

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ КАЗЕННОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«УФИМСКИЙ ЮРИДИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ
МИНИСТЕРСТВА ВНУТРЕННИХ ДЕЛ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»

А. В. Васильченко, Э. Р. Исхаков

**СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА
НЕНАДЛЕЖАЩЕГО ИСПОЛНЕНИЯ МЕДИЦИНСКИМИ
РАБОТНИКАМИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ОБЯЗАННОСТЕЙ**

Учебное пособие

Уфа 2020

УДК 340.692:[343.985.7:343.61]:614.256(470)(075.8)

ББК 67.531(2 Рос)я73-1+67.401.124-7(2 Рос)я73-1

В19

*Рекомендовано к опубликованию
редакционно-издательским советом Уфимского ЮИ МВД России*

Рецензенты: кандидат юридических наук, доцент А. В. Бачиева (Санкт-Петербургский университет МВД России);
В. А. Фатхутдинов (Главное следственное управление
МВД по Республике Башкортостан)

Васильченко, А. В.

В19 Судебно-медицинская характеристика ненадлежащего исполнения медицинскими работниками профессиональных обязанностей : учебное пособие / А. В. Васильченко, Э. Р. Исхаков. – Уфа : Уфимский ЮИ МВД России, 2020. – 48 с. – Текст : непосредственный.

ISBN 978-5-7247-1020-6

Рассматриваются вопросы, связанные с расследованием преступлений, совершенных медицинскими работниками при исполнении своих профессиональных обязанностей.

Предназначено для обучающихся образовательных организаций МВД России.

УДК 340.692:[343.985.7:343.61]:614.256(470)(075.8)

ББК 67.531(2 Рос)я73-1+67.401.124-7(2 Рос)я73-1

ISBN 978-5-7247-1020-6

© Васильченко А. В., 2020

© Исхаков Э. Р., 2020

© Уфимский ЮИ МВД России, 2020

Содержание

Введение.....	4
Глава 1. Судебно-медицинские аспекты ненадлежащего исполнения медицинскими работниками профессиональных обязанностей.....	6
Глава 2. Методика судебно-медицинской диагностики ненадлежащего исполнения медицинскими работниками профессиональных обязанностей.....	19
Глава 3. Проблемы судебно-медицинской диагностики ненадлежащего исполнения медицинскими работниками профессиональных обязанностей.....	31
Заключение.....	42
Литература.....	44

Введение

В настоящее время наблюдается резкий рост уголовных дел, связанных с ненадлежащим исполнением медицинскими работниками профессиональных обязанностей. Увеличилось количество жалоб населения на работу медицинских организаций и деятельность медицинских работников, причем часть фактов и событий сразу попадает в средства массовой информации через Интернет, где число лиц, ознакомляющихся с подобной информацией, исчисляется миллионами. За семнадцатилетний прошедший период число жалоб граждан на качество лечения и диагностики в медицинские страховые компании возросло в 1,5 тыс. раз¹. Кроме того, за каждой жалобой или случаем стоят как здоровье, так и жизнь людей. В ряде случаев имеется предвзятость и субъективизм со стороны пациентов или их родственников и представителей, а также журналистов, однако имеются многочисленные проблемы и в самой организации здравоохранения и оказания медицинской помощи населению. Сотрудники правоохранительных органов не обладают специальными познаниями в области медицины и разобраться в сути механизма лечебного процесса не могут, поэтому при расследовании дел, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи, возникают значительные трудности.

Главная роль в установлении объективности произошедшего с пациентом во время оказания ему медицинской помощи отводится судебно-медицинской экспертизе. Однако существует размытость критериев судебно-медицинской оценки и отсутствует единая трактовка при квалификации нарушений профессиональной деятельности медицинских работников. Поэтому необходимо создать оценочные критерии для объективного рассмотрения процессов оказания медицинской помощи населению с выделением аспектов ненадлежащего исполнения медицинскими работниками своих профессиональных обязанностей.

Целью работы является совершенствование подготовки специалиста-юриста, способного эффективно использовать возможности судебной медицины при раскрытии и расследовании преступлений, связанных с ненадлежащим исполнением медицинскими работниками профессиональных обязанностей.

Задачами данного пособия являются:

1. Рассмотрение нормативно-правовых актов, регламентирующих ответственность медицинских работников за ненадлежащее исполнение своих профессиональных обязанностей.

¹ Перепечина И. О., Перепечин Д. В., Смирнова Д. В. Споры и конфликтные ситуации в связи с ненадлежащим оказанием медицинской помощи и юридическая практика для их разрешения // Исследования и практика в медицине. 2015. Т. 2, № 1. С. 72–75.

2. Установление факторов, способствующих росту числа судебно-медицинских экспертиз по делам, связанным с ненадлежащим исполнением медицинскими работниками профессиональных обязанностей.

3. Раскрытие методических особенностей проведения судебно-медицинской экспертизы случаев ненадлежащего исполнения медицинскими работниками профессиональных обязанностей.

4. Ретроспективный анализ судебно-медицинской диагностики случаев ненадлежащего исполнения медицинскими работниками профессиональных обязанностей.

5. Разработка рекомендаций по вопросам использования специальных медицинских знаний при проведении доследственной проверки и при расследовании преступлений по уголовным делам подобного рода.

В учебном пособии представлены особенности и рекомендации по совершенствованию процесса проведения раскрытия и расследования дел, касающихся ненадлежащего исполнения медицинскими работниками профессиональных обязанностей, в том числе с привлечением судебно-медицинской экспертизы. Полученная информация будет применена при подготовке обучающихся образовательных организаций МВД России для формирования у них компетенций в части приобретения знаний, умений и навыков в области судебной медицины при расследовании случаев ненадлежащего исполнения медицинскими работниками профессиональных обязанностей.

Глава 1. Судебно-медицинские аспекты ненадлежащего исполнения медицинскими работниками профессиональных обязанностей

Различные аспекты законодательства в отношении ненадлежащего исполнения медицинскими работниками профессиональных обязанностей, в частности оказания медицинской помощи, рассматривались рядом авторов¹.

Право на охрану здоровья закреплено за гражданами России ст. 41 Конституции РФ².

Исходя из ст. 4 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», одним из основных принципов охраны здоровья является ответственность медицинских работников за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья³.

В соответствии со ст. 37 Закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»⁴ медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями, а также на основе стандартов медицинской помощи, которые утверждаются Министерством здравоохранения РФ. Министерством здравоохранения Российской Федерации утверждено несколько десятков порядков оказания медицинской помощи по отдельным видам, профилям, заболеваниям и состояниям, а также более ста стандартов первичной медико-санитарной и скорой медицинской помощи.

¹ Винокурова М. А. Деструкция закона или совершенствование уголовного законодательства, предусматривающего ответственность за неоказание и ненадлежащее оказание медицинской помощи // Евразийский юридический журнал. 2016. № 8 (99). С. 195–196; Горбунов С. В. Правовые вопросы ненадлежащего оказания высокотехнологичной медицинской помощи // Вестник ТИСБИ. 2014. № 2. С. 172–175; Ковалевский С. М. Правовые проблемы защиты прав пациентов, пострадавших в результате ненадлежащего оказания медицинской помощи // Здравоохранение. 2014. № 12. С. 84–95.

² Конституция Российской Федерации : текст с изменениями и дополнениями на 21 июля 2014 г. № 11-ФКЗ [Электронный ресурс]. URL: <http://www.pravo.gov.ru> (дата обращения: 03.06.2019).

³ Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации : федер. закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ : текст с изменениями и дополнениями на 6 марта 2019 г. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.pravo.gov.ru> (дата обращения: 03.06.2019).

⁴ Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации : федер. закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ : текст с изменениями и дополнениями на 6 марта 2019 г. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.pravo.gov.ru> (дата обращения: 03.06.2019).

Уголовная ответственность за преступления, совершенные вследствие ненадлежащего исполнения медицинскими работниками профессиональных обязанностей, регулируется:

1) ч. 2 ст. 109 УК РФ – причинение смерти по неосторожности, а также вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей;

2) ч. 2 ст. 118 УК РФ – причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности, а также вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей;

3) ч. 4 ст. 122 УК РФ – заражение инфекцией вируса иммунодефицита человека;

4) ч. 2 ст. 124 УК РФ – неоказание помощи больному без уважительных причин лицом, обязанным ее оказывать, если это повлекло по неосторожности смерть больного или причинило тяжкий вред его здоровью;

5) ст. 125 УК РФ – оставление в опасности;

6) п. «в» ч. 2 ст. 238 УК РФ – производство, хранение, перевозка либо сбыт товаров и продукции, выполнение работ или оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности, если они повлекли по неосторожности причинение тяжкого вреда здоровью либо смерть человека;

7) ч. 2 ст. 293 УК РФ – халатность, то есть неисполнение или ненадлежащее исполнение должностным лицом своих обязанностей вследствие недобросовестного или небрежного отношения к службе либо обязанностей по должности, если это повлекло причинение крупного ущерба или существенное нарушение прав и законных интересов граждан или организаций либо охраняемых законом интересов общества или государства, повлекшее по неосторожности причинение тяжкого вреда здоровью или смерть человека¹.

Ряд авторов термины «ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей» и «ненадлежащее оказание медицинской помощи» считают тождественными, т. к. действия или бездействия медицинского работника являются главными компонентами ненадлежащего оказания медицинской помощи².

По мнению некоторых авторов, объективной стороной преступления согласно ст. 124 УК РФ будут являться такие явления со стороны медицинских работников, как «немотивированное бездействие» либо отказ в медицинской помощи, проявляющиеся:

¹ Уголовный кодекс Российской Федерации : федер. закон от 13 июня 1996 г. № 63-ФЗ : текст с изменениями и дополнениями на 23 апреля 2019 г. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.pravo.gov.ru> (дата обращения: 24.04.2019).

² Винокурова М. А. Оказание медицинской помощи ненадлежащего качества: научное и юридическое содержание понятия // Вестник Нижегородского университета им. Н. И. Лобачевского. 2017. № 5. С. 79–84.

- в отказе принять больного в больницу;
- в неоказании стационарной помощи в медицинской организации;
- в неявке медицинского работника по вызову. Так, имеется случай, когда участковый педиатр не пришел в день поступления вызова к ребенку грудничкового возраста, на следующее утро в связи с тяжестью состояния – ребенок посинел и стал задыхаться, родители вызвали скорую помощь, сотрудники скорой помощи прибыли незамедлительно, провели срочную госпитализацию в детское отделение местной больницы (*комментарии авторов*);

- в невызове специалиста обязанным лицом, которое оказалось некомпетентным в данной ситуации, а также другие действия¹.

Ч. 2 ст. 109 и ч. 2 ст. 118 УК РФ определяет преступление со стороны медицинских работников тогда, когда медицинская помощь ими оказывается, но ненадлежащим образом: непрофессионально, некачественно или не в полном объеме (гораздо реже допускается «бездействие»)².

В настоящее время подавляющее большинство дел против врачей квалифицируется по ч. 2 ст. 109 УК РФ (причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей).

Разъясним, что «профессиональными обязанностями считается то, что врач призван соблюдать официальные (государственные) требования и стандарты, предъявляемые к врачебной деятельности». Однако необходимость применения к деяниям врача ч. 2 ст. 109 и ч. 2 ст. 118 УК РФ либо ч. 2 ст. 293 УК РФ в определенных случаях вызывает значительное затруднение, а иногда даже не реализует принцип законности³. Например, дежурный врач-терапевт при осмотре поступившего больного заподозрил патологическое состояние, в диагностике и лечении которого он не является специалистом, и согласно инструкции пригласил для осмотра консультанта соответствующей специальности. Однако специалист, осмотрев пациента, в силу определенных обстоятельств устанавливает диагноз, по которому больной не подлежит неотложной госпитализации, и рекомендует амбулаторное лечение. Дежурный врач на основе полу-

¹ Гецманова И. В., Поздеев А. Р. Правовой анализ ненадлежащего оказания медицинской помощи в связи со смертью плода // Проблемы экспертизы в медицине. 2014. Т. 14, № 1 (53). С. 5–9.

² Уголовный кодекс Российской Федерации : федер. закон от 13 июня 1996 г. № 63-ФЗ : текст с изменениями и дополнениями на 23 апреля 2019 г. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.pravo.gov.ru> (дата обращения: 24.04.2019).

³ Гришин А. В. Проблемы разграничения смежных составов при квалификации неосторожных преступлений, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи // Юридическая наука. 2014. № 2. С. 811–815; Щепельков В. Ф. Ненадлежащее исполнение врачом своих профессиональных обязанностей при оказании медицинской помощи: проблемы уголовно-правовой оценки // Вестник Российской правовой академии. 2017. № 2. С. 65–69.

ченной рекомендации специалиста отказывает в госпитализации и отпускает больного. По дороге домой у больного наступает резкое ухудшение состояния и смерть. Вследствие этого дежурный врач будет нести ответственность по ч. 2 ст. 109 УК РФ. Но, с другой стороны, ответственность должен нести специалист, а не дежурный врач. Выводы из приведенной выше ситуации, на наш взгляд, небесспорны.

Применение ст. 125 УК РФ в ряде ситуаций является довольно дискуссионной. Например, должен или не должен, обязан или не обязан медицинский работник оказывать медицинскую помощь вне стен медицинской организации и вне рамок своего рабочего времени? Какими должны быть его действия? Несет ли он уголовную ответственность за оказание (неоказание) первой помощи, при которой наступило ухудшение состояния (или смерть) пострадавшего? Так, медицинский работник, находясь на отдыхе в выходной день и идя по своим делам, стал свидетелем того, что на улице человеку стало плохо. Согласно законодательству он не имеет права оказывать медицинскую помощь вне стен медицинской организации и не обязан этого делать. То есть ситуация такова: человеку внезапно стало плохо, а рядом стоящий врач палец о палец не ударил, чтобы чем-то помочь пострадавшему. При этом человеку становится все хуже (вплоть до смерти), но врачу за его бездействие никакая ответственность (кроме моральной) не грозит. Однако законодательство позволяет трактовать ряд положений законодательства не в пользу бездействия врача и привлечь его по ст. 125 УК РФ.

Но когда врач оказывает медицинскую помощь вне стен медицинской организации и реально спасает пострадавшего, то он может быть привлечен к уголовной ответственности. Такая попытка была зимой 2019 года в глухой деревне, когда истекающей кровью гражданке (после получения резаной раны вследствие травмы куском стекла), находящейся на отдыхе, врач подручными средствами (плоскогубцы, швейные иглы и нитки) остановил смертельное кровотечение, пострадавшая выжила и поправилась, рана хорошо зажила. И только широкий положительный общественный резонанс по одобрению поступка врача помог избежать уголовного преследования – правоохранительные органы «закрыли» глаза на формальное нарушение закона (оказал медицинскую помощь вне стен медицинской организации). Следует отметить, что до ближайшей больницы было 90 километров, а скорая помощь могла приехать только через сутки.

Привлечение к уголовной ответственности медицинских работников по п. «в» ч. 2 ст. 238 УК РФ в настоящее время встречается довольно редко. Вместе с тем С. В. Замалеева считает, что такие преступления, как смерть или вред здоровью пациентов, совершенные медицинскими работниками при выполнении своих профессиональных обязанностей, не

могут квалифицироваться по данной статье¹. Возможно этим объясняется отсутствие логического завершения громкого скандала в Республиканской детской клинической больнице Республики Башкортостан, когда в эндокринологическом отделении в 2018 году был выдан родителям для лечения детей с диабетом просроченный инъекционный инсулин. Вовремя спохватившиеся родители, случайно заметившие подчистки на упаковках в местах указания сроков годности препаратов, забили тревогу и не стали проводить ими лечение своих детей для снижения уровня повышенного сахара крови.

В. Ф. Щепельков считает, что для вменения медицинскому работнику преступления, предусмотренного ст. 238 УК РФ, необходимо выявить произведенные им действия, нарушающие требования по безопасности². Ответственности подлежат медицинские работники, наделенные административными полномочиями и принимавшие решения (давшие указание) о проведении лечебно-диагностических (профилактических) мероприятий, в ходе реализации которых были нарушены требования безопасности (главные врачи, заведующие отделением, старшие медицинские сестры и др.). Например, медицинские работники, принявшие решение использовать для лечебно-диагностических мероприятий некачественные (фальсифицированные) лекарственные средства. В то же время медицинский персонал, не принимающий решение и не участвующий в его выработке, а лишь технически исполняющий свои функциональные обязанности, не может отвечать по ст. 238 УК РФ.

Здесь опять возникает парадокс – например, врачу заведующий отделением поручил использовать лекарство с прошедшим сроком годности, врач об этом знал, но применил его по указанию заведующего отделением, в случае ухудшения состояния больного данная статья к врачу не применяется.

Ст. 286 УК РФ (превышение должностных полномочий) также возлагает ответственность на медицинских работников за ненадлежащее выполнение своих профессиональных обязанностей. Однако трудно объяснить нелогичные действия правоохранительных органов при применении данной статьи к медикам (хотя так и не составлено четких определений понятий «ненадлежащее оказание медицинской помощи» и «ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей при оказании медицинской помощи»). Для примера приведем ситуацию, сложившуюся в ноябре 2018 года в Калининграде, когда по настоянию следственных органов была арестована и помещена в следственный изолятор главный врач ро-

¹ Замалева С. В. К вопросу о квалификации ятрогенных преступлений по статье 238 Уголовного кодекса РФ // Медицинское право, 2019. №. С. 46–49.

² Щепельков В. Ф. Ненадлежащее исполнение врачом своих профессиональных обязанностей при оказании медицинской помощи: проблемы уголовно-правовой оценки // Вестник Российской правовой академии. 2017. № 2. С. 65–69.

дильного дома. Она обвиняется следственными органами в том, что не подписала документ о выдаче недоношенному новорожденному с тяжелой врожденной патологией определенного препарата, и отсутствие применения этого препарата якобы послужило причиной смерти, а также в подделке документов, касающихся данного ребенка, чтобы не ухудшать статистику. При рассмотрении обстоятельств данного дела выяснилось, что лекарство, не выданное ребенку, не является строго учетным и его применяют по назначению дежурного врача. При этом ребенок имел такую тяжелую патологию (глубокая недоношенность, инфицирование, множественная врожденная патология развития внутренних органов), что умер еще до применения данного лекарства. Кроме того, мать ребенка являлась гражданкой Узбекистана и в статистической отчетности данный случай смерти не отражается (т. е. не было даже смысла что-то подделывать). На данный момент главный врач освобождена из-под ареста.

Ответственность медицинских работников регламентируется также ч. 2 ст. 293 УК РФ (халатность) – неисполнение или ненадлежащее исполнение должностным лицом своих обязанностей вследствие недобросовестного или небрежного отношения к службе либо обязанностей по должности настоящей статьи, повлекшее по неосторожности причинение тяжкого вреда здоровью или смерть человека¹. По мнению Д. А. Ухтюмовой и О. Н. Бобровской, «халатность как деятельность, во время которой происходит пренебрежение к выполнению должностных обязанностей медицинскими персоналом, задействованным в проведении лечебно-диагностических мероприятий, при этом происходит причинение ущерба здоровью пациентов или в результате произошло преждевременное наступление летального исхода»². К «обязанностям любого должностного лица» они относят порядок действий, указанный нормативными документами, регулирующими его профессиональные обязанности.

Выделим три компонента возникновения уголовной ответственности медицинского работника:

- дефект в процессе действий по оказанию медицинской помощи;
- ухудшение соматического и/или психического здоровья (до тяжкого вреда здоровью (либо смерть)) пациента;
- прямая причинно-следственная связь между дефектом в процессе действий медицинских работников по оказанию медицинской помощи и

¹ Уголовный кодекс Российской Федерации : федер. закон от 13 июня 1996 г. № 63-ФЗ : текст с изменениями и дополнениями на 23 апреля 2019 г. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.pravo.gov.ru> (дата обращения: 24.04.2019).

² Ухтюмова Д. А., Бобровская О. Н. Правовые основы ответственности за халатность в системах здравоохранения Великобритании, Новой Зеландии и Российской Федерации // Медицинское право: теория и практика. 2017. Т. 3, № 2 (6). С. 551–559.

ухудшением состояния больного (наступление неблагоприятных последствий для здоровья).

Только при точном установлении фактов ненадлежащего исполнения медицинским работником своих профессиональных обязанностей следует утверждать о наличии оснований уголовной ответственности¹.

Важное значение при этом играет судебно-медицинская экспертиза. С учетом судебно-медицинской экспертизы (но, абсолютизируя ее), по мнению Б. Б. Галиева, можно установить прямую причинно-следственную связь между действиями (бездействиями) врачей (медицинских работников) и смертью (ухудшением состояния, неэффективностью лечения и т. д.) пациентов².

В то же время отсутствуют инструкции (стандарты и нормативные документы), полностью охватывающие порядок действий врача при значительном ряде ситуаций и проявлений заболеваний, развитии патологических состояний. А в ряде случаев отсутствуют законодательно утвержденные методики и стандарты диагностики и лечения отдельных патологий и их проявлений, например в стоматологии³.

Поэтому в случаях неблагоприятных исходов оказания медицинской помощи при определенных патологических состояниях, а также особенностях течения ряда заболеваний, затруднительно однозначно установить ответственность медицинских работников за ненадлежащее исполнение своих профессиональных обязанностей. Тем не менее уголовные дела возбуждаются и доходят до суда.

Таким примером может служить уголовное дело, по которому обвинялся анестезиолог одной из больниц Белгородской области в смерти пациентки после пластической операции, проводившейся под наркозом. Анестезиолог обвинялся по п. «в» ч. 2 ст. 238 УК РФ и ч. 1 ст. 238 УК РФ. Суд вынес анестезиологу оправдательный приговор, так как решил, что нет причинно-следственной связи между проведением наркоза анестезиологом и смертью больной. Судом был сделан вывод о том, что имеющееся редкое генетическое заболевание, которое невозможно выявить в условиях здравоохранения России, послужило причиной смертельного осложнения. Причем препаратов для успешного лечения проявившегося осложнения на территории России не имелось вследствие отсутствия регистра-

¹ Спиридонов В. А. Деятельность судебно-медицинских экспертов следственного комитета в расследовании фактов неоказания или ненадлежащего оказания медицинской помощи // Медицинское право: теория и практика. 2016. Т. 2, № 1 (3). С. 245–247.

² Галиев Б. Б. Актуальные вопросы юридической оценки деяний, связанных с осуществлением медицинской деятельности // Актуальные проблемы медицины и биологии. 2018. № 2. С. 38–41.

³ Такаева М. К., Сундуков Д. В., Даурова Ф. Ю. Медико-правовые аспекты ответственности медицинских работников в случаях ненадлежащего оказания медицинской помощи // Медицинское право: теория и практика. 2015. Т. 1 (1). С. 149–152.

ционных разрешений на их применение. Процесс развития осложнений у пациентки при данном виде наркоза является малоизученным, так как имеет фармако-генетическую основу, поэтому в России не существует утвержденных стандартов (ни клинических рекомендаций, ни протоколов лечения) такого смертельного осложнения, как злокачественный гипертермический криз.

С другой стороны, особенности течения ряда заболеваний (их частое злокачественное прогрессирующее течение), точное следование стандартам и протоколам лечения этих заболеваний не позволяют найти виновных и привлечь их к ответственности в медицинской организации, проводящей лечение. Так, в 2017 году никто в Республиканском онкологическом диспансере Республики Башкортостан не обратил на ухудшающееся течение онкологических заболеваний у женщин (рак молочной железы), получавших лечение в точности с предписанными стандартами. Все это рассматривалось как неизлечимая патология. В августе месяце того же года случайно выяснилось, что получаемый больными препарат «Герцептин», применяющийся для лечения данной патологии, был фальсификатом. Препарат, уже будучи фальсифицированным, поступил в диспансер и добросовестно назначался и применялся медицинскими работниками для лечения.

Рассмотрим критерии, по которым можно предположить о наличии ненадлежащего выполнения профессиональных обязанностей при оказании лечебно-диагностической (медицинской) помощи:

1. Медицинским работником не соблюдено требование Приказа Минздрава России от 21.12.2012 № 1177/н о получении информированного добровольного согласия от пациента, в связи с предстоящими медицинскими (лечебно-диагностическими) процедурами¹. Для соблюдения данного условия медицинский работник обязан произвести действия, связанные с предоставлением лицу, нуждающемуся в медицинской помощи (родителям ребенка, если пациент ребенок), полной и доступной информации о методах и формах предстоящих манипуляций, которые связаны с оказанием ему медицинской помощи, а также возможными неблагоприятными рисками, последствиями, результатами, вариантами тактики обследования и лечения, реабилитации.

2. Недостаточный объем лечебно-диагностических мероприятий при оказании медицинской помощи. Жалоба от пациентов, их родственников и представителей на недостаточный объем лечебно-

¹ Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства : приказ Минздрава России от 21.12.2012 № 1177н // Российская газета. – 2013. – 5 июля. – № 145.

диагностических мероприятий при оказании медицинской помощи – одна из наиболее распространенных.

Под «недостаточным» юридически необходимо рассматривать эквивалент «ненадлежащий», т. к. он включает в себя как недостаточный объем лечебно-диагностических процедур, так и выполнение процедур сверх необходимого объема, являющихся при детальном рассмотрении ненужными (лишними). Ряд сделанных сверх необходимого инвазивных медицинских процедур (при отсутствии соответствующих показаний) вызывают (либо усиливают) патологические процессы в организме, что причиняет вред здоровью больного. Установление объема необходимых лечебно-диагностических мероприятий основывается на стандартах и рекомендациях, утвержденных Минздравом РФ.

3. Безопасность медицинской помощи для жизни и здоровья пациентов. Так как медицинская помощь должна быть безопасна для жизни и здоровья пациентов, то при оценке критериев безопасности необходимо учитывать специально установленные нормативными документами требования для каждой процедуры, которая проводится при оказании медицинской помощи пациенту, и точность их выполнения. Например, нормативным документом для оценки безопасности лекарственного препарата, используемого при лечении, является инструкция по его применению, вложенная в соответствующую упаковку препарата.

4. Своевременность (несвоевременность) оказания медицинской помощи. Сроки оказания медицинской помощи также будут относиться к критериям ненадлежащего качества оказания пациентам медицинской помощи. Сроки регламентируются не только нормативными актами Минздрава РФ, но и Постановлениями Правительства и договорами, подписанными, с одной стороны, пациентом, а с другой стороны, администрацией медицинской организации. Данные сроки оказания медицинской помощи подразделяются на период времени, который проходит в ожидании начала оказания медицинской помощи, и период, в течение которого оказывается сама необходимая медицинская помощь. Например, Постановлением Правительства РФ от 20.09.2012 № 950 установлена продолжительность безуспешной реанимационной помощи при остановке сердечной деятельности – 30 минут¹. Выполнение же ее в меньшей продолжительности в случае клинической смерти будет являться недостаточным.

Ориентироваться в сроках помогут стандарты оказания медицинской помощи, устанавливаемые приказами Минздрава РФ, а также другие

¹ Об утверждении Правил определения момента смерти человека, в том числе критериев и процедуры установления смерти человека, Правил прекращения реанимационных мероприятий и формы протокола установления смерти человека: Постановление Правительства РФ от 20.09.2012 № 950 // Собрание законодательства РФ. – 2012. – № 39. – Ст. 5289.

документы, например: территориальные программы государственных гарантий, по которым гражданам медицинская помощь оказывается бесплатно, принятые в каждом субъекте РФ.

5. Ошибочность примененного лечебно-диагностического, профилактического, реабилитационного метода. Критерий ошибочности, который связан с применением того или иного метода в лечебно-диагностическом процессе или профилактике/реабилитации. Так как «несоответствующий» (ошибочный) метод может нанести вред жизни (здоровью) пациентов. Методы, применяемые в профилактическом, лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах, описаны в соответствующих национальных (при их отсутствии – международных) рекомендациях, протоколах ведения больных, стандартах медицинской помощи, утвержденных приказами Минздрава РФ. Однако при определении ответственности медицинских работников, следует учесть, что стандарты медицинской помощи основаны на усредненных показателях (*подчеркнуто авторами*) и не учитывают индивидуальные особенности организма человека, течение и развитие болезней и патологических процессов. Это подчеркивается и рядом других авторов¹.

Поэтому результаты применения данных стандартов непосредственно к больным разнятся по степени их эффективности: порой они не достигают как объективно желаемого положительного результата, так и субъективного (по мнению пациентов или их представителей). Как следствие, мы часто слышим от пациентов такие выражения, как «мне ничего не помогает», «мне только хуже», «от лечения стало плохо» и т. д.

В результате – отсутствие ожидаемого положительного результата в профилактике, лечении, диагностике, которое не является основанием считать проведенные мероприятия медицинскими работниками некачественными.

Следует объективно выявлять признаки и факторы, свидетельствующие о том, что медицинская помощь оказана ненадлежащим образом, учитывая приказ Минздрава РФ, в котором представлены критерии оценки качества оказания медицинской помощи². Этим документом определяются критерии для оценки в зависимости от нозологических групп болезней, а также с учетом амбулаторно или стационарно пациент получал медицинскую помощь и ряд других критериев оценки качества обследования и лечения.

¹ Алиев Н. И., Балахонский В. В., Абудлаева Э. Э. Философско-правовые проблемы ненадлежащего оказания медицинской помощи // Вестник Дагестанской государственной медицинской академии. 2016. № 3 (20). С. 68–70.

² Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи [Электронный ресурс]: приказ Минздрава России от 10.05.2017 № 203н. URL: <http://www.pravo.gov.ru> (дата обращения: 03.06.2019).

В письме Минздрава РФ «О направлении методических рекомендаций «СМП в системе ОМС»: этап становления, перспективы развития»¹ приведен ориентировочный перечень случаев профессиональных обязанностей, невыполнение которых при ухудшении состояния больного (вреда здоровью или смерти) может привести к уголовной ответственности медицинского работника. К ним относятся:

1) невыполнение или ненадлежащее выполнение лечебно-диагностических мероприятий, в том числе оперативных вмешательств, в соответствии с порядком оказания медицинской помощи и (или) стандартами медицинской помощи;

2) выполнение медицинских мероприятий, не отраженных в стандартах оказания медицинской помощи;

3) окончание проведения лечебных мероприятий при отсутствии клинического эффекта;

4) деяние медицинского персонала, обусловившее развитие нового заболевания (ятрогенного заболевания).

Примером деяния медиков, повлекшего ятрогенную болезнь, служит случай, произошедший несколько лет назад, когда при проведении операции по поводу гинекологического заболевания, для промывания брюшной полости вместо стерильного физиологического раствора хирургами был использован формалин, что привело к тотальному некрозу кишечника, а затем и других органов, вызвав смерть пациентки.

Таким образом, нами установлен ряд нормативно-правовых актов, регламентирующих уголовную ответственность медицинских работников за ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей, а также выявлены действия (бездействия) медицинских работников, которые при определенных последствиях влекут за собой уголовную ответственность.

Проведенное нами исследование (опрос опытных юристов) помогло установить факторы, способствующие росту числа судебно-медицинских экспертиз по делам, связанным с ненадлежащим исполнением медицинскими работниками профессиональных обязанностей:

1) рост юридической грамотности потерпевших и их родственников;

2) разрушение «корпоративной солидарности» медицинских работников;

3) появление стандартов оказания медицинской помощи, благодаря которым можно определить ненадлежащее исполнение медицинскими работниками профессиональных обязанностей;

¹ О направлении методических рекомендаций «СМП в системе ОМС» : этап становления, перспективы развития [Электронный ресурс] : письмо Минздрава России № 14-0/10/2-2564 и Федерального ФОМС № 7155/30 от 26.09.2012. URL: <http://www.consultant.ru> (дата обращения: 03.06.2019).

4) наличие в системе здравоохранения работников, имеющих недостаточную квалификацию;

5) субъективное мнение родственников умерших пациентов (больных) о неправильном лечении.

Опрошенные врачи, осуществляющие непосредственно медицинскую помощь населению, указали следующие причины роста количества судебных экспертиз по делам, связанным с профессиональной деятельностью медицинских работников:

1) готовность средств массовой информации поддержать и показать любое обвинение против медицинских работников;

2) отсутствие юридической защищенности медицинских работников;

3) устойчивое мнение среди пациентов и их родственников, что во всех проблемах со здоровьем и лечением их болезней виноваты врачи;

4) индивидуальность течения болезней и лечения, вызывающая необходимость нарушать медико-экономические стандарты;

5) доступность юридических услуг по формированию судебных исков против врачей;

6) необъективное мнение со стороны начальства и администрации медицинских организаций по отношению к врачам;

7) недостаточный уровень профессиональной подготовки врачей;

8) низкое социально-экономическое и правовое положение врачей.

Также следует учесть мнение ряда авторов, указывающих на причины и факторы, способствующие ненадлежащему оказанию медицинской помощи. Так, В. А. Внукова выделяет такую причину повышения числа жалоб на некачественную медицинскую помощь, как повсеместная стандартизация многих сторон медицинской деятельности¹. Е. А. Матейкович считает, что существует такая причина, как «потребительский экстремизм» больных или их родственников, когда у них имеется потребность получить дополнительную (хотя и необоснованную) финансовую выгоду от медицинской организации или медицинских работников².

Таким образом, размытость критериев в нормативно-правовых актах, регламентирующих уголовную ответственность медицинских работников за ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей, наличие комплекса социальных и экономических факторов способствуют росту числа судебно-медицинских экспертиз по делам подобного рода.

¹ Внукова В. А. Проблемы применения юридической ответственности в сфере здравоохранения // Медицинское право. 2018. № 4. С. 18–23.

² Матейкович Е. А. Защита интересов медицинских работников при рассмотрении вопросов о ненадлежащем оказании акушерско-гинекологической помощи (обзор литературы) // Международный научно-исследовательский журнал. 2017. № 8. С. 132–137.

При этом национальные протоколы диагностики и лечения большинства заболеваний, а также протоколы ведения пациентов с несколькими сопутствующими заболеваниями, протоколы по уходу за пожилыми пациентами до сих пор не разработаны. Сложившуюся ситуацию усугубляют рост коморбидной патологии и демографическое старение населения.

Кроме того, имеет место несовершенство критериев оценки действий медицинских работников при расследовании совершенных ими профессиональных правонарушений. В частности, при оказании медицинской помощи в учреждении здравоохранения, как правило, причинение вреда носит системный, а не простой характер, т. е. медицинские услуги в учреждении здравоохранения носят комплексный характер и оказываются несколькими работниками из разных служб (отделений) данного учреждения. Зачастую наблюдаются дефекты в организации взаимодействия данных служб, этапности оказания услуг, превышения временного лимита ожидания медицинской услуги и пр., которые могут явиться ведущим фактором причинения вреда (смерти) пациента. На практике в качестве основной причинно-следственной связи неблагоприятного исхода болезни рассматриваются конкретные действия того или иного медицинского специалиста, без учета нарушений в организации оказания медицинской помощи.

Отсутствие в ряде случаев четкой регламентации в организации деятельности и взаимодействия различных служб в лечебных учреждениях, отсутствие утвержденных протоколов по диагностике и лечению ряда патологий не способствуют выполнению медицинскими работниками профессиональных обязанностей надлежащим образом. Это ведет к росту напряженности при выполнении медицинскими работниками своих обязанностей, боязни совершения ошибок, минимизации проведения лечебно-диагностических мероприятий, текучести кадров.

Отсутствие утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации протоколов диагностики и лечения ряда заболеваний, нескольких сопутствующих заболеваний, протоколов по уходу за пожилыми пациентами затрудняет судебно-медицинскую оценку качества оказания медицинской помощи пациенту, дает возможность неоднозначной и субъективной трактовки действий медицинского работника.

Вышеуказанные факты свидетельствуют о необходимости пересмотра критериев оценки оказания медицинской помощи пациентам, изменение подхода к установлению причинно-следственных связей ятрогенных повреждений, дефектов оказания медицинской помощи.

Глава 2. Методика судебно-медицинской диагностики ненадлежащего исполнения медицинскими работниками профессиональных обязанностей

Судебно-медицинская диагностика ненадлежащего исполнения медицинскими работниками профессиональных обязанностей имеет свои методические особенности¹. Они обусловлены как требованиями действующих уголовно-процессуальных норм, так и свойствами самого объекта экспертизы. Особенность медицинской деятельности определяет ряд специфических черт. Одна из них – выполнение медицинских услуг в условиях так называемого обоснованного риска, когда для успешной диагностики или лечения необходимо выполнить действия, связанные с риском для жизни и здоровья пациента. Риск влечет за собой определенный процент осложнений, обусловленных данными действиями. Вторая особенность – необходимость специальных знаний в области медицины для оценки действий (правильность, обоснованность) медицинских работников. Это обуславливает специфику проведения доследственной проверки (ст. 144 и ст. 145 УПК РФ)². Специальные знания в области судебной медицины при расследовании случаев ненадлежащего выполнения медицинскими работниками своих профессиональных обязанностей могут использоваться в форме консультации специалиста (заключение специалиста), судебно-медицинской экспертизы (заключение эксперта), а также путем привлечения специалиста к таким следственным действиям, как допрос эксперта, осмотр и выемка документов и пр. Существует практика привлечения в качестве специалистов как судебно-медицинских экспертов, так и действующих сотрудников других (во избежание проявлений заинтересованности) медицинских учреждений, представителей органа управления здравоохранением (отдела, управления здравоохранения) либо органа контроля в этой сфере (Росздравнадзор, медицинские страховые организации). Возможно привлече-

¹ Ковалев А. В. Порядок проведения судебно-медицинской экспертизы и установления причинно-следственных связей по факту неоказания или ненадлежащего оказания медицинской помощи : методические рекомендации (утв. Минздравом России 21.06.2017). М.: Российский центр судебно-медицинской экспертизы Минздрава России, 2017. 16 с.; Расследование преступлений, совершенных медицинскими работниками по неосторожности (ятрогенных преступлений) : учебно-методическое пособие для студентов вузов, обучающихся по направлению подготовки «Юриспруденция» / Д. В. Алёхин, А. М. Багмет, В. В. Бычков и др.; под ред. А. М. Багмета. М.: ЮНИТИ, 2016. 159 с.; Хмелева А. В. Отдельные аспекты использования специальных знаний при расследовании ятрогенных преступлений // Альманах современной науки и образования. 2016. № 5 (107). С. 86–90.

² Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации : федер. закон от 18 декабря 2001 г. № 174-ФЗ : текст с изменениями и дополнениями на 1 апреля 2019 г. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.pravo.gov.ru> (дата обращения: 03.06.2019).

ние и частных лиц, не состоящих в штате медицинских организаций, при обязательном наличии у них специальных познаний именно в той сфере медицинской деятельности, для содействия в которой они привлекаются, а также надлежащего подтверждения данных специальных знаний. Результаты экспертизы качества оказания медицинской помощи, как правило, не принимаются судами в качестве доказательства по делу, однако рекомендуются к использованию в качестве оснований для возбуждения уголовного дела на стадии доследственной проверки сообщения или заявления о преступлении.

При наличии оснований по итогам доследственной проверки ненадлежащего исполнения медицинскими работниками своих профессиональных обязанностей возбуждается уголовное дело. Перечень первоочередных задач при расследовании преступлений подобного рода включает в себя:

1. Адекватность оказания медицинской помощи в расследуемом случае (своевременность помощи, соответствие действий медицинских работников должностным инструкциям, использование имеющейся аппаратуры и всех имеющихся лекарственных средств).

2. Соответствие оказанной помощи требованиям, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации (стандарты, клинические протоколы).

3. Наличие в действиях медицинских работников нарушений требований должностных обязанностей, стандартов (клинических протоколов).

4. Наличие прямой причинно-следственной связи между тяжким вредом (смертью) больного и выявленным дефектом оказания медицинской помощи.

Решение задач, стоящих перед следствием, невозможно без использования специальных знаний в области медицины. Одной из обязательных форм ее применения является судебно-медицинская экспертиза. Для экспертизы необходимы следующие объекты исследования: заверенные копии материалов доследственной проверки и уголовного дела, заключения экспертов (специалистов) по всем проведенным экспертизам (исследованиям), оригиналы медицинской документации (амбулаторная карта или карта больного, проходившего лечение в стационаре, результаты обследования больного (анализы крови, мочи, рентгеновские снимки, результаты ультразвукового исследования, электрокардиографии и пр., консультации специалистов), результаты ведомственной проверки, больничной конференции по рассмотрению данного случая), живое лицо (труп), иные материалы (ампулы, облатки с таблетками от лекарственных средств оставшихся после лечения, пакеты-контейнеры из-под трансфузии пациенту крови и ее компонентов).

По результатам судебно-медицинской экспертизы следствие должно получить ответы на следующие вопросы:

1. Какие лечебно-диагностические мероприятия и в какой последовательности осуществляли медицинские работники в отношении потерпевшего?

2. Соответствовали ли реализуемые лечебно-диагностические мероприятия клиническим рекомендациям, утвержденным Минздравом РФ?

3. На каком этапе лечебно-диагностических мероприятий были допущены дефекты оказания медицинской помощи?

4. Каким способом были осуществлены дефекты оказания медицинской помощи?

5. Когда возникли негативные последствия дефекта в оказании медицинской помощи, как быстро они развивались и когда были обнаружены медицинскими работниками (родственниками пациента или иными лицами)?

6. Какие действия были предприняты для устранения негативных последствий оказания медицинской помощи, насколько они успешны и своевременны?

7. Как оценивается степень тяжести вреда здоровью пациента в результате неблагоприятного исхода заболевания (травмы)?

8. Что явилось непосредственной причиной наступления неблагоприятного исхода заболевания (травмы)?

9. Какие факторы способствовали неблагоприятному исходу заболевания (травмы)?

10. Имеется ли прямая причинно-следственная связь между неблагоприятным исходом и дефектом оказания медицинской помощи?

Назначению судебно-медицинской экспертизы по делам, связанным с ненадлежащим исполнением медицинскими работниками своих профессиональных обязанностей, предшествует решение вопроса, связанного с выбором экспертного учреждения и подбором экспертов.

Как правило, производство подобных экспертиз реализуется в Бюро судебно-медицинской экспертизы субъектов РФ. Экспертиза носит комиссионный характер. При этом зачастую в состав комиссии помимо экспертов Бюро привлекаются врачи, имеющие большой опыт работы по специальностям, в области которых реализовывалось проведение лечебно-диагностических мероприятий потерпевшему. Привлечение данных врачей осуществляется на возмездной основе.

Подбор специалистов в состав комиссии судебно-медицинской экспертизы должен выполняться в соответствии с требованиями статей 61, 69, 70 УПК РФ¹ (незаинтересованность, независимость эксперта). Одним из современных подходов, реализуемых при подборе, является борьба с

¹ Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации : федер. закон от 18 декабря 2001 г. № 174-ФЗ : текст с изменениями и дополнениями на 1 апреля 2019 г. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.pravo.gov.ru> (дата обращения: 03.06.2019).

корпоративностью в медицинской среде. Помимо уровня квалификации привлекаемого специалиста обращается внимание на отсутствие деловых и личных отношений с медицинскими работниками учреждения здравоохранения, в котором был допущен дефект оказания медицинской помощи. Для реализации данного требования существует возможность привлечения экспертов Бюро судебно-медицинской экспертизы и специалистов из других субъектов РФ, а также судебно-экспертных учреждений других ведомств (Министерство обороны РФ). Данная практика позволяет полностью исключить конфликт интересов при производстве экспертного исследования.

У судебно-медицинских экспертов, проводящих экспертизы по врачебным делам, до 2015 г. отсутствовала какая-либо единая методика проведения экспертиз, в связи с этим описательно-мотивировочные части заключений различных экспертов и критерии, которыми они руководствовались при оценке правильности лечения, а также их выводы были абсолютно разными и во многом субъективными. Более того, оспорить данные выводы даже при назначении следователем повторных экспертиз было не просто по причине отсутствия единых ориентиров, к которым максимально должны стремиться все составляемые заключения. Лишь в ноябре 2015 г. в ФГБУ «Российский центр судебно-медицинской экспертизы» была разработана и письмом заместителя министра здравоохранения России направлена в ведомственные экспертные учреждения единая методика проведения судебно-медицинской экспертизы и установления причинно-следственных связей по делам данной категории.

Таким образом, несмотря на рекомендательный характер данного документа, он является образцом проведения экспертизы, на который эксперты ориентируются в своей работе. При отклонении от рекомендованных положений одних экспертов и их соблюдении другими (при условии противоречивости их выводов) именно заключение последних может быть признано следствием (и впоследствии судом) более обоснованным и положено в основу обвинения (приговора). С учетом изложенного следователям важно знать содержание данной методики и ориентироваться на нее при подготовке к назначению судебно-медицинской экспертизы по уголовному делу и сборе необходимых для ее производства материалов.

Следователям необходимо также помнить, что привлечение врача к уголовной ответственности возможно лишь за ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей, т. е. неправомерное деяние, нарушающее профессиональные нормы, которые составляют¹:

¹ Расследование преступлений, совершенных медицинскими работниками по неосторожности (ятрогенных преступлений) : учебно-методическое пособие для студентов вузов, обучающихся по направлению подготовки «Юриспруденция» / Д. В. Алёхин, А. М. Багмет, В. В. Бычков и др.; под ред. А. М. Багмета. М.: ЮНИТИ, 2016. 159 с.

- а) нормативно-правовую базу медицинской деятельности;
- б) общепринятые в медицине правила ненормативного характера (клинические рекомендации).

При проведении комиссионной судебно-медицинской экспертизы по делам, связанным с ненадлежащим исполнением медицинскими работниками профессиональных обязанностей, штатные эксперты и привлекаемые в качестве экспертов специалисты должны ориентироваться на выполнение в ходе оказания медицинской помощи порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций (протоколов лечения), разработанных и утвержденных в соответствии с ч. 2 ст. 76 Закона об охране здоровья¹.

Кроме того, при проведении судебно-медицинской экспертизы по врачебному делу экспертная комиссия в обязательном порядке должна руководствоваться критериями оценки качества медицинской помощи².

С учетом этого названные критерии должны быть известны и следователю, а расследование должно предусматривать получение (изъятие) необходимой информации, предметов и документов в целях облегчения получения выводов экспертов относительно соблюдения медицинскими работниками названных критериев.

При оценке степени тяжести вреда здоровью, причиненного человеку при неоказании или ненадлежащем оказании ему медицинской помощи, экспертная комиссия в обязательном порядке устанавливает³:

- сущность наступившего исхода (окончательный диагноз);
- сущность недостатка (комплекса недостатков) оказания медицинской помощи;
- наличие или отсутствие причинной связи недостатка оказания медицинской помощи с наступившим неблагоприятным исходом (по отношению к каждому выявленному недостатку оказания медицинской помощи). В случаях, когда причинная связь не может быть установлена по имеющимся объективным медицинским данным, в заключении экспертом указываются причины, по которым она не может быть установлена;

¹ Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации : федер. закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ : текст с изменениями и дополнениями на 6 марта 2019 г. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.pravo.gov.ru> (дата обращения: 03.06.2019).

² Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи [Электронный ресурс]: приказ Минздрава России от 10.05.2017 № 203н. URL: <http://www.pravo.gov.ru> (дата обращения: 03.06.2019).

³ Расследование преступлений, совершенных медицинскими работниками по неосторожности (ятрогенных преступлений) : учебно-методическое пособие для студентов вузов, обучающихся по направлению подготовки «Юриспруденция» / Д. В. Алёхин, А. М. Багмет, В. В. Бычков и др.; под ред. А. М. Багмета. М.: ЮНИТИ, 2016. 159 с.

– степень тяжести вреда, причиненного здоровью человека действием (бездействием) медицинского работника, в случаях наступления неблагоприятного исхода.

Подготовка необходимых материалов, назначение судебно-медицинской экспертизы качества оказанной медицинской помощи и криминалистическая оценка экспертного заключения являются важной задачей следствия.

Большое значение имеет правильная формулировка вопросов, которые ставятся перед экспертом. Необходимо учитывать, что эксперт вправе указать в заключении на обстоятельства, имеющие значение для дела, по поводу которых не были заданы вопросы, однако на практике эксперт отвечает лишь на поставленные вопросы (которые в лучшем случае согласовываются со следователем). Поэтому вопросы должны быть конкретными, четкими и ясными, не допускающими двойственного толкования, должны задаваться в логической последовательности соответственно осуществленному врачебному процессу и наступившим последствиям. Необходимо учитывать специфику конкретной экспертной задачи, не включать в перечень вопросы, не имеющие отношения к делу.

Выносимые на разрешение эксперта вопросы должны относиться к его компетенции. Нельзя ставить на разрешение экспертизы вопросы правового характера, в частности, о наличии признаков состава преступления, виновности или невиновности определенного лица, а тем более о форме его вины.

Основные вопросы, подлежащие разрешению при производстве коммиссионных экспертиз по данной категории дел, следующие¹:

1. Каким заболеванием страдал пациент при его обращении и нахождении в лечебном учреждении?
2. Правильно ли и своевременно ли был установлен диагноз заболевания у пациента? Если нет, то чем это объясняется? Имелись ли реальные возможности для установления правильного диагноза?
3. Соответствовало ли проводимое лечение пациента установленному диагнозу? Соответствовало ли проводимое лечение клиническим протоколам диагностики и лечения больных?
4. Если лечение проводилось неправильно, то в силу каких причин и к каким последствиям это привело? Какая связь между неправильным лечением и возникшими неблагоприятными последствиями?

¹ Расследование преступлений, совершенных медицинскими работниками по неосторожности (ятрогенных преступлений) : учебно-методическое пособие для студентов вузов, обучающихся по направлению подготовки «Юриспруденция» / Д. В. Алёхин, А. М. Багмет, В. В. Бычков и др.; под ред. А. М. Багмета. М.: ЮНИТИ, 2016. 159 с.

5. Если исходом неправильного лечения явилась смерть пациента, то какова причина смерти и возможно ли было избежать смертельного исхода при отсутствии упущений и недостатков в лечении пациента?

6. Если у пациента в результате неправильной диагностики и лечения возникли нарушения функций органов и их систем, а также другие расстройства здоровья, то в чем это конкретно выразилось и какова степень тяжести указанных нарушений? Возможно ли было избежать возникновения этих нарушений при отсутствии недостатков в лечении пациента?

Таким образом, при расследовании преступлений, связанных с ненадлежащим исполнением медицинскими работниками своих профессиональных обязанностей, важнейшую роль играет судебно-медицинская экспертиза. Однако при необходимости могут назначаться традиционные криминалистические и другие судебные экспертизы. Так, при наличии дописок, исправлений в медицинских документах назначается почерковедческая экспертиза по исследованию записей (в том числе цифровых) и подписей; для выявления и исследования подчисток, травлений в документах, восстановления уничтоженных записей проводится криминалистическое (техническое) исследование документов; для установления времени создания, факта внесения изменений и восстановления электронных документов назначается компьютерно-техническая экспертиза.¹

Заключение судебно-медицинской экспертизы должно быть подвергнуто оценке со стороны следователя и суда, причем эта оценка осуществляется по критериям относимости, допустимости и достоверности (ст. 88 УПК РФ)².

Оценка заключения экспертизы должна включать в себя следующие этапы³:

1. Проверку соблюдения требований закона при назначении и проведении экспертизы. Выясняются такие вопросы, как:

¹ Расследование преступлений, совершенных медицинскими работниками по неосторожности (ятрогенных преступлений) : учебно-методическое пособие для студентов вузов, обучающихся по направлению подготовки «Юриспруденция» / Д. В. Алёхин, А. М. Багмет, В. В. Бычков и др.; под ред. А. М. Багмета. М.: ЮНИТИ, 2016. 159 с.

² Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации : федер. закон от 18 декабря 2001 г. № 174-ФЗ : текст с изменениями и дополнениями на 1 апреля 2019 г. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.pravo.gov.ru> (дата обращения: 03.06.2019).

³ Расследование преступлений, совершенных медицинскими работниками по неосторожности (ятрогенных преступлений) : учебно-методическое пособие для студентов вузов, обучающихся по направлению подготовки «Юриспруденция» / Д. В. Алёхин, А. М. Багмет, В. В. Бычков и др.; под ред. А. М. Багмета. М.: ЮНИТИ, 2016. 159 с.

– обладают ли эксперты достаточными знаниями и опытом для решения поставленных задач и не вышли ли они за пределы своей компетенции;

– не проведена ли экспертиза лицом, подлежащим отводу по основаниям, перечисленным в процессуальном законе;

– соблюдены ли права участников процесса при назначении и производстве экспертизы;

– соблюдена ли процессуальная форма заключения экспертизы и имеются ли все необходимые для этого реквизиты.

2. Проверку подлинности и достаточности исследовавшихся доказательств и образцов.

Если экспертиза назначается по поводу летального исхода и к моменту ее проведения труп оказывается захороненным, то основными объектами исследования являются медицинские документы, в которых отражен осуществленный в интересах пациента врачебный процесс: история болезни, амбулаторная карта, медицинская книжка, заключение эксперта и др., и медицинская документация, содержащая сведения о правилах медицинской помощи (стандарты, инструкции, методические пособия и т. п.).

Иногда предоставляются гистологические препараты внутренних органов умершего, прижизненные и посмертные рентгенограммы, образцы крови, взятой для лабораторных исследований, и др. Если труп не захоронен, то может быть проведено повторное вскрытие. С этой целью может быть проведена эксгумация трупа.

Пригодность и достаточность образцов для исследования определяется с точки зрения используемых методик экспертного исследования.

3. Оценку научной обоснованности экспертной методики и правомерности ее применения. Поскольку сотрудники правоохранительных органов не являются специалистами в области медицинских знаний, решение данного вопроса целесообразно осуществлять путем сопоставления методики проведенного экспертного исследования с методикой проведения судебно-медицинской экспертизы, рекомендованной в ФГБУ «Российский центр судебно-медицинской экспертизы». В случае возникновения сомнений необходимо обращаться за помощью к специалисту в данной области, а также осуществить допрос, экспертов проводивших экспертизу. В случае подтверждения сомнений в научной обоснованности методики проведенного экспертного исследования целесообразно назначение повторной судебно-медицинской экспертизы с привлечением в состав комиссии иных экспертов и повторной постановкой вопросов, заданных при первичной экспертизе.

4. Проверку и оценку полноты и достаточности проведенного исследования и обоснованности выводов экспертного заключения. Выясняется полнота исследования представленных на экспертизу медицинских документов и других объектов, достаточность и аргументированность от-

ветов на поставленные вопросы, последовательность и подробность описания хода и результатов проведенных исследований.

В ходе проведения экспертизы эксперты должны самым тщательным образом изучить и оценить врачебный процесс, осуществленный в интересах пациента, без этого не могут быть установлены корреляционные связи между факторами, детерминировавшими развитие непосредственной причины неблагоприятного исхода медицинской помощи. С этой целью медицинские документы должны быть ими исследованы все-сторонне, а результаты исследования излагаться в исследовательской части заключения по следующим позициям¹:

1) по качеству медицинских исследований:

- зафиксированы ли жалобы пациента, достаточно ли они детализированы;

- записан ли анамнез болезни, достаточно ли он уточнен;

- проводились ли осмотры пациента, подробно ли изложены данные осмотров;

- изложены ли данные физикальных (пальпация, перкуссия, аускультация) наблюдений, достаточно ли они детализированы;

- имеются ли данные о проведении необходимых консультаций врачей-специалистов, были ли они проведены своевременно;

2) по качеству лабораторных исследований:

- были ли проведены необходимые лабораторные исследования;

- проведены ли они в полном объеме и соблюдена ли их кратность;

3) по качеству инструментальных исследований:

- были ли проведены необходимые инструментальные исследования;

- проведены ли они в полном объеме и соблюдена ли их кратность;

- были ли проведены инструментальные исследования, которые могли способствовать ухудшению состояния здоровья потерпевшего;

4) по полноте диагноза:

- был ли пациенту поставлен диагноз;

- имеется ли нозологический диагноз (содержащий название болезни в терминах, предусмотренных принятыми классификациями и номенклатурой болезней);

- выделено ли основное заболевание;

- указаны ли особенности, стадия и выраженность основного заболевания;

- было ли выделено сопутствующее заболевание;

¹ Расследование преступлений, совершенных медицинскими работниками по неосторожности (ятрогенных преступлений) : учебно-методическое пособие для студентов вузов, обучающихся по направлению подготовки «Юриспруденция» / Д. В. Алёхин, А. М. Багмет, В. В. Бычков и др.; под ред. А. М. Багмета. М.: ЮНИТИ, 2016. 159 с.

– выделены ли осложнения основного заболевания и причины их возникновения;

– правильно ли проведено выделение основных и сопутствующих заболеваний;

5) по обоснованности диагноза:

– обоснован ли диагноз жалобами пациента, данными осмотра, анамнезом, физикальными данными, данными лабораторных исследований, данными инструментальных исследований;

– достаточно ли было полученных данных, проведенных обследований для постановки клинического диагноза;

– достаточно ли обоснован диагноз заключениями врачей-специалистов;

– достаточно ли было полученных заключений врачей-специалистов или требовались заключения других врачей-специалистов;

6) по совпадению диагноза:

– совпал ли диагноз: а) с результатами вскрытия; б) с диагнозом последующего этапа оказания медицинской помощи;

– имела ли место неправильная оценка: а) жалоб пациента; б) данных анамнеза; в) данных осмотра; г) физикальных данных; д) лабораторных исследований; е) инструментальных исследований; ж) заключений врачей-специалистов;

– имела ли место недооценка лабораторных исследований, инструментальных исследований, заключений врачей-специалистов;

7) по качеству лечения:

– проводилось ли лекарственное лечение необходимыми препаратами;

– адекватно ли были подобраны разовая и курсовая дозы препарата;

– правильно ли был выбран способ приема препарата;

– имелись ли противопоказания к принимаемым препаратам;

– была ли избрана правильная схема лечения;

– имело ли место одновременное (необоснованное) назначение множества лекарственных средств и лечебных процедур (полипрагмазия);

– при проведении лекарственной терапии были ли учтены сопутствующие заболевания;

– проводилось ли лечение несовместимыми препаратами;

– при назначении лекарственной терапии были ли учтены рекомендации врачей-специалистов;

– при проведении лечения имелись ли осложнения основного заболевания и какова причина их возникновения;

– имели ли место побочные действия назначенных лекарственных препаратов;

– если было неправильно проведено лечение, то способствовало ли оно ухудшению здоровья больного;

– какие были допущены упущения в назначении лекарственной терапии;

8) по качеству инструментальных методов:

– проводилась ли инструментальная диагностика;

– проводилось ли лечение необходимыми инструментальными методами;

– имелись ли противопоказания к использованию инструментальных методов диагностики или лечения;

– использовались ли инструментальные методы, которые:

а) могли способствовать ухудшению состояния здоровья пациента;

б) способствовали ухудшению состояния здоровья пациента;

9) по соблюдению правил преемственности:

– была ли нарушена этапность в установленном порядке получения специализированной медицинской помощи;

– соответствовало ли заболевание специализации учреждения здравоохранения;

– не был ли пациент передан на последующий этап: а) с опозданием; б) с недостаточным информационным сопровождением;

– не был ли пациент передан на этап медицинской помощи, где ему не мог быть обеспечен необходимый объем помощи;

– имело ли место нарушение правил оказания медицинской помощи, если да, то каких именно;

– имелся ли дефект оказания медицинской помощи, если да, то какой, на каком этапе врачебного процесса он мог возникнуть, что могло послужить причиной его возникновения;

– имелись ли нежелательные последствия медицинской помощи, чем могло быть обусловлено их развитие;

– что явилось непосредственной причиной наступления неблагоприятного исхода;

– имеется ли причинная связь между действиями медицинских работников по оказанию медицинской помощи и наступившим неблагоприятным исходом.

5. Логическую обоснованность экспертного исследования. Оценка осуществляется путем анализа последовательности стадий экспертного исследования, логической обусловленности этой последовательности, логической обоснованности экспертных выводов промежуточным результатом.

6. Относимость результатов экспертного исследования к данному уголовному делу. Под ней понимается связь с предметом доказывания и с иными обстоятельствами дела, установление которых необходимо для достижения целей судопроизводства.

Проверка относимости результатов экспертного исследования заключается в выяснении того, входит ли факт, установленный экспертом, в

предмет доказывания или в число иных существенных для дела обстоятельств и позволяют ли выводы, сделанные экспертом, этот факт установить, доказать.

7. Соответствие выводов экспертной комиссии имеющимся по делу доказательствам, т. е. оценка экспертного заключения в совокупности с другими доказательствами.

Нередко для разрешения сомнений в обоснованности заключения или наличия противоречий в выводах эксперта назначается повторная комиссионная экспертиза. Назначение повторной экспертизы подразумевает значительные временные, организационные и финансовые затраты. Поскольку присутствуют сомнения в выводах первичного исследования, как правило, произведенного экспертами регионального Бюро судебно-медицинской экспертизы, повторную экспертизу в подавляющем большинстве случаев назначают либо в вышестоящее учреждение системы государственных судебно-экспертных учреждений, либо в Бюро судебно-медицинской экспертизы другого региона. В первом случае срок расследования способен затянуться на много месяцев в ожидании очереди на производство исследования, во втором связан с необходимостью оплаты проводимой экспертизы. Поэтому сомнения в обоснованности выводов эксперта должны быть существенными и аргументированными. Следователем должны быть установлены веские основания назначения повторной экспертизы, помимо простого несогласия с выводами первоначальной экспертизы.

Таким образом, судебно-медицинская диагностика ненадлежащего исполнения медицинскими работниками профессиональных обязанностей имеет свои методические особенности. Специальные знания в области судебной медицины при расследовании указанных случаев могут использоваться при проведении следственных действий, консультации специалиста, судебно-медицинской экспертизе.

Особое внимание следует уделить своевременности и полноте сбора первичной медицинской документации, формулировке вопросов экспертам, организационным аспектам назначения экспертизы, а также оценке экспертного заключения.

Глава 3. Проблемы судебно-медицинской диагностики ненадлежащего исполнения медицинскими работниками профессиональных обязанностей

Заключение эксперта не имеет преимуществ перед другими источниками доказательств. Тем не менее на практике заключение судебно-медицинского эксперта в силу присущей специфики воспринимается как особое доказательство. Это обуславливает повышенные требования к качеству экспертиз подобного рода. В то же время судебно-медицинская диагностика ненадлежащего исполнения медицинскими работниками профессиональных обязанностей относится к разряду наиболее сложных и трудоемких. Как показывает анализ практики, заключение эксперта может быть признано необоснованным или неверным. Причинами данных нарушений являются:

- выход экспертов в своих ответах за пределы своей компетенции. Так, судом исключены из числа доказательств как недопустимые выводы комиссионной экспертизы о нарушении и.о. главного врача «Аксарковская ЦРБ», дежурным врачом и дежурным администратором данного учреждения приказов и должностных инструкций, так как в компетенцию экспертов разрешение данных вопросов не входит¹;

- попытка экспертов ответить на некорректно поставленные вопросы («Имеются ли повреждения жизненно важных органов грудной клетки?») или ответить на вопросы, выходящие за пределы своей компетенции («Какова стоимость проведенного лечения?»);

- попытка экспертов дать ответы в условиях, когда требующаяся медицинская документация представлена не в полном объеме и не представлена при дополнительном запросе (например, в результате утраты);

- злоупотребление эксперта правом при формировании выводов самостоятельно определять объем ответов (от пространственных умозаключений до лаконичных ответов), объединять в один ответ несколько вопросов, в результате чего может пропасть основная мысль ответа.

Ситуацию усугубляет ряд нерешенных проблем методологического и правового характера. Наиболее спорным в теории и следственно-судебной практике является вопрос о наличии и характере причинной связи между установленными дефектами оказания медицинской помощи (в случае наличия таковых) и неблагоприятным исходом.

Отсутствие правил (критериев) установления причинной связи и ее видов по врачебным преступлениям привело к распространению в различных регионах и даже среди разных экспертов в одном экспертном учреждении абсолютно разнообразной практики выявления таковой. По-

¹ Уголовное дело № 1-150/2015. Приговор Лабытнангского городского суда Ямало-Ненецкого автономного округа [Электронный ресурс]. URL: <http://www.sudact.ru> (дата обращения: 03.06.2019).

сле разработки методических рекомендаций «Порядок проведения судебно-медицинской экспертизы и установления причинно-следственных связей по факту неоказания или ненадлежащего оказания медицинской помощи»¹ экспертам рекомендовано устанавливать причинную связь, руководствуясь не собственным усмотрением, а общепринятыми в медицине представлениями об этиологии, патогенезе, клинической картине и лечении в отношении конкретной нозологической единицы заболевания, травмы, состояния у конкретного пациента. Наличие причинно-следственной связи всегда означает, что она должна быть прямой. Иное ее наименование (косвенная, непрямая) свидетельствует фактически о ее отсутствии. Наличие данных рекомендаций, утвержденных Министерством здравоохранения, свидетельствует об обязанности судебно-медицинских экспертов придерживаться указанной методики при проведении экспертизы по делам подобного рода. Несоблюдение рекомендуемой методики может являться основанием для назначения повторной экспертизы. Еще одним поводом для назначения повторной экспертизы является выявление конфликта интересов экспертов, руководителей экспертного учреждения и медицинских работников, принимавших участие в оказании медицинской помощи потерпевшему, руководителя медицинского учреждения, где медицинская помощь оказывалась, патологоанатома медицинского учреждения, в котором умер потерпевший, экспертов страховых компаний. Это способствует неуклонному росту числа экспертиз, осуществляемых в других регионах Российской Федерации, привлечению судебно-медицинских экспертов других ведомств.

В ходе судебно-медицинской оценки случаев ненадлежащего исполнения медицинскими работниками своих профессиональных обязанностей довольно часто возникают затруднения эмпирического характера, заключающиеся в том, что одним из требований к оценке качества оказания медицинской помощи является соблюдение стандартов лечения заболеваний, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации. Кроме того, отсутствуют утвержденные стандарты лечения коморбидных нозологий (сочетание нескольких заболеваний), особенностей лечения заболеваний в геронтологической практике. При этом стандартами охвачено лишь одна пятая часть нозологий.

Таким образом, в настоящее время клиническая практика диагностики и лечения большинства нозологий нормативно не закреплена и мнение эксперта-клинициста, входящего в состав экспертной комиссии, может отличаться от принятой в данном регионе клинической практики.

¹ Ковалев А. В. Порядок проведения судебно-медицинской экспертизы и установления причинно-следственных связей по факту неоказания или ненадлежащего оказания медицинской помощи : методические рекомендации (утв. Минздравом России 21.06.2017). М.: Российский центр судебно-медицинской экспертизы Минздрава России, 2017. 16 с.

Затруднения эмпирического характера влекут за собой затруднения в объективности судебно-медицинской оценки качества оказанной медицинской помощи. Особую сложность представляют случаи, когда смерть пациента наступает в процессе оказания ему неотложной медицинской помощи. При оценке объема и качества выполненных мероприятий в данной ситуации следует учитывать фактор дефицита времени.

С целью ретроспективного анализа судебно-медицинской диагностики случаев ненадлежащего исполнения медицинскими работниками профессиональных обязанностей нами были изучены материалы уголовных дел, связанных с профессиональными нарушениями медицинских работников.

На сегодняшний день в уголовном судопроизводстве к так называемым врачебным ошибкам применяются составы преступлений, предусмотренные следующими статьями УК РФ: ч. 2 ст. 109; ч. 2 ст. 118; ст. 124; ст. 125; ст. 293 (для медицинских работников, являющихся должностными лицами); п. «в» ч. 2, ч. 3, а также ч. 1 ст. 238.¹ Проведенный анализ судебной практики показал, что уголовная ответственность медицинских работников за профессиональные преступления чаще всего наступает по ч. 2 ст. 109 УК РФ (причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей).

Нарушения, совершенные медицинским работником в процессе оказания медицинской помощи, можно подразделить на деяния, связанные с неполной диагностикой, и деяния, связанные с нарушениями при проведении лечебных мероприятий.

Неполная диагностика, как показывает практика, может проявляться в невыполнении врачом в полном объеме необходимых исследований и диагностических процедур, установленных стандартами оказания медицинской помощи. В качестве примера можно привести следующее дело. Подсудимый Я., работая врачом анестезиологом-реаниматологом больницы, и обладая необходимым объемом специальных знаний и навыков по своей специальности, имея стаж работы по специальности свыше 5 лет, осуществлял дежурство в качестве дежурного врача приемного покоя. При поступлении малолетнего пациента Б. в приемное отделение, Я. не выяснил до конца общее клиническое состояние здоровья больного пациента, необоснованно исключив диагноз «острый живот», с целью уточнения у него заболевания не назначил и не провел ребенку дополнительных лабораторных и инструментальных методов обследования, не привлек специалистов-консультантов к обследо-

¹ Уголовный кодекс Российской Федерации : федер. закон от 13 июня 1996 г. № 63-ФЗ : текст с изменениями и дополнениями на 23 апреля 2019 г. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.pravo.gov.ru> (дата обращения: 24.04.2019).

ванию ребенка, какой-либо медицинской помощи, направленной на облегчение состояния ребенка, не оказал. При проведенном не в полном объеме обследовании Я. диагноз имевшегося у малолетнего Б. заболевания – ущемление части желудка и селезенки в имевшемся врожденном дефекте диафрагмы (щель Богдалека), установил неверно, в результате чего при неподтвержденном предварительном диагнозе малолетнему пациенту Б. в госпитализации отказал. При повторной транспортировке ребенка Б. бригадой скорой помощи в автомашине наступила его смерть в результате ущемления части желудка и селезенки в имевшемся врожденном дефекте диафрагмы (щель Богдалека) на фоне врожденного отсутствия желудочно-ободочной связки, сопровождавшееся некрозом стенки желудка и образованием эрозивного дефекта, что привело к его перфорации (разрыву) и излитию содержимого желудка в левую плевральную и брюшную полости, которое привело к развитию осложнений в виде фибринозного перитонита и шока в форме комплекса гемоциркуляторно-гипоксических нарушений в организме¹.

Достаточно редко, но неверная диагностика связана с тем, что медицинский работник не обладает необходимыми знаниями и образованием. Так, М. находясь перед входом в здание, где находилось отделение восстановительной медицины и реабилитации, поскользнулся и, не удержавшись на ногах, упал с высоты собственного роста с последующим соударением головой о твердое асфальтобетонное покрытие. При этом М. была получена закрытая черепно-мозговая травма с сопутствующими телесными повреждениями, причинившими здоровью тяжкий вред, и сопровождавшаяся кратковременной потерей сознания. После случившегося, находившиеся вместе с М. коллеги обратились к медицинской сестре отделения восстановительной медицины и реабилитации В., которая находилась на очередном дежурстве, с просьбой оказать пострадавшему соответствующую квалифицированную медицинскую помощь, при этом довели до ее сведения всю информацию об обстоятельствах, при которых М. была получена травма. В., находясь при исполнении своих должностных обязанностей медицинского работника, в ходе обследования М. убедилась в том, что у последнего действительно имела травма головы, однако должным образом не оценила тяжесть состояния здоровья М., и не имея на то соответствующих прав и полномочий, выставила ошибочный диагноз – «ссадина волосистой части головы». При этом В. не было учтено физическое состояние М., которое сопровождалось периодической кратковременной потерей сознания, что указывало на необходимость экстренного медицинского вмешательства. Однако В. никаких действенных мер для вызова бригады скорой меди-

¹ Уголовное дело № 1-09/2017 // Приговор Моркинского районного суда Республики Марий Эл [Электронный ресурс]. URL: <http://www.sudact.ru> (дата обращения: 03.06.2019).

цинской помощи не предприняла, хотя имела на это реальную возможность, а напротив, ограничилась наложением на голову пациента асептической повязки¹. В результате ненадлежащего исполнения медицинским работником В. своих профессиональных обязанностей М. не был своевременно доставлен в специализированное нейрохирургическое отделение на предмет обследования и правильного диагностирования имевшейся у него травмы головы и проведения адекватного лечения, и, как следствие этого, скончался от закрытой черепно-мозговой травмы.

Ненадлежащее исполнение лицом своих профессиональных обязанностей в сфере медицины проявляется также при проведении лечебных мероприятий. Наиболее часто на практике этот признак преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 109 УК РФ, проявляется в следующих ситуациях.

Медицинские работники не всегда соблюдают должностные инструкции, определяющие спектр обязательных действий врача или среднего медперсонала при проведении медицинского вмешательства.

К., работавшая в должности медицинской сестры диализного зала Учреждения, в процессе проведения процедуры почечного гемодиализа пациентке А. достоверно знала, что во время процедуры гемодиализа пациентка должна находиться в горизонтальном положении вплоть до окончания этой процедуры, а отключение пациентки от системы гемодиализа возможно только в исключительных случаях, при которых пациентку должны транспортировать в санузел в сопровождении медицинского работника на каталке (кресле-каталке) во избежание потери сознания и возможного падения. Однако К. из-за небрежного отношения к своим профессиональным обязанностям, не предвидя возможности наступления общественно опасных последствий, хотя при необходимой внимательности и предусмотрительности должна была и могла предвидеть эти последствия, в связи с императивным позывом к дефекации у А., в нарушение требований должностной инструкционной карточки медицинской сестры диализного зала, не поставила в известность врача-нефролога Учреждения, и без его разрешения, самостоятельно приняла решение о прерывании пациентке А. процедуры почечного гемодиализа, отключила пациентку А. от аппарата «искусственная почка», и без сопровождения медицинских работников направила А. в санузел отделения гемодиализа Учреждения, оставив потерпевшую без присмотра. В санузле А. в связи с ухудшением общего самочувствия потеряла сознание и упала с высоты собственного роста на пол, получив телесные повреждения, квалифицированные по признаку опасности для жизни как тяжкий вред, причиненный здоровью человека, в виде закры-

¹ Уголовное дело № 1-359/2017 // Приговор Кировского районного суда г. Казани Республики Татарстан [Электронный ресурс]. URL: <http://www.sudact.ru> (дата обращения: 03.06.2019).

той черепно-мозговой травмы с массивной внутримозговой изолированной гематомой в левой височной области с прорывом крови в желудочки головного мозга, множественных мелких кровоизлияний в кору и подкорковую зону левой височной доли, в кору левой лобной доли, левосторонней субдуральной гематомы (10 мл.), линейного перелома правой половины чешуи затылочной, левой и правой теменных костей и левой половины чешуи лобной кости, кровоподтека, ссадины и кровоизлияния в мягкие ткани правой половины затылочной области, кровоподтека и кровоизлияния в мягкие ткани левой половины лобной области. В результате допущенной К. преступной небрежности наступила смерть А. от закрытой черепно-мозговой травмы с внутричерепными кровоизлияниями и переломом свода черепа, сопровождающийся отеком и внутричерепным смещением головного мозга¹.

Недостаточный уровень профессионализма медицинского работника встречается в последнее время достаточно часто. Так, хирург Е. недостаточно профессионально подошел к устранению пневмоторакса справа у больного С. Хирург Е. не убедился надлежащим образом в том, что во время дренирования правой плевральной полости с установкой дренажа по Бюлау не будут затронуты жизненно важные органы, сосуды и артерии, находящиеся в плевральной и брюшной полостях. По небрежности Е. допустил нанесение в процессе пункции путём прокола грудной стенки С. троакар в области VIII межреберья по переднеподмышечной линии справа «слепого» повреждения ткани правой доли печени, сопровождавшееся кровотечением в брюшную полость, осложнившееся массивной кровопотерей, повлекшей за собой смерть больного².

Медицинские работники зачастую нарушают положения клинических рекомендаций и протоколов лечения. Так, К., являясь врачом анестезиологом-реаниматологом, действуя в нарушение своих профессиональных обязанностей, проявил преступную небрежность, и не предвидел возможности наступления общественно опасных последствий своего бездействия в виде смерти Т., хотя при необходимой внимательности и предусмотрительности должен был и мог предвидеть подобные последствия.

К. допустил грубые ошибки в процессе подготовки к анестезии Т. и при ее проведении. При этом К. были допущены следующие ошибки:

¹ Уголовное дело № 1-81/2018 // Приговор Волховского городского суда Ленинградской области [Электронный ресурс]. URL: <http://www.sudact.ru> (дата обращения: 03.06.2019).

² Уголовное дело № 1-9/2017 // Приговор Зареченского городского суда Пензенской области [Электронный ресурс]. URL: <http://www.sudact.ru> (дата обращения: 03.06.2019).

– недостаточный предоперационный осмотр (недооценена особенность анатомического строения пациентки – короткая шея; не указаны противопоказания к проведению регионарной анестезии, что согласно клиническим рекомендациям означает невладение специалистом техникой выполнения данного метода обезболивания; не выполнен обязательный алгоритм трудных дыхательных путей; не осуществлена оценка сложности интубации трахеи по Mallampati);

– неверная тактика и методика при выполнении анестезиологического пособия (после первой неудачной попытки интубации трахеи не произведено пробуждение пациентки; не произведен выбор альтернативного варианта анестезии; при выборе внутривенного наркоза на фоне введенных миорелаксантов без восстановления адекватного дыхания анестезиологом разрешено проведение оперативного вмешательства; после неудавшейся интубации трахеи несвоевременно была вызвана вторая анестезиологическая бригада; во время проведения операции допущена остановка сердца; не фиксировались показатели газообмена-сатурации, что выразилось в отсутствии показателей эффективности вентиляции легких через лицевую маску).

Ошибки, допущенные К. при выполнении анестезиологического пособия, повлекли за собой остановку сердечной деятельности Т. во время проведения операции, то есть имела место клиническая смерть пациентки в течение 5–7 минут, указанная в медицинской карте стационарного больного. Проведёнными реанимационными мероприятиями, выполненными другой анестезиологической бригадой, летальный исход удалось избежать. Однако за время клинической смерти у Т. наступило кислородное голодание клеток головного мозга (гипоксическое состояние), которое в дальнейшем развилось в постреанимационную болезнь с клиническими проявлениями постгипоксической энцефалопатии III степени и, как показали дальнейшие патоморфологические исследования, сопровождалось декортикацией (смертью клеток коры головного мозга). Дефекты оказания медицинской помощи, допущенные при проведении анестезиологического пособия врачом анестезиологом больницы К., привели к развитию постреанимационной болезни с гипоксической энцефалопатией, осложнившейся нарушением мозгового кровообращения, тромбозом сосудов головного мозга, его отёком и дислокацией, приведшими к наступлению смерти Т.¹

Клинические рекомендации рассматриваются в медицинском сообществе в качестве обязательных для применения лечащим врачом. С учетом этого обстоятельства правоприменители, анализируя нарушения, допущенные медиками в процессе оказания медицинской помощи, вы-

¹ Уголовное дело № 1-14/2017 // Приговор Боровичского районного суда Новгородской области [Электронный ресурс]. URL: <http://www.sudact.ru> (дата обращения: 03.06.2019).

страивают алгоритм оптимального поведения врача исходя из положений этого документа.

Гораздо реже встречается квалификация действий медицинских работников по ст. 124 УК РФ. Так, после дорожно-транспортного происшествия (в 14 часов 50 минут) пострадавший З. для оказания медицинской помощи был доставлен (в 15 часов 30 минут) в приёмный покой больницы¹. После поступления находящегося в сознании больного З. в отделение приёмного покоя больницы с целью его обследования, постановки диагноза и начала экстренной медицинской помощи дежурной медицинской сестрой отделения приёмного покоя Д. был вызван дежурный врач больницы хирург Ф. По прибытии к больному З., находящемуся на носилках, расположенных на полу вестибюля отделения приёмного покоя больницы, врач отделения приёмного покоя Ф., имеющий соответствующие медицинское образование и квалификацию, дающие право оказывать медицинскую помощь, достаточный опыт работы и профессиональные навыки, находясь на дежурстве, при исполнении своих должностных обязанностей, без уважительных причин, не произвёл надлежащий осмотр находящегося в сознании З., не предпринял никаких мер по установлению медицинского диагноза полученных травм, не обеспечил прохождение им рентгенологического исследования состояния костных тканей и внутренних органов на возможное наличие у последнего внутреннего кровотечения. Кроме того, Ф. не среагировал на просьбы З. оказать ему медицинскую помощь и оставил последнего лежать на носилках в вестибюле отделения приёмного покоя. После того как у З. значительно снизилось артериальное давление и его состояние резко ухудшилось, Ф., узнав об этом, и предвидя наступление смерти З., продолжал бездействовать и не оказал больному никакой экстренной медицинской помощи, не направил последнего в реанимационное отделение больницы. В результате бездействий Ф. в отделении приёмного покоя больницы (в 16 часов 15 минут) у З. зафиксирована биологическая смерть.

Достаточно редко медицинские работники привлекаются к ответственности в связи с должностными преступлениями. Должностными лицами в медицине считаются только главные врачи, заместители, заведующие отделениями, то есть люди, которые выполняют организационно-хозяйственные и административно-распределительные функции. Однако Пленум Верховного суда указал, что организационно-распределительные функции – это принятие должностными лицами решений, которые имеют юридические последствия и юридически значимы. Такое размытое понятие позволяет привлекать к ответственности по

¹ Уголовное дело № 1-112/2015// Приговор Иловлинского районного суда Волгоградской области [Электронный ресурс]. URL: <http://www.sudact.ru> (дата обращения: 03.06.2019).

данной статье широкий круг лиц, в том числе диспетчеров скорой помощи и дежурных врачей. Так, фельдшер скорой помощи Ю. была обвинена в халатности, то есть в ненадлежащем исполнении должностным лицом своих обязанностей вследствие недобросовестного отношения к службе, если это повлекло существенное нарушение прав и законных интересов граждан¹. Являясь должностным лицом, обладающим организационно-распорядительными полномочиями, имея реальную возможность исполнения своих должностных обязанностей, в том числе необходимый уровень профессиональной подготовки, опыт работы и состояние здоровья, получив неоднократные сообщения по рабочему телефону от П. о том, что ее муж Х. находится в лихорадочном состоянии, легкомысленно отнеслась к полученным сообщениям и в нарушение своих должностных обязанностей, преступно бездействуя, не зарегистрировала вызов и не организовала своевременный выезд выездной бригады для оказания скорой медицинской помощи Х., то есть не исполнила возложенные на нее должностные обязанности вследствие недобросовестного отношения к службе, в результате чего было утрачено время, которое могло быть использовано для оказания своевременной медицинской помощи Х., который скончался в лечебном учреждении, при этом причиной его смерти послужила неутонченная острая кишечная генерализованная инфекция, вероятно, вирусной этиологии, закончившаяся инфекционно-токсическим шоком.

Следует отметить, что случаи квалификации действий медицинских работников по ч. 2 ст. 118 УК РФ осуществляются крайне редко. Так, С., являясь врачом-хирургом хирургического отделения больницы, вследствие ненадлежащего исполнения своих профессиональных обязанностей совершил причинение тяжкого вреда здоровью пациента по неосторожности². Причиной ненадлежащего исполнения своих профессиональных обязанностей стало недобросовестное и небрежное к ним отношение со стороны С. При проведении операции С. не выполнил необходимые медицинские манипуляции: осуществил выполнение оперативного доступа, не обеспечивающего достаточного контроля за топографо-анатомическими параметрами в зоне операции и четкой верификации элементов грыжи; не выполнил действия (введение катетера) по уточнению местоположения мочеиспускательного канала, в зоне которого проводилось иссечение тканей; иссек ткани (в том числе губчатой части уретры) без должной их анатомической верификации, что повлекло

¹ Уголовное дело № 1-227/2018// Приговор Пушкинского районного суда г. Санкт-Петербурга [Электронный ресурс]. URL: <http://www.sudact.ru> (дата обращения: 03.06.2019).

² Уголовное дело № 1-66/2015 // Приговор Новокуйбышевского городского суда Самарской области [Электронный ресурс]. URL: <http://www.sudact.ru> (дата обращения: 03.06.2019).

тяжкий вред здоровью В. При этом С. не предвидел что его действия могут причинить тяжкий вред здоровью пациенту, хотя при необходимой внимательности и предусмотрительности, с учетом наличия высшего медицинского образования, высшей квалификационной категории по хирургии, сертификатов специалиста по соответствующей медицинской деятельности, мог и должен был это предвидеть.

И наконец, нам не встретилось случаев квалификации действий медицинских работников по ст. 125 УК РФ.

Как показывает практика, подавляющее большинство приговоров суда по уголовным делам, возбужденным в отношении медицинских работников, носили обвинительный характер. Оправдательный приговор в отношении медицинского работника выносился в случаях, когда медицинский работник при конкретных обстоятельствах не имел реальной возможности осознавать необходимость проведения в отношении пациента определенных медицинских мероприятий:

1. Характер заболевания, т. е. при любых деяниях врача (даже правомерных) неминуемо бы наступил неблагоприятный исход. Так, неонатолог И., обвиняемая по ч. 2 ст. 109 в ненадлежащем исполнении своих профессиональных обязанностей¹, допустила дефект диагностического (не осуществила рентгенографию легких недоношенного новорожденного) и организационного характера (не осуществила своевременный перевод в лечебное учреждение более высокого уровня). Однако вероятность летального исхода при заболевании новорожденного (внутриутробная пневмония), даже при отсутствии дефектов лечения, составляла 80 %.

2. Поведение потерпевшего явилось ведущим фактором неблагоприятного исхода болезни. Так, гибель плода И. наступила на 37–38 неделе в результате антенатальной асфиксии, развившейся вследствие хронической плацентарной недостаточности 3-й степени. В ходе комплексной судебной медицинской экспертизы выявлены недостатки диагностики: не в полной мере выполнено обследование, не установлен диагноз «гестационный сахарный диабет». И. относилась к группе высокого риска по перинатальной патологии в связи с отягощенным акушерским анамнезом, наличием хронического пиелонефрита, развитием гестационного сахарного диабета, а также к группе риска по пренатальным социально-биологическим факторам риска (курение и злоупотребление алкоголем). В результате нерегулярного посещения И. приемов акушера, акушера-гинеколога, несоблюдения рекомендаций и предписаний врача не удалось должным образом купировать патологические состояния, выявленные при ультразвуковом исследовании в виде признаков внутри-

¹ Уголовное дело № 1-12/2018 // Приговор Азовского районного суда Омской области [Электронный ресурс]. URL: <http://www.sudact.ru> (дата обращения: 03.06.2019).

утробной инфекции, агенезии мозолистого тела плода, хронические воспалительные заболевания (хронический пиелонефрит).

Таким образом, судебно-медицинская диагностика ненадлежащего исполнения медицинскими работниками профессиональных обязанностей относится к разряду наиболее сложных и трудоемких. Ситуацию усугубляет ряд нерешенных проблем методологического (эмпирические, оценочные) и правового характера (вопросы квалификации, конфликт интересов). Анализ практики показывает, что наиболее часто ненадлежащее исполнение медицинскими работниками своих профессиональных обязанностей как признак преступления квалифицируется по ч. 2 ст. 109 УК РФ и заключается в некачественном оказании медицинской помощи, в нарушениях положений стандартов оказания медицинской помощи и клинических рекомендаций, игнорировании предписаний должностных инструкций, непрофессионализме медицинских работников.

Заключение

Проблема, связанная с неблагоприятными последствиями исполнения медицинскими работниками профессиональных обязанностей, становится в последнее время все более актуальной. Об этом свидетельствует неуклонный рост числа жалоб со стороны граждан на действия медицинских работников и количества уголовных дел, связанных с ненадлежащим исполнением ими своих профессиональных обязанностей. Одним из основных источников доказательств, указывающих на ненадлежащее или, напротив, надлежащее оказание медицинской помощи (услуги), является комиссия судебно-медицинская экспертиза. Назначение и производство судебно-медицинских экспертиз по данному поводу относится к разряду наиболее сложных. Ситуация усугубляется сложностью в юридической квалификации ошибок, допущенных при оказании медицинской помощи, а также размытостью критериев экспертной оценки действий медицинских работников при ее оказании. В связи с этим довольно часто встречаются ошибки, допускаемые как экспертами при производстве экспертиз, так и следователями, возникающие при назначении экспертизы и оценке ее результатов.

Поэтому вопросы, связанные с особенностями назначения и производства судебно-медицинской экспертизы медицинской помощи, оказанной медицинскими работниками, судебно-медицинской характеристикой дефектов оказания медицинской помощи, экспертными ошибками, допущенными при производстве подобного рода экспертиз, представляются нам важными для следственной и экспертной практики.

Учитывая сложность и распространенность данной проблемы, мы определили основной целью данного пособия – помочь будущим работникам следствия в освоении профессиональных компетенций, связанных с расследованием случаев ненадлежащего оказания медицинской помощи.

В учебном пособии рассмотрены нормативно-правовые акты, регламентирующие ответственность медицинских работников за ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей, осуществлен анализ факторов, способствующих росту числа судебно-медицинских экспертиз по «врачебным» делам, раскрыты методические особенности проведения судебно-медицинской экспертизы случаев некачественного оказания медицинской помощи, проведен ретроспективный анализ судебно-медицинской диагностики случаев ненадлежащего исполнения медицинскими работниками профессиональных обязанностей, подготовлены рекомендации по вопросам использования специальных медицинских знаний при проведении доследственной проверки и при расследовании преступлений по уголовным делам.

Изучение нормативно-правовых актов, регламентирующих уголовную ответственность медицинских работников за ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей, подтвердило позицию многих авторов, отмечающих нечеткость критериев и вероятность двоякой трактовки оценки качества медицинской помощи (услуги).

Анализ практики расследования случаев ненадлежащего оказания медицинской помощи показал, что наиболее востребованной формой использования специальных знаний в области судебной медицины является судебно-медицинская экспертиза. При этом в ряде случаев имеет место попытка подмены заключения судебно-медицинской экспертизы результатами экспертизы качества медицинской помощи. Менее распространенными формами специальных знаний являются консультация специалиста и участие специалиста при проведении следственных действий.

При назначении судебно-медицинской экспертизы наиболее часто возникают вопросы, связанные со своевременностью и полнотой сбора первичной медицинской документации, формулировкой вопросов экспертами, организацией назначения комиссионной экспертизы, а также оценкой экспертного заключения.

Судебно-медицинская диагностика ненадлежащего исполнения медицинскими работниками профессиональных обязанностей является одним из наиболее трудоемких видов экспертизы. Нерешенные проблемы методологического и правового характера вносят дополнительные сложности при производстве судебно-медицинской экспертизы.

Анализ уголовных дел, связанных с оказанием медицинской помощи, показал, что наиболее часто действия медицинских работников квалифицируются по ч. 2 ст. 109 УК РФ. При этом в уголовных делах подобного рода среди причин некачественного оказания медицинской помощи преобладают: нарушения положений стандартов оказания медицинской помощи и клинических рекомендаций, игнорирование предписаний должностных инструкций, непрофессионализм медицинских работников.

Таким образом, в данном пособии структурированы дефекты оказания медицинской помощи, выделены особенности производства судебно-медицинских экспертиз, определены направления модернизации методологической и правовой базы судебно-медицинских экспертиз, назначаемых при расследовании преступлений, связанных с ненадлежащим исполнением медицинскими работниками профессиональных обязанностей.

Литература

I. Нормативные правовые акты и иные официальные документы

1. **Российская Федерация. Законы.** Конституция Российской Федерации : текст с изменениями и дополнениями на 21 июля 2014 г. № 11-ФКЗ. – URL: <http://www.pravo.gov.ru> (дата обращения: 03.06.2019). – Текст : электронный.

2. **Российская Федерация. Законы.** Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации : Федеральный закон от 18 декабря 2001 г. № 174-ФЗ : текст с изменениями и дополнениями на 1 апреля 2019 г. – URL: <http://www.pravo.gov.ru> (дата обращения: 03.06.2019). – Текст : электронный.

3. **Российская Федерация. Законы.** Уголовный кодекс Российской Федерации : Федеральный закон от 13 июня 1996 г. № 63-ФЗ : текст с изменениями и дополнениями на 23 апреля 2019 г. – URL: <http://www.pravo.gov.ru> (дата обращения: 24.04.2019). – Текст : электронный.

4. **Российская Федерация. Законы.** Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации : Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ : текст с изменениями и дополнениями на 6 марта 2019 г. – URL: <http://www.pravo.gov.ru> (дата обращения: 03.06.2019). – Текст : электронный.

5. Об утверждении Правил определения момента смерти человека, в том числе критериев и процедуры установления смерти человека, Правил прекращения реанимационных мероприятий и формы протокола установления смерти человека : Постановление Правительства РФ от 20.09.2012 № 950 // Собрание законодательства РФ. – 2012. – № 39. – Ст. 5289. – Текст : электронный.

6. Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства : Приказ Минздрава России от 21.12.2012 № 1177н // Российская газета. – 2013. – 5 июля. – № 145.

7. Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи : Приказ Минздрава России от 10.05.2017 № 203н. – URL: <http://www.pravo.gov.ru> (дата обращения: 03.06.2019). – Текст : электронный.

8. О направлении методических рекомендаций «СМП в системе ОМС» : этап становления, перспективы развития» : письмо Минздрава России № 14-0/10/2-2564 и Федерального ФОМС № 7155/30 от

26.09.2012. – URL: <http://www.consultant.ru> (дата обращения: 03.06.2019).
– Текст : электронный.

II. Учебная, научная литература и иные материалы:

1. **Алиев, Н. И.** Философско-правовые проблемы ненадлежащего оказания медицинской помощи : научно-практический журнал // Вестник Дагестанской государственной медицинской академии. 2016. – № 3 (20). – С. 68–70. – ISSN 2226-4396. – Текст : непосредственный.

2. **Винокурова, М. А.** Деструкция закона или совершенствование уголовного законодательства, предусматривающего ответственность за неоказание и ненадлежащее оказание медицинской помощи : научный журнал // Евразийский юридический журнал. 2016. – № 8 (99). – С. 195–196. – ISSN 2073-4506. – Текст : непосредственный.

3. **Винокурова, М. А.** Оказание медицинской помощи ненадлежащего качества: научное и юридическое содержание понятия : научный журнал // Вестник Нижегородского университета им. Н. И. Лобачевского. 2017. – № 5. – С. 79–84. – ISSN 1993-1778. – Текст : непосредственный.

4. **Внукова, В. А.** Проблемы применения юридической ответственности в сфере здравоохранения : научно-практический журнал // Медицинское право. 2018. – № 4. – С. 18–23. – ISSN 1813-1238. – Текст : непосредственный.

5. **Галлиев, Б. Б.** Актуальные вопросы юридической оценки деяний, связанных с осуществлением медицинской деятельности : научный журнал // Актуальные проблемы медицины и биологии. 2018. – № 2. – С. 38–41. – ISSN 2587-4926. – Текст : непосредственный.

6. **Гецманова, И. В.** Правовой анализ ненадлежащего оказания медицинской помощи в связи со смертью плода : научно-практический журнал // Проблемы экспертизы в медицине. 2014. – Т. 14. – № 1 (53). – С. 5–9. – ISSN 0234-6729. – Текст : непосредственный.

7. **Гришин, А. В.** Проблемы разграничения смежных составов при квалификации неосторожных преступлений, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи : научный журнал // Юридическая наука. 2014. – № 2. – С. 811–815. – ISSN 2220-5500. – Текст : непосредственный.

8. **Горбунов, С. В.** Правовые вопросы ненадлежащего оказания высокотехнологичной медицинской помощи : научно-практический журнал // Вестник ТИСБИ. 2014. – № 2. – С. 172–175. – ISSN 1996-3440. – Текст : непосредственный.

9. **Замалеева, С. В.** К вопросу о квалификации ятрогенных преступлений по статье 238 Уголовного кодекса РФ : научно-практический журнал // Медицинское право. 2019. – №. 1. – С. 46–49. – ISSN 1813-1238. – Текст : непосредственный.

10. **Ковалев, А. В.** Порядок проведения судебно-медицинской экспертизы и установления причинно-следственных связей по факту неока-

зания или ненадлежащего оказания медицинской помощи : методические рекомендации (утв. Минздравом России 21.06.2017). – Москва: Российский центр судебно-медицинской экспертизы Минздрава России, 2017. – 16 с. – URL: <http://www.consultant.ru> (дата обращения: 03.06.2019). – Текст : электронный.

11. **Ковалевский, С. М.** Правовые проблемы защиты прав пациентов, пострадавших в результате ненадлежащего оказания медицинской помощи : научный журнал // Здоровоохранение. 2014. – № 12. – С. 84–95. – ISSN 1028-9771. – Текст : непосредственный.

12. **Матейкович, Е. А.** Защита интересов медицинских работников при рассмотрении вопросов о ненадлежащем оказании акушерско-гинекологической помощи (обзор литературы) : научно-практический журнал // Международный научно-исследовательский журнал. 2017. – № 8-3 (62). – С. 132–137. – ISSN 2303-9868. – Текст : непосредственный.

13. **Перепечина, И. О.** Споры и конфликтные ситуации в связи с ненадлежащим оказанием медицинской помощи и юридическая практика для их разрешения : научно-практический журнал // Исследования и практика в медицине. 2015. – Т. 2. – № 1. – С. 72–75. – ISSN 2409-2231. – Текст : непосредственный.

14. Расследование преступлений, совершенных медицинскими работниками по неосторожности (ятрогенных преступлений) : учебно-методическое пособие для студентов вузов, обучающихся по направлению подготовки «Юриспруденция» / Д. В. Алёхин, А. М. Багмет, В. В. Бычков и др.; под ред. А. М. Багмета. – Москва: ЮНИТИ, 2016. – 159 с. – ISBN 978-5-238-02868-2. – Текст : непосредственный.

15. **Спиридонов, В. А.** Деятельность судебно-медицинских экспертов следственного комитета в расследовании фактов неоказания или ненадлежащего оказания медицинской помощи : научно-практический журнал // Медицинское право: теория и практика. 2016. – Т. 2. – № 1 (3). – С. 245–247. – ISSN 1813-1238. – Текст : непосредственный.

16. **Такаева, М. К.** Медико-правовые аспекты ответственности медицинских работников в случаях ненадлежащего оказания медицинской помощи : научно-практический журнал // Медицинское право: теория и практика. 2015. – Т. 1 (1). С. 149–152. – ISSN 1813-1238. – Текст : непосредственный.

17. **Ухтюмова, Д. А.** Правовые основы ответственности за халатность в системах здравоохранения Великобритании, Новой Зеландии и Российской Федерации : научно-практический журнал // Медицинское право: теория и практика. 2017. – Т. 3. – № 2 (6). – С. 551–559. – ISSN 1813-1238. – Текст : непосредственный.

18. **Щепельков, В. Ф.** Ненадлежащее исполнение врачом своих профессиональных обязанностей при оказании медицинской помощи: проблемы уголовно-правовой оценки : научный журнал // Вестник Рос-

сийской правовой академии. 2017. – № 2. – С. 65–69. – ISSN 2072-9936. – Текст : непосредственный.

19. **Хмелева, А. В.** Отдельные аспекты использования специальных знаний при расследовании ятрогенных преступлений : научный журнал // Альманах современной науки и образования. 2016. – № 5 (107). – С. 86–90. – ISSN 1993-5552. – Текст : непосредственный.

III. Эмпирические материалы

1. Судебные и нормативные акты РФ : Уголовное дело № 1-12/2018. Приговор Азовского районного суда Омской области. – URL: <http://www.sudact.ru> (дата обращения: 03.06.2019). – Текст : электронный.

2. Судебные и нормативные акты РФ : Уголовное дело № 1-14/2017. Приговор Боровичского районного суда Новгородской области. – URL: <http://www.sudact.ru> (дата обращения: 03.06.2019). – Текст : электронный.

3. Судебные и нормативные акты РФ : Уголовное дело № 1-81/2018. Приговор Волховского городского суда Ленинградской области. – URL: <http://www.sudact.ru> (дата обращения: 03.06.2019). – Текст : электронный.

4. Судебные и нормативные акты РФ : Уголовное дело № 1-9/2017. Приговор Зареченского городского суда Пензенской области. – URL: <http://www.sudact.ru> (дата обращения: 03.06.2019). – Текст : электронный.

5. Судебные и нормативные акты РФ : Уголовное дело № 1-112/2015. Приговор Иловлинского районного суда Волгоградской области. – URL: <http://www.sudact.ru> (дата обращения: 03.06.2019). – Текст : электронный.

6. Судебные и нормативные акты РФ : Уголовное дело № 1-359/2017. Приговор Кировского районного суда г. Казани Республики Татарстан. – URL: <http://www.sudact.ru> (дата обращения: 03.06.2019). – Текст : электронный.

7. Судебные и нормативные акты РФ : Уголовное дело № 1-150/2015. Приговор Лабытнангского городского суда Ямало-Ненецкого автономного округа. – URL: <http://www.sudact.ru> (дата обращения: 03.06.2019). – Текст : электронный.

8. Судебные и нормативные акты РФ : Уголовное дело № 1-09/2017. Приговор Моркинского районного суда Республики Марий Эл. – URL: <http://www.sudact.ru> (дата обращения: 03.06.2019). – Текст : электронный.

9. Судебные и нормативные акты РФ : Уголовное дело № 1-66/2015. Приговор Новокуйбышевского городского суда Самарской области. – URL: <http://www.sudact.ru> (дата обращения: 03.06.2019). – Текст : электронный.

10. Судебные и нормативные акты РФ : Уголовное дело № 1-227/2018. Приговор Пушкинского районного суда г. Санкт-Петербурга. – URL: <http://www.sudact.ru> (дата обращения: 03.06.2019). – Текст : электронный.

Учебное издание

Васильченко Андрей Владимирович
Исхаков Эдуард Робертович

**СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА
НЕНАДЛЕЖАЩЕГО ИСПОЛНЕНИЯ МЕДИЦИНСКИМИ
РАБОТНИКАМИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ОБЯЗАННОСТЕЙ**

Учебное пособие

Редактор А. Р. Хужина

Подписано в печать 05.02.2020

Гарнитура Times

Уч.-изд. л. 2,8

Тираж 55 экз.

Заказ № 1

Формат 60x84 1/16

Усл. печ. л. 3

*Редакционно-издательский отдел
Уфимского юридического института МВД России
450103, г. Уфа, ул. Муксинова, 2*

*Отпечатано в группе полиграфической и оперативной печати
Уфимского юридического института МВД России
450103, г. Уфа, ул. Муксинова, 2*