачественного оформления медицинской документации (перечислить дефекты ведения медицинской документации, не дающие возможность осуществить объективную оценку качества оказания пациенту медицинской помощи и ответить на все поставленные вопросы).

Органами следствия и судом перед экспертными комиссиями наиболее часто ставятся вопросы отсутствия либо наличия дефектов оказания медицинской помощи, а также их связи с негативными последствиями для больного. Решение данных вопросов в значительной мере предопределяет последующую юридическую оценку действий или бездействия медиков.

Преимуществ перед иными элементами доказательственной базы у экспертного заключения не имеется по закону. И все-таки в реальных условиях практической деятельности следствия экспертное заключение в контексте своей специфики расценивается следствием как особый вид доказательства. Такой подход характерен, в частности, к восприятию экспертизы качества оказанной медицинской помощи. Наблюдается также неоправданное существенное завышение доказательственного значения выводов, имеющих место в таких экспертизах судом и следствием. Суд и следствие полагают, что такие экспертизы имеют под собой прочную научно-медицинскую основу, и поэтому нет смысла сомневаться в их достоверности. Несмотря на это, имеются данные из судебной и следственной практики, которые говорят об обратном, когда заключение экспертизы оказывается полностью или частично ошибочным.⁸³

Когда происходит процесс оценки экспертами, насколько качественно оказана медицинская помощь, у них возникает ряд трудностей.

⁸³ garant.ru. Информационно-правовой портал.

1) Трудности эмпирического характера. Очевидно, что бесспорно установленных медицинских знаний не так много, если сравнивать медицину с иными отраслями научных знаний и деятельности человека. Это вносит определенные сложности при проведении экспертизы.

Во многом по этой причине экспертные исследования качества оказания больным медицинской помощи обладают большой ценностью, когда они подлинны, то обязательно должны браться на вооружение медицинского сообщества. Выводы экспертов и клиническая практика иногда противоречат друг другу. Медицинская практика оперирует специфическими методами и подходами, использует свои способы диагностики и терапии, которые не имеют закрепления в действующих нормативных документах.

2) Трудности оценочного характера. Вместе с трудностями эмпирического характера, которые возникают из-за необходимости оценивания итоговых выводов экспертизы, появляются трудности оценочного характера, которые главной основой ставят вопрос: что конкретно может считаться объективным выводом. Трудности оценочного характера могут возникать в контексте особого мнения членов экспертной комиссии, когда они принимают решение по вопросу, можно ли расценивать экспертизу как достаточную, всестороннюю и полную.

Специфика этих оценок будет связана с уникальными оценками состояния здоровья больного и с уникальными оценками патологического процесса. Эксперты, в любом случае, ограничиваются обстоятельствами, которые необходимо установить и необходимо доказать в рамках уголовного процесса.

Есть наблюдения, касающиеся плохой согласованности методических рекомендаций по оценке качества предоставленной медицинской помощи,

которые выпускаются разрозненно медицинскими учреждениями. Эти методики сложно апробировать и внедрять⁸⁴.

3) Трудности, связанные с конфликтом интересов. На деле происходит так, что выводы экспертизы влияют не только на тех медицинских работников, которые непосредственно принимали участие в проведении определенных действий, но отражаются и на других людях, именно это может привести к конфликту интересов. Выводы экспертов могут стать крайне обличительными для руководителей медицинских учреждений, они могут быть нежелательными и для экспертов. Причем нежелательные выводы могут влиять как на ведомственные, так и на страховые компании, задевая интересы большого круга лиц.

Когда производство экспертизы завершено, обвиняемому предоставляется право ознакомиться с её выводами. Обвиняемое лицо может воспользоваться законным правом на заявление имеющихся у него возражений. Обвиняемое лицо может давать свои объяснения, заявлять ходатайства с требованием формулирования эксперту дополнительных вопросов и заявлять ходатайства с требованием назначить повторную или дополнительную экспертизу.

Поскольку обвиняемое лицо сам – медицинский работник, и если он не согласен с заключением экспертизы, то может заявить о необъективности или некомпетентности эксперта, может указать на неполноту анализа, сообщить о том, что он усматривает имеющиеся в экспертном заключении противоречия.

Кроме вышеперечисленных проблем, необходимо упомянуть о проблеме понимания заключения эксперта по уголовному делу, у каждого

⁸⁴Тихомиров А.В. Медицинское право. Практическое пособие. – М.: Издательство «Статут», - 1998. - С. 206-292; Щепин О.П., Стародубов В.И., Линденбрaten А.Л., Галанова Г.И. Методологические основы и механизм обеспечения качества медицинской помощи. – М.: Медицина, 2002 С. 176; Бойко А.Т. Здравоохранение в условиях медицинского страхования и перехода к рыночным отношениям. Методические материалы для руководителей (менеджеров) медицинских учреждений, подразделений, служб. СПб., 2004. С. 77-110 и др.

участника процесса свои подходы к анализу вопроса, свои методики диагностики болезни и терапии. Поэтому критические рецензии коллег – медиков появляются довольно часто, такой же подход и у экспертов, которые имеют свои критерии при оценивании качества оказания медицинской помощи, свои критерии при оценке причин, вызвавших осложнения, повлекшие за собой отрицательный результат.

Далее в процессе оценивания результатов экспертизы, осложненных медицинским фактором, принимают участие другие участники уголовного судопроизводства. Это могут быть представители различных сфер деятельности, поэтому информация, которую предоставляют эксперты, должна быть понятной для большого круга лиц, не имеющих специального медицинского образования, в ней не должно быть излишне много специальных терминов.

В подтверждение данных положений можно привести мнение, Тихомирова А.В. Он считает, что при условии адресации экспертных выводов суду, прокурору, которые не имеют медицинских знаний, эти экспертные выводы должны, безусловно, формулироваться в общедоступных для понимания предложениях.⁸⁵

В контексте судебно-медицинской экспертизы это звучит так: в экспертных оценках и заключениях стоит придерживаться линии, когда не употребляются специальные термины, не понятные широкому кругу лиц, или дополнять примененные понятия специальными пояснениями. Но так зачастую не делается. Вермель И.Г. рассказывает об излишней перегруженности экспертных заключений узкими врачебными терминами, суть которых не смогут распознать и уловить даже бывалые юристы. Как понимать, скажем, такое заключение: “Заболевание О. стало следствием эпидемиологического гриппа, которому сопутствовали проявления

⁸⁵Тихомиров А.В. Медицинское право. Практическое пособие. – М.: Издательство «Статут», - 1998. - С 180.

геморрагического васкулита, осложненного двухсторонней геморрагической пневмококковой инфекцией, сопровождающейся абсцессом, перикардитом, гепатовирусом и геморрагическим диатезом”.

Тот же текст заключения, но в более приемлемой для понимания форме:

“Заболевание О. стало следствием осложненной формы эпидемии гриппа. Такая форма вызывает поражение кровеносных сосудов. Это явление в медицине зовется васкулит. Оно сопровождается умеренным кровотечением тканей. Это проявление называется в медицине геморрагическим диатезом. При этом у пациента осложнилось состояние из-за воспаления печени. В медицине такое состояние называется гепатит. Также у пациента воспалилась сердечная мышца. Это состояние в медицине называется перикардит. Также у пациента произошло воспаление лёгких. В медицине это явление называется геморрагическая пневмококковая инфекция, которой сопутствовало дальнейшее гнойное расплавление лёгочной ткани. Данное явление в медицине называется абсцесс легкого”⁸⁶

Подавляющее большинство случаев, когда в дежурную часть полиции поступают заявления с требованием привлечь к уголовному наказанию медиков, происходят ситуации, когда заболевший человек пребывает в лечебно-профилактическом учреждении. В такой ситуации выявить виновника бывает сложно. Объясняется это тем, что, когда человек лечится в стационаре, за ним ухаживают сразу нескольких медицинских работников: кто-то ставит уколы, кто-то оперирует и так далее. В таком случае экспертам затруднительно определить, кто из персонала пренебрег правилами, когда начался патологический процесс.

Экспертное заключение может послужить доказательством виновности или оправдать подозреваемого. Мы считаем, что имеет несколько аспектов проблема оценки данного заключения.

⁸⁶Вермель И.Г. Судебно-медицинская экспертиза лечебной деятельности. Свердловск, - 1988. - С. 114.

Вообще заключение экспертизы ориентировано на помощь юристам в проведении оценки субъективной стороны преступления, а также на решение вопроса относительно наличия либо отсутствия вины в действиях медиков. Знанием критериев юридической квалификации состава преступного деяния определяется понимание абсолютно всеми субъектами экспертизы юридической перспективы судебно-медицинского заключения, и, соответственно, оно придает экспертным исследованиям соответствующее целевое направление и в построении и аргументации сделанных выводов повышает чувство ответственности.

Оценивание выводов судебно-медицинской и судебной экспертиз, считается наиболее злободневным и актуальным для суда и следствия. Стоит подчеркнуть, что формирование рыночного механизма предоставления медицинских услуг, привело к необходимости регулирования отношений производителей медицинских услуг и их потребителей. Между тем неуклонно растет количество обращений граждан в полицию по поводу недовольства качеством оказанных им медицинских услуг.

Когда наступает неблагоприятный исход, из-за врачебной ошибки или пренебрежения к профессиональному долгу, оценить адекватно выводы экспертизы бывает сложно вдвойне.

Анализ исследуемых преступлений обязывает применять системный подход к работе с установленными факторами посягательства, предполагает применение широкого терминологического арсенала, между тем такой подход далеко не повсеместный в судах и правоохранительных структурах. Стоит отметить, что на этапе предварительного расследования и в суде функционеры от здравоохранения оказывают сильное противодействие правосудию, проявляя профессиональную корпоративную медицинскую солидарность с совершившими преступление коллегами.

Было бы куда проще, если органы правосудия располагали возможностью производить оценку экспертного заключения через смоделированные коллективными усилиями судебных медиков и юристов

подходы, кейсы, которые имели бы под собой аргументированную стандартами и подтвержденную научно-практическими выводами основу.

К сожалению, не введена практика паспортизации или стандартизации методик в сфере судебно-медицинской экспертизы, которая успешно работает в иных сферах.

Это отрицательно влияет на оценку научной обоснованности и правовой обоснованности методов судебных исследований.

Однако и совершенствование научно-методических рекомендаций в сфере экспертизы порой приводят к противоречию новых и старых рекомендаций.

Мы проанализировали судебно-медицинские и судебные экспертизы, и пришли к выводу, что в них не описываются и не анализируются осложнения болезни, не устанавливаются причинно-следственные связи с прямой причиной отрицательного результата медицинского вмешательства. Даже если они выявили дефективность действий медицинских работников, указали на непосредственную причину заболевания или травмы, то дальше этого не идут. Более того прямо пишут об отсутствии прямых причинно-следственных связей, и в результате такой экспертной оценки из цепи выпадает ключевое звено – осложнение. Его просто выносят за рамки экспертизы.

Подобная практика может быть расценена как результат низкого уровня профессионализма экспертов или как умышленное действие. Именно поэтому необходимо пристально анализировать результаты и логику судебных экспертов. И здесь вся надежда на следователя, его интуицию, знание и понимание природы патологии. Стоит отметить, что выявление между действиями медика и отрицательным исходом для пациента причинно-следственной связи законодатель относит к исключительной компетенции следователя.

Эксперт, в свою очередь, акцентируется на содержательной составляющей причины и следствия, он устанавливает прямую причину отрицательного результат медицинской помощи.

Медика же можно теоретически привлечь к уголовному наказанию в ситуации, когда непосредственно им была оказана медицинская помощь пациенту и именно в тот момент наступила болезнь.

Однако следствие и суд должны располагать неопровержимыми доказательствами того, что именно этот врач допустил нарушение стандартов оказания медицинской помощи или отступил от стандартов проведения медицинского мероприятия, что и стало причиной развития патогенного процесса.

Еще сложнее оценить выводы экспертов, если болезнь пациента протекала в стационаре.

Анализ усложняется следующими обстоятельствами:

- а) широкий круг участников врачебного процесса, это медицинские сестры, врачи, дежурные и т.д.;
- б) экстренное оказание медицинской помощи;
- в) патогенный процесс развивается по стадиям;
- г) прослеживается корпоративное противодействие следствию.

Часто муссируется версия внезапного заболевания лица, тогда и в анализе материалов уголовных дел, и в исследованиях судебных медиков должен учитываться временной аспект.

Во врачебной практике порой с момента появления незначительных, едва заметных первых симптомов, до наступления болезни проходит несколько часов, поэтому врачам часто не хватает времени на полное качество и объем услуг. Работа врачей в таких условиях не может квалифицироваться, как ненадлежаще исполненные должностные обязанности. В этих ситуациях вред больному причинен в состоянии крайней необходимости, по закону это обстоятельство исключает преступный характер деяния. Если имеет место легкомыслие и небрежность, тогда

виновник понесет весь груз уголовной ответственности исходя из тяжести наступивших последствий.

Кроме судебно-медицинских экспертиз, которые проводятся по делам о причинении тяжкого вреда здоровью, в некоторых случаях проводится судебно-химическая экспертиза.

Когда следователь расследует случаи отравления лекарственными средствами, то он должен оперативно установить факт отравления, обстоятельства отравления, определить природу отравляющего вещества и неблагоприятные последствия отравления.

Следует понять, не страдал ли потерпевший теми или иными заболеваниями и если страдал, то тогда какие лекарственные препараты принимал.

Врачи лечебного стационара в случае подозрения на отравление, как правило, на лабораторное исследование направляют промывные воды желудка, рвотные массы, спинномозговую жидкость, кровь, мочу. Для установления природы отравления в клинических лабораториях госпиталей и больниц проводятся различные виды исследований.

Очень широкое распространение в последнее время приобрели методы экспресс-диагностики, которые были разработаны для определения наличия в биологических выделениях человека токсических веществ.

Эти методы в короткие сроки дают положительные результаты, как качественные (то есть, характер яда), так и количественные (то есть, концентрация токсинов в крови, а также прочих биологических объектах).

В стационаре, помимо специфических токсикологических исследований, проводятся неспецифические биохимические исследования в целях выявления тяжести поражения токсинами внутренних органов, исследования для определения характера изменения биохимического состава крови и так далее.

При расследовании уголовного дела такие данные могут оказаться очень полезными. Следователь может выяснить у медицинских работников

вопросы, которые касаются индивидуальных особенностей организма человека, а также наличия болезней, которые могли поспособствовать отравлению.

Конечно же, тяжелее переносят отравление больные и физически ослабленные лица. Медицинские работники хорошо знают «побочные действия» разных лекарственных препаратов, проявляющиеся аллергическими и прочими реакциями организма.

Судебно-медицинский эксперт совместно с токсикологом после получения от следователя всех необходимых сведений и документов проводят оценку влияния разных факторов на течение, а также на последствия отравления.

При расследовании причинения тяжкого вреда здоровью вследствие ненадлежащего оказания медицинской помощи зачастую возникает объективная необходимость еще и в осуществлении традиционных криминалистических экспертиз. Как правило, осуществляются технико-криминалистические экспертизы документов. Заметим, что в качестве документов выступают рецепты, заключения, истории болезней, выписки, направления и иные.

В качестве объектов для экспертизы выступают даже отдельные реквизиты медицинской документации, такие как собственноручная подпись, датирование, оттиски печатей. В качестве объектов для экспертизы выступают и содержание документа, шариковые ручки, технические средства, которыми выполнен документ.

Когда необходимо изучить рецепты и иные бумажные носители медицинской информации, то формулируются серии вопросов:

1. Можно ли установить способ выполнения рецепта?
2. Сколько клише использовалось для этого?

Для изучения машинописных текстов характерна такая серия вопросов:

1. Возможно ли установить марку системного блока персонального компьютера, который использовали для выполнения текста?

2. Сколько компьютеров использовали для выполнения текста?
3. На каком именно компьютере был допечатан текст?
4. Можно ли определить лиц, которые сделали образцы текстов, напечатали текст исследуемого документа?

Для изучения оттисков печатей и штампов характерна такая серия вопросов:

1. Можно ли установить, что содержит текст оттиска штампа?
2. Можно ли установить способ, которым нанесен оттиск штампа?
3. Соответствует ли оттиск штампа тому образцу оттиска, который был представлен на исследование?
4. Сколько штампов применялось?
5. Не подвергся ли копированию оттиск штампа с оттисков штампов с других документов?

Когда назначаются вышеуказанные экспертизы, вместе документами, которые необходимо исследовать, для того, чтобы можно было сравнить, экспертам передаются образцы оттисков реальных штампов и печатей, которые необходимо идентифицировать.

Также проводятся беседы с главными врачами больниц, им задается вопрос о том, не подвергались ли подмене, утере клише штампов после того, когда были изготовлены документы, представленные на экспертизу. В распоряжении экспертов должна быть изъятая аналогичная документация с тождественными оттисками и совпадающая по времени изготовления. Если интенсивно ставить печати одним и тем же клише, то происходит деформация совокупности частных признаков. Наблюдается, в частности, истирание, поэтому клише бывает сложно идентифицировать эксперту.

Если исследуются рецепты на содержащие наркотические средства препараты и необходимо установить, кто является их исполнителем и подлинны ли подписи лечащих врачей, то прибегают к судебной почерковедческой экспертизе. Здесь важно качество материалов для исследования.

По смыслу статей 199 и 283 УПК РФ в распоряжение эксперта поступает подлинник документа, который будет исследовать эксперт, а также образцы подписей или образцы почерка лиц, которым могут принадлежать эти подписи

Для целей идентификации ставятся такие вопросы:

1. Кто от руки написал текст в данном документе, с указанием фамилии врача, образцы почерка которого были предъявлены экспертам?
2. Кто от руки написал подпись в данном документе, с указанием фамилии подозреваемого или иного лица?
3. Вносились ли подписи в несколько документов, с указанием на названия этих документов или разные части рукописи в одном документе, но тем же человеком (если подозреваемый не установлен)?
4. Возможно ли, что подпись сделана от имени вымышленного человека, но почерком тех субъектов, образцы подписей которых имеются у экспертов?

Кроме того, при расследовании причинения пациенту тяжкого вреда его здоровью в результате ненадлежащего оказания ему медицинской помощи могут осуществляться дактилоскопические экспертизы. Целью такой экспертизы становится выявление лиц, которыми могли быть оставлены следы. В распоряжение экспертов поступают образы для сравнения.

В связи с тем, что большое количество документов хранится в компьютерных устройствах, огромная роль при расследовании преступлений о причинении тяжкого вреда здоровью в результате ненадлежащего оказания медицинской помощи отведена компьютерно-технической экспертизе.

Проведение данной экспертизы позволяет успешно справиться со следующими задачами:

- частичное либо полное восстановление, а также отпечатывание информации из компьютера (то есть, по определенным темам, ключевым словам и так далее), хранящейся на машинных носителях, в том числе, и

находящихся в нетекстовой форме (например, в форме языка программирования, электронных таблиц, баз данных и так далее);

- восстановление компьютерной информации, прежде размещавшейся на машинных носителях, которая в дальнейшем была по каким-либо причинам модифицирована (изменена) или удалена;

- установление даты и времени создания, копирования, модификации (изменения), стирания или уничтожения разной информации (документов, программ, файлов и так далее);

- обследование компьютерных и технических средств хранения данных на предмет наличия (отсутствия) в них аппаратно-программных модулей и модификаций, дающих возможность осуществлять несанкционированное копирование, изменение, блокирование, уничтожение информационных данных, нарушать работу системы компьютерного и технического устройства (то есть, наличие «закладок», компьютерных вирусов, «жучков» и так далее);

- удастся установить авторство, в каком месте, какими средствами, каким способом изготовили документы с машинного информационного носителя;

- удастся определить потенциальные пути утечки конфиденциальной информации из компьютерных сетей, определенных технических средств хранения информационных данных и мест их расположения; выявление возможных способов несанкционированного доступа к носителям конфиденциальной компьютерной информации, охраняемой законом;

- удастся выявить техническое состояние, обнаружение неисправностей компьютерно-технических носителей информационных данных, определение степени их износа;

- удастся адекватно оценить реальный уровень профессионализма лиц, которые проходят по уголовному делу как программист и как пользователь;

- установление конкретных лиц, допустивших пренебрежительное отношение к правилам использования компьютерных устройств;

- выявление причин и условий, за счет которых стало возможным совершение противоправного деяния.⁸⁷

Распоряжение об осуществлении компьютерно-технической экспертизы в обязательном порядке должно содержать в себе самую исчерпывающую описательную часть, где должны отражаться:

- обстоятельства расследуемого уголовного дела;
- полная информация о лицах, причастных к совершению этого преступного деяния;
- информация о документации, представленной на экспертизу, которая может находиться на информационных носителях;
- информация, использование которой в качестве «ключевых» слов упростит для эксперта поиск либо восстановление информации (фамилии клиентов, вероятные номера счетов, названия учреждений, организаций, фирм).

Резолютивная часть постановления должна содержать в себе информацию о конкретном объеме задания эксперту. Необходимо брать во внимание, что компьютеры в настоящее время имеют на жестких дисках большой объем памяти, в этой связи эксперт не в состоянии в течение оптимальных сроков изучить и оценить все имеющиеся на носителях сведения. Тематика информации, которая интересует следователя, для упрощения этого процесса, должна очень четко определяться при постановке вопроса, формулируемого сжато и информативно.

Можно сделать вывод о том, что конструктивное и оперативное сотрудничество следствия с сотрудниками экспертных подразделений, применение при расследовании преступлений специальных познаний, является дополнительной гарантией, позволяющей, учитывая личностные особенности медицинских работников, эффективно расследовать преступления анализируемой категории дел.

⁸⁷Катков С.А., Собецкий И.В., Фёдоров А.Л. Подготовка и назначение программно-технической экспертизы // Информ. бюллетень СК МВД России. 1995. № 4 (85). С. 93-94.

3.3. Тактика допроса и очной ставки на последующем этапе расследования причинения тяжкого вреда здоровью вследствие ненадлежащего оказания медицинской помощи

Допрос и очная ставка так же часто проводятся на последующем этапе расследования причинения тяжкого вреда здоровью вследствие ненадлежащего оказания медицинской помощи.

В ходе расследования следователю необходимо знать специфику процесса лечения, организационно - тактические факторы, происходящие при медицинском вмешательстве. Следователь обязан изучить нормативные и ведомственные документы, регламентирующие этот этап. Следователь должен учесть степень противодействия следствию тех медицинских работников, которые имели хоть малое отношение к терапии больного, они могут утаивать важные факты. Следователь должен проводить допросы должностных лиц и специалистов, которые компетентны в вопросах общей организации и лечения данного заболевания.

Целесообразны допросы экспертов, когда к их заключениям у следователя появляются вопросы. Важно их мнение и по первичной экспертизе, и по дополнительной, комиссионной или комплексной экспертизе. Анализ содержания уголовных дел, которые были возбуждены по фактам совершения преступных деяний исследуемой группы, находившихся в разное время в судах Казани, позволил сделать выводы о том, что в 90 процентах дел допросы экспертов были инициированы путем подачи ходатайств сторонами.

Когда проводятся допросы экспертов, то формулируются следующая серия вопросов:

- какую квалификацию имеет эксперт в соответствующей области, в области медицины, судебной медицины и сколько лет он работает экспертом;
- по какой причине заболел потерпевший;

- были ли установлены признаки недолжно оказанной медицинской помощи, при положительном ответе, какие это признаки;

- установите роль последствий оказания медицинской помощи, из-за них наступила болезнь, они повысили вероятность наступления тяжкого вреда здоровью, эти последствия существенно не повлияли на причину болезни;

- назовите методы гистологического исследования, которые решено было применить, почему выбор пал на эти методы, как оцениваете их полноту.

Допрашивают экспертов на основании ст. 205 УПК РФ с целью получения разъяснения и с целью дополнения сформулированного этим экспертом заключения.

Характерной особенностью дел, является не единоличное, а комиссионное проведение экспертизы.

Поэтому следователь должен остановить свой выбор на конкретном члене комиссии, который наиболее полно ответит на оставшиеся вопросы.

В связи с тем, что серия вопросов для допроса эксперта сводится к уточнению оснований для осуществления исследования, способа подбора членов экспертной комиссии, уровня квалификации приглашенных членов, хода ее проведения, объема анализа, примененных методик, соответствия вводной, исследовательской частей и выводов, то правильнее всего будет озвучить серию вопросов ее председателю.

Если следователь должен уточнить суть терминов или понять, как трактовать медицинские заключения, он должен вызвать соответствующего специалиста.

Чтобы эффективно провести допрос свидетелей этой группы, необходимо серьезно подготовиться. Допрашиваемые могут добросовестно заблуждаться, могут давать заведомо ложные показания. Допросить младший медицинский персонал целесообразно, если больной долго находился в учреждении. От младшего медицинского персонала можно узнать правила

учреждения, соблюдается ли дисциплин труда, как организована работа, соблюдал ли потерпевший режим и условия пребывания в учреждении, как за ним ухаживали, принимали ли участие в этом родственники потерпевшего.

Допросить других пациентов клиники, которые лежали с потерпевшим в одной палате, эти люди могут обладать сведениями, касающимися того, какие симптомы были у потерпевшего, что он рассказывал о своем состоянии, чем делился, как относился к назначенной терапии. Можно узнать о его физических и психических страданиях, о том, как он переносил медицинские мероприятия, так как соседи по палате были очевидцами всех этих событий, и у них сложилось четкое представление о том, как относились медики к больному.

Наиболее многочисленная часть свидетелей - это сам медицинский персонал всех рангов.

Следователь тщательно анализирует этот контингент, изучает медицинские документы и записи.

Эта часть свидетелей может сообщить о том:

- что за заболевание было у потерпевшего;
- было ли что-то особенное в диагнозе и терапии этого заболевания;
- какие анализы брали у больного, какое лечение к нему применялось, было ли это лечение обоснованным;
- какую применяли тактику и стратегию лечения, почему именно их выбрал врач; прибегал ли лечащий врач к рекомендациям иных специалистов, давал ли ему кто-то рекомендации сменить методы лечения, прислушивался ли к этим советам врач;
- как протекало заболевание до процедур и после;
- могут ли они назвать причину возникновения дефекта; почему наступил неблагоприятный исход; можно ли было предупредить, устранить такой исход;

- проверялась ли обоснованность назначений врача, привлекались ли медицинские консилиумы, имеются ли выводы ведомственных экспертов по качеству предоставленной помощи.

Сам медицинский персонал всех рангов неохотно дает показания и еще реже говорит в них правду. Это объясняется тем, что медики не хотят вступать в конфронтацию с работодателем.

Следователь должен заранее подготовиться к такому допросу, действовать с применением тактических приемов. А еще досконально изучить документы, что позволит ему аргументировать и уточнять вопросы и выявлять лиц, дающих ложные показания.

Допросить необходимо также и родных потерпевшего, его товарищей, поскольку они навещали его и могут сообщить:

- жаловался их близкий человек на какие-то боли, и как долго это длилось;

- писал ли жалобы их близкий человек в медицинские и правоохранительные или страховые инстанции, результативно ли обращался;

- быть может их близкий человек просил о помощи не одного, а двух или более врачей; имелась ли разница в самочувствии их близкого человека до и после проведения процедур; в какой момент его состояние сильно ухудшилось;

- видят ли они причину наступившего негативного исхода в проведенном медицинском действии; могут ли поделиться своими наблюдениями в связи с этим.

Очная ставка является одним из самых сложных и важных следственных действий последующего этапа. Помимо определения времени проведения очной ставки следователь должен качественно изучить противоречивость показаний участников очной ставки, выяснить предположительные пути устранения этих противоречий.

С точки зрения тактики наиболее верным становится путь детализации фактов. Также важно сформулировать заранее нужные вопросы для успешного проведения очной ставки.

Вопросы, заданные следователем, должны отличаться конкретикой и четкостью. Вопросы исключают давление на участников очной ставки и исключают склонение участников к выбору той или иной версии, также вопросы не должны уводить от предмета допроса.

Необходимо ведь устранить противоречия и прийти к истине по делу. Для этого необходим особый подбор участников указанного следственного действия.

Нами могут быть названы проанализированные виды очных ставок, которые имеют различия в тактике их проведения:

1. Очная ставка, в которой участвуют подозреваемый и потерпевший;
2. Очная ставка, в которой участвуют подозреваемый врач и потерпевший;
3. Очная ставка, в которой участвуют подозреваемый врач и свидетель;
4. Очная ставка, в которой участвуют подозреваемый и врач.

Очная ставка по данному виду преступлений, обостряется конфликтной ситуацией и противоположностью интересов ее участников.

Типовые ситуации проведения на последующем этапе очной ставки такие:

- 1) клевета в адрес свидетеля, показания которого правдивы;
- 2) отказ от дачи своих показаний;
- 3) стремление психически подавить менее сильного участника очной ставки.

На последующем этапе расследования, рассматриваемого нами преступления, главная роль отводится допросу обвиняемого, сначала следователь задает вопросы, ответы на которые прольют свет на профессиональный уровень медика и его деятельность.

Далее следователь задает вопросы обвиняемому, ответы на которые прольют свет на осуществленные стадии медицинской помощи, на технологические особенности медицинского вмешательства, при котором и возник дефект.

После этого следователь должен ознакомить обвиняемого с письменно зафиксированными показаниями. После чего обвиняемый ставит свою подпись под показаниями.

Далее следователь начинает допрос с целью выяснения, при каких обстоятельствах протекала та или иная стадия медицинской помощи, при каких обстоятельствах проводилось то или иное лечение потерпевшего, в процессе которого, по мнению следствия, ему и был причинен вред здоровью.

Такая тактика ведения допроса исключает для допрашиваемого лица апеллирование к отсутствию должной квалификации, медицинской практики, и прочего.

Если обвиняемый заявляет об имевших место обстоятельствах, которые помешали ему оказать пострадавшему необходимую своевременную и полную медицинскую помощь, следователь непременно обращает на эти показания особое внимание и проверяет их. Если в уголовном деле нет сведений об этой проверке, тогда следователь должен ожидать от обвиняемого возврата к данной версии событий.

Если обвиняемый апеллирует к недостаточным знаниям или полному отсутствию знаний в области особенностей и симптоматики заболевания или ссылается на недостаточный уровень квалификации, если говорит о том, что ему не были известны стандарты проведения медицинского действия, то эта информация оценивается следователем по критериям: «мог ли..., должен ли был...».

Следователь решает вопрос о проведении допроса обвиняемого с участием специалиста. В большинстве случаев обвиняемые не признают свою вину и не признают причинную связь их действий с наступившим

отрицательным исходом. Поэтому следователь должен вооружиться аргументацией специалистов, положениями из заключения экспертов, владеть медицинскими познаниями в области механизма причинения пациенту тяжкого вреда здоровью. Также следователь должен виртуозно оперировать показаниями пострадавшего и свидетелей, чтобы изобличить виновного.

Когда ведется допрос обвиняемого, то важно задавать вопросы, способные выявить мотив и причины того, почему медицинский работник выбрал именно имевшую место тактику и методику оказания медицинской помощи пострадавшему лицу.

Следователь должен разбить вопросы на группы: группа начальных вопросов, группа промежуточных вопросов, группа основных вопросов, группа дополнительных вопросов, группа детализирующих вопросов, группа контрольных вопросов.

Помимо этого, необходимо запланировать момент в ходе допроса для предъявления таких доказательств, которые изобличают виновного. Обычно, такие доказательства содержатся в медицинской документации, они могут содержаться также и в показаниях прочих участников процесса.

Мы не согласны с точкой зрения Соловьева А.Б. относительно того, что использование доказательств в ходе допроса – это тактический прием по реализации доказательственной информации, находящейся в распоряжении следователя, не только за счет ее демонстрации (непосредственного предъявления), но и опосредованными способами ознакомления с ней допрашиваемого, что необходимо для изменения ложной и ошибочной позиции.⁸⁸

Следователю нужно решать вопрос относительно присутствия на допросе адвоката даже в случае отказа от него со стороны обвиняемого.

⁸⁸ Соловьев А.Б. Получение и использование доказательств на предварительном следствии: - Москва: Юрлитинформ, - 2012. - С. 93-94.

Анализ пункта 1 части 2 статьи 75 УПК РФ показал, что положение уголовно-процессуального закона было сформулировано так, что законное право обвиняемого лица на свою защиту преобразовалось практически в его обязанность иметь адвоката. Тем не менее, при расследовании этой группы преступлений присутствие адвоката необходимо обеспечить в ходе проведения почти всех следственных действий, в которых обвиняемое лицо сообщит существенную для уголовного дела информацию, поскольку, согласно закону, показания, которые получены в отсутствие адвоката и которые не подтверждены в дальнейшем в суде, отнесены к недопустимым доказательствам, иными словами, не имеют юридической силы и не могут быть использованы в качестве доказательств.

Если в допросе принимает участие защитник, он вправе кратко консультировать подозреваемого, имея на то разрешение следователя. Защитник имеет право задавать вопросы, такая возможность не может не повлиять на проведение и результаты следственного действия. Данное обстоятельство побуждает следователя к серьезной подготовке к ведению такого допроса. Следователю желательно предугадать позицию, стиль, линию защиты, правовые приемы, которых станет придерживаться защитник.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенное исследование позволило выявить ряд общих закономерностей и особенных тенденций развития причинения тяжкого вреда здоровью вследствие ненадлежащего оказания медицинской помощи, определяющие актуальность изучения данной проблематики и разработки научно обоснованных рекомендаций по совершенствованию методики расследования данной категории преступлений.

В результате исследования поставленные цели были достигнуты, а задачи решены, что подтверждается следующими общетеоретическими выводами и предложениями.

1. Предложено авторское определение криминалистической характеристики причинения тяжкого вреда здоровью вследствие ненадлежащего оказания медицинской помощи включающее следующие элементы:

- 1) общая и уголовно-правовая характеристика;
- 2) способ совершения и сокрытия;
- 3) личность преступника;
- 4) факты-последствия причинения тяжкого вреда здоровью вследствие ненадлежащего оказания медицинской помощи;
- 5) место посягательства;
- 6) время посягательства и др.

2. Определены особенности правового регулирования причинения тяжкого вреда здоровью вследствие ненадлежащего оказания медицинской помощи. Был сделан вывод, что причинение тяжкого вреда здоровью вследствие ненадлежащего оказания медицинской помощи – это, имеющая в основе объективные и субъективные факторы, возникающая и действующая в области охраны здоровья, по причине нарушения охраняемых уголовным законом стандартов оказания медицинской помощи, носящая общественно-опасный, противоправный характер, развивающаяся система действий, а

также их последствий, которые обусловлены ненадлежащим исполнением медицинским работником своих профессиональных обязанностей.

3. Предложено авторское определение причинения тяжкого вреда здоровью вследствие ненадлежащего оказания медицинской помощи, которое выражается в заблуждении медицинского работника, возникшем вследствие появления причин объективного или субъективного характера, относительно диагностики или избранных методов лечения пациента, объективно выразившееся в системе мер по оказанию помощи пациенту, и повлекшее предусмотренные уголовным законом последствия для жизни или здоровья пациента.

4. Предложено авторское определение ненадлежащего исполнения лицом профессиональных обязанностей, что выражается в недобросовестном исполнении виновным своих трудовых обязанностей. Трудовые обязанности имеют свои особенности в зависимости от профессии (врач-неонатолог, окулист, терапевт), а также в зависимости от должности (заведующий клиникой, главный хирург отделения), которую занимает лицо. Когда обвиняемый, будучи должностным лицом, нарушил свои обязанности по должности и это по неосторожности повлекло ухудшение здоровья потерпевшего, то такое деяние будет квалифицироваться по ст. 293 УК РФ.

5. Предложена авторская классификация нарушения стандартов оказания медицинской помощи, которая имеет следующие основания:

а) по содержанию: не выполнены в полном объеме алгоритмы диагностического обследования лица; допущены ошибки в наборе и дозировке медикаментов; не было организовано наблюдение; недопустимые приемы и методы терапии;

б) по форме неосторожной вины: в форме легкомыслия; в форме небрежности.

6. Определен типичный портрет преступника по делам о причинении тяжкого вреда здоровью вследствие ненадлежащего оказания им медицинской помощи. 31,9 процента преступлений совершено лицами в

возрасте 46 - 55 лет. Среди названной возрастной категории основная масса преступлений совершена медицинскими работниками в возрасте 46 и 47 лет. Значительной является доля преступников среди работников сферы здравоохранения в возрасте 30 - 39 лет, это 29,1 процента от общего числа преступлений, а также в возрасте 40 - 45 лет, это 27,6 процента. Образовательный уровень работников здравоохранительной сферы можно охарактеризовать следующими основными категориями: первая категория – это высшее медицинское образование и среднее специальное образование. Невзирая на диплом о медицинском образовании (высшем или средне-специальном), необходимо сказать, что достаточно низким для этой профессии остается уровень приобретенных знаний.

7. В ходе исследования были выделены факторы, характеризующие жертву, которой причинили тяжкий вред здоровью в результате ненадлежащего оказания медицинской помощи. Это следующие факторы:

- фактор характерного заболевания; возрастной фактор; фактор наличия хронических заболеваний и их проявлений; генетический фактор; климатический фактор, экологический фактор; фактор индивидуальных особенностей организма.

Выявлены группы риска граждан в зависимости от пола, возраста, степени ожирения, приёма трех и более лекарственных препаратов, реакции на лекарства в прошлом, тяжести патологии и других;

- имеет значение фактор поведения пациента до лечения, во время лечения и после него, а конкретно: соблюдал ли он предписание диеты, условия реабилитации, режим лечения, фактор отношения пациента к наркотикам, алкоголю и так далее;

- фактор состояние здоровья лица на момент его поступления в медицинское учреждение; фактор физиологических особенностей; фактор степени поражения организма пациента болезнью либо степени травмированности;

- фактор уровня информированности лица о лекарственных препаратах и медицинских средствах; не лечился ли пациент у других врачей или знахарей; не занимался ли самолечением;

- фактор отношение пациента к лечащему врачу, причиненному ему вреду, к процессу лечения, качеству и объему оказанной медицинской помощи.

8. Выявлены характерные ошибки при решении вопроса о возбуждении уголовного дела: низкая степень ответственности за качество проверки, проводимой по сообщению о преступлении. По ее материалам могут необоснованно возбуждаться уголовные дела. Очень часто документы о преступлении по факту причинения тяжкого вреда здоровью вследствие ненадлежащего оказания медицинской помощи собираются нетрадиционным по правовой сути для практических работников способом. Это может явиться непосредственной причиной бумажной волокиты и прочих последствий. Лица, причастные к совершению преступлений, обладают возможностью скрываться от следствия, при этом избавляясь от следов преступления, пытаясь препятствовать установлению истины в его раскрытии.

9. Выявлен круг обстоятельств, исключающих уголовную ответственность за причинение тяжкого вреда здоровью вследствие ненадлежащего оказания медицинской помощи. Это обоснованный профессиональный риск и крайняя необходимость. Лишь с использованием специальных знаний можно дифференцировать эти деяния.

10. Систематизированы типовые ситуационные моменты на стадии возбуждения уголовного дела и далее на последующих этапах, найдены задачи, эффективные способы и сценарии действия следователя. Зафиксировать обстановку происшествия. Выявить, зафиксировать и изъять материальные следы, указывающие на конкретных лиц, причастных к преступлению. Установление обстоятельств, отражающих объективную сторону преступления: время и способ его совершения; выявление признаков, указывающих на мотивы и цели совершения преступления.

11. Установлена нужная последовательность следственных действий на стадии возбуждения уголовного дела и далее на последующих этапах.

12. Выявлены особенности в тактике проведения отдельных следственных действий на основе анализа информационных потоков, определяющих результативность их раскрытия и ведения следственных действий.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Нормативные акты:

1. Всеобщая декларация прав человека: принята на третьей сессии Генеральной Ассамблеи ООН резолюцией 217 А (III от 10 декабря 1948 г.). //Российская газета- 1998-10 декабря;
2. Конституция Российской Федерации: принята всенародным голосованием 12 декабря 1993 г.// Российская газета- 1993 25 декабря;
3. Уголовный кодекс РФ от 13 июня 1996 г. № 63-ФЗ // Собрание законодательства Российской Федерации -1996. -№ 25, С. 2954;
4. Уголовно-процессуальный кодекс РФ от 18 декабря 2001 г. № 174-ФЗ, с изм. и доп. Текст опубликован в «Российской газете» от 22 декабря 2001 г. № 249, С. 4921;
5. Федеральный закон от 12 августа 1995 г. № 144-ФЗ «Об оперативно-розыскной деятельности», с изменениями и дополнениями. Текст опубликован в «Российской газете» от 18 августа 1995 г, С. 3349;
6. Федеральный закон от 7 февраля 2011 года № 3-ФЗ "О полиции" вступил в силу с 1 марта 2011 года;
7. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 22.12.2020) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2021);
8. Федеральный закон от 31 мая 2001 г. № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации», с изменениями и доп. Текст опубликован в «Российской газете» от 5 июня 2001 г. № 106, С. 2291;
9. Федеральный закон от 1 июня 2005 г. № 53-ФЗ «О государственном языке Российской Федерации». Текст опубликован в «Российской газете» от 7 июня 2005 г. № 120;

10. Постановление Правительства РФ от 16 октября 2000 г. № 789 «Об утверждении Правил установления степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний». Текст опубликован в «Российской газете» от 31 октября 2000 г., № 210;

11. Постановление Минтруда РФ от 18 июля 2001 г. № 56 «Об утверждении Временных критериев определения степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, формы программы реабилитации пострадавшего в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания», с изменениями и дополнениями. Текст опубликован в «Российской газете» от 29 августа 2001 г., № 167;

12. Постановление Пленума Верховного Суда РФ «О судебной экспертизе по уголовным делам» от 21.12.2010 г. №28. Текст опубликован в «Российской газете» от 30 декабря 2010 г. N 296;

13. Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 17 сентября 1975 г. № 5 «О соблюдении судами Российской Федерации процессуального законодательства при судебном разбирательстве уголовных дел» (в редакции от 21 декабря 1993 г.). Текст в редакции от 21 декабря 1993 г. опубликован в Сборнике постановлений Пленума Верховного Суда Российской Федерации 1961 - 1993. - М.: Юридическая литература, 1994;

14. Приказ МВД РФ от 1 июня 1993 г. № 261 «О повышении эффективности экспертно-криминалистического обеспечения деятельности органов внутренних дел Российской Федерации» (с изменениями от 11 января 2009 года);

15. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 27.05.1997 N 170 (ред. от 12.01.1998) "О переходе органов и учреждений здравоохранения Российской Федерации на международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10 пересмотра";

16. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 30 декабря 2002 г. N 413 "Об утверждении учетной и отчетной медицинской документации";

17. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 24 апреля 2008 г. №194н // Российская газета. 5 сентября, 2008. №188;

18. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 12 мая 2010 г. N 346н "Об утверждении Порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации" (Зарегистрировано в Министерстве юстиции РФ 10.08.2010 N 18111);

19. Приказ Министерства здравоохранения России от 01.08.2012 N 54н (ред. от 08.10.2020) "Об утверждении формы бланков рецептов, содержащих назначение наркотических средств или психотропных веществ, порядка их изготовления, распределения, регистрации, учета и хранения, а также правил оформления" (Зарегистрировано в Минюсте России 15.08.2012 N 25190);

20. Приказ Министерства здравоохранения России от 15.12.2014 N 834н (ред. от 02.11.2020) "Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению".

2. Монографии, учебники, учебные пособия, статьи, комментарии, авторефераты диссертаций

21. Аверьянова Т.В. Проблемы теории и практики судебной экспертизы // Фундаментальные и прикладные проблемы управления расследование преступлений: Сб. науч. трудов (в двух частях). Часть 2. – М.: Академия управления МВД России, 2015. – С. 206;

22. Аверьянова Т.В., Белкин Р.С., Корухов Ю.Г., Российская Е.Р. Криминалистика. Учебник для вузов / Под ред. Р.С. Белкина. – М.: Изд. группа НОРМА-ИНФРА М, 2015. – С. 990;

23. Авдеев М.И. Судебно-медицинская экспертиза живых лиц. – М.: Медицина, 2016. – С. 376;
24. Адельханян Р.А. Умышленное причинение тяжкого вреда здоровью при особо отягчающих обстоятельствах. Изд. 2-е. – М.: МЗ Пресс, 2009. – С. 190;
25. Арсеньев В.Д. Основы теории доказательств в советском уголовном процессе. – Иркутск, 1970. – С. 154;
26. Арсеньев В.Д. Проведение экспертизы на предварительном следствии. – Волгоград, 2016. – С. 95;
27. Астапкина С.М., Дубровицкая Л.П., Плесовских Ю.Г. Участие специалиста-криминалиста в расследовании преступлений: Учебное пособие. – М.: УМК приГУК МВД РФ, 1992. – С. 72;
28. Алексеев А.А. Расследование отдельных видов преступлений: учебное пособие 2-е изд. перераб. и доп. / А.А. Алексеев, В.К. Весельский, В.В. Пясковский – К.: «Центр учебной литературы», 2014. – С.320;
- 29.Алехин Д.В., Багмет А.М. В.В. Бычков, А.Л. Иванов, СЮ. Мелихов, Т.Н. Петрова, Л.Т. Савин, В.И. Саньков, Е.А. Соломатина, А.З. Трощанович, А.В Хмелева Расследование преступлений, совершенных медицинскими работниками по неосторожности (ятрогенных преступлений). М. Юнити-Дана 2020-С.159.;
- 30.Акопов В.И. Экспертиза вреда здоровью (правовые вопросы судебно-медицинской практики) – М. ООО "Эксперт. бюро-М" 1998. - С. 254;
31. Аверьянова Т.В., Белкин Р.С., Корухов Ю.Г., Россинская Е.Р. Криминалистика / под ред. Р.С. Белкина. М.: Норма-Инфра, 2001, - С. 990;
32. Аркин Е. А. К учению о лекарственных сыпях // Врач. 1901. №28. – С. 884;
33. Багмет А.М. Проведение процессуальных проверок и расследование ятрогенных преступлений: сборник методических рекомендаций /под ред. А.М. Багмета. – М.: Московская академия СК России, 2017. – С. 169;

34. Багмет А.М., Черкасова Л.И. Особенности расследования профессиональных преступлений медицинских работников. Эксперт криминалист. 2014 №1 С.3-5;

35. 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». 2016. С. 3-8;

36. Багмет А.М., Петрова Т.Н. Оптимизация расследования преступлений, совершенных медицинскими работниками // Библиотека криминалиста. Научный журнал. 2016. № 5 (28). С. 67-73;

37. Басалаев А.Н., Гуняев В.А. Криминалистическая характеристика преступлений (общие положения) М.: Юридическая литература - 1976. - С. 100;

38. Баев О.Я. Методические основы расследования преступлений. Руководство для следователей. / Под общ.ред. Мозякова В.В. - М.: Изд-во «Экзамен», 2005. – С. 912;

39. Белкин Р.С. Курс советской криминалистики. Т.3. М. Издательство Академия МВД СССР, 1979. – С. 407;

40. Белкин Р.С. Курс криминалистики. В 3 т. Т. 1: Общая теория криминалистики. – М.: Юристъ, 1997. – С. 408;

41. Белкин Р.С. Криминалистика: Учебник для Вуза / - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: Порма, 2001. – С. 990;

42. Белкин Р.С. Курс криминалистики: в 3 т. Т. 3. Криминалистические средства, приемы и рекомендации М.: Юристъ, 1997. - С. 480;

43. Белкин Р.С. Криминалистика: проблемы сегодняшнего дня. М.: Издательство НОРМА, 2001. - С. 240;

44. Белкин Р.С. Криминалистическая энциклопедия. – 2-е изд. доп.– М.: «МегатронXXI», 2000. – С. 334;

45. Бердичевский Ф.Ю. Судебная медицина. //Суд.мед. экспертиза. 2016. № 7;
46. Бойко А.Т. Здравоохранение в условиях медицинского страхования и перехода к рыночным отношениям. Методические материалы для руководителей (менеджеров) медицинских учреждений, подразделений, служб. СПб, 2004;
47. Брайнин Я.М. Уголовная ответственность и ее основание в советском уголовном праве. – М.: Юрид. лит., 1963 г. – С. 274;
48. Букаев Н.М. Криминалистические экспертизы: Курс лекций. – Томск: Издательство «Печатная мануфактура», 2002. – С. 270;
49. Бурнашев Н.А. Следственные ситуации в методике расследования преступлений // Проблемы интенсификации деятельности по расследованию преступности. Межвузовский научный сборник трудов. – Свердловск, 1987. – С. 164;
50. Вандышев В. В. Способы сокрытия преступления и их классификация / Вестник СПб Университета МВД России. 2000. № 2(6). С. 94—100;
51. Васильев А.Н. Следственная тактика. - М.: Юрид. лит., 1976. – С. 200;
52. Васильев А.Н. Тактика допроса при расследовании преступлений. – М.: Юрид. лит., 1970. – С. 208;
53. Великородный П.Г. Криминалистическое понятие способа уклонения от ответственности // Вопросы борьбы с преступностью. Выпуск 44. -М.: Юрид. лит., 1986. - С. 80 – 84;
54. Веселков К.В. Проблемы психологии формирования показаний потерпевших и особенности тактики его допроса на следствии (по конкретным категориям дел). автореферат диссертации кандидата юридических наук: 12.00.09 / Кубан. гос. ун-т. - Краснодар, 2002. – С. 23;
55. Викторов Б.А. Цель и мотив в тяжких преступлениях. - М.: Госюриздат, 1963. С. 82;

56. Викторова Е.Н. Роль специалиста в обнаружении, фиксации, изъятии и изучении следов рук на месте происшествия // Проблемы борьбы с преступностью. - М.: Изд-во Инта по изуч. причин и разраб. мер предупреждения преступности, 1976. - С. 182-186;

57. Винберг А.И. Специалист в процессе предварительного следствия. // Проблемы судебной экспертизы. Сборник № 1. М.: Госюриздат, 1961. С. 146;

58. Владимиров В.Ю. Криминалистическое исследование ствольного газового оружия. - С.-Пб., 1996. – С. 256;

59. Власов В.П. Следственный осмотр и предварительное исследование документов. Прокуратура СССР. Всесоюз. науч.-исслед. институт криминалистики. - Москва: Госюриздат, 1961. – С. 145;

60. Волынский А.Ф. Некоторые вопросы проведения экспертизы в уголовном процессе европейских социалистических стран // Вопросы теории криминалистики и судебной экспертизы. Вып. I. – М.: ЦНИИСЭ, 1969. – С. 89-94.

61. Волынский В.А. Криминалистическая техника: наука – техника – общество – человек. – М.: Закон и право. ЮНИТИ-ДАНА, 2000. – С. 311;

62. Воробьева И.Б., Маланьина Н.И. Следы на месте преступления. – Саратов: СГАП, СВШ МВД РФ, 1996. – С. 120;

63. Винокуров С.И. Криминалистическая характеристика преступлений, ее содержание и роль в построении методике расследования конкретного вида преступлений. Методика расследования преступлений (общие положения) Материалы научно-практической конференции (г. Одесса, ноябрь 1976 г.). - М., 1976. - С. 101-104;

64. Возгрин И. А. Общие положения методики расследования отдельных видов преступлений. Л., 1976, сс. 35-36;

65. Вермель И.Г. Судебно-медицинская экспертиза лечебной деятельности. Свердловск, 1988. – С. 111;

66. Вехов В.Б. Рогозин В.Ю. Методика расследования преступлений в сфере компьютерной информации 2002;
67. Волков Б. С. Основы профессиональной ориентации. - М.: Академический проект, 2007. – С. 331;
68. Венев Д.А. Понятие криминалистического обеспечения расследования преступлений, совершаемых медицинскими работниками при оказании медицинских услуг // Актуальные проблемы российского права. 2015. № 7. С. 184-190.
69. Герасимов И.Ф. Формирование доказательств на основе результатов оперативно-розыскной деятельности: монография. -М.: «Проспект», 2014. – С. 373;
70. Герасимов И.Ф., Голубятников С.П., Эйсман А.А. Ленинский принцип неотвратимости наказания и задачи советской криминалистики. Материалы научной конференции (Свердловск, сентябрь 1970 г.). - Свердловск: Издательство Свердловского юридического института, 1972. - 184 с;
71. Гаухман Л.Д. Расследование по делам о телесных повреждениях и хулиганстве. – М.: ВНИИ МВД СССР, 1975. – С. 80;
72. Громов Н.А., Зайцева С.А., Гущин А.Н. Доказательства, их виды и доказывание в уголовном процесса: Учебно-практическое пособие. – М.: Приор-издат, 2005. – С. 80;
73. Гильфанова А.Ш. Понятие преступлений медицинских работников против жизни и здоровья // Историческая и социально-образовательная мысль. 2014. № 4 (26). С. 333-337;
74. Гришин А.В. Криминалистическая характеристика преступлений против жизни и здоровья, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи, совершенных по неосторожности // Российское правосудие. 2014. № 1 (93). С. 75-80;

75. Драпкин Л.Я. Понятие и классификация следственных ситуаций. - В кн.: Следственные ситуации и раскрытие преступлений // Сборник науч. труды. - Свердловск. Юрид. института, вып. 41. Свердловск, 1975.с.с. 28-29;
76. Доля Е.А. Формирование доказательств на основе результатов оперативно-розыскной деятельности: монография. -М.: «Проспект», 2009. – С. 376;
- 77.Диванчиков А. Правовая природа отношений, возникающих при оказании медицинской помощи // Русский адвокат. 1996 г. № 1 С.31-33
78. Ермолович В.Ф. Криминалистическая характеристика преступлений. - Минск: Амалфея, 2001. – С. 304;
- 79.Зайцева И. А. Процессуальные и тактические особенности допроса подозреваемого и обвиняемого, проводимого при участии защитника / М.: Юрлитинформ, 2006. – С. 232.
- 80.Замылин Е. И. Тактико-психологическое основы допроса в конфликтной ситуации: автореф. дис. канд. юрид. наук / Волгоград. юрид. ин-т. – Волгоград, 1996. – С. 24.
- 81.Зорин Г.А. Теоретические основы криминалистики. - Мн.: Амалфея, 2000. – С. 416;
82. Ивашкевич Г.А. Федущак А.Л. Экспертная оценка постинъекционных осложнений. //Суд.мед. экспертиза. 1988. № 3. - С. 20-22;
83. Ищенко Е.П., Криминалистика: Учебник /. – М: ИНФРА-М., 2003. – С. 748;
84. Ибрагимова А.Д. Некоторые элементы криминалистической характеристики причинения вреда здоровью или смерти по неосторожности действиями (бездействиями) медицинских работников // Научные исследования и разработки молодых ученых. 2015. № 3. С. 197-200;
- 85.Исаева К. А. Тактические особенности допроса женщин – подозреваемых и обвиняемых: автореф. дис. канд. юрид. наук / МВД РФ – М., 1995. – С. 21.

86. Криминалистическая методика расследования отдельных видов преступлений: учебное пособие в 2-х частях. Ч. 2: / под ред. А.П. Резвана, М.В. Субботиной. – М.: ИМЦ ГУК МВД России, 2002. – С. 232;
87. Каневский Л.Л. Особенности тактики допроса несовершеннолетнего подозреваемого. М.– Свердловск, 1972. сс. 118-123;
88. Карнеева Л.М., Ордынский С.С., Розенблит С.Я. Тактика допроса на предварительном следствии. – М.: Юрид. лит., 1958. – 207 с.
89. Карнеева Л.М., Соловьев А.Б., Чувилев А.А. Допрос подозреваемого и обвиняемого. – М. Москва. 1969. – С. 124;
90. Краткая медицинская энциклопедия: в 3-х т. / Гл. ред. Б.В. Петровский. Т.2. – М.: Советская энциклопедия, 1989. – 608 с.
91. Колесниченко А.Н. Общие положения методики расследования отдельных видов преступлений. Харьков, 1965. – С. 47;
92. Колесниченко А.Н. Научные и правовые основы расследования отдельных видов преступлений: Автореф. Диссертации доктора юрид. наук. Харьков, 1967. - С. 27;
93. Ковалев А.В. Порядок проведения судебно-медицинской экспертизы и установления причинно-следственных связей по факту неоказания или ненадлежащего оказания медицинской помощи. – Методические рекомендации / М.: ФГБУ «РЦСМЭ», 2017. — 2-е изд., переработанное и дополненное;
94. Крылов И.Ф. Криминалистика / Ленинград, 1976. – С. 308;
95. Курс советской криминологии: Предмет. Методология. Преступность и ее причины. Преступник. М. Юрид. лит., 1985. — С. 416;
96. Красильников А. П. Проблема безопасности медицинской помощи // Неблагоприятные эффекты современных методов лечения. Минск, 1993. - С. 14-22;
97. Капралова Н.Ф. Единая система оценки качества медицинской помощи. / Новости медицины и фармации. 1994. - №2. - С. 29-30;

98. Катков С.А., Собецкий И.В., Фёдоров А.Л. Подготовка и назначение программно-технической экспертизы // Информ. бюллетень СК МВД России. 1995. № 4 (85). С. 87-96;
99. Кузнецова Н. Ф., Лунева В. В. Криминология: Учебник / 2-е изд. М., 2004. – С. 640;
100. Климкина С.В. Особенности работы с документацией медицинского персонала. М. Москва. Издательство: Медицина. - 2015;
101. Краковский Н.И., Грицман Ю.Я. Ошибки в хирургической практике и пути к их предупреждению. М. Медгиз. 1959 г. – С. 212;
102. Кузнецова А.В. Обстоятельства, подлежащие установлению в ходе расследования преступлений, совершаемых медицинскими работниками // Юрист - Правоведъ. 2015. № 4 (71). С. 116-120;
103. Кушнарев А.П. Использование специальных знаний в расследовании преступлений, связанных с ненадлежащим исполнением своих профессиональных обязанностей медицинскими работниками // Гуманитарные, социально-экономические и общественные науки. 2016. № 8-9. - С. 225-230;
104. Лекарственная болезнь //БМЭ. 1980, Т. 12. – С. 505;
105. Лурия Р. А. Внутренняя картина болезней и постятрогенные заболевания. - М.: Медицина, 1977. - С. 37–52;
106. Лошонци Д. Внутрибольничные инфекции / пер. с венг. - Москва: Медицина, 1978. – С. 453;
107. Лопатин А. С., Станковская И. М. Побочное действие лекарств. М., 1989. – С. 62;
108. Лисюткин А. Б. Юридическая ошибка и гарантированность прав и свобод человека. // Права человека: пути их реализации: Материалы международной научно-практической конференции (8-10 октября 1998г.) Саратов, 1999. – С. 81;
109. Лекарственные болезни / под ред. Г. Маждракова и П. Попхристова. София, 1973. - С. 622;

110. Маковский А.Л. Ответственность врача и лечебных учреждений за хирургические ошибки. М., 1959. – С. 168;
111. Международная классификация болезней. Женева, 1983;
112. Mooney G. Разная этика в медицине // Всемир. форум здравоохранения. 1988;
113. Межгосударственный стандарт ГОСТ 30335-95/ГОСТ Р 50646-94 «Услуги населению. Термины и определения» (введен в действие постановлением Госстандарта РФ от 12 марта 1996 г. № 164);
114. Методические рекомендации «Возмещение вреда (ущерба) застрахованным в случае оказания некачественной медицинской помощи в рамках программы обязательного медицинского страхования» утв. Федеральным фондом ОМС 27 апреля 1998 г.;
115. Малинин В.Б. Причинная связь в уголовном праве. - С.-Пб.: Юрид. центр Пресс, 2000. – С. 316;
116. Молчанов В.И. Практическая медицина. - Москва. - Издательство: Медицина. -2005. – С. 328;
117. Пашина Г.А., Ившин И.В. Профессиональные преступления медицинских работников против жизни и здоровья. – М.: Медицинская книга, 2006. – С. 196;
118. Попов В.Л., Попова Н.П. Правовые основы медицинской деятельности: Справочно - информационное пособие. Изд. 2-е, доработанное и дополненное. - СПб: Деан, 1999. – С. 253;
119. Положение о медико-экономическом контроле объемов и экспертизе качества медицинской помощи, предоставленной по программе обязательного медицинского страхования, утв. приказом Комитета здравоохранения Правительства Москвы и Московского городского ФОМС 4 января 2003 г. № 1/1;
120. Перепечина И.О. Актуальные вопросы расследования преступлений медицинских работников против жизни и здоровья. Эксперт криминалист. 2013 №4 С.16-20;

121. Петрова Т.Н. Особенности расследования преступлений, связанных с некачественным оказанием медицинской помощи при родовспоможении. *ConsiliumMedicum*. 2017; С. 19(6);
122. Пристанков В.Д. Теоретические и методологические проблемы расследования ятрогенных преступлений Дис. учен. степ. к.ю.н. спец. 12.00.09-Санкт-Петербург, 2000. –С. 122;
123. Пристанков В.Д. Криминалистическая теория расследования ятрогенных преступлений, совершаемых при оказании медицинской помощи: монография, СПб, 2007. – С. 221;
124. Пристанков В.Д. Методологические проблемы установления причинно-следственной связи при расследовании неосторожных преступлений, совершаемых медицинскими работниками // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 14. Право. 2015. № 3. С. 87-99;
125. Пристанков В.Д. Основы формирования криминалистической теории расследования ятрогенных преступлений // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 14. Право. 2015. № 4. С. 57-70;
126. Пухлик Б.М. Лекарственная аллергия / Киев, 1989. - 94 с. 16.
127. Поцелуев Е.Л., Горбунов А.Е. Медицинская ошибка и преступление: равнозначные понятия? // Электронный научный журнал «Наука. Общество. Государство». — 2017. — Т. 5, № 1 С.17;
128. Россинская Е.Р. Судебная экспертиза: типичные ошибки / М.: Проспект, 2012. С. 18;
129. Савельева М.В., Смушкин А.Б. Криминалистика. Учебник. М, Издательство Издательский дом "Дашков и К". - 2009 г. – 608. С.229;
130. Саранцев К.А. Основные задачи первоначального этапа расследования преступно-ненадлежащего оказания медицинской помощи// (Криминалистика) Российский следователь. -2013. -№2. -С.15-16;
131. Сашко С.Ю., Балло А.М. Оценка дефектов оказания медицинской помощи и ведения медицинской документации. СПб: БИС, 2001. – С. 145;

132. Сергеев В.В. Уголовно-правовые меры борьбы с групповой преступностью. Учеб.пособие / М-во внутр. дел СССР- Волгоград, 1977. – С. 128;
133. Смирнова Д.В. Понятие преступлений медицинских работников против жизни и здоровья и его криминалистическое значение. Адвокатская практика. 2015 №2 С.25-28;
134. Смагоринский Б.П. Криминалистика. Т. 2: Техника, тактика, организация и методика расследования преступлений /. – Волгоград: ВСШ, 1994. – С. 559;
135. Соловьев А.Б. Получение и использование доказательств на предварительном следствии: - Москва: Юрлитинформ, 2012. – С. 250; Сергеева Ю.Д., Ерофеева С.В. Матер. Всерос. науч.-практ. конф. – Иваново; Владимир, 2008. – С. 56;
136. Соловьев А. Б. Процессуальные, тактические и психологические основы допроса на предварительном следствии / М.: Юрлитинформ, 2002. – С. 192.
137. Смирнова Д.В. Понятие «преступления медицинских работников против жизни и здоровья» и его криминалистическое значение // Адвокатская практика. 2015. № 2. - С. 25-28;
138. Сухарникова Л.В. Особенности расследования неосторожного причинения вреда здоровью граждан медицинскими работниками в процессе профессиональной деятельности. Дис. учен. степ. к.ю.н. спец. 12.00.09Санкт-Петербург, 2006. – С.253;
139. Тихомиров А.В. Медицинское право. Практическое пособие. – М.: Издательство «Статут», 1998. – С. 418;
140. Топильская Е. В., Ялышев С. А. О преподавании дисциплины «Расследование и судебное рассмотрение дел. о медицинских преступлениях» в вузе. / Сборник статей по материалам Всероссийского научно-практического круглого стола: 3 марта 2017 г. // Северо-Западный

филиал ФГБОУВО «Российский государственный университет правосудия» /С. 192-197;

141. Уголовное дело №11367 г. Елабуга от 25.11.2015г;
142. Филиппов А.Г. Криминалистика /Учебник– 3-е изд., перераб. и доп. – М.: Спарк, 2004. – С. 750;
143. Филиппов А.Г. Криминалистика: Учебник / - М.: Высшее образование, 2006. – С. 441;
144. Хромов Б. М. Ятрогенные заболевания в хирургии. ЛенГИДУВ, 1978. – С. 15;
145. Хлапов А.Л. Профессиональные преступления медицинских работников. Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. Суздаль, 2008 г. – С. 35-36;
146. Хасанов Ф.З. Криминалистические проблемы борьбы с преступлениями, совершаемые медицинскими работниками // Уголовно-процессуальные и криминалистические проблемы борьбы с преступностью. Всероссийская научно-практическая конференция. Орловский юридический институт МВД России имени В.В. Лукьянова; Редколлегия: А.В. Булыжкин и др. 2015. - С. 345-348;
147. Чаплыгина В.Н. О соотношении понятий «врачебная ошибка» и «ятрогенная» при расследовании преступлений, совершенных медицинскими работниками // Наука и практика. 2015. № 2 (63). - С. 117-119;
148. Чавпецов В.Ф., Перепеч Н.Б., Миляков В.П. Экспертиза качества медицинской помощи. Теория и практика. СПб, 1997. – С. 320;
149. Чурилов С.Н. Возникновение и развитие криминалистической методики как самостоятельного раздела отечественной криминалистики // Право и жизнь. - М.: Манускрипт, 2000, № 31. - С. 118-129;
150. Чурилов С.Н. Методика расследования преступлений: Общие положения. М.: ЗАО Юстицинформ, 2009. 232 с
151. Шантуров А. Г. Ятрогенная лекарственная патология. Иркутск, 1987. – С. 149;

152. Щепин О.П., Стародубов В.И., Линденбрaten А.Л., Галанова Г.И. Методологические основы и механизм обеспечения качества медицинской помощи. – М.: Медицина, 2002. – С. 176;
153. Шестакова С. Д., Козлова Е. Л. Понятие и содержание криминалистической характеристики преступлений о ненадлежащем исполнении обязанностей по воспитанию несовершеннолетних // Российский следователь - М.: Юрист, 2012, № 10. - С. 11-13;
154. Шмонин А.В. Технология следственных действий при расследовании преступлений, совершенных медицинскими работниками // Библиотека криминалиста. Научный журнал. 2016. № 6 (29). - С. 281-283;
155. Юридическая оценка дефектов оказания медицинской помощи и ведения медицинской документации. СПб.: БИС, 2001. – С. 158;
156. Яблоков Н.П., Самыгин Л.Д. Информационные основы расследования и криминалистическая характеристика преступлений // Криминалистика. М.: БЕК, 1995. – С. 450;
157. Яблоков Н.П. Криминалистика: Учебник / - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: Юрист, 2001. – С. 718.
158. Яблоков Н.П. Криминалистика /Учебник – М.: Юрист, 2015. – С. 480.
159. stat.апи-пресс.рф;
160. <https://dic.academic.ru/dic.nsf/bse/163776/Консультация>;
161. garant.ru. Информационно-правовой портал.