

Федеральное государственное автономное
образовательное учреждение
высшего образования
«СИБИРСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Юридический
институт
Уголовного процесса и криминалистики
кафедра

УТВЕРЖДАЮ
Заведующий кафедрой
_____ А.Д. Назаров
подпись инициалы, фамилия
« ____ » _____ 2019 г.

МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ

Особенности расследования преступлений, связанных с некачественным
оказанием медицинской помощи

тема

40.04.01 Юриспруденция

код и наименование направления

40.04.01.05. Адвокат в судебном процессе

код и наименование магистерской программы

Руководитель	_____	<u>канд.юрид.наук, доцент кафедры</u> <u>уголовного процесса и</u> <u>криминалистики</u>	<u>А.А. Брестер</u> инициалы, фамилия
	подпись, дата	должность, ученая степень	
Выпускник	_____		<u>О.А. Заикина</u> инициалы, фамилия
	подпись, дата		
Рецензент	_____	<u>адвокат ККБА</u> <u>«Мальтов и партнеры»</u>	<u>Н.С. Монс</u> инициалы, фамилия
	подпись, дата	должность, ученая степень	

Красноярск 2019

СОДЕРЖАНИЕ

Введение.....	3
Глава 1. Теоретические основы использования медицинских знаний при расследовании преступлений, связанных с некачественным оказанием медицинской помощи.....	7
1.1. Использование специальных медицинских терминов и определений в юриспруденции: теоретические проблемы и законодательство.....	7
1.2. Роль ведомственного правового регулирования при квалификации деяния как врачебного преступления.....	21
Глава 2. Уголовно-правовой аспект преступлений, связанных с некачественным оказанием медицинской помощи.....	34
2.1. Генезис института ответственности медицинских работников.....	34
2.2. Составы преступлений, по которым возможно привлечение медицинских работников к уголовной ответственности	41
Глава 3. Уголовно-процессуальный аспект преступлений, совершаемых медицинскими работниками.....	60
3.1. Классификация врачебных ошибок и порождаемых ими следственных ситуаций.....	60
3.2. Особенности назначения, производства и оценки результатов судебно-медицинской экспертизы по делам о преступлениях, связанных с некачественным оказанием медицинской помощи.....	73
Заключение.....	85
Список использованных источников.....	87
Приложения А-Д.....	104

ВВЕДЕНИЕ

Жизнь и здоровье человека являются фундаментальными, гарантированными Конституцией Российской Федерации важнейшими ценностями, которые должны охраняться государством. В числе конституционных гарантий прав человека на жизнь и на здоровье отдельное место занимают права на охрану здоровья и получение медицинской помощи. Согласно ст. 5 Федерального закона «Об охране здоровья граждан»¹ (далее – Федеральный закон № 323), государство обеспечивает гражданам охрану здоровья независимо от пола, расы, возраста, национальности, языка, наличия заболеваний, состояний, происхождения, имущественного и должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям и от других обстоятельств.

Актуальность работы обусловлена ежегодным увеличением количества «медицинских» преступлений и отсутствием выработанной методики их расследования, несмотря на провозглашаемые приоритетные направления развития системы здравоохранения, включающие повышение гарантированности и защищенности прав пациентов.

Важность затрагиваемой темы подтверждает активное развитие медицины и биотехнологий, что, в свою очередь, порождает не только специфические медицинские проблемы, но и этические и социальные, требующие детального правового регулирования. Обращаясь за медицинской помощью, пациент может рассчитывать только на добросовестное отношение врача к своим обязанностям, его высокий профессионализм и внимательное отношение к процессу диагностики и лечения. Отсутствие соответствующих знаний у пациента приводит к тому, что взаимодействие его с врачом строится на условиях полного доверия и надежды на правильность принимаемых врачом решений. И здесь особенно остро встает вопрос о качестве оказания медицинской помощи и ее критериях.

¹ Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации [Электронный ресурс]: федер. закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ // Справочная правовая система «КонсультантПлюс». Режим доступа: <http://www.consultant.ru> (дата обращения: 13.04.2018).

Интересной представляется имеющаяся статистика по преступлениям, связанным с некачественным оказанием медицинской помощи. Официального статистического учета по данным категориям дел в нашей стране не ведется, однако согласно данным общественных организаций, врачебные ошибки ежегодно уносят жизни около 50 тысяч человек². Количество уголовных дел, возбужденных по факту жалоб и обращений, растет от года к году³. При этом чаще всего подобного рода преступления совершаются врачами-хирургами (27,5 %), акушерами-гинекологами (16,8%), анестезиологами-реаниматологами (13,2%). Приведенные статистические данные представляются обоснованными и логичными, ведь именно хирургические операции связаны с наибольшим риском для жизни и здоровья пациента⁴.

Нами было опрошено 125 человек с различными половозрастными характеристиками с целью выяснить, сталкивались ли они с некачественным оказанием медицинской помощи. Около 70% респондентов на вопрос «в вашей жизни случались ситуации, когда врач не мог поставить вам точный диагноз?» ответили утвердительно. Порядка 43 % опрошенных показали, что зачастую недовольны качеством оказанной им помощи (приложение А).

Несмотря на слабую степень научной разработанности исследуемой темы в юридической науке, отдельные аспекты в своих трудах рассматривали такие ученые как В. Д. Пристансков, В. Ф. Щепельков, А. И. Коробеев, А. Г. Блинов, Т. Е. Сучкова, В. Н. Флоря, А. А. Понкина, С. Г. Стеценко, А. В. Сучков и другие. Использовалась и специальная медицинская литература под авторством Е. А. Вагнера, В. В. Некачалова, Ю. И. Вернадского, С. А. Гиляревского, И. В. Давыдовского.

² «Зона права» открыла федеральную «горячую линию» по врачебным ошибкам [Электронный ресурс] // Зона права. Режим доступа: http://zonaprava.com/events/zona-prava-otkryla-federalnuyu-goryachuyu-liniyu-po-vrachebnym-oshibkam/?sphrase_id=43601 (дата обращения: 17.05.2018).

³ Письмо Следственного комитета Российской Федерации от 01.02.2019, № Исх. СК-226/1-3267-19/84 [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.tfoms.e-burg.ru/documents/6388/?type=special> (дата обращения: 03.04.2019).

⁴ Трунов И. Л. Врачебная ошибка, преступление, проступок // Человек: преступление и наказание. 2010. № 1 (68). С. 37.

Объектом исследования являются общественные отношения, возникающие при расследовании преступлений, связанных с некачественным оказанием медицинской помощи.

Предметом исследования выступают комплекс правовых норм, закрепляющих уголовную ответственность врачей, классификация врачебных ошибок и порождаемые ею типичные следственные ситуации, влекущие проблемы при расследовании медицинских преступлений.

Целью настоящего исследования является разработка основ методики расследования преступлений по делам, связанным с некачественным оказанием медицинской помощи.

Для достижения поставленной цели необходимо решить следующие **задачи**:

1. Определить понятийный аппарат, необходимый для расследования медицинских преступлений;
2. Выявить составы преступлений, по которым возможно привлечение медиков к уголовной ответственности;
3. Классифицировать врачебные ошибки и причины их совершения для выявления приоритетных направлений расследования;
4. Определить особенности расследования преступлений, совершаемых медицинскими работниками.

Теоретической основой проводимого исследования послужили научные труды отечественных ученых и специалистов как в сфере юриспруденции, так и в сфере медицины, предпринимающих попытку формулирования понятия врачебной ошибки, ее признаков и содержания, вырабатывающих методику и обозначающих особенности расследования преступлений рассматриваемой группы.

Практической основой исследования стали порядка 40 решений судов общей юрисдикции Российской Федерации, которые продемонстрировали недостаточную разработанность исследуемой темы не только на уровне научных изысканий, но и в сугубо практической плоскости, отсутствие

единообразия судебной практики в вопросах квалификации медицинских преступлений; результаты опроса 125 респондентов с различными половозрастными характеристиками; контент-анализ материалов СМИ; личный опыт представления интересов потерпевшего по уголовному делу, возбужденному по факту некачественного оказания медицинской помощи.

Структура данной работы обусловлена ее целью и задачами и состоит из введения, трех глав, заключения, списка использованных источников и приложений. Во введении обоснована актуальность работы, обозначены цель и задачи работы, теоретическая и практическая основы работы. В первой главе рассматриваются проблемы использования специфической медицинской терминологии и недостаточная разработанность ее для целей юридической науки, роль ведомственного правового регулирования. Во второй главе представлен генезис института ответственности медицинских работников и рассматриваются актуальные составы, представленные в Уголовном кодексе РФ, по которым возможно привлечение врачей к уголовной ответственности. Третья глава посвящена отдельным процессуальным особенностям, возникающим при расследовании преступлений, связанных с некачественным оказанием медицинской помощи, предложены некоторые рекомендации по их расследованию. В заключении предлагаются выводы по работе.

Глава 1. Теоретические основы использования медицинских знаний при расследовании преступлений, связанных с некачественным оказанием медицинской помощи

1.1. Использование специальных медицинских терминов и определений в юриспруденции: теоретические проблемы и законодательство

*«Отнесись к больному так, как бы хотел ты,
чтобы отнеслись к тебе в час болезни.*

Прежде всего — не вреди»

Гиппократ

Врачебные ошибки ежегодно уносят жизни около 50 тысяч человек. В течение 2015 года потерпевшими по преступлениям, связанным с врачебными ошибками, были признаны 888 человек, 700 из которых погибли. По данным СКР, с 2012 года количество обращений пациентов на некачественное оказание медпомощи в больницах увеличилось почти в три раза (с 2100 до 6050)⁵. Согласно сообщению Следственного комитета России от 2 апреля 2019 года, число уголовных дел, возбужденных по факту жалоб и обращений, превысило 2,2 тысячи – это примерно на 24% больше, чем в 2017 году. По итогам расследованных в 2016-2017 гг. уголовных дел вынесено 167 приговоров врачам⁶.

Практически ежедневно из средств массовой информации мы узнаем о все новых и новых трагичных ситуациях, связанных с некачественно оказанной медицинской помощью. На первый план в таких случаях выставляются халатность врачей, их ошибки, равнодушие к проблемам пациентов. Но вместе с тем существует и обратная сторона медали – пациенты могут злоупотреблять

⁵ «Зона права» открыла федеральную «горячую линию» по врачебным ошибкам [Электронный ресурс] // Зона права. Режим доступа: http://zonaprava.com/events/zona-prava-otkryla-federalnuyu-goryachuyu-liniyu-po-vrachebnym-oshibkam/?sphrase_id=43601 (дата обращения: 17.05.2018).

⁶ Письмо Следственного комитета Российской Федерации от 01.02.2019, № Исх. СК-226/1-3267-19/84 [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.tfoms.e-burg.ru/documents/6388/?type=special> (дата обращения: 03.04.2019).

своим правом на получение медицинской помощи, указывая на врача как на виновника проблем в ситуациях, где его вина объективно отсутствует. Судебная практика же по таким делам не обширна, поскольку процесс доказывания по ним весьма затруднен из-за специфики сферы деятельности. Проблема достигает своего пика: пациенты боятся обращаться в больницы, врачи массово увольняются, жалуясь на личную незащищенность и невозможность качественной работы в создаваемых для них условиях. Происходящее порождает закономерные вопросы: что делать законодателю и как урегулировать важнейшие для общества отношения врач – пациент? Ключевым вопросом здесь является отсутствие качественной регламентации и урегулирования процедур возмещения вреда и ответственности медицинских работников за вред, причиненный ими жизни и (или) здоровью граждан. На уровне федеральных законов действуют лишь общие декларативные нормы о возмещении вреда и о мерах ответственности.

Для возможности содержательного дальнейшего обсуждения вышеназванных проблем, прежде всего, необходимо определиться с понятийным аппаратом. Здесь возникают первые сложности, поскольку современное российское законодательство не содержит таких понятий как «врачебная ошибка», «дефект/качество/негативный исход оказания медицинской помощи», «ятрогения»⁷. Это серьезное упущение, ведь не сформулировав понятие и признаки данных негативных явлений в медицине невозможно найти пути их предотвращения. Кроме того, до настоящего момента в медицинской и юридической науке не выработано общее понятие, включающее в себя специфичные признаки преступления, совершаемого медицинскими работниками, и однозначно принимаемое в обеих сферах деятельности. В свою очередь оно играет важнейшую роль, поскольку позволит четко сформулировать предмет доказывания, избежать принятия незаконного решения на стадии возбуждения уголовного дела, гарантировать соблюдение

⁷ Сучков А. В. Анализ дефиниций понятий «Врачебная ошибка», «Ятрогения», «Дефект оказания медицинской помощи» как цель установления обстоятельств, подлежащих доказыванию по профессиональным преступлениям, совершенным медицинскими работниками // Вятский медицинский вестник. 2010. №2. С. 75.

конституционных прав и законных интересов не только пациентов, но и медицинских работников.

Помимо того, что понятия «врачебная ошибка» нет в действующем российском законодательстве, некоторые ученые считают, что оно и вовсе не является юридическим, а лишь сугубо медицинским, с чем нельзя согласиться⁸. Указанное понятие имеет принципиально важное значения для юридической науки, поскольку именно из-за неурегулированности данного вопроса на практике возникают затруднения с квалификацией того или иного преступного деяния медицинского персонала. Кроме того, оперируя понятием врачебной ошибки, становится возможным разграничить преступные деяния врачей и ситуации, в которых исключается виновность.

Дискуссии по поводу содержания понятия «врачебная ошибка» ведутся уже давно. Наиболее распространенной в медицинской литературе является точка зрения И. В. Давыдовского⁹, который считает, что «врачебная ошибка – это добровольное заблуждение врача, основанное на несовершенстве современного состояния медицинской науки и методов ее исследования, либо вызванное особенностями течения заболевания определённого больного, либо объясняемое недостатками знаний, опыта врача». Данное определение фактически выделяет объективные и субъективные признаки возможной врачебной ошибки, первые из которых связаны с несовершенством имеющихся методов диагностики, способах лечения и т.д., а вторые – непосредственно с личностью врача. И если с объективными признаками стоит согласиться, поскольку эти обстоятельства никак не зависят от воли медицинского работника, то субъективные полностью зависят от него самого. Само по себе утверждение о том, что «добровольное заблуждение, объясняемое недостатками опыта и знаний врача» может являться обстоятельством, исключаящим ответственность медика, является неприменимым для целей юридической науки, поскольку недостаточная квалификация и подготовка

⁸ Там же.

⁹ Давыдовский И.В. Врачебные ошибки // Советская медицина. 1941. № 3. С. 6-9.

врача, отсутствие у него должных навыков характеризуют собой неосторожную форму вины.

Множество современных трактовок врачебной ошибки опираются именно на понятие, данное И. В. Давыдовским, во многом практически дублируя его. Так, например, по мнению О. Зайратьянц и соавторов, «врачебная ошибка – это профессиональная ошибка медицинского работника, добросовестное заблуждение врача, основанное на несовершенстве медицинской науки и ее методов, или атипичного течения заболевания, или недостаточности подготовки врача, если при этом не обнаруживаются элементов халатности, невнимательности или медицинского невежества»¹⁰.

В. В. Сергеев понимает врачебную ошибку как «добросовестное заблуждение медицинского работника при исполнении профессиональных обязанностей, последствием которого явилось причинение вреда жизни или здоровью гражданина»¹¹.

Предложенные определения понятия «врачебная ошибка», в которых применяется словосочетание «добросовестное заблуждение врача» по сути ставят лицо, ведущее расследование, в безвыходное положение, при котором доказать вину медицинского работника становится практически невозможно. Это обусловлено тем, что субъективную составляющую, выраженную словосочетанием «добросовестное заблуждение», крайне сложно опровергнуть. Профессор Вагнер Е. А.¹² приводит яркий пример несчастного случая: «спасая больного, ввели ему обезболивающее средство, а он погиб - у него индивидуальная непереносимость новокаина... Врач не знал об этом. Он не ошибался в своих действиях, но трагическое стечение обстоятельств свело его действия на нет»¹³.

¹⁰ Зайратьянц О., Кактурский Л., Верткин А., Вовк Е. Болезни, порожденные врачом [Электронный ресурс] // Медицинская газета. Режим доступа: <http://www.mgzt.ru/article/960> (дата обращения: 17.05.2018).

¹¹ Сергеев В. В. Тезисы доклада «Ответственность за врачебные ошибки» на заседании Международного круглого стола в Праге в марте 2008 г. Цит. по: Флоря В.Н. Врачебная ошибка с тяжкими последствиями и ее юридическая квалификация (сравнительно-правовой анализ) // Медицинское право. 2014. № 6. С. 44–47.

¹² Вагнер Е. А. Раздумья о врачебном долге. Пермь: Пермское книжное издательство, 1986. С. 57.

¹³ Врачебная ошибка. Добросовестное заблуждение или преступление? [Электронный ресурс] // Сибирское медицинское обозрение. 2001. №2. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/vrachebnaya-oshibka-dobrosovestnoe-zabluzhdenie-ili-prestuplenie> (дата обращения: 17.05.2018).

Одну из наиболее противоречивых позиций представляют Я. А. Фролов, Л. В. Канунникова, Е. В. Фролова, согласно которой врачебной ошибкой являются любые случаи причинения вреда пациенту, включающие как виновные противоправные действия врачей, так и невиновное причинение вреда¹⁴. Сложно представить себе нормальное функционирование медицины в будущем, если даже за невиновные действия врач будет нести ответственность. Кроме того, наличие вины является одним из обязательных признаков субъективной стороны, без которого не может существовать и самого состава преступления.

Как одну из форм врачебной ошибки некоторые ученые выделяют так называемую «хирургическую агрессию», когда соответствующий специалист слишком интенсивно, необдуманно и «смело» занимается лечебной деятельностью (в частности, сюда можно отнести случаи необоснованного хирургического вмешательства, когда еще не были испробованы возможные методы консервативного лечения). «Выдающийся онколог Н. Н. Петров считал, что каждый хирург, прежде чем решиться на операцию, «должен спросить самого себя, согласился ли бы он на производство подобных операций себе или своим близким в аналогичных обстоятельствах, и только при положительном решении этого вопроса – оперировать»¹⁵.

Такое многообразие мнений подтверждает необходимость выработки единого определения врачебной ошибки, дабы избежать проблем и ошибок в правоприменении. Невозможно и неправильно привлекать врача к уголовной ответственности за совершение врачебной ошибки, без отсутствия соответствующего правового понятия. В связи с этим не вызывает сомнений тот факт, что юридическая наука и практика нуждаются в легальном закреплении указанной дефиниции в действующем законодательстве¹⁶.

¹⁴ Фролов Я. А., Канунникова Л. В., Фролова Е. В. О правовых проблемах врачебной (медицинской) ошибки // Медицинское право. 2003. № 2. С. 22–23.

¹⁵ Флоря В. Н. Врачебная ошибка с тяжкими последствиями и ее юридическая квалификация (сравнительно-правовой анализ) // Медицинское право. 2014. № 6. С. 44–47.

¹⁶ Сучкова Т. Е. К вопросу о квалифицирующих признаках врачебной ошибки // Медицинское право. 2014. № 6. С. 41–43.

Многие ученые при формулировании дефиниции «врачебная ошибка» берут за основу определение из Толкового словаря С. И. Ожегова, согласно которому ошибка трактуется как неправильность в действиях, мыслях. Ведя речь о создании правового понятия «врачебная ошибка», необходимо учитывать тот факт, что основной целью в этом случае является установление возможности или невозможности привлечения врача к юридической ответственности. Врачебная ошибка с точки зрения юриспруденции должна рассматриваться как неправильное действие или бездействие врача. Только в этом случае можно решать вопрос о возможности или невозможности привлечения врача к установленной законом ответственности.

Анализируя приведенные точки зрения, можно отметить, что мнения ученых относительно понятия врачебной ошибки различаются, в некоторых случаях – кардинально. Некоторые рассматривают ее как добросовестное деяние, исключающее ответственность, другие же указывают на противоправность врачебной ошибки и необходимость применения неких «карательных» мер. Нет единства мнений и по вопросу природы понятия: можно ли считать его только медицинским, только юридическим или же реалии жизни сместили его на стык медицины и юриспруденции? Наибольший интерес для целей данного исследования вызывает уголовно – правовой аспект врачебной ошибки, т.е. понимание ее как преступления, что обусловлено увеличением случаев причинения смерти или тяжкого вреда здоровью при оказании медицинской помощи, трудностями при выявлении и изучении причин врачебных ошибок и проблемами квалификации. Однако сказанное не исключает и отсутствия в некоторых случаях ответственности врача вообще, в других – отсутствие ответственности именно уголовной и применение, например, мер дисциплинарной ответственности.

В данном контексте, на наш взгляд наиболее содержательным является следующее понятие: врачебная ошибка – это нарушение медицинским работником, выполняющим свои профессиональные обязанности, правил, требований, инструкций, методик диагностирования, лечения и профилактики

конкретных заболеваний, повлекшие по неосторожности причинение потерпевшему (потерпевшим) тяжкого вреда здоровью или смерть¹⁷.

Еще одним термином, используемым при описании профессиональных преступлений данного рода, является «ятрогения». Одним из неблагоприятных последствий врачебной ошибки является причинение ятрогенного повреждения или заболевания¹⁸. Иными словами, под ятрогенным повреждением понимается причинение вреда физическому или эмоционально-психическому состоянию человека теми или иными действиями врача. Как правило, здесь подразумевается неосторожность высказываний медика, интерпретируемых пациентом как нечто негативное (не понимая специальной лексики, которой оперирует врач, он заведомо воспринимает ее как ухудшение состояния здоровья). В результате у пациента может развиваться психическое расстройство, вплоть до ухудшения и его физического состояния из-за эффекта самовнушения. Причиной таких расстройств становятся непрофессиональное поведение врача, выражающееся в необдуманных высказываниях о тяжести и плохом прогнозе болезни; пессимистичный тон в разговоре с больным, рассказ о плохом исходе аналогичного заболевания у другого пациента и т.п.

Впервые данный термин был употреблен еще в 1925 г. Освальдом Бунке, немецким профессором психиатрии, для обозначения заболевания, обусловленного неосторожными высказываниями или поступками врача¹⁹. В 1995 году Всемирная организация здравоохранения определила под ятрогениями любые нежелательные или неблагоприятные последствия профилактических, диагностических и терапевтических вмешательств или процедур, которые приводят к нарушениям функций организма, инвалидности или смерти. В Международной классификации болезней МКБ-10 ятрогении представлены как самостоятельные патологические процессы. Понятие ятрогении, закрепленное в классификаторе, весьма схоже с понятием,

¹⁷ Сучков А. В. Анализ дефиниций понятий «Врачебная ошибка», «Ятрогения», «Дефект оказания медицинской помощи» // Вятский медицинский вестник. 2010. № 2. С. 73.

¹⁸ Божченко А.П. Ятрогения: содержание понятия в медицине и юриспруденции // Медицинское право. 2016. № 5. С. 10.

¹⁹ Bumke O. Der Arzt als Ursache seelischer // Deutsche Medizinische Wochenschrift. 1925. № 51 (1).S. 3.

разработанным ВОЗ: ятрогения – это любое нежелательное или неблагоприятное последствие профилактических, диагностических и лечебных вмешательств, которые приводят к нарушению функций организма, ограничению привычной деятельности, инвалидизации или смерти; осложнение медицинских мероприятий, развившееся в результате как ошибочных, так и правильных действий²⁰.

Еще в более широком смысле ятрогения трактуется как негативный итоговый результат функционирования всей системы здравоохранения в целом. Сюда дополнительно включаются не только негативные последствия оказания медицинской помощи, но и конечный положительный результат, в ходе которого, тем не менее, существовали промежуточные неблагоприятные последствия. В более узком смысле ятрогения – это патологический процесс, возникновение которого обусловлено неквалифицированным (непоказанным и/или технически неправильным) действием или бездействием медицинского персонала в случаях, когда этот процесс повлиял на инвалидизацию или наступление летального исхода²¹. В такой трактовке понятие несет исключительно негативный смысл, благоприятный конечный результат не учитывается, акцент смещается на непрофессиональные действия врача, повлекшие негативные последствия.

В Порядке проведения судебно-медицинской экспертизы и установления причинно-следственных связей по факту неоказания или ненадлежащего оказания медицинской помощи²² рекомендуется толкование, представленное в МКБ-10, исходя из которого, ятрогенными считаются последствия как неправильных, так и правильных действий. Кроме того, прямо указано, что уголовное и гражданское законодательство Российской Федерации не

²⁰ Международная классификация болезней МКБ-10 [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.mkb10.ru> (дата обращения: 23.06.2018)

²¹ Тимофеев И. В. Качество медицинской помощи и безопасность пациентов: медико-организационные, правовые и деонтологические аспекты. Санкт-Петербург: ДНК, 2014. С. 161-164

²² Ковалев А. В. Порядок проведения судебно-медицинской экспертизы и установления причинно-следственных связей по факту неоказания или ненадлежащего оказания медицинской помощи: методические рекомендации. Москва: ФГБУ «РЦСМЭ», 2015. С. 5.

предусматривает понятий ятрогенные преступления и гражданско-правовые последствия ятрогенных воздействий.

Однако в том же документе прямо указано, что «в случаях наступления благоприятного исхода при лечении, даже при наличии недостатков оказания медицинской помощи, степень тяжести вреда, причиненного здоровью человека действием (бездействием) медицинского работника, не устанавливается». То есть фактически МКБ-10 и Порядок проведения судебно-медицинской экспертизы и установления причинно-следственных связей по факту неоказания или ненадлежащего оказания медицинской помощи в данной части противоречат друг другу, при этом Порядок содержит более «мягкие» положения, чем МКБ.

В этом же Порядке раскрывается и понятие качества медицинской помощи – это совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата» (дублирует понятие, содержащееся в ФЗ «Об охране здоровья граждан»).

Ненадлежащее оказание медицинской помощи пациенту – оказание медицинской помощи пациенту не в соответствии с общепринятыми порядками оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, разработанными и утвержденными медицинскими профессиональными некоммерческими организациями, в том числе технические и лечебно-диагностические ошибки при оказании медицинской помощи пациенту²³.

При проведении судебно-медицинской экспертизы следует учитывать, что бездействие медицинского работника при оказании медицинской помощи

²³ Винокурова М. А. Оказание медицинской помощи ненадлежащего качества: научное и юридическое содержание понятия // Вестник ННГУ. 2017. №5. С. 80–81.

может приводить к таким неблагоприятным последствиям, при которых организм пациента не может адаптироваться к привычным для него условиям внешней среды самостоятельно, без оказания ему медицинской помощи. Бездействие медицинского работника в этих случаях запускает в организме пациента необратимые патологические процессы, при которых на его организм начинают воздействовать физические, химические, биологические и психические факторы внешней среды, являющиеся для «здорового» организма «физиологическими», а в «болезненном» его состоянии приобретающие характер повреждающих (например, вдыхание кислорода в привычной концентрации, когда пациенту показана искусственная вентиляция легких с повышенным парциальным давлением).

При этом под вредом, причиненным здоровью человека, понимается нарушение анатомической целостности и физиологической функции организма человека в результате воздействия одного или нескольких внешних повреждающих факторов (физических, химических, биологических, психических) ²⁴ либо в результате неоказания помощи больному без уважительных причин лицом, обязанным ее оказывать в соответствии с законом или со специальным правилом, либо вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей (юридический факт неоказания помощи больному без уважительных причин лицом, обязанным ее оказывать в соответствии с законом или со специальным правилом, либо вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей устанавливается органом предварительного расследования или судом).

В 2014 году было выпущено первое отечественное национальное руководство по судебной медицине, в котором имеется отдельная глава под названием «Неблагоприятные последствия медицинской помощи

²⁴ Об утверждении Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека: постановление Правительства РФ от 17.08.2007 № 522 (ред. от 17.11.2011) (дата обращения: 10.05.2018).

(ятрогении)»²⁵. Раскрывая различные варианты значения понятия, авторы главы приходят к выводу, что «ятрогения (с судебно-медицинской точки зрения) – это причинение вреда здоровью пациента, находящееся в прямой или косвенной связи с проведением диагностических, лечебных, профилактических или реабилитационных мероприятий», что фактически ставит знак равенства между понятиями ятрогении и врачебной (медицинской) ошибкой. Данное понятие является некорректным, поскольку ятрогения и вред, причиненный здоровью человека, являются понятиями, имеющими принципиально разное содержание.

В контексте данной проблемы возникает вопрос: возможно ли называть ятрогенными преступления или же данная формулировка может быть применена только к ятрогенным повреждениям и заболеваниям? В первоначальной трактовке О. Бунке очевидно, что автор имел в виду исключительно само заболевание, возникшее из-за неосторожных действий врача, а не его последствия. Одним из наиболее видных ученых в сфере расследования медицинских преступлений, В. Д. Пристансковым, делается вывод о том, что под понятие ятрогений подпадают все случаи вреда, наносимого пациенту в результате любых диагностических и лечебных процедур (иными словами, ятрогения – это неблагоприятные последствия медицинских действий)²⁶.

Основным содержанием врачебной ошибки и дефекта медицинской помощи (как более общего понятия) является прежде всего характеристика действия. Смысловые оттенки последствия имеют второстепенное значение (хотя и ошибки, и дефекты могут классифицироваться по видам вызываемых ими последствий, а слово «дефект» несет в себе дополнительный смысловой оттенок в виде последствия - изъян, брак). Ятрогения же исключительно отражает следствие действия (и в этом она отчасти сходна с вредом, причиненным здоровью, но не равнозначна ему).

²⁵ Судебная медицина и судебно-медицинская экспертиза: национальное руководство / Под ред. Ю. И. Пиголкина. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. С. 432

²⁶ Пристансков В. Д. Основы формирования криминалистической теории расследования ятрогенных преступлений // Вестник СПбГУ. Серия 14. Право. 2015. №4. С. 57–59.

Врачебная ошибка, дефект медицинской помощи имеют признак неправильности (при этом дефект медицинской помощи в отличие от врачебной ошибки может быть обусловлен не только действиями врача, но и пациента – например, позднее обращение за медицинской помощью). Ятрогения признака неправильности в качестве специфической характеристики не имеет – она может быть следствием как ошибочных, так и правильных действий (если опираться на содержание понятия согласно МКБ-10).

Врачебная ошибка, дефект медицинской помощи могут привести к ятрогении, но не всегда (не обязательно) приводят к ней. Ятрогения может быть следствием врачебной ошибки (дефекта), но может иметь и другое происхождение – быть следствием неосторожности, случая (безотносительно правильности или неправильности действий), а также (согласно МКБ-10) результатом правильных действий.

Отдельные конструкции в рамках данного исследования также заслуживают внимания. Ненадлежащее оказание медицинской помощи – это оказание медицинской помощи пациенту не в соответствии с общепринятыми порядками оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, разработанными и утвержденными медицинскими профессиональными некоммерческими организациями, в том числе технические и лечебно-диагностические ошибки при оказании медицинской помощи пациенту²⁷.

Кроме того, выделяется понятия дефекта оказания медицинской помощи. В науке он понимается, как результат несоответствия оказанной медицинской помощи состоянию здоровья застрахованного лица; невыполнения и/или неправильного выполнения порядков оказания медицинской помощи и/или стандартов медицинской помощи, клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, медицинских технологий

²⁷ Ковалев А. В. Указ. соч.

путем анализа наиболее распространенных нарушений по результатам контроля и принятие мер уполномоченными органами²⁸.

В системе вышеназванных понятий необходимо определить место и понятие несчастного случая. По мнению И. Ф. Огаркова, к несчастным случаям в медицинской практике следует относить такие неудачные исходы лечения, при которых «в связи с объективными обстоятельствами врач не предвидел и не мог в необходимой мере предвидеть и предотвратить существенно неблагоприятное для жизни и здоровья пациента событие»²⁹. То есть в данном случае обстоятельства совершения преступления трактуются как обстоятельства непреодолимой силы.

Возможность предвидеть возникновение неблагоприятных для пациента ситуаций и, соответственно, принять меры по их предотвращению – факт, исключающий трактовку возникшей ситуации как несчастного случая, в связи с чем важное значение имеет правильное оформление в медицинской карте информированного согласия пациента и указание в предоперационном эпикризе степени сложности предстоящей операции и факторов риска, обуславливающих эту сложность.

Затрагивая роль информированного добровольного согласия пациента на медицинское вмешательство (далее – ИДС), отдельно хотелось бы отметить его содержание. Согласно ст. 20 Федерального закона № 323, дача ИДС является необходимым предварительным условием медицинского вмешательства. При этом медицинским работником должна быть в доступной форме представлена полная информация о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания

²⁸ Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию [Электронный ресурс] : приказ ФФОМС от 01.12.2010 №230 (ред. от 22.02.2017) // Справочная правовая система «КонсультантПлюс». Режим доступа: <http://www.consultant.ru> (дата обращения: 27.06.2018).

²⁹ Огарков И.Ф. Врачебные правонарушения и уголовная ответственность за них. Ленинград: Медицина, 1966. С. 58-60.

медицинской помощи³⁰. Исходя из самого содержания понятия мы можем выявить его признаки³¹. Во-первых, согласие должно быть информированным, то есть пациент должен быть в полной мере осведомлен о характере вмешательства и его последствиях. Врач обязан объяснить пациенту как вероятность улучшений после проводимых манипуляций, так и рисков, связанных с ними. Причем информация должна быть не только общего характера, но и учитывать индивидуальные особенности больного (хронические заболевания, возраст и т.д.). Во-вторых, согласие должно быть добровольным. Это означает, что лицо при даче согласия не должно подвергаться необоснованному давлению или влиянию. Единственным фактором выражения или невыражения своей воли на медицинское вмешательство должно быть собственное желание на то пациента. Добровольность проявляется и в другом аспекте – в возможности больного свое согласие отозвать. Следует признать, что в настоящее время дача ИДС представляет собой формальную процедуру. Думается, пациенты в полной степени не осознают важности данного документа. Большую роль здесь должна играть заинтересованность медицинского персонала, поскольку именно на их плечи ложится обязанность разъяснить пациенту все условия, содержащиеся в ИДС. В случае же необоснованного уголовного преследования, ИДС может помочь при расследовании выявить отсутствие вины медицинского работника.

Подводя итог сказанному, следует отметить, что процессу оказания медицинской помощи сопутствует множество понятий. Большинство из них не имеет нормативного закрепления и должной проработки в правовой науке. Безусловно, данные шаги необходимо предпринимать, поскольку терминология, содержащаяся в медицинской науке не может в полной мере отвечать требованиям науки юридической. Соответствующий понятийный

³⁰ Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации [Электронный ресурс] : федер. закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (дата обращения: 29.06.2018).

³¹ Бажанов Н. О., Иваненко Н. С. Медико-правовые аспекты информированного добровольного согласия // Здравоохранение РФ. 2012. № 6. С. 53.

аппарат позволит четко отграничивать преступное деяние от непроступного и дифференцировать виды ответственности за врачебные ошибки.

1.2. Роль ведомственного правового регулирования при квалификации деяния как врачебного преступления

После анализа понятия врачебной ошибки и ее признаков, стоит обратить внимание на то, как собственно ведомственные медицинские акты регулируют процесс оказания медицинской помощи. Это крайне важно для целей нашего исследования, поскольку при расследовании медицинских преступлений на первый план выходят вопросы о том, как устанавливаются стандарты оказания медицинской помощи, всегда ли врач обязан (и имеет ли он реальную возможность) предусмотреть наступившие негативные последствия для здоровья пациента. Очевидно, что это играет ключевую роль и при квалификации деяния и установлении наличия или отсутствия вины врача.

Говоря об урегулировании процесса оказания медицинской помощи, в частности постановки диагнозов и создания отчетности, следует более подробно упомянуть о Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (МКБ-10), которая в России принята как единый нормативный документ для формирования системы учета и отчетности в здравоохранении (уровня заболеваемости, причин обращений населения в медицинские учреждения всех ведомств, причин смерти и т.д.).

Первое международное классификационное издание, известное как Международный список причин смерти, было принято Международным статистическим институтом еще в 1893 году³². Далее последовала серия пересмотров данной классификации, расширения ее за счет введения новых рубрик и разделов, касающихся заболеваемости и ее причин. МКБ-10 внедрена

³² Всемирная организация здравоохранения [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://www.who.int/ru> (дата обращения: 14.01.2019).

в практику здравоохранения на всей территории РФ в 1999 году приказом Минздрава России от 27.05.97г. №170³³. Сама классификация представляет собой разделы, каждый из которых содержит рубрики с кодами заболеваний и состояний. Это позволяет преобразовать формулировки диагнозов в буквенно-цифровые коды и обеспечивает компьютерное хранение и анализ информации. Применение МКБ-10 позволяет проводить всесторонний углубленный сравнительный анализ данных, в том числе оценить качество медико-санитарной помощи в различных регионах страны.

Основой МКБ-10 является использование алфавитно-цифровой системы кодирования, предполагающей наличие четырехзначного кода, в котором первый знак обозначается буквой, три последующих – цифрами. Такая система заметно увеличивает возможности кодирования³⁴. Первые три знака кода составляют рубрику, которая в основном идентифицирует какое-либо заболевание, имеющее особую значимость для здравоохранения или высокую распространенность. Рубрики представляют основу классификации и на их уровне ведется предоставление данных в ВОЗ о причинах смерти и распространенности ряда болезней, для проведения основных международных сопоставлений. Четвертый знак статистического кода следует за десятичной точкой, детализируя содержание рубрики. Четырехзначный код определяется как подрубрика. Четырехзначные подрубрики составляют неотъемлемую часть МКБ и на их уровне производится кодирование причин смерти и заболеваемости для представления в органы государственной статистики, проведения межрегиональных сопоставлений и углубленных статистических разработок в конкретных областях медицины³⁵.

³³ О переходе органов и учреждений здравоохранения Российской Федерации на международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра [Электронный ресурс] : приказ Минздрава России от 27.05.1997 №170 // Справочная правовая система «КонсультантПлюс». Режим доступа: <http://www.consultant.ru> (дата обращения: 14.01.2019).

³⁴ О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации [Электронный ресурс] : приказ Минздрава России от 21.03.2003 № 109т // Справочная правовая система «КонсультантПлюс». Режим доступа: <http://www.consultant.ru> (дата обращения: 14.01.2019).

³⁵ Использование Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (МКБ-10) в практике отечественной медицины [Электронный ресурс] : методическое пособие. Режим доступа: <http://webmed.irkutsk.ru/doc/pdf/mkb1.pdf> (дата обращения: 14.01.2019).

В июне 2018 года Всемирная организация здравоохранения представила свою версию МКБ-11. Однако, до принятия новой версии классификации болезней еще далеко. МКБ-11 будет представлена для принятия государствами-членами на сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в мае 2019 г. и вступит в силу 1 января 2022 года. Столь заблаговременная презентация новой версии имеет своей целью дать возможность странам выработать планы по использованию новой версии, подготовить ее переводы и провести общенациональную подготовку специалистов здравоохранения.

Новая классификация, однако, вовсе не означает, что процесс оказания медицинской помощи кардинально изменится. Данный документ скорее носит цель актуализации информации, содержащейся в МКБ-10. Одним из новшеств стало то, что в новую классификацию введены главы по народной медицине, поскольку невозможно отрицать, что ее методами пользуются миллионы людей по всему миру. Тем не менее, до сих пор она так и не была включена в эту систему классификации. Еще одна новая глава, посвященная сексуальному здоровью, объединяет расстройства, которые раньше были отнесены к другим категориям (например, гендерное несоответствие указывалось в категории психических расстройств) или описывались иначе. Отвечая веяниям времени, раздел аддиктивных расстройств было добавлено игровое расстройство.

«Ключевым принципом данного пересмотра было упрощение структуры кодов и электронного инструментария: таким образом, специалисты здравоохранения смогут более легким и исчерпывающим образом регистрировать различные болезни»³⁶, – отмечает руководитель группы ВОЗ по классификациям, терминологии и стандартам Роберт Якоб.

По словам Лубна Аль-Ансари, помощника Генерального директора по метрике и статистическим измерениям, «МКБ – краеугольный камень медико-

³⁶ Всемирная организация здравоохранения [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://www.who.int/ru> (дата обращения: 14.01.2019).

санитарной информации, и в МКБ-11 будет представлен обновленный взгляд на типологию болезней»³⁷.

Следует отметить, что МКБ-10 носит обязательный характер и любая медицинская документация, будь то история болезни или заключение о смерти, будет основываться на присвоении состоянию пациента того или иного кода по МКБ. Однако существует множество диагностических терминов, используемых в отечественной медицинской практике и не имеющих четких терминологических аналогов в МКБ-10³⁸. Например, трудности возникают при кодировании таких заболеваний, как ишемический инсульт, геморрагический инсульт, астенический синдром, церебрастения. Наименования таких заболеваний являются устаревшими и не имеют подходящего кода по МКБ-10. Это затрудняет заполнение медицинской документации и позволяет медикам на свое усмотрение кодировать заболевание не специально созданным для него кодом, а лишь наиболее схожим с ним. Имеется целый ряд специальных методических рекомендаций, помогающих медицинским работникам в правильном кодировании. По нашему мнению, это представляет собой проблему, поскольку целью создания МКБ было именно максимальное отображение состояния пациента. В подобных условиях же врачи вынуждены заниматься «подбором» диагноза, который смог бы наиболее полно отвечать необходимым требованиям.

На официальном сайте Министерства здравоохранения РФ (<https://www.rosminzdrav.ru>) представлена ссылка на Электронный рубрикатор клинических рекомендаций. На совместном конгрессе Министерства здравоохранения и Национальной медицинской палаты «Российское здравоохранение сегодня: проблемы и пути решения», проходившем в Москве с 30 октября по 1 ноября 2017 года, по данному поводу высказалась министр здравоохранения Вероника Скворцова. По ее словам, в 2014-2016 годах Минздравом совместно с Национальной медицинской палатой впервые была

³⁷ Там же.

³⁸ Использование Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (МКБ-10) в практике отечественной медицины.

создана система национальных клинических рекомендаций. Для ускоренной адаптации к ним врачей в декабре 2016 года было завершено создание электронного рубрикатора клинических рекомендаций и быстрой поисковой системы на основе алгоритмов диагностики и лечения по ключевым словам и графологическим структурам. На основе клинических рекомендаций разработаны критерии качества оценки медицинской помощи, закрепляемые нормативно.

Кроме того, В.И. Скворцова отметила, что Национальной медицинской палатой был продуман и разработан механизм обновления клинических рекомендаций профессиональным медицинским сообществом: «это постоянная работа, это важнейшее из переданных полномочий, способствующее развитию саморегуляции медицинского профессионального сообщества»³⁹.

Согласно ст. 64 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»⁴⁰ критерии оценки качества медицинской помощи формируются по группам заболеваний или состояний на основе соответствующих порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, разрабатываемых и утверждаемых в соответствии с законом, и утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. В электронном рубрикаторе представлены:

1. Клинические рекомендации;
2. Классификатор клинических рекомендаций по МКБ-10;
3. Клинические руководства;
4. Методические рекомендации;
5. Международная классификация болезней 10 - ого пересмотра;
6. Клинические шкалы, индексы, опросники;

³⁹ Доступ к электронному рубрикатору клинических рекомендаций открыт через сайт Минздрава [Электронный ресурс] // Медвестник. Режим доступа: <https://medvestnik.ru/content/news/Dostup-k-elektronnomu-rubrikatoru-klinicheskikh-rekomendacii-otkryt-cherez-sait-Minzdrava.html> (дата обращения: 02.09.2018).

⁴⁰ Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: федер. закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ.

7. Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП);
8. Номенклатура медицинских услуг;
9. Перечень медицинских специальностей;
10. Государственные реестры;
11. Термины и сокращения;
12. Критерии качества.

Согласно ч. 2 ст. 76 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» медицинские профессиональные некоммерческие организации разрабатывают, в том числе с учетом результатов клинической апробации, и утверждают клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи. Исходя из вышеприведенных формулировок, можно отметить, что законодатель уравнивает значения понятий клинические рекомендации и протоколы лечения.

В сентябре 2017 г. на официальном сайте Минздрава России было опубликовано разъясняющее сообщение пресс-службы по вопросам применения клинических рекомендаций ⁴¹. В нем указывается, что в соответствии с международной практикой и разработками ВОЗ, клинические рекомендации являются документами, которые устанавливают алгоритм ведения больного, диагностики и лечения. При этом они не содержат шаблонных требований к лечению всех пациентов, а устанавливают логическую структуру действий врача с использованием доказавших свою эффективность методов диагностики и лечения, выбор которых определяется индивидуальными особенностями течения болезни, сопутствующими заболеваниями, половозрастными характеристиками пациента и другими факторами. Это подчеркивает то, что в каждом конкретном случае лечение одинаковых заболеваний все же будет происходить различными способами и

⁴¹ Сообщение пресс-службы Минздрава России // Сайт Министерства здравоохранения. Режим доступа: <https://www.rosminzdrav.ru/news/2017/09/05/6045-soobschenie-press-sluzhby-minzdrava-rossii> (дата обращения: 04.04.2018)

путями, и определение тактики лечения относится к компетенции лечащего врача.

Особое внимание было уделено и указанию на наличие в структуре клинических рекомендаций критериев качества оказания медицинской помощи. Они разрабатываются на основе клинических рекомендаций и закрепляются нормативно. Данные критерии представляют собой совокупность требований, обязательных для исполнения, что в дальнейшем достоверно влияет на исход заболевания. Критерии качества утверждаются отдельно Приказами Минздрава России, в настоящее время в России действует Приказ Минздрава России от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» (приложение Б).

Согласно ч.1 и 2 ст. 37 Федерального закона № 323-ФЗ медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения на территории РФ всеми медицинскими организациями, а также на основе стандартов медицинской помощи, за исключением медицинской помощи, оказываемой в рамках клинической апробации. Порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. В рассматриваемом сообщении пресс-службы Минздрав разграничивает клинические рекомендации и стандарты медицинской помощи. «Стандарты – это технологические карты, разработанные на основе клинических рекомендаций, представляющие собой перечень услуг, лекарств, медицинских изделий и других компонентов лечения, которые могут использоваться при конкретном заболевании, с усреднёнными частотой и кратностью их представления в группе больных с данным заболеванием»⁴². Важным является тот факт, что стандарты не применяются лечащим врачом. Данные документы используются только организаторами здравоохранения для планирования и экономических расчетов, например, при

⁴² Там же.

подготовке программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи.

Порядки оказания медицинской помощи по различным заболеваниям и профилям утверждаются Министерством здравоохранения РФ⁴³. По содержанию порядки оказания медицинской помощи и клинические рекомендации довольно схожи, но если рекомендации носят характер алгоритма для врача и включают в себя порядок ведения больного, его диагностики и лечения, то порядок может включать правила организации деятельности медицинского кабинета или стандарты его оснащения (например, «Правила организации деятельности сурдологического кабинета медицинской организации» включены в Порядок оказания медицинской помощи населению по профилю «сурдология-оториноларингология» (утв. приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 9 апреля 2015 г. № 178н). Таким образом, понятие порядка оказания медицинской помощи несколько шире, чем понятие клинических рекомендаций.

Разъяснения Министерства здравоохранения действительно были необходимы в силу того, что нормативного закрепления рассматриваемых понятий в настоящий момент нет. Отвечая возникающей потребности в законодательном урегулировании, с 01.01.2019 г. в силу вступил Федеральный закон от 25.12.2018 № 489-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» по вопросам клинических рекомендаций» во исполнение поручения Президента России по итогам встречи с работниками сферы здравоохранения 16 марта 2018 года. Изменения предусматривают закрепление понятия «клинические рекомендации», что в дальнейшем позволит выстраивать процесс оказания

⁴³Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «урология» [Электронный ресурс] : приказ Минздрава России от 12.11.2012 № 907н// Справочная правовая система «КонсультантПлюс». Режим доступа: <http://www.consultant.ru>; Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «терапия»[Электронный ресурс] : приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 923н // Там же; Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «детская эндокринология» [Электронный ресурс]: приказ Минздрава России от 12.11.2012 №908н // Там же (дата обращения: 16.06.2018).

медицинской помощи более качественно за счет регламентации и унификации требований к клиническим рекомендациям.

В соответствии с законом, клинические рекомендации – это документы, содержащие основанную на научных доказательствах структурированную информацию по вопросам профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, в том числе протоколы ведения (протоколы лечения) пациента, варианты медицинского вмешательства и описание последовательности действий медицинского работника с учетом течения заболевания, наличия осложнений и сопутствующих заболеваний, иных факторов, влияющих на результаты оказания медицинской помощи⁴⁴. Непонятным представляется то, почему в тексте принятого закона отказались от разработанного ранее в законопроекте понятия протокола лечения, через которое, тем не менее, объясняется понятие клинических рекомендаций.

Согласно законопроекту, протокол лечения (протокол ведения пациента) – документ, разрабатываемый медицинской организацией и содержащий требования к применению клинической рекомендации в этой медицинской организации, в том числе требования к последовательности действий медицинского работника, схемы и применяемые методы профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, включая назначение лекарственных препаратов и медицинских изделий⁴⁵. Также законопроект предусматривал наложить на медицинские организации обязанность по разработке протоколов лечения по типовой форме на основе соответствующих клинических рекомендаций.

Вернемся к содержательному наполнению электронного рубрикатора. В разделе «методические рекомендации» имеются различного плана руководства для лечения взрослого населения и детей. Например, это руководства по

⁴⁴ Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации [Электронный ресурс] : федер. закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ.

⁴⁵ О внесении изменений в статью 40 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» по вопросам клинических рекомендаций: федер. закон от 25.12.2018 № 489-ФЗ. Режим доступа: <http://government.ru/activities/selection/301/32385> (дата обращения: 05.02.2019).

организации медицинской помощи, руководства по профилактике заболеваний/синдромов, руководства по реабилитации, руководства по скорой медицинской помощи и многие другие. Каждое руководство включает в себя данные о разработчиках, аннотацию, руководства в различные периоды болезни, реабилитации, физиологических процессов (например, родов). Данные руководства также носят нормативный характер и утверждены Министерством здравоохранения.

Помимо вышеперечисленных разделов, он также включает в себя так называемые «алгоритмы действий врача», включающие в себя блок-схемы и пути ведения пациента (приложение В). При этом для удобства врача с помощью гиперссылки из данного раздела можно сразу же перейти в раздел клинических рекомендаций по данному заболеванию. Стоит отметить, что сам алгоритм скорее перенаправляет к другим нормативным актам, нежели содержит конкретные руководства к действию⁴⁶. По структуре данный документ несколько напоминает чек-листы, о роли которых мы хотели бы рассказать несколько подробнее.

Существует особая группа негативных последствий лечения, именуемая как «хирургические предотвратимые осложнения»⁴⁷. В качестве таковых рассматриваются отсутствие необходимых медицинских инструментов, выявленное уже в ходе операции, отсутствие маркировки на оперируемой стороне, забытый инородный предмет в теле пациента (так называемые, контрольные процедуры). Такого рода ошибки врача вполне можно предотвратить. С этой целью Всемирная организация здравоохранения (далее – ВОЗ) в 2009 году разработала так называемый хирургический опросник безопасности (или иначе чек-листы, от англ. «check-lists»), к использованию которых призваны все врачи, заинтересованные в повышении безопасности

⁴⁶ Рубрикатор клинических рекомендаций. Режим доступа: <http://cr.rosminzdrav.ru/#!>. (дата обращения: 30.03.2019).

⁴⁷ Акопов А. Л., Бечвая Г. Т., Абрамян А. А., Лоцман Е. В. Хирургический опросник безопасности: от идеи к практическому применению // Вестник хирургии. 2016. №4. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/hirurgicheskiy-oprosnik-bezopasnosti-ot-idei-k-prakticheskomu-primeneniyu> (дата обращения: 04.12.2018)

проводимых ими операций и в уменьшении числа осложнений и смертей. Чек-лист представляет собой алгоритм, последовательность действий в различных ситуациях, возникающих при оказании медицинской помощи (приложение Г). По мнению экспертов ВОЗ, подобные действия помогут хирургическим бригадам (в число которых входят оперирующие и ассистирующие врачи-специалисты, врач анестезиолог-реаниматолог, медицинские сестры и другой персонал, принимающий участие в операции) последовательно выполнять небольшое число важных мер и тем самым сводить к минимуму предотвратимые риски. При этом даже их форма выражения имеет значение: для удобства и быстроты использования их крепят на кольца, висящие в операционной, чтобы врач в любой момент мог воспользоваться приведенной информацией, выбирается легко читаемый крупный шрифт, на одной странице расположено руководство для одной медицинской манипуляции во избежание путаницы. При этом ВОЗ рекомендует назначать одного члена хирургической бригады ответственным за проверку контрольных процедур. Это имеет важное значение, поскольку в условиях операционной, где все действия необходимо производить быстро, недопустимо перекладывать ответственность друг на друга. Весь период проведения операции условно подразделяется на три этапа: этап до введения пациенту анестезии, этап после введения анестезии до начала операции (буквально – до первого хирургического разреза) и этап ушивания раны или сразу же после него, но до того, как пациент покидает операционную⁴⁸. На каждом этапе ответственное лицо должно убедиться в соблюдении всех необходимых условий, прежде чем хирургическая бригада перейдет к следующему шагу.

Идея введения подобных чек-листов не нова и пришла в медицину из авиации, где используется уже давно. Ошибка пилота, как и ошибка врача, может стоить человеческих жизней. Но, к сожалению, в России чек-листы введены не повсеместно, а лишь в некоторых медицинских учреждениях,

⁴⁸ Практическое руководство по использованию контрольного перечня ВОЗ по хирургической безопасности, режим доступа [Электронный ресурс] // Всемирная организация здравоохранения. Режим доступа: <https://www.who.int/ru> (дата обращения: 04.12.2018).

например, московской Городской клинической больнице им. С. С. Юдина⁴⁹. В данном учреждении перед плановыми операциями используют адаптированный чек-лист, составленный на основе опросника ВОЗ. Такого рода документ, содержащий, казалось бы, прописные истины, действительно способен предотвратить врачебные ошибки, связанные с невнимательностью, экстренностью ситуации, усталостью врача после трудовой смены. С момента введения подобного опросника в ГКБ им. Юдина число умирающих пациентов в ней упало на процент — это несколько сотен жизней в год. Во многом это заслуга чек-листов⁵⁰.

Изложенное выше подтверждает тезис о том, что система оказания медицинской помощи достаточно подробно регламентирована. При расследовании преступлений, связанных с некачественным оказанием медицинской помощи, основным интересующим нас документом выступают клинические рекомендации, содержащие в себе, в том числе, и критерии оценки качества медицинской помощи (приложение Д). Это позволяет адвокату либо же следователю в случае негативного исхода лечения соотнести фактически произведенные действия врача и действия, необходимые при диагностике и лечении того или иного заболевания. Порядки оказания медицинской помощи, клинические рекомендации, критерии качества оказания медицинской помощи являются необходимыми инструментами в установлении обстоятельств произошедшего события. Таким образом, на первом этапе расследования необходимо обращаться к указанным ведомственным актам, позволяющим верно квалифицировать деяние врача. Например, в случае, если врач добросовестно соблюдал все предписанные клиническими рекомендациями этапы диагностики и лечения, однако в силу атипичного течения заболевания пациент скончался, вина врача отсутствует. И, напротив, возможна ситуация,

⁴⁹ Доносы на коллег – это болезненная тема». Как (некоторые!) врачи в России борются с профессиональными ошибками [Электронный ресурс] // Медуза. Режим доступа: <https://meduza.io/feature/2017/09/06/donosy-na-kolleg-eto-boleznennaya-tema-kak-nekotorye-vrachi-v-rossii-boryutsya-s-professionalnymi-oshibkami> (дата обращения: 10.02.2019).

⁵⁰ Сапожников П. Денис Проценко: в 70-х годах прошлого века действовала совершенно другая парадигма больных // Московская медицина. 2018. № 6. С. 8–12.

когда присутствуют нарушения установленного порядка лечения, не проведены необходимые диагностические обследования, неверно определена тактика лечения, хотя клинические рекомендации установили необходимый для врача алгоритм действий. В такой ситуации следует рассмотреть вопрос об ответственности врача за произошедшее.

Глава 2. Уголовно-правовой аспект преступлений, связанных с некачественным оказанием медицинской помощи

2.1. Генезис института ответственности медицинских работников

После «громкого» уголовного дела в отношении врача-гематолога Елены Мисюриной, которая в начале 2018 года была осуждена по п. «в» ч. 2 ст. 238 УК РФ (впоследствии приговор был отменен, уголовное дело возвращено в прокуратуру), Следственный комитет РФ высказал инициативу о введении в Уголовный кодекс РФ специальных норм, предусматривающих уголовную ответственность врачей. Это вызвало широкий общественный резонанс, особенно, что вполне естественно, со стороны врачебного сообщества. По мнению медиков, в наше время врачи буквально подвергаются «гонениям», не имеют возможности спокойно осуществлять свою профессиональную деятельность и не имеют уверенности в том, что завтра они не окажутся на месте Елены Мисюриной. Однако история нашего государства свидетельствует об обратном – история привлечения врачей к ответственности насчитывает не одно столетие.

В Древней Руси лечением занимались преимущественно знахари⁵¹. Оно представляло собой сочетание средств и способов народной медицины и колдовства. Методы применялись самые разнообразные – от заговоров до изготовления волшебных зелий и снадобий. Однако ситуация изменилась после принятия Русью христианства. На смену травникам и знахаркам пришли так называемые «лечцы», преимущественно иностранцы, услугами которых, в силу их высокой стоимости, могли пользоваться лишь состоятельные люди. Достоверных данных об уровне профессиональной подготовки таких лекарей в истории не сохранилось, однако бытует мнение, что именно отсюда берет свои корни так называемая восточная медицина. По утверждению отечественного историка права и медицины Н.Я. Новомбергского, «правильнее было бы

⁵¹ Печникова О. Г. К вопросу о правовом регулировании врачевания в Древней Руси // Вестник Удмуртского университета. Серия «Экономика и право». 2013. №2. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/k-voprosu-o-pravovom-regulirovanii-vrachevaniya-v-drevney-rusi> (дата обращения: 07.12.2018).

думать, что они приносили в Россию не рациональную медицину, а более или менее очищенное от ведовских приемов знахарство»⁵².

Первые упоминания об инцидентах, связанных с оказанием медицинской помощи, можно встретить в «Истории государства Российского» Н.М. Карамзина⁵³. В 1485 году в Россию прибыл лекарь Антон Эренштейн, который находился при дворе князя Ивана III «в великой чести». Однако ситуация изменилась после неудачного лечения Каракучи, сына касимовского царевича Данияра. Сам Данияр, несмотря на тяжелую утрату, решил отпустить неудачливого лекаря за выкуп, однако Иван III счел это наказание слишком мягким и выдал врача татарам, которые жестоко расправились с ним. Немного позже, в 1490 году, наследник Великого князя Московского Ивана III – Иоанн Младой заболел «ломотой в ногах». Помочь ему был призван венецианский лекарь Леби Жидовин, который с поставленной перед ним задачей не справился, – Иоанну стало хуже и в возрасте 32 лет он скончался. Правитель Иван III обвинил врача в смерти сына, приказал заключить его в темницу и через 6 недель прилюдно казнил.

Примечательно, что оба примера весьма схожи между собой. Неблагоприятный исход лечения связан как с весьма слабым развитием медицины в те времена, так и с самонадеянностью заморских лекарей, которые с энтузиазмом брались за лечение, сулившее им признание со стороны князя и материальный достаток. По замечанию ранее упоминавшегося историка Н.Я. Новомбергского, такая жестокая расправа связана с царившими в те времена убеждениями о могущественной силе врачей, которые просто не захотели воспользоваться своими знаниями, чтобы спасти князей от смерти.

Об изменении отношения к врачевателям можно судить на примере смертельной болезни, постигшей князя Василия III. По предположениям историков, вероятнее всего причиной смерти послужило онкологическое заболевание, внешне выразившееся в разраставшемся новообразовании на

⁵² Новомбергский Н. Врачебное строение в допетровской Руси. Томск: Паровая типо-лит. Сиб. т-ва печ. дела, 1907. С. 65

⁵³ Карамзин Н. М. История государства Российского. Москва: Эксмо, 2018. С. 273

левом бедре князя. Для лечения были приглашены два заморских лекаря – Николай Луев и Феофил, которые безуспешно пытались исцелить Василия III⁵⁴. Когда последний пригласил Николая к себе, тот признался, что не может помочь князю справиться с болезнью. В отличие от врачей, лечивших Иоанна Младого и татарского князя, Луев не обещал благоприятных результатов лечения и честно признался в собственном бессилии, за что и был «вознагражден», сохранив прежнее положение при дворе. С этого момента правители перестали считать врачей кудесниками, способными победить любую хворь. «Дохтуры» отныне стали не наполовину божественными существами, а простыми обывателями, лишь обладающими навыками лечения болезней.

При правлении Бориса Годунова была создана должность так называемого «аптекарского боярина», в подчинении которого находились придворные медики. С введением этой должности был создан Аптекарский приказ, в ведении которого находились аптеки, лекари и доктора. Последние отличались от лекарей тем, что доктором медицины мог быть признан лишь тот, кто защитил диссертацию, причем непременно в зарубежном университете. Лекарями же могли быть те, кто обучался навыкам лечения, перенимая опыт у старших товарищей и становясь своеобразными ремесленниками медицинского искусства, и иностранцы с соответствующим медицинским образованием, но без подтверждения в виде диплома. Учитывая стремительное развитие медицины, увеличение количества докторов и лекарей, возникла естественная потребность в урегулировании данных общественных отношений. Остро стоял вопрос о юридической ответственности и наказании за медицинские преступления.

Соответствующие медико-правовые нормы получили свое закрепление в Морском уставе 1720 г. Петра I. В одной из глав Устава указывалось на ответственность врача в случае неблагоприятного исхода лечения: «ежели лекарь своим небрежением и явным презорством к больному поступит, от чего

⁵⁴ Мирский М., Богоявленский Н. Медицина Древней Руси. Москва: Родина, 2018. С. 147

им бедство случится, то оной яко злотворец наказан будет, яко бы своими руками его убил или какой уд отсек. Буде же леностию учинит, то знатным вычетом наказан будет, по важности и вине смотря».

В XIX веке деятельность врачей регулировалась Врачебным уставом – весьма обширным документом, регламентирующим самые разные стороны медицинской деятельности, включая фармацию, ветеринарию, лечебное дело. Вопросы именно уголовной ответственности медиков регулировал другой документ – Уложение о наказаниях уголовных и исправительных 1845 г. Впервые была выделена так называемая «ошибка по незнанию»: «если по незнанию своего искусства делают явные, более или менее важные, в оном ошибки, то им воспрещается практика, доколе они не выдержат нового испытания и не получают свидетельства в надлежащем знании своего дела. Если от неправильного лечения последует кому-либо смерть или важный здоровью вред, то виновный, будь он христианин, предается церковному покаянию по распоряжению своего духовного начальства».

К середине XIX века уголовная ответственность медицинских работников была существенно смягчена⁵⁵. Поэтому процесс дальнейшей гуманизации российского уголовного законодательства сферу ответственности медицинских работников практически не затронул. С новой силой «дела врачей» прогремели на всю страну уже в советское время.

После Октябрьской революции 1917 г. правовая система страны изменилась коренным образом⁵⁶. Отдельное внимание следует уделить «революции» в медицинском законодательстве⁵⁷. Вопросы оказания медицинской помощи регулировались Постановлением ВЦИК и СНК РСФСР «О профессиональной работе и правах медицинских работников» от 01.12.1924 г., которое в дальнейшем несколько раз дополнялось и изменялось и легло в

⁵⁵ Чупрына П. С. Уголовная ответственность медицинских работников за нарушение ими профессиональных обязанностей // Вестн. Том. гос. ун-та. 2009. № 320. С. 143-145

⁵⁶ Рыбакова Е. О. Организационно-правовые основы системы советского здравоохранения: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. Саратов, 2010. С. 11

⁵⁷ Куранов В. Г. Развитие медицинского законодательства в России в советский и современный период // Пермский медицинский журнал. 2013. № 6. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/razvitie-meditsinskogo-zakonodatelstva-v-rossii-v-sovetskiy-i-sovremennyy-period> (дата обращения: 07.12.2018).

основу всего советского законодательства о здравоохранении. Данное Постановление регламентировало все правовые аспекты медицинской деятельности: определяло права и обязанности врача, правовой порядок проведения лечебно-профилактических мероприятий и хирургических вмешательств, предусматривало основания для привлечения врачей к ответственности за профессиональные правонарушения. Изменения коснулись и уголовно-правовой системы. В Уголовный кодекс РСФСР 1922 г.⁵⁸ была включена ст. 165, предусматривающая уголовную ответственность медиков за отказ от оказания медицинской помощи без уважительной причины. Ст. 108, предусматривающая наказание за халатное отношение к службе, носила общий характер, но могла быть применена и к медицинским преступлениям. В тот же период истории нашей страны, в 1938 году на всю страну «прогремело» уголовное дело, фигурантами которого были врачи, причастные к оказанию медицинской помощи высокопоставленным чиновникам и знаменитостям – профессор Д.Д. Плетнев, консультант лечебно-санитарного управления Кремля Л.Г. Левин и директор ГНИИ обмена веществ и эндокринных расстройств Наркомздрава ССР И.Н. Казаков. Согласно версии следствия, безвременные кончины некоторых известных личностей (например, члена политбюро ЦК ВКП (б) В.В. Куйбышева, писателя Максима Горького и его сына Максима) являлись следствием не рокового стечения обстоятельств, а неумелых действий врачей. Л.Г. Левина и И.Н. Казакова приговорили к высшей мере наказания, Д.Д. Плетнева – к 25 годам лишения свободы, поскольку по версии суда, он лишь выступал в роли пособника в совершении преступлений.

Отдельного внимания заслуживает «дело врачей» 1951-1953 годов, к упоминанию которого и по сей день обращаются некоторые средства массовой информации, проводя параллели с современным «преследованием» медиков⁵⁹.

⁵⁸ О введении в действие Уголовного Кодекса Р.С.Ф.С.Р.: постановление ВЦИК от 01.06.1922 (ред. от 25.08.1924) [Электронный ресурс] // Справочная правовая система «КонсультантПлюс». Режим доступа: <http://www.consultant.ru> (дата обращения: 07.12.2018).

⁵⁹ Замостьянов А. Медицинская трагедия: как дело врачей стало возможным [Электронный ресурс] // Известия. 2019. Режим доступа: <https://iz.ru/833168/arsenii-zamostianov/meditsinskaia-tragediia-kak-delo-vrachei-stalo-vozmozhnym> (дата обращения: 07.02.2019).

В 1948 г. А.А. Жданову, члену Политбюро ЦК ВКП (б), был диагностирован инфаркт миокарда врачом-кардиологом лечебно-санитарного управления Кремля Лидией Тимашук. Однако другие «кремлевские» врачи с категоричным диагнозом не согласились, предложив Тимашук смягчить формулировку в истории болезни. На следующий день Жданов скончался. При вскрытии был поставлен диагноз «паралич болезненно измененного сердца при явлении острого отека легкого», однако, на сердце Жданова все же имелись рубцы, свидетельствующие о перенесенных инфарктах миокарда. Из-за ошибки в диагностике, соответственно, было назначено и неправильное лечение, которое при инфаркте категорически противопоказано. Но дело замяли, произошедшее сочли не более чем поводом для профессиональной дискуссии о постановке диагноза, и, наверное, забыли бы, если бы в 1952 году Лидию Тимашук не вызвали в Министерство государственной безопасности СССР для беседы, в ходе которой она и рассказала о сомнениях в постановке диагноза и о давлении на нее со стороны более опытных коллег. Казалось, что коллег Тимашук приговорят, по меньшей мере, к длительному заключению, однако уголовное дело «рассыпалось» после смерти Сталина. Его преемниками было принято решение «дело врачей» прекратить.

Проанализировав законодательство того периода, можно сделать вывод о том, что в 1930–1969 гг. наблюдалось преимущественно ведомственное нормативное регулирование деятельности врачей, источники которого часто содержали специфические медицинские термины и были направлены не столько на уголовное преследование врачей, сколько на недопущение эпидемий и массовой гибели советских граждан в тылу во время Великой Отечественной войны. Это обуславливалось сложной внешнеполитической ситуацией, высокой смертностью и, как следствие, падением демографии. Законодательство о здравоохранении более позднего советского периода не внесло значительных изменений в правовой статус медицинских учреждений, не ужесточило ответственность медицинских работников, а лишь систематизировало уже имеющуюся систему здравоохранения (произведена регламентация

деятельности медицинских работников, работников фармацевтической отрасли, порядка обучения медицинским специальностям). Однако этих нововведений было недостаточно, существующее правовое регулирование уже не отвечало требованиям быстро развивающейся медицинской отрасли, в связи с чем в Закон СССР от 19.12.1969 г. «Об утверждении основ законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении»⁶⁰ были последовательно внесены множество изменений в 1979 г., 1984 г., 1985 г., 1987 г., 1990 г. В УК РСФСР 1960 г. появились новые статьи, предусматривающие ответственность медицинских работников, например, ст. 127 (оставление в опасности) и ст. 128 (неоказание помощи больному), которые предусматривали санкции начиная от общественного порицания и вплоть до лишения свободы на срок до двух лет.

В начале 90-х годов прошлого века начался новый виток трансформации как правовой системы, так и системы здравоохранения. Новые виды медицинской деятельности диктовали необходимость их правового регулирования. Сюда можно отнести вопросы эвтаназии, искусственного оплодотворения, альтернативной медицины. Реформы периода 1991–2001 гг. затронули множество отраслей: вопросы медицинского страхования, экологии, предупреждения распространения ВИЧ-инфекции, охраны материнства и детства, фармацевтики, иммунопрофилактической работы, физической культуры и спорта, психиатрии, санитарно-эпидемиологической деятельности и многих других. В 1993 г. был принят Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»⁶¹, который и по сей день имеет статус ключевого в вопросах регулирования медицинской деятельности.

Проанализировав вышесказанное можно сделать вывод о том, что вплоть до 90-х годов XX века ответственность медицинских работников имела тенденцию на ужесточение, формировалась жёсткая административная система государственного здравоохранения, частная медицинская практика была под

⁶⁰ Об утверждении Основ законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении: закон СССР от 19.12.1969 № 4589-VII (ред. от 22.05.1990) [Электронный ресурс] // Справочная правовая система «КонсультантПлюс». Режим доступа: <http://www.consultant.ru> (дата обращения: 12.12.2018).

⁶¹ Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: федер. закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ.

запретом, равно как и народная (альтернативная) медицина. Постсоветский период, напротив, отличается разнообразием осуществляемых форм медицинской помощи, наличием как государственных, так и частных медицинских учреждений. Однако ответственность медиков за врачебные преступления существовала всегда. Именно поэтому неверно утверждать о существующих «гонениях» и «преследованиях» медицинских работников в наши дни.

2.2. Составы преступлений, по которым возможно привлечение медицинских работников к уголовной ответственности

Любое медицинское вмешательство несет в себе огромный риск, поскольку непосредственно затрагивает физическое либо психическое здоровье человека. При этом под риском медицинского вмешательства понимается возможное наступление негативных последствия для жизни или здоровья пациента и вероятность того, что цели проведения медицинского вмешательства не будут достигнуты⁶². При этом оценка риска производится с двух позиций: с точки зрения неблагоприятных последствия для пациента и медицинского работника. В свете рассматриваемого вопроса об уголовной ответственности медиков, для нас большее значение имеет второй аспект.

В настоящее время уголовное законодательство России не содержит специальной нормы, предусматривающей уголовную ответственность врачей. Согласно анализу судебной практики и статистики Следственного комитета РФ, медики чаще всего привлекаются к уголовной ответственности по ст. 109 (причинение смерти по неосторожности), ст. 118 (причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности), ст. 124 (неоказание помощи больному), ст. 238 (производство, хранение, перевозка либо сбыт товаров и продукции,

⁶² Белянинова Ю. В., Гусева Т. С., Захарова Н. А., Савина Л. В., Соколова Н. А., Хлистун Ю. В. Комментарий к Федеральному закону от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (постатейный) [Электронный ресурс] // Справочная правовая система «КонсультантПлюс». Режим доступа: <http://www.consultant.ru> (дата обращения: 14.03.2019).

выполнение работ или оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности) и 293 УК РФ (халатность)⁶³. В практике, хоть и реже, встречаются случаи привлечения по ст. 122 (заражение ВИЧ – инфекцией), ст. 123 (незаконное производство аборта), ст. 235 (незаконное занятие частной медицинской практикой или частной фармацевтической деятельностью). Следует разграничивать данные составы по форме вины врача – преступления, предусматриваемые ст. 109, 118, 124, 235 УК РФ, характеризуются неосторожной формой вины, преступление по ст. 238 УК РФ может быть совершено как с умыслом, так и по неосторожности, ст. 122, 123 УК РФ содержат преступления, которые могут быть совершены только умышленно.

Как можно отметить, перечень статей довольно обширен. Однако большинство из них имеет широкую сферу применения и к ответственности за данные деяния могут быть привлечены не только медицинские работники. Учитывая специфичность медицинской деятельности, связанную, с одной стороны, с высокой степенью риска, а с другой с высокой степенью ответственности врача, нельзя сказать, что такой подход является верным. Кроме того, анализируя состав некоторых преступлений, можно отметить, что отнести их к вопросам медицинской деятельности можно лишь с большой натяжкой⁶⁴. Например, возможно ли применять по отношению к врачебным ошибкам ст. 293 УК РФ – халатность? Нам представляется, что нет. Во-первых, родовым объектом данного преступления выступают общественные отношения в области охраны основ государственной власти, интересов государственной службы и службы в органах местного самоуправления. Во-вторых, субъектом данного преступления выступает должностное лицо, коим не является врач лечебного учреждения.

⁶³ Уголовный кодекс Российской Федерации: федер. закон от 13.06.1996 № 63-ФЗ (ред. от 23.04.2019) [Электронный ресурс] // Справочная правовая система «КонсультантПлюс». Режим доступа: <http://www.consultant.ru> (дата обращения: 27.04.2019).

⁶⁴ Чупрына П. С. Указ. соч.

Примером здесь может выступить Приговор Красногорского городского суда Московской области от 23 декабря 2011 года⁶⁵. Согласно фабуле дела, Савельева Ж.И., находясь на должности врача анестезиолога-реаниматолога, обвиняется в совершении преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 293 УК РФ. Подсудимая, заступив утром на дежурство, не назначила необходимого больной комплекса исследований, в результате чего ей не был диагностирован острый трансмуральный инфаркт миокарда, повлекший в дальнейшем смерть пациентки. При этом к больной не был приглашен врач-терапевт для проведения соответствующего осмотра и назначения лечения, она была выписана из больницы, несмотря на выходной день (субботу), что фактически лишало ее возможности обратиться к терапевту по месту жительства до наступления понедельника. Пациентка скончалась у себя дома от острого инфаркта миокарда.

Согласно мнению суда, «следствием не мотивирован вывод относительно того, на каком основании оно пришло к выводу, что врач Савельева Ж.И. является должностным лицом, а лишь ограничилось перечислением пунктов должностной инструкции, регулирующих правоотношения в сфере оказания неотложной медицинской помощи. Под должностным лицом в ст. 293 УК РФ согласно п. 1 примечаний к ст. 285 УК РФ понимается лицо, постоянно, временно или по специальному полномочию осуществляющее функции представителя власти либо выполняющее организационно-распорядительные, административно-хозяйственные функции в государственных органах, органах местного самоуправления, государственных и муниципальных учреждениях, государственных корпорациях <...>. Однако, как следует из должностной инструкции врача анестезиолога-реаниматолога реанимационного отделения, она не вправе осуществлять ни организационно-распорядительные, ни административно-хозяйственные функции. Суд считает ошибочным мнение следствия относительно того, что в соответствии с п. 2.8 должностной

⁶⁵ Приговор Красногорского городского суда Московской области от 23.12.2011 [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://docs.pravo.ru> (дата обращения: 17.03.2019).

инструкции дежурный врач анестезиолог-реаниматолог в отсутствие заведующего отделением исполняет функции последнего, который собственно и был положен в основу обвинения Савельевой по ч. 2 ст. 293 УК РФ, а именно, что она, являясь дежурным врачом по АРО, одновременно исполняла обязанности заведующего отделением и, тем самым была наделена определенными должностными функциями». Как можно отметить, в данном случае суд обосновал отсутствие надлежащего специального субъекта преступления.

Противоположную ситуацию можно наблюдать в приговоре Каменского городского суда Алтайского края от 21 апреля 2009 года⁶⁶. Подсудимая Байкина О.И. состояла в должности врача акушера-гинеколога и исполняла обязанности заведующего акушерским отделением местной ЦРБ. В больницу поступила Б. с диагнозом беременность. После госпитализации Байкина дала указания о подготовке Б. к родам. При этом она не провела надлежащий осмотр роженицы, не назначила ей ультразвуковое исследование, не учла данные о клинически узком тазе пациентки. Подсудимой было принято решение о естественном родоразрешении Б., несмотря на то, что у последней были все показания для проведения ей операции «кесарево сечение». В результате указанных опущений крупный относительно родовых путей матери плод вызвал слабую родовую деятельность, вследствие чего ребенок скончался от внутриутробной гипоксии. Суд в приговоре должным образом не произвел обоснование наличия здесь специального субъекта преступления: ««квалификацию содеянного подсудимой по ч.1 ст. 293 УК РФ суд находит правильной, как халатность <...>. Суд установил, что подсудимая имеет достаточную квалификацию и довольно длительный опыт работы. Согласно приказу <...> она была принята на работу врачом акушером-гинекологом, в соответствии с приказом <...> переведена врачом УЗИ в отделение лучевой диагностики. Согласно приказу <...> была переведена врачом акушером-гинекологом в акушерское отделение. Согласно

⁶⁶ Приговор Каменского городского суда Алтайского края от 21.04.2009 [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://docs.pravo.ru> (дата обращения: 17.03.2019).

ее должностной инструкции, она по своей специальности должна знать, наряду с прочим, современные методы диагностики, лечения и реабилитации». Не приводится никакого обоснования, является ли подсудимая должностным лицом, однако суд указывает на наличие у врача большого опыта работы, хотя это не имеет значения для квалификации.

Таким образом, анализируя возможность применения ст. 293 УК РФ к медицинским преступлениям, следует отметить, что даже в случае наличия специального субъекта, подпадающего под понятие должностного лица (например, главного врача), объект данного преступления вовсе не общественные отношения по защите жизни и здоровья граждан, как уже было упомянуто ранее. Кроме того, осуществляя трудовую деятельность, обусловленную квалификацией врача (например, главный врач, являясь по специальности хирургом, проводит операцию), и не связанную с администрированием, врач также не может быть привлечен к уголовной ответственности, поскольку в момент совершения преступления он действовал как врач-специалист, а не как должностное лицо, наделенное соответствующими полномочиями. Исходя из вышесказанного, нам представляется весьма затруднительной квалификация действий медицинского персонала по ст. 293 УК РФ.

Как было указано нами выше, понятие преступной халатности по российскому законодательству вряд ли может быть относимо к процессу оказания медицинской помощи. Другая позиция по данному вопросу у Европейского суда по правам человека (далее – ЕСПЧ), который оперирует именно понятием «врачебной халатности», причем признает ее нарушением ст. 2 Европейской конвенции (права на жизнь). В деле Кальвелли и Чильо против Италии (Calvelli and Ciglio v. Italia) Европейский суд установил, что позитивная обязанность государства «предпринять определенные меры» для защиты жизни требует «создания норм, которые заставят больницы, будь то государственные или частные, принимать необходимые меры по защите жизни пациентов. Они требуют и установления эффективной независимой системы правосудия таким

образом, чтобы причина смерти пациентов, находящихся под присмотром медицинских работников, будь то в государственном или частном секторе, могла быть определена, а ответственные были наказаны»⁶⁷.

Довольно распространенным является привлечение врачей к ответственности за причинение смерти по неосторожности (ст. 109 УК РФ). Объективная сторона данного преступления характеризуется действием (бездействием), заключающемся в ненадлежащем исполнении лицом своих профессиональных обязанностей, что повлекло смерть одного, двух или более человек. Согласно ранее приводимому нами определению врачебной ошибки, ей является добросовестное заблуждение врача ввиду объективных причин. Если же смерть пациента наступает ввиду ненадлежащего оказания помощи по субъективным причинам, то врач будет привлечен к уголовной ответственности. В частности, к числу таких ситуаций можно отнести невыполнение общеизвестных требований, стандартов лечения, несоблюдение установленных лекарственных дозировок, небрежное выполнение медицинских манипуляций. Ненадлежащее исполнение врачом своих профессиональных обязанностей будет рассматриваться здесь именно как совершение действий, противоречащих общепринятым правовым актам (главным образом ведомственным), регулирующим процесс оказания медицинской помощи, либо же бездействие, в ситуации, когда инструкции предписывают врачу действовать определенным образом ⁶⁸. При привлечении медика к ответственности по ст. 109 УК РФ важно установить, что лицо знало свои профессиональные обязанности, было ознакомлено с определенными правилами и действовало вопреки им. Возможность осознавать неправильность своих действий предполагает, что врач не только должен был, но и имел реальную возможность знать, как следует поступить в определенной ситуации.

⁶⁷ The European Court of Human Rights. Judgment of 17 January 2002. *Calvelli and Ciglio v. Italy*. Application no. 32967/96. Режим доступа: <https://hudoc.echr.coe.int> (дата обращения: 17.03.2019).

⁶⁸ Воропаев А. В., Исаев Ю. С., Воропаева И. В., Новоселов В. П., Протасевич А. А. Некоторые аспекты уголовной ответственности медицинских работников за причинение смерти по неосторожности при исполнении профессиональных обязанностей // Сибирский медицинский журнал. 2007. №3. С. 113–115.

Не меньшее значение для расследования имеют осознанность действий субъекта и наличие причинной связи между его действиями и наступившими последствиями. На установлении причинной связи стоит остановиться особо. Причинной связью в уголовном праве называется объективно существующая связь между преступным деянием и наступившим общественно опасным последствием⁶⁹. Если между деянием лица и наступившими последствиями нет причинной связи, то лицо не может быть привлечено к ответственности. При расследовании преступлений, совершенных медицинскими работниками, требуется установление причинной связи между допущенным субъектом нарушением стандартов и правил оказания медицинской помощи, дефектом оказания медицинской помощи и неблагоприятным исходом.

Субъективная сторона данного преступления выражается в виде причинения смерти пациенту по легкомыслию или небрежности: виновное лицо предвидело возможность наступления смерти, но без достаточных к тому оснований самонадеянно рассчитывало на ее предотвращение (легкомыслие), либо не предвидело возможности наступления от своих действий смерти, хотя при необходимой внимательности и предусмотрительности должно было и могло предвидеть их (небрежность)⁷⁰. В том случае, если медик не мог и не должен был предвидеть возможные негативные последствия своих действий (бездействия), уголовная ответственность исключается ввиду нормы о невиновном причинении вреда (ст. 28 УК РФ). Приведем пример.

Согласно приговору Ленинского городского суда г. Кемерово от 26 июня 2017 года⁷¹ Астудина О.И. и Феоктистова Л.А. Подсудимые работали в гепатитном отделении МБУЗ «ГИКБ №8 г. Кемерово» на должностях врача-инфекциониста и заведующей отделением врача-инфекциониста высшей квалификационной категории в гепатитном отделении. К ним в больницу

⁶⁹ Курс уголовного права. Общая часть. Том 1: Учение о преступлении / Под ред. Н. Ф. Кузнецовой, И. М. Тяжковой. Москва, 2002. С. 241.

⁷⁰ Уголовное право. Особенная часть: учебник для вузов по направлению «Юриспруденция» / Сиб. федер. ун-т, Юрид. ин-т ; отв. ред. И. В. Шишко. Москва: Проспект, 2016. С. 56.

⁷¹ Приговор Ленинского районного суда г. Кемерово от 26.06.2017 по делу № 1-50/2017 [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.sud-praktika.ru> (дата обращения: 18.03.2019).

обратился Х. с жалобами на боль в животе, температуру, многократный жидкий стул. После осмотра Х. врачом приемного отделения ему был выставлен предварительный диагноз гастроэнтероколит. Позже пациент был осмотрен подсудимыми, в ходе осмотра ими был постановлен диагноз «острый гастроэнтероколит (сальмонеллез?)». При этом Астудиной О. И. и Феоктистовой Л. А. не был принят во внимание тот факт, что врачом приемного отделения не был назначен необходимый комплекс диагностических мер (у пациента даже не был взят общий анализ крови). После в дальнейшем проведенных обследований было установлено, что поставленный диагноз не соответствует клинической картине имеющегося у Х. заболевания, что является основанием к дообследованию. Только через три дня пациент был осмотрен врачом-хирургом, который и поставил диагноз «аппендицит». Х. был прооперирован и после операции скончался в реанимации. Причиной смерти явился острый перфоративный аппендицит, осложнившийся разлитым гнойным перитонитом, абдоминальным сепсисом, интоксикацией, полиорганной недостаточностью, отеком головного мозга. Действия Феоктистовой Л.А. и Астудиной О.И., связанные с ненадлежащим исполнением ими своих профессиональных обязанностей, диагностическими ошибками и неправильной тактикой проведения дифференциальной диагностики предопределяют прямую причинную связь допущенных дефектов оказания медицинской помощи с прогрессированием заболевания у Х. до степени развития гнойного перитонита и в конечном итоге наступлением его смерти. Допущенные недостатки в оказании медицинской помощи больному (неправильная тактика ведения, недостаточный объем лабораторного обследования, ошибка в диагностике), имеют прямую причинно-следственную связь с развитием перитонита такой давности, которая соответствует токсической стадии и определяет по тяжести интоксикационного синдрома и полиорганной недостаточности септическое состояние больного к моменту выполнения хирургической операции. При этом в приговоре раскрывается, в чем именно проявились допущенные врачами нарушения: «в результате ненадлежащего исполнения своих профессиональных

обязанностей Астудина О. И. и Феоктистова Л. А., обладающие достаточным опытом и квалификацией для правильного сбора эпидемиологического анамнеза, назначения необходимого комплекса лабораторных исследований, обоснования и правильного установления диагноза, обеспечения своевременной госпитализации и лечения больного, вследствие преступной небрежности, не предвидя наступления общественно опасных последствий своих действий в виде наступления смерти Х., хотя при необходимой внимательности и предусмотрительности могли и должны были предвидеть наступление таких последствий. Таким образом, вышеуказанные недостатки лечения больного Х., допущенные Астудиной О. И. и Феоктистовой Л. А., являются дефектами оказания медицинской помощи».

Квалификация деяний по ст. 118 УК РФ трудностей не вызывает, поэтому отметим лишь, что состав данного преступления весьма схож с рассматриваемым ранее составом ст. 109 УК РФ, разница здесь лишь в последствиях (в ст. 118 УК РФ – это тяжкий вред здоровью, в ст. 109 УК РФ – смерть).

Рассмотрим другой состав преступления, который, на первый взгляд, из имеющихся на данный момент в Уголовном кодексе, сконструирован наиболее специфично для ответственности именно медицинских работников.

Итак, ст. 124 УК РФ предусматривает ответственность за «неоказание помощи больному без уважительных причин лицом, обязанным ее оказывать в соответствии с законом или со специальным правилом, если это повлекло по неосторожности причинение средней тяжести вреда здоровью больного, тяжкого вреда здоровью или смерти». При этом законодатель не определяет понятия «больной» и «неоказание помощи больному», какие причины подпадают под категорию «уважительных», кроме того возникает вопрос – кто может быть субъектом данного преступления и в силу чего лицо обязано оказывать медицинскую помощь? И вновь мы возвращаемся к проблеме отсутствия закрепления необходимых понятий на законодательном уровне. Все это порождает правовую неопределенность, вызывает объективные сложности

при судебно-экспертной интерпретации конкретных действий (бездействий) медицинских работников, установлении причинно-следственных связей действий (бездействий) медицинских работников с наступлением неблагоприятного исхода при лечении пациента.

В Обзоре Красноярского краевого суда от 24.04.2006 года о практике рассмотрения судами Красноярского края споров, связанных с ненадлежащим оказанием медицинских услуг⁷² указывается на обязательные признаки наличия причинной связи между деянием медицинского работника и причинением вреда здоровью пациента: «причинная связь между бездействием и наступившим вредом имеет место, если у субъекта была обязанность совершить определенное действие, существовала возможность как отрицательного, так и положительного исхода, и совершение действия могло привести к положительному исходу». В методических рекомендациях «Порядок проведения судебно-медицинской экспертизы и установления причинно-следственных связей по факту неоказания или ненадлежащего оказания медицинской помощи» обращается внимание на возможного субъекта преступления, предусмотренного ст. 124 УК РФ. В соответствии со статьей 71 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» лица, завершившие освоение образовательной программы высшего медицинского образования, при получении документа об образовании и о квалификации дают клятву врача, согласно которой обязуются быть всегда готовыми оказать медицинскую помощь, внимательно и заботливо относиться к пациенту, действовать исключительно в его интересах, проявлять высочайшее уважение к жизни человека, постоянно совершенствовать свое профессиональное мастерство⁷³. Таким образом, буквально трактуя данную норму, субъектом преступления могут быть только врачи, то есть люди, обладающие высшим медицинским

⁷² Обзор Красноярского краевого суда от 24.04.2006 «Обзор практики рассмотрения судами Красноярского края споров, связанных с ненадлежащим оказанием медицинских услуг» [Электронный ресурс] // Справочная правовая система «КонсультантПлюс». Режим доступа: <http://www.consultant.ru> (дата обращения: 18.03.2019).

⁷³ Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: федер. закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ.

образованием. Представляется, что вряд ли такой подход можно признать верным, поскольку средний медицинский персонал вполне способен оказывать медицинскую помощь. Кроме того, в соответствии со ст. 2, 73 рассматриваемого Федерального закона, медицинский работник обязан оказывать медицинскую помощь в соответствии со своей квалификацией, должностными инструкциями, служебными и должностными обязанностями. То есть, обязанность лица действовать определенным образом может возникать в силу: прямого указания закона (ФЗ «Об охране здоровья граждан»); профессиональных обязанностей, предусмотренных специальными правилами (должностными инструкциями); обязательств, принятых в силу трудового договора (контракта) ⁷⁴. Соответственно, определяя в качестве субъекта преступления по ст. 124 УК РФ исключительно врачей с высшим медицинским образованием, мы необоснованно сужаем круг лиц, среди которых возможно привлечение к уголовной ответственности.

Определяющим для расследования данного преступления является верное установление объективной стороны. Совершение данного преступления возможно только путем бездействия, причем бездействия при установленной обязанности оказывать медицинскую помощь, в случае, когда медицинский работник не имел препятствий для ее оказания (отсутствовали уважительные причины). При этом если медицинский работник оказывал помощь, но в силу дефектов ее оказания пациент скончался или получил вред здоровью, то исключается возможность квалификации по рассматриваемой статье ⁷⁵. Перечень уважительных причин для неоказания помощи больному законодательство не содержит, но в теории уголовного права высказывается точка зрения, что к ним можно относить состояния крайней необходимости (в случае, когда помощь требовалась одновременно другому человеку),

⁷⁴ Полшакова А. С., Плешаков А. М. Бездействие как обязательный признак объективной стороны преступления неоказание помощи больному // Вестник Московского университета МВД России. 2018. № 5. С. 116.

⁷⁵ Groшев А. В., Епифанова Е. В. Ответственность за неоказание помощи больному [Электронный ресурс] // Вестник КРУ МВД России. 2017. № 2 (36). Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/otvetstvennost-za-neokazanie-pomoschi-bolnomu> (дата обращения: 07.04.2019).

непреодолимая сила (в случае стихийных бедствий), состояние лица, в котором он по объективным причинам не мог оказать медицинскую помощь (тяжелая болезнь). Таким образом, уважительность причины напрямую связана с отсутствием реальной возможности оказания медицинской помощи в конкретной ситуации как субъективного, так и объективного характера ⁷⁶. Субъективная сторона данного преступления характеризуется неосторожной формой вины в виде легкомыслия или небрежности.

Приведем пример из судебной практики, который подтверждает как возможность привлечения к ответственности среднего медицинского персонала, так и указывающего на необходимость установления объективной стороны преступления.

Согласно Приговору Кировского районного суда г. Казани от 18 декабря 2017 года ⁷⁷, Валишина С.В. работала медицинской сестрой процедурного отделения. К., после падения и удара головой о твердое асфальтобетонное покрытие, обратился к подсудимой за медицинской помощью. Валишина С.В., находясь при исполнении своих должностных обязанностей, убедилась, что у К. действительно имеется травма, однако должным образом осмотр не провела, выставила ошибочный диагноз «ссадина волосистой части головы» и наложила стерильную повязку. Подсудимая должна была осознавать серьезность полученной травмы, поскольку К. несколько раз кратковременно терял сознание, что напрямую указывало на необходимость вызова бригады скорой медицинской помощи. В результате К. скончался от закрытой черепно-мозговой травмы. В Приговоре суд дает оценку возложенных на подсудимую обязанностей по оказанию медицинской помощи. «В соответствии со ст.73 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» Валишина С.В., будучи медицинским работником, была обязана оказывать медицинскую помощь в

⁷⁶ Уголовное право. Особенная часть: учебник для вузов по направлению «Юриспруденция» / Сиб. федер. ун-т, Юрид. ин-т ; отв. ред. И. В. Шишко. Москва: Проспект, 2016. С. 78–80.

⁷⁷ Приговор Кировского районного суда г. Казани от 18.12.2017 по делу № 1-359/2017 [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://sudact.ru> (дата обращения: 15.04.2019).

соответствии со своей квалификацией, должностными инструкциями, служебными и должностными обязанностями. Согласно приложению № 2 к приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 4 мая 2012 г. № 477н в перечень мероприятий по оказанию первой медицинской помощи входит обязанность вызова скорой медицинской помощи и передача пострадавшего бригаде скорой медицинской помощи и другим специальным службам, сотрудники которых обязаны оказывать первую помощь в соответствии с федеральным законом или со специальным правилом. Таким образом, судом достоверно установлено, что Валишина С.В., являясь медицинским работником, имея соответствующий уровень квалификации и профессиональной подготовки, будучи обязанной, в соответствии с законом, оказывать медицинскую помощь, тем не менее, ненадлежащим образом оказала ее К., что выразилось в недостаточном, неправильном (неадекватном) ее предоставлении, а именно: заведомо зная об обстоятельствах получения К. травмы головы, Валишина С.В., вопреки вышеназванным соответствующим официальным требованиям и предписаниям, недооценила тяжесть состояния потерпевшего К., не вызвала бригаду скорой медицинской помощи, имея на то реальную возможность, что не позволило своевременно доставить последнего в специализированное нейрохирургическое отделение для соответствующего обследования, своевременного и правильного установления диагноза, проведения адекватного лечения, что не исключало бы благоприятного исхода». Однако весьма важным здесь является то, что подсудимая не бездействовала, а оказала медицинскую помощь К., пусть и не в должном объеме. Суд воспринял ее действия как дефекты оказания медицинской помощи и переквалифицировал деяние с ч. 2 ст. 124 на ч. 2 ст. 109 УК РФ.

Следует отметить, что судебная практика по медицинским преступлениям не отличается единообразием. В приведенном нами ранее приговоре

Ленинского городского суда г. Кемерово от 26 июня 2017 года⁷⁸, рассматривался вопрос о привлечении к ответственности врачей Астудиной О.И. и Феоктистовой Л.А. пост. 109 УК РФ. Напомним, ввиду неверной постановки диагноза, неназначении необходимых диагностических исследований, пациент скончался от перитонита. Другой приговор – Жуковского районного суда Калужской области от 29 мая 2017 года, при схожей ситуации содержит абсолютно иную квалификацию. Рассмотрим его подробнее.

Участковый врач-педиатр Кокшина М.И. оказывала медицинскую помощь ребенку потерпевшей М⁷⁹. При осмотре ребенку был поставлен диагноз «обструктивный бронхит, дыхательная недостаточность». В нарушение установленного стандарта лечения данного заболевания, врач не назначила проведение необходимых диагностических мероприятий, вопрос о госпитализации решен не был (при этом письменного отказа от госпитализации от матери врач также не получила). Ребенок получал амбулаторное наблюдение, в ходе которого его состояние ухудшалось, ему не были назначены специальные противоастматические препараты, применяющиеся при дыхательной недостаточности. В результате ребенок скончался от сердечно-легочной недостаточности, развившейся на фоне патологии бронхолегочной системы. Суд квалифицировал действия Кокшиной М.И. по ч. 1 ст. 238 УК РФ, как оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности жизни и здоровья потребителей (вопросы вызывает помимо всего прочего и то, почему квалификация произведена по ч. 1 рассматриваемой статьи, если в данном случае произошла смерть ребенка). Чем отличается ситуация, рассмотренная в первом приговоре от ситуации во втором, неясно. В обоих случаях врачами была назначена не соответствующая тяжести заболевания терапия, не

⁷⁸ Приговор Ленинского районного суда г. Кемерово от 26.06.2017 по делу № 1-50/2017 [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.sud-praktika.ru> (дата обращения: 18.04.2019).

⁷⁹ Приговор Жуковского районного суда Калужской области от 29.05.2017 по делу № 1-1-67/2017 [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.sud-praktika.ru> (дата обращения: 18.04.2019).

проведена необходимая диагностика, что повлекло смерть пациента. При этом нами ставится под сомнение верность квалификации во втором приговоре.

Ст. 238 – еще одна статья, по которой достаточно часто происходит привлечение врачей к ответственности. Однако при подобной квалификации мы можем наблюдать ситуацию, сходную с квалификацией врачебных преступлений по ст. 293 УК РФ. Обратимся к субъекту статьи 238 УК РФ. Им может выступать лицо, выполняющее работы или оказывающее услуги, не отвечающие требованиям безопасности жизни и здоровья потребителей, а равно лицо, организовавшее указанную деятельность путем введения в заблуждение иных лиц, не осведомленных о его преступных намерениях. Диспозиция ст. 238 УК РФ является бланкетной, то есть для уяснения содержания понятия «требования безопасности» необходимо обратиться к иным нормативно-правовым актам. Это Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Постановление Правительства Российской Федерации от 12 ноября 2012 г. №1152 «Об утверждении Положения о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности», Приказ Министерства здравоохранения РФ от 21 декабря 2012 г. №1340н «Об утверждении порядка организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности». Анализируя их содержание, можно прийти к выводу, что безопасность медицинской деятельности включает в себя как безопасность условий труда, так и безопасное применение и эксплуатацию медицинских изделий, в том числе их утилизацию. Применительно к ст. 238 УК РФ из перечисленных требований безопасности речь может идти только о безопасном применении и эксплуатации медицинских изделий и их утилизации (уничтожении). Нарушение требований безопасности труда при наличии иных признаков состава преступления следует квалифицировать по ст. 143 УК РФ, поскольку в данном случае будет иной объект преступления (безопасность труда). Если буквально толковать специальный закон и подзаконные акты, то требуется констатировать, что круг обязанностей врача, оказывающего

медицинскую помощь, нарушение которых при наличии иных признаков состава преступления подлежит квалификации по ст. 238 УК РФ ограничен только безопасным использованием медицинских изделий. Невыполнение иных профессиональных обязанностей следует квалифицировать по статьям о преступлениях против жизни и здоровья.

Таким образом, ненадлежащее оказание медицинской помощи можно квалифицировать по ст. 238 УК РФ только в том случае, когда помимо дефекта оказания медицинской помощи имело место еще и нарушение требований безопасности⁸⁰.

При этом ответственность может наступать только тогда, когда лицо, оказывающее услуги, заведомо понимает, что они не отвечают предъявляемым требованиям⁸¹. В вышеприведенном же приговоре врач оказывала медицинскую услугу, причем сама она полагает, что в полном объеме. Соответственно, такие действия нельзя квалифицировать по ст. 238 УК РФ.

В качестве примера верной квалификации действий врача по ст. 238 УК можно привести приговор Йошкар-Олинского городского суда Республики Марий Эл от 11 сентября 2012 года⁸². Захарова Т.М., будучи врачом акушером-гинекологом, решила оказывать услуги по проведению искусственного прерывания беременности без оформления необходимой медицинской документации и в нарушение установленного порядка (без сдачи соответствующих анализов). Таким образом она провела процедуру прерывания беременности 11 женщинам. Действия Захаровой Т.М. судом оправданно были квалифицированы по ч. 1 ст. 238 УК РФ, поскольку она

⁸⁰ Щепельков В. Ф., Оленников С. М., Скоробогатко Я. П. Анализ судебно-следственной практики применения статьи 238 УК РФ (Производство, хранение, перевозка либо сбыт товаров и продукции, выполнение работ или оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности) [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://pravoprim.spbu.ru/yurisprudentsiya/zashchita-prav-grazhdan/item/427-analiz-sudebno-sledstvennoj-praktiki-primeneniya-stati-238-uk-rf-proizvodstvo-khranenie-perevozka-libo-sbyt-tovarov-i-produktsii-vypolnenie-rabot-ili-okazanie-uslug-ne-otvechayushchikh-trebovaniyam-bezopasnosti> (дата обращения: 01.05.2019).

⁸¹ Замалева С. В. К вопросу о квалификации ятрогенных преступлений по статье 238 Уголовного кодекса РФ // Медицинское право. 2019. № 1. С. 46–47.

⁸² Приговор Йошкар-Олинского городского суда Республики Марий Эл от 11.09.2012 по делу № 1-775/2012 [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://sudact.ru> (дата обращения: 21.04.2019).

оказывала медицинские услуги, понимая, что они не отвечают установленным требованиям безопасности.

Ввиду возникающих затруднений при квалификации, разобщенности судебной практики, Следственный комитет РФ предложил дополнить действующий Уголовный кодекс РФ двумя новыми статьями⁸³. 20 июня 2019 года на сайте СК РФ были размещены два законопроекта, которые, однако, по неизвестным причинам в тот же день были с него удалены. В качестве одного из нововведений была представлена ст. 124.1, включающая в себя норму о ненадлежащем оказании медицинской помощи или услуги, повлекшем смерть человека, причинение тяжкого вреда здоровью либо гибель плода. При этом под плодом понимается «внутриутробно развивающийся человеческий организм с девяти недель до рождения». Представляется, что данная норма призвана перенести ответственность врачей со ст. 118 и 119 УК РФ. Второе предложение – введение ст. 124.2 УК РФ, предусматривающей ответственность за внесение недостоверных сведений в медицинскую документацию, ее сокрытие либо уничтожение, а также подмену биологических материалов с целью сокрытия совершенного другим медицинским работником преступления по ст. 124.1. Данную инициативу можно расценивать как положительную, поскольку одной из особенностей расследования преступлений, связанных с некачественным оказанием медицинской помощи, является возможность беспрепятственного доступа врача в любой момент к медицинской документации, что позволяет ему вносить при необходимости туда изменения, дабы избежать уголовной ответственности (об этом более подробно мы поговорим в следующей главе).

Безусловно, указанные предложения по усовершенствованию законодательства можно считать весьма значимыми. Об этом свидетельствуют как стремление законодателя урегулировать отдельные специфичные виды правоотношений, так и введение новых понятий, например, «плод» в контексте

⁸³ УК предлагается дополнить уголовной ответственностью медработников [Электронный ресурс] // Адвокатская газета. Режим доступа: <https://www.advgazeta.ru/novosti/uk-predlagaetsya-dopolnit-ugolovnoy-otvetstvennostyu-medrabotnikov/> (дата обращения: 11.04.2019).

внутриутробного развития человека. Это особенно важно, поскольку в медицинской науке уже не вызывает сомнений тот факт, что даже на ранних сроках беременности ребенок уже становится отдельным организмом, пусть пока и зависимым от организма матери⁸⁴. Такого же мнения придерживается и большинство ученых – эмбриологов. Данную позицию поддержал и Руководящий комитет по биоэтике Совета Европы, который в докладе Рабочей группы по защите эмбриона и плода человека подтвердил, что уже после четырнадцатого дня внутриутробного развития «появляется возможность говорить об уникальном человеческом существе»⁸⁵. Таким образом, о жизни внутри утробы матери, а также о признании эмбриона человеком на международном уровне говорилось еще в декабре 1996, однако с того момента никаких изменений в российское законодательство внесено не было и человеческий плод не обладает уголовно-правовой защитой.

Подводя итог сказанному, отметим, что введение специальных норм об уголовной ответственности врачей мы считаем скорее положительной тенденцией, поскольку, как следует из проведенного нами анализа судебной практики, существующие статьи не могут в полной мере учесть специфику лечебного процесса. Безусловно, данные нововведения не могут быть поспешными и должны быть тщательно проработаны, дабы не допустить дискриминации врачей и необоснованных уголовных преследований. Обширный перечень статей, по которым возможно привлечение медицинских работников к ответственности, также не способствует единообразию решений, выносимых российскими судами.

Крайне важно упомянуть о том, что уголовную ответственность врачей мы считаем чрезвычайной мерой. Лишь вопиющие случаи некачественного оказания медицинской помощи могут быть основанием для возбуждения уголовного дела. Эту позицию поддерживает и Европейский суд, указывая, что

⁸⁴ Вертепова Т. А. К вопросу об уголовно-правовой охране человеческого эмбриона // Общество и право. 2014. № 4. С. 91–93.

⁸⁵ Доклад Рабочей группы по защите эмбриона и плода человека Руководящего комитета по биоэтике Совета Европы [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=09000016803113e8> (дата обращения: 11.01.2019).

вред, причиненный медицинским вмешательством, не обязательно должен становиться предметом уголовного разбирательства. Достаточным может оказаться и то, что национальная правовая система предусматривает предоставление потерпевшим средств правовой защиты в гражданских судах, либо самостоятельно, либо в сочетании с правовой защитой в уголовных судах, что позволит установить ответственность врачей и обеспечить соответствующую гражданско-правовую защиту, например, возмещение ущерба. Также в отношении медицинских работников могут применяться дисциплинарные меры⁸⁶.

⁸⁶ The European Court of Human Rights. Judgment of 17 January 2002. *Calvelli and Ciglio v. Italy*. Application no. 32967/96. Режим доступа: <https://hudoc.echr.coe.int> (дата обращения: 10.03.2019).

Глава 3. Уголовно-процессуальный аспект преступлений, совершаемых медицинскими работниками

3.1. Классификация врачебных ошибок и порождаемых ими следственных ситуаций

«Да, человек смертен, но это было бы ещё полбеды. Плохо то, что он иногда внезапно смертен, вот в чём фокус! Кирпич ни с того ни с сего никому и никогда на голову не свалится». Эта цитата из бессмертного произведения Михаила Афанасьевича Булгакова «Мастер и Маргарита» вполне послужит началом для сюжета, который может случиться в любой из российских больниц. Внезапная смерть пациента – и привычный ритм жизни медицинского учреждения меняется. В такой ситуации крайне важно понимать алгоритм действий для качественного расследования произошедшего. И в этом нам должна помочь классификация врачебных ошибок.

В диагностическом процессе на отношения «врач-пациент» могут оказывать влияние разные факторы: дух эпохи, социальная среда, уровень специальных знаний и культуры людей и индивидуальные особенности медика и больного. Именно поэтому определенные изъяны и недостатки неизбежно сопутствуют процессу врачебного мышления. Происхождение их может быть весьма многообразным. С этим связано и выделение теоретиками множества классификаций врачебных ошибок. Некоторые из них мы рассмотрим подробнее⁸⁷. Причем, следует заметить, что данная тема проработана в медицинской, но не юридической науке, правовых исследований, касающихся классификации врачебных ошибок и анализа оснований для нее, ничтожно мало.

Ю.П. Эдель выделяет три категории ошибок: связанные с неполным составлением истории болезни больного, обследованием в недостаточном объеме и неправильным лечением. Это одна из наиболее простых

⁸⁷ Некачалов В.В. Ятрогения (патология диагностики и лечения): учебное пособие для врачей. Санкт-Петербург, 1998. С. 20.

классификаций, логично встроенных в рядовой процесс оказания медицинской помощи, связанный с заполнением медицинской документации, диагностикой больного и назначения ему соответствующей терапии⁸⁸.

Интересной представляется классификация, данная Н.И. Краковским и Ю.Я. Грицман. Отправной точкой для их нее выступает не причинный фактор, а этапы врачебной работы, соответственно, выделяются диагностические, лечебно-тактические, организационные ошибки, ошибки, связанные с заполнением медицинской документации.

Схожи между собой классификации, данные Ю. И. Вернадским, Г. П. Вернадской⁸⁹ и Г.Г. Каравановым, В.В. Коршуновой⁹⁰. Эти ученые указывают на некоторые причины ошибок, которые тесно связаны с личностью самого врача. Сюда относится уровень образованности врача еще на этапе его обучения, недостаточное количество практических занятий или игнорирование студентом их посещения. Здесь же указывается и на возможную неспособность самого обучающегося в силу своих личных качеств стать хорошим врачом (лень, неприлежание, халатное отношение к учебному процессу, отсутствие осознания себя в роли врача).

Встречаются и специфические классификации, присущие отдельным сферам медицинской деятельности, например, стоматологии, акушерству и гинекологии, хирургии⁹¹.

Одну из наиболее известных классификаций представил Давыдовский И.В.⁹² Он подразделял все врачебные ошибки на объективные и субъективные. К объективным, в свою очередь, относятся трудность проводимого исследования, несовершенство медицинской науки и оборудования, излишне узкая специализация. К субъективным же – недостаток знаний врача,

⁸⁸ Эдель Ю. П. Врачебные ошибки и ответственность врача (на судебно-медицинском материале): автореф. дис. ... канд. мед. наук. Харьков, 1957. С. 12

⁸⁹ Вернадский Ю. И., Вернадская Г. П. Классификация причин и меры профилактики грубых ошибок и тяжелых осложнений в практике хирургов-стоматологов // Тез. VI съезда стоматологов УССР. Полтава, 1984. С. 113–114.

⁹⁰ Караванов Г. Г., Коршунова В. В. Индивидуально-психологические особенности личности врача-хирурга. Львов: Медицина, 1974. С. 54-55

⁹¹ Грохольский А. П., Заксон М. Л., Сердюков В. И., Корбелецкий И. Н. Врачебные ошибки в стоматологии. Киев: Здоров'я, 1994. С. 188

⁹² Давыдовский И. В. Указ. соч. С. 3–10

необоснованность суждений и самоуверенность при принятии решений, ошибки в диагностике. При этом автор призывает избегать категоричности суждений и признать, что объективные причины позволяют считать ряд ошибок неизбежными во врачебной практике. Б.М. Хромов также указывал в качестве возможной причины ошибок на самоуверенность врача и отсутствие контроля за его работой со стороны руководства.

Также признают деление ошибок на объективные и субъективные С.А. Гиляревский и К.Е. Тарасов. Однако ими указывается на весьма условную возможность такого деления, поскольку объективная и субъективная стороны познания, по их мнению, тесно взаимосвязаны⁹³.

Одна из наиболее объемных и подробных классификаций представлена М.Р. Рокицким⁹⁴. Он подразделяет все врачебные ошибки на три категории: диагностические, лечебно-тактические и лечебно-технические.

1. Диагностические ошибки;
 - 1.1. Просмотренный диагноз (врач ошибочно считает пациента здоровым и не находит у него признаков заболевания);
 - 1.2. Частично просмотренный диагноз (установлен основной диагноз, но не установлен сопутствующий);
 - 1.3. Ошибочный диагноз (врач принимает одно заболевание за другое, диагноз поставлен, однако не является верным);
 - 1.4. Частично ошибочный диагноз (при параллельном течении нескольких заболеваний врач верно устанавливает лишь одно из них, допуская при этом ошибку в установке другого).
2. Лечебно-тактические ошибки;
 - 2.1. При выявлении показаний к экстренной медицинской помощи (при аппендиците у пациента врач откладывает операцию, в результате у больного развивается перитонит);
 - 2.2. В выборе режима лечения (в условиях стационара или амбулаторно);

⁹³ Гиляревский С. А., Тарасов К. Е. Диалектический материализм и медицинская диагностика. Москва: Медицина, 1973. С. 92

⁹⁴ Рокицкий М. Р. Ошибки и опасности в хирургии детского возраста. Ленинград: Медицина, 1979. С. 74

2.3. В лечебной тактике – неполноценное лечение, неприменение некоторых видов терапии (например, при лечении хронического остеомиелита не применяют протеолитические ферменты).

3. Лечебно-технические ошибки;

3.1. При использовании инструментального метода исследования (использование неподходящего оборудования, например, введение более широкого зонда, чем диаметр исследуемого протока);

3.2. При выполнении операций доступа к очагу (например, при хирургической операции сделан очень малый разрез, в результате чего рана принимает форму «воронки», развивается обильное кровотечение, которое трудно остановить).

Данная классификация представляется нам верной и в должной мере обоснованной, поскольку с ее помощью можно выявлять конкретный тип совершаемой врачебной ошибки и понять возможные пути ее, в первую очередь, предотвращения, а во вторую, по возможности, устранения. Однако следует отметить еще две категории врачебных ошибок, которые отсутствуют в рассматриваемой классификации, имеют важное значение и встречаются на практике. По нашему мнению, ею не охватываются ошибки организационного характера и связанные с заполнением медицинской документации. К первым относятся недостатки в организации медицинской помощи, отсутствие грамотного распределения ролей внутри больницы. Например, врача, оказывающего неотложную помощь, в приемном покое не оказалось на месте. За время его поисков пациент умирает. Ко второму виду ошибок следует отнести ситуации, связанные с небрежностью при заполнении различного рода медицинской документации, что в конечном итоге может привести к ошибочной или поздней диагностике, нарушению преемственности в лечении, ошибочному врачебно-экспертному решению.

При этом весьма важными представляются и причины, способствующие и напрямую влияющие на возможность совершения врачом ошибок. И.И. Бенедиктов выделяет три группы причин⁹⁵.

Первая группа – это причины объективного характера.

- 1.1. Уровень научных знаний в медицине на настоящий момент;
- 1.2. Уровень образования будущих врачей;
- 1.3. Степень технической оснащённости медицинских учреждений;
- 1.4. Объём нагрузки, возлагаемой на врача;
- 1.5. Рабочее место (поликлиника или стационар).

Вторая группа, наиболее обширная, – это причины смешанного характера.

- 2.1. Особенности протекания болезни (нетипичный случай);
- 2.2. Срочность постановки диагноза (критическая ситуация);
- 2.3. Поведение пациента, его родственников (сокрытие от врача информации, важной для оказания медицинской помощи);
- 2.4. Постановка «интуитивного» диагноза в ситуации отсутствия срочности диагностики;
- 2.5. Имеющаяся, так называемая, «мода» на постановку того или иного диагноза;
- 2.6. Внушение диагноза авторитетом;
- 2.7. Переоценка лабораторных данных;
- 2.8. Общая методологическая неподготовленность врача.

В третью группу входят причины субъективного характера. Сюда относятся:

- 3.1. Психотип, склад ума врача;
- 3.2. Его научно-практическая подготовка;
- 3.3. Самообразование врача;
- 3.4. Отсутствие самокритичности в работе.

⁹⁵ Бенедиктов И. И. Происхождение диагностических ошибок: в помощь врачу. Свердловск, 1977. С. 74–75.

Понимание причин совершаемых врачебных ошибок, безусловно, имеет большое значение, поскольку позволяет эти ошибки предотвращать и минимизировать. Рассмотрим каждую группу причин подробнее.

Начать следует с причин ошибок объективного характера. По данным Федеральной службы государственной статистики, в системе здравоохранения больший удельный вес занимают врачи узких специальностей, нежели врачи общей практики⁹⁶. Это приводит к возникновению проблем в диагностике заболеваний, находящихся на стыке различных специализаций или поражающих несколько органов одновременно. Примером может выступить Приговор Тобольского городского суда Тюменской области от 13 декабря 2017 года⁹⁷. Софронов И.Ю., будучи по специальности врачом-травматологом, находился в больнице на дежурстве. Бригадой скорой медицинской помощи к нему для осмотра был доставлен К., пострадавший в ДТП. Подсудимый не пригласил для постановки диагноза врача-хирурга, в результате чего ввиду неверной постановки диагноза пациент умер от разрыва селезенки.

Хотя современный уровень развития медицинской науки, упор на подготовку качественных кадров, появление все большего количества узкопрофильных специалистов ведут к уменьшению количества врачебных ошибок, но объективные факторы, определяющие возможность совершения ошибок у молодых, неопытных докторов, продолжают существовать. Сюда можно отнести недостаточную техническую оснащенность медицинских учреждений. Если в условиях города возможно оказание помощи в другой больнице, то в отдаленных или сельских местностях возможности оказания медицинской помощи зачастую крайне ограничены. На тысячи километров может приходиться всего один фельдшерский пункт, специалист которого, возможно, и готов оказать медицинскую помощь, но в силу отсутствия у него необходимого оборудования просто не может это сделать.

⁹⁶ Здравоохранение в России – 2017: статистический сборник [Электронный ресурс]. Режим доступа http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru (дата обращения: 27.03.2019).

⁹⁷ Приговор Тобольского городского суда Тюменской области от 13.12.2017 по делу № 1-277/2017 [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://sudact.ru> (дата обращения: 22.03.2019).

Казалось бы, каким образом может оказывать влияние на совершение врачебных ошибок место работы медика (поликлиника или стационар)? Однако значительное количество ошибок наблюдается у поликлинических врачей к концу приема. По данным, приводимым Ю.П. Эдель, неверный диагноз ставился в 37,5 % случаев ввиду нехватки времени для качественного приема пациента, в 29,5 % из-за неопытности врача, в 10,5 % вследствие врачебной небрежности⁹⁸.

Причины ошибок смешанного типа с одной стороны связаны с объективными факторами, не зависящими от врача, а с другой – с субъективным отношением последнего. Например, возможность диагностики и постановки верного диагноза может быть затруднена ввиду атипичного течения того или иного заболевания. Аборин, будучи по специальности врачом-хирургом, находился на дежурстве в больнице⁹⁹. По экстренным показаниям бригадой скорой помощи к нему был доставлен пациент Ф., с диагнозом «острый аппендицит, перитонит под вопросом». При осмотре врачом Б. был выставлен диагноз «вялотекущий перитонит под вопросом», после чего Ф. был госпитализирован. Аборин после осмотра пациента необоснованно снял диагноз «вялотекущий перитонит под вопросом», назначил терапию, противопоказанную при острой хирургической патологии. Согласно показаниям самого подсудимого, свидетелей, у Ф. наблюдалась нетипичная картина заболевания, клиника острого аппендицита отсутствовала. Кроме того, диагностику затруднял избыточный вес Ф. Тем не менее, Аборин был осужден по ч. 2 ст. 109 УК РФ.

Даже в такой специфичной отрасли как медицина, тоже есть своя «мода» на постановку диагноза и лечение. Например, в настоящее время все большие обороты набирает стремление лечения нетрадиционными методами, появляется все большее количество врачей гомеопатов, мануальных терапевтов, остеопатов. Модным можно назвать и лечение биодобавками с недоказанной

⁹⁸ Эдель Ю.П. Указ. соч.

⁹⁹ Приговор Курганского городского суда Курганской области от 31.10.2012 по делу № 1-970/2012 [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://sudact.ru> (дата обращения: 19.02.2019).

эффективностью и не являющимися лекарственными препаратами (всевозможные БАДы). Большое количество заболеваний обосновывается нервным образом жизни, плохой экологией, недостатком витаминов. Некоторые врачи на этом в диагностике и останавливаются, не ища причину заболевания глубже. Данные явления можно наблюдать при длительно существующем одностороннем направлении научных исследований. Тогда врач, попадающий под их влияние, может допускать в своей практике одностороннее, узкое толкование патологически протекающих процессов у пациентов, не выявляя истинное заболевание и не стремясь подобрать верную терапию.

Для целей данной работы большее значение имеет сама классификация врачебных ошибок, нежели ее причин, поскольку основываясь на ней, можно выделить некоторые типичные следственные ситуации, а, соответственно, определить особенности их расследования и квалификации таких деяний. Более подробно мы остановимся на преступлениях, совершенных с неосторожной формой вины, как представляющих большую сложность для квалификации и расследования, нежели умышленные преступления.

Итак, пациенту причинен вред здоровью или смерть. Как правило, в таких ситуациях медицинские учреждения проводят внутреннее расследование, что, однако, не влияет на необходимость проведения расследования в рамках уголовного процесса. Требуется определить отправную точку, из которой мы делаем первый шаг в расследовании. Рассмотрим некоторые «популярные» виды врачебных ошибок, требующие немедленного расследования.

Причиной смерти или причинения вреда здоровью может стать постановка врачом ошибочного диагноза. Ошибочный диагноз, в отличие от просмотренного (когда врач считает, что пациент здоров) и частично просмотренного (когда установлен основной диагноз, но не установлен сопутствующий), характеризуется постановкой диагноза, который в конечном счете не подтверждается.

Врачом-терапевтом Соколы К.С. был осмотрен пациент О. с жалобами на одышку, общую слабость, учащенное сердцебиение. Подсудимой был поставлен диагноз «кардиомиопатия неясного генеза» с назначением лечения, соответствующего ошибочному диагнозу, при этом больной не был направлен на консультацию к врачу-специалисту (кардиологу или сосудистому хирургу). О. скончался в больнице от тромбоэмболии легочной артерии¹⁰⁰.

Другой пример содержит приговор Узловского городского суда Тульской области от 26 сентября 2018 года¹⁰¹. Гильгеева Б.С. являясь врачом-педиатром детской поликлиники, проводила осмотр малолетней А, доставленной в поликлинику бригадой скорой медицинской помощи с диагнозом «острая кишечная инфекция, протекающая с синдромом энтероколита». Однако подсудимая в ходе диагностики определила наличие у А. функционального расстройства желудочно-кишечного тракта, несмотря на то, что у последней имелась клиническая картина острой кишечной инфекции. Гильгеевой Б.С. была недооценена тяжесть заболевания А., в результате чего ей не были назначены необходимые лабораторные обследования и необходимое лечение в условиях стационара. Подсудимая назначила ребенку амбулаторное лечение, не соответствующее тяжести заболевания. После резкого ухудшения состояния А. была доставлена в инфекционное отделение городской больницы, где скончалась от острой кишечной инфекции по типу острого энтероколита. Как следует отметить, уголовную ответственность за диагностические ошибки врач будет нести исключительно в случае наступления неблагоприятных последствия для пациента – причинения вреда здоровью либо же смерти. Соответственно, квалифицированы такие деяния могут быть по ч. 2 ст. 109 либо по ч. 2 ст. 118 УК РФ.

Кроме того, по нашему мнению, именно как диагностическую ошибку следует рассматривать неоказание помощи больному (ст. 124 УК РФ). Зачастую

¹⁰⁰ Приговор Вуктыльского городского суда Республики Коми от 26.10.2018 по делу № 1-45/2018 [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://sudact.ru> (дата обращения: 19.02.2019).

¹⁰¹ Приговор Узловского городского суда Тульской области от 26.09.2018 по делу № 1-38/2018 [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://sudact.ru> (дата обращения: 19.02.2019).

такими ситуациями выступает неоказание врачом помощи больному, находящему в состоянии алкогольного опьянения. С 1 января 2012 года по инициативе Минздравсоцразвития России в системе органов внутренних дел произошла ликвидация медицинских вытрезвителей¹⁰². При этом предполагалось, что при совместной деятельности Минздравсоцразвития РФ и МВД РФ будут созданы специальные учреждения для доставления туда лиц, находящихся в состоянии опьянения, однако ситуация не изменилась по сей день и чаще всего подобные личности оказываются в медицинских учреждениях, поскольку доставлять их в буквальном смысле больше некуда. С этим связывается и недостаточное оказание внимания со стороны врачей таким лицам. В качестве обоснования данного тезиса приведем примеры из судебной практики.

Ковалев В.В., будучи врачом-терапевтом, 10.01.2015 г. находился на дежурстве¹⁰³. В 2:25 ночи в больницу был доставлен М. с предварительным диагнозом, выставленным врачами скорой помощи, «токсическое действие алкоголя и алкоголесодержащих веществ, общее переохлаждение». Подсудимый не провел первичного осмотра пациента, выставил ему диагноз «алкогольное опьянение» и оставил на кушетке в комнате приемного отделения. В 8 утра М. был передан дежурной смене врачей, немедленно госпитализировавших его и направивших в отделение реанимации. После осмотра пациенту был поставлен диагноз «сочетанная политравма, тупая травма живота. Разрыв мочевого пузыря с отрывом уретры. Перелом костей таза с нарушением целостности тазового кольца. Перелом шейки правого бедра? Шок II-III ст.», после чего, несмотря на оказанную необходимую помощь, М. скончался. В данном случае мы наблюдаем пример диагностической ошибки в виде просмотренного диагноза. Диагноз «алкогольное опьянение» отражает текущее состояние пациента, но не

¹⁰² О некоторых мерах по реформированию Министерства внутренних дел Российской Федерации [Электронный ресурс] : указ Президента Российской Федерации от 18.02.2010 № 208 // Справочная правовая система «КонсультантПлюс». Режим доступа: <http://www.consultant.ru> (дата обращения: 19.02.2019).

¹⁰³ Приговор Мичуринского городского суда Тамбовской области от 14.04.2016 по делу № 1-364/2015 [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://sudact.ru> (дата обращения: 19.02.2019).

указывает на наличие у него каких-либо травм или повреждений, состояний, требующих немедленного оказания медицинской помощи (по аналогии, состояние беременности – это тоже диагноз, однако если у беременной женщины не установлен, скажем, перелом ноги, то мы не можем рассматривать диагноз «беременность» как ошибочный или частично просмотренный, поскольку он лишь отражает текущее состояние здоровья женщины). По МКБ-10 алкогольное опьянение относится к категории «внешние причины заболеваемости и смертности», что подтверждает высказанный нами тезис.

Другой ситуацией является оказание медицинских услуг, не отвечающих требованиям безопасности (ст. 238 УК РФ), за которые, по нашему мнению, к ответственности могут быть привлечены врачи, совершившие как лечебно-тактические ошибки, так и лечебно-технические. Определяющим здесь будет наличие у врача вины в форме прямого умысла, понимание им нарушения установленных требований безопасности. Согласно Приговору Ковровского городского суда Владимирской области от 16 июля 2015 года, Векшина Н.И. является врачом-стоматологом¹⁰⁴. Она, достоверно зная о том, что нарушает установленные требования безопасности, требования СанПин, согласилась провести хирургическую операцию по удалению зуба К., не достигшей возраста 6 лет, по просьбе ее родителей, у себя дома за денежное вознаграждение. Подсудимая удалила К. зуб, при этом на нем имелись гранулемы, что затрудняет удаление зуба, ввиду возможной инфицированности гранулем¹⁰⁵. Лунку, образовавшуюся после удаления зуба, Векшина Н.И. не обработала, антибактериальную терапию и схему дальнейшего лечения не назначила. Учитывая, что стоматологические операции производятся в условиях строгой стерильности, специально обработанными инструментами, в оборудованном помещении, Векшина Н.И. совершила преступление,

¹⁰⁴ Приговор Ковровского городского суда Владимирской области от 16.07.2015 по делу № 1-301/2015 [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://sudact.ru> (дата обращения: 23.01.2019).

¹⁰⁵ Исаков С. В., Исакова Т. И. Современный подход к лечению хронических форм периодонтитов [Электронный ресурс] // Вісник проблем біології і медицини. 2014. №2. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennyy-podhod-k-lecheniyu-hronicheskikh-form-periodontitov> (дата обращения: 23.01.2019).

предусмотренное ч. 1 ст. 238 УК РФ, рассматриваемое нами как лечебно-тактическая ошибка (подсудимая обязана была направить ребенка для лечения в больницу).

Приведем пример лечебно-технической ошибки. Белых С.В., работая врачом-хирургом и врачом-нейрохирургом, выполнял сакральную блокаду Ч¹⁰⁶. Однако при проведении операции он допустил более глубокое, чем было необходимо, проникновение иглы, что повлекло прокол твердой мозговой оболочки спинного мозга Ч. Из-за допущенной ошибки, лекарственные препараты проникли не эпидурально, а попали в субдуральное пространство. Это привело к распространению лекарственного раствора до поясничного и грудного отдела спинного мозга Ч. с блокадой грудного дыхания за счет межреберных мышц и диафрагмы. Последствием явилось осложнение в виде высокого спинального блока, который и стал причиной остановки кровообращения у Ч. и закономерного наступления клинической, а в последующем и биологической смерти. Подсудимым была нарушена техника проведения данной процедуры, что повлекло дефект оказания медицинской помощи. Белых С.В. был привлечен к уголовной ответственности по ч. 2 ст. 109 УК РФ.

Мы не берем во внимание случаи умышленного совершения врачами преступлений, направленных против жизни и здоровья, поскольку они очевидно будут квалифицированы по соответствующим статьям Уголовного кодекса, например ст. 105, 111 УК РФ. Примером может выступить «нашумевшее» уголовное дело по обвинению врача-хирурга Зелендинова И.А. в причинении тяжкого вреда здоровью пациента, повлекшего его смерть¹⁰⁷. К Зелендинову обратилась медицинская сестра приемного отделения с жалобой на пациента В., который умышленно ударил ее при оказании процедуры. Подсудимый, не проверив данные факты, направился в приемное отделение,

¹⁰⁶ Приговор Котласского городского суда Архангельской области от 11.10.2018 по делу № 1-251/2018 [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://sudact.ru> (дата обращения: 23.01.2019).

¹⁰⁷ Приговор Октябрьского районного суда г. Белгорода от 24.03.2016 по делу № 1-102/2016 [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://sudact.ru> (дата обращения: 23.01.2019).

где находился В. Обладая физическим преимуществом, подсудимый начал наносить удары В., в результате чего нанес ему травму рефлексогенной зоны – каротидного синуса слева, что повлекло смерть пациента. Несмотря на то, что Зелендинов И.А. находился на своем рабочем месте, будучи в статусе врача-хирурга, едва ли у кого-то может возникнуть мысль квалифицировать его действия как врачебную ошибку. В данном случае налицо совершение умышленного преступления. Таким образом, преступления, совершенные медицинскими работниками, а равно преступления, совершенные на территории медицинского учреждения, далеко не всегда будут подпадать под понятие врачебной ошибки.

Таким образом, имея развернутую классификацию врачебных ошибок, не составляет труда понять, под какой вид ошибки подпадает то или иное деяние. Это, в свою очередь, вновь отсылает нас к клиническим рекомендациям и чек-листам. Например, на начальном этапе расследования обнаруживается, что ошибка врача возникла в момент диагностики, когда им был неправильно определен диагноз больному. В таком случае нам следует обратиться к указанным нормативным актам, в частности, к разделу диагностика, после чего сравнить фактически проведенные врачом манипуляции с теми, что предписывает нам стандарт. Например, Клинические рекомендации по лечению туберкулеза органов дыхания у взрослых предписывают пациентам с подозрением на туберкулез «проведение как минимум двукратного исследования мокроты с интервалом в 2-3 дня или иного диагностического материала (бронхо-альвеолярных смывов, плевральной, синовиальной, асцитической жидкостей и др.) с применением комплекса микробиологических и молекулярно-генетических методов». Допрос врача, анализ медицинской документации помогут сделать вывод о том, придерживался ли врач указанных в Рекомендациях необходимых действий и о какой форме вины это свидетельствует, если ошибка и ее последствия подпадают в рамки уголовно-правового поля.

Понимание того, на каком этапе произошла ошибка, «сбой» в отлаженной системе оказания медицинской помощи, позволит минимизировать такие ошибки в будущем и значительно ускорит ход расследования, поскольку будет понятен вектор его движения.

3.2. Особенности назначения, производства и оценки результатов судебно-медицинской экспертизы по делам о преступлениях, связанных с некачественным оказанием медицинской помощи

Судебная экспертиза является одним из важнейших видов доказательств, предусмотренных законом. Основания и порядок назначения экспертизы в уголовном процессе регламентируются главой 27 Уголовно-процессуального кодекса Российской Федерации, а также иными положениями данного кодекса (в частности, статьями 57 и 283). По смыслу статей 57 и 195 УПК РФ, судебная экспертиза назначается следователем в случаях, когда для установления обстоятельств дела требуются специальные знания. В общем смысле, как считает А.С. Кобликова, заключение эксперта должно быть в числе доказательств во всех случаях, когда при производстве предварительного следствия, дознания и при разбирательстве в суде необходимы специальные познания в технике, науке, ремесле и искусстве¹⁰⁸.

Это подтверждает и Федеральный закон от 31.05.2001 № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации», содержащий понятие судебной экспертизы: «судебная экспертиза – процессуальное действие, состоящее из проведения исследований и дачи заключения экспертом по вопросам, разрешение которых требует специальных знаний в области науки, техники, искусства или ремесла и которые поставлены перед экспертом судом, судьей, органом дознания, лицом, производящим дознание, следователем, в целях установления обстоятельств, подлежащих

¹⁰⁸ Кобликов А. С. Виды доказательств // Курс советского уголовного процесса: Общая часть. Москва: Юридическая литература, 1989. С. 590–597.

доказыванию по конкретному делу»¹⁰⁹. В Федеральном законе от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» устанавливается, что «медицинской экспертизой является проводимое в установленном порядке исследование, направленное на установление состояния здоровья гражданина, в целях определения его способности осуществлять трудовую или иную деятельность, а также установления причинно-следственной связи между воздействием каких-либо событий, факторов и состоянием здоровья гражданина» (ч. 1 ст. 58). В соответствии с ч. 2 ст. 58 рассматриваемого федерального закона могут проводиться различные виды медицинских экспертиз, в том числе судебно-медицинская¹¹⁰. В рамках проводимого исследования нас интересует именно судебно-медицинская экспертиза (далее – СМЭ), производство которой осуществляется в медицинских организациях экспертами в соответствии с законодательством Российской Федерации о государственной судебно-экспертной деятельности¹¹¹. По общему правилу вопрос о назначении судебной экспертизы в досудебном производстве по уголовным делам решается по усмотрению должностного лица, которое осуществляет предварительное расследование. Но в некоторых случаях, которые указаны прямо в действующем УПК РФ, производство и назначение экспертизы являются обязательными и от усмотрения компетентных субъектов не зависят. Например, при расследовании преступлений, связанных с причинением вреда здоровью или же причинением смерти, огромное доказательственное значение имеет именно судебно-медицинская экспертиза, проведение которой по делам указанной категории обязательно в силу положений статьи 196 УПК РФ.

Таким образом, учитывая позицию законодателя при расследовании профессиональных преступлений, совершенных медицинскими работниками, обязательно назначение СМЭ.

¹⁰⁹ О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации [Электронный ресурс] : федер. закон от 31.05.2001 № 73-ФЗ (ред. от 08.03.2015) // Справочная правовая система «КонсультантПлюс». Режим доступа: <http://www.consultant.ru> (дата обращения: 23.01.2019).

¹¹⁰ Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: федер. закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ.

¹¹¹ Там же.

Судебно-медицинская экспертиза является одной из важнейших средств доказывания при расследовании преступлений, требующих познаний в сфере медицины. Она, расширяя познавательные возможности следствия и суда, как инструмент использования специальных знаний, выступает как эффективное средство установления обстоятельств, подлежащих доказыванию¹¹². Однако на деле зачастую судебно-медицинская экспертиза в силу существующих проблем запутывает и замедляет ход расследования еще больше.

Общим основанием назначения судебной экспертизы является потребность в специальных знаниях, которыми не обладает большинство лиц ввиду отсутствия соответствующей профессиональной подготовки. Несмотря на провозглашенное в ст. 17 УПК РФ положение об отсутствии заранее установленной силы у любых доказательств, заключение эксперта, не имея преимуществ перед другими доказательствами, все же обладает определенной специфичностью. Экспертное заключение представляет собой выводы, сделанные по результатам исследования, проведенного с использованием специальных познаний. Именно поэтому оценка экспертизы представляет сложность для лиц, таковыми познаниями не обладающих (в частности, это следователи). Ввиду этого зачастую выводы эксперта принимаются оценивающим субъектом «на веру», без сомнений в достоверности. А между тем, они могут оказаться ошибочными как в силу объективных, так и субъективных причин (ошибочные исходные данные, неверная методика исследования, просчет эксперта). Здесь же следует отметить и вторую сторону медали. Очевидно, что судебно-медицинские экспертизы в силу своего содержания будут наполнены специфичной медицинской терминологией. Однако следует разграничивать возможные злоупотребления экспертами своими знаниями и реальную сложность описываемой ситуации, когда описать ее более простым языком просто не представляется возможным. При подобных действиях со стороны экспертов складывается следующая картина: лица,

¹¹² Орлов Ю.К. Заключение эксперта и его оценка: учебное пособие. Москва: Юрист, 1995. С. 4.

обладающие специальными познаниями, делают все, чтобы лица, которые такими познаниями не обладают, не поняли смысла экспертного исследования. В свою очередь следователи принимают эти заключения без сомнений в их достоверности. При такой ситуации экспертиза и вовсе теряет всякий смысл, поскольку ей, как и любому другому доказательству, должна быть дана оценка.

Проведение судебно-медицинской экспертизы сопровождается ряд проблем. На некоторых из них мы хотели бы остановиться более подробно.

Первой проблемой является существующая на данный момент ситуация подчинения Бюро судебно-медицинских экспертиз (далее – Бюро СМЭ) территориальным органам здравоохранения. Согласно Номенклатуре медицинских организаций Бюро СМЭ рассматривается как медицинская организация особого типа¹¹³. Верность такого подхода вызывает серьезные сомнения. Во-первых, в большинстве случаев на практике Бюро СМЭ арендует помещения у больниц, соответственно, эксперты и врачи данного лечебного учреждения становятся коллегами. Во-вторых, в данном контексте нам представляется неверным по сути своей делегирование полномочий по проведению исследований медицинским организациям. Отсюда вытекает вторая проблема – наличие внутриведомственной корпоративности у врачей. В условиях, когда преступление совершает врач, а экспертизу по его расследованию проводит его коллега, сложно говорить об объективном результате экспертизы и качественном исследовании. Учитывая специфичность такой отрасли как медицина, составить «грамотное» экспертное заключение, снабженное сложной для понимания медицинской терминологией, для получения необходимых экспертных выводов не составит никакого труда. Возможным выходом из ситуации может послужить привлечение к оценке заключения СМЭ специалистов, которые, согласно требованиям УПК РФ, имеют право давать заключения. Заставляют задуматься и слова кандидата юридических наук, В.Н. Флоря: «в Российской Федерации также убедились в

¹¹³ Об утверждении номенклатуры медицинских организаций [Электронный ресурс] : приказ Минздрава России от 06.08.2013 № 529н // Справочная правовая система «КонсультантПлюс». Режим доступа: <http://www.consultant.ru> (дата обращения: 23.01.2019).

недостаточной объективности ведомственной судебно-медицинской экспертизы, но там уже принимаются какие-то меры по более надежной защите прав пациентов, пострадавших от отечественной медицины. В Пермской области России, например, нашли выход в том, что суды поручают проведение судмедэкспертиз не местным бюро СМЭ, а судебно-экспертным учреждениям федерального подчинения. В результате в этой области пациенты выиграли 80 процентов дел по искам к медицинским учреждениям, чего не наблюдалось при прежней, по сути ведомственной, экспертизе»¹¹⁴.

Здесь же затрагивается еще одна проблема, связанная с имеющейся внутриведомственной корпоративностью врачей. Зачастую практически невозможно исключить ситуацию знакомства подозреваемого в совершении преступления врача и лица, проводившего экспертизу. Врачебная корпорация по сути своей ничем не отличается от корпорации юристов, строителей, художников. Люди, трудящиеся в одной сфере, обучавшиеся в одном учебном заведении, с большой долей вероятности могут быть знакомы друг с другом. И вновь в таком случае говорить об объективности и независимости экспертного заключения не приходится. По словам начальника бюро СМЭ Томской области С.Ю. Кладова: «очень часто возникает сложность в проведении судебно-медицинской экспертизы по отношению к врачам. Затягиваются сроки. Причина одна – на формирование независимой экспертной комиссии уходит по нескольку месяцев. Очень трудно найти в маленьком Томске, где практически каждый практикующий врач если не выпускник СибГМУ, то коллега по работе, не заинтересованного в итоговых результатах эксперта»¹¹⁵. Помочь могло бы назначение экспертизы в другой регион страны: туда, где лицо, предположительно совершившее преступление, и лицо, проводящее экспертизу, точно никак не смогут взаимодействовать. На практике же

¹¹⁴ Флоря В. Н. Рецензия на монографию члена-корреспондента РАМН, профессора Ю. Д. Сергеева и кандидата медицинских наук Ю. В. Бисюка «Ненадлежащее оказание экстренной медицинской помощи (экспертно-правовые аспекты). Научно-практическое руководство» // Медицинское право. 2008. № 3. С. 60–61.

¹¹⁵ Сучков А. В. Проблемы назначения и проведения судебно-медицинских экспертиз при расследовании профессиональных преступлений, совершенных медицинскими работниками // Вятский медицинский вестник. 2009. № 2–4. С. 82–83.

защитнику бывает весьма сложно добиться провести судебную экспертизу в другом субъекте нашей страны, поскольку для этого нет никаких действительно эффективных механизмов, к тому же срок проведения такой экспертизы может существенно затянуться. В качестве одного из решений указанных проблем предлагается создание Федеральной экспертной службы, находящейся в подчинении у Министерства юстиции РФ. Это позволило бы избежать или хотя бы минимизировать возможную ситуацию наличия заинтересованности у эксперта в том или ином результате экспертизы. Вопрос о создании такого специализированного органа обсуждался на протяжении нескольких лет. Неоднократно подобная инициатива высказывалась А.И. Бастрыкиным. Представители медицинского сообщества, среди которых президент Союза медицинского сообщества «Национальная Медицинская Палата» Леонид Рощаль, выступали решительно против данного нововведения, указывая на возможные необоснованные случаи привлечения врачей к уголовной ответственности. Несмотря на напряженность отношений, складывающихся между этими двумя сообществами, определенные формы их взаимодействия все же присутствуют. Например, в феврале 2019 года председателем Следственного комитета РФ А.И. Бастрыкиным министру здравоохранения РФ В.И. Скворцовой было направлено письмо «Криминалистическая характеристика преступлений, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи и медицинских услуг» для использования в работе с целью предупреждения преступлений в медицинской сфере ¹¹⁶. Еще одной попыткой взаимодействия с Министерством здравоохранения России стала инициатива Следственного комитета РФ о незамедлительном сообщении лечебными учреждениями о любом случившемся в их стенах факте смерти. Вполне ожидаемо, данное предложение не встретило одобрения со стороны медицинского сообщества, по статистике в 2015 г. из разного рода медицинских учреждений в следственный орган поступило всего

¹¹⁶Криминалистическая характеристика преступлений, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи и медицинских услуг: письмо председателя Следственного комитета РФ Александра Бастрыкина. Режим доступа: <https://sledcom.ru> (дата обращения: 02.05.2019).

111 сообщений, еще 1 026 - в орган внутренних дел, остальные 2 638 сообщений поступили от граждан¹¹⁷.

Проблемным вопросом является и определение сроков проведения судебно-медицинской экспертизы, поскольку законодательно они не закреплены¹¹⁸. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 12.05.2010 № 346н «Об утверждении Порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации»¹¹⁹ не содержит конкретных сроков, устанавливая при этом процедуру организации и производства судебно-медицинских экспертиз. В п. 5 общих положений рассматриваемого приказа закреплено, что «срок производства экспертизы исчисляется со дня поступления в государственное судебно-экспертное учреждение постановления или определения о назначении экспертизы и прилагаемых к нему объектов и материалов, необходимых для проведения экспертизы и выдачи экспертного заключения, по день окончания оформления экспертного заключения и его подписания исполнителем (исполнителями)». При этом сроки производства экспертиз при расследовании врачебных преступлений даже всего затянуты, в большинстве случаев превышая два месяца¹²⁰. Подобный срок вполне понятен, поскольку рассматриваемая категория экспертиз отличается большой сложностью и носит комиссионный характер¹²¹. Часто по делу назначаются повторные или дополнительные экспертизы в связи с недостаточностью или

¹¹⁷ Божченко А.П., Исмаилов М.Т., Никитин И.М. Состав преступления как фактор, определяющий подлежащие доказыванию обстоятельства, и предмет судебно-медицинской экспертизы по делам о правонарушениях медицинских работников // Медицинское право. 2018. № 2. С. 7.

¹¹⁸ Кокорев Р.А. Использование медицинских знаний в расследовании преступлений против личности : дис. ... канд. юрид. наук. Москва, 2017.

¹¹⁹ Об утверждении Порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации: приказ Минздравсоцразвития РФ от 12.05.2010 № 346н [Электронный ресурс] // Справочная правовая система «КонсультантПлюс». Режим доступа: <http://www.consultant.ru> (дата обращения: 30.04.2019).

¹²⁰ Перепечина И.О., Смирнова Д.В., Купряшина Н.А., Перепечин Д.В. Современное состояние проблемы разработки криминалистической характеристики преступлений, совершенных медицинскими работниками против жизни и здоровья // Проблемы выявления и расследования преступлений в сфере оказания медицинских услуг: материалы Всероссийского научно-практического круглого стола (Санкт-Петербург, 15.04.2016). Москва: Академия Следственного комитета Российской Федерации, 2016. С. 83-85.

¹²¹ Кладов С. Ю., Глухова М. Д., Голдина Е. Б. Анализ «Врачебных» дел по материалам Томского областного бюро судебно-медицинской экспертизы [Электронный ресурс] // Вестник Томского государственного университета. 2006. №292-II. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/analiz-vrachebnyh-del-po-materialam-tomskogo-oblastnogo-byuro-sudebno-meditsinskoj-ekspertizy> (дата обращения: 30.04.2019).

противоречивостью выводов первичной экспертизы, что также способствует затягиванию сроков. В случае назначения экспертизы в другой регион, как нами отмечалось ранее, срок ожидания ее проведения может составлять несколько месяцев, а то и лет, в то время как срок давности привлечения к уголовной ответственности по большинству из рассмотренных нами преступлений не превышает двух лет. В данном случае у защитника возникает дилемма – пытаться добиться назначения экспертизы в другой регион, рискуя пропуском срока для привлечения к уголовной ответственности, либо же проводить экспертизу по месту совершения преступления, которая с определенной долей вероятности будет содержать предвзятые выводы экспертов.

Сложности возникают и при составлении списка вопросов, поставленных на разрешение эксперта. Некоторые из них вообще не входят в его компетенцию и не требуют наличия специальных знаний в области медицины (например, имеется ли причинная связь между деянием врача и смертью больного). Разрешаться такие вопросы должны не путем экспертизы, а с помощью проведения определенных следственных действий (например, допросов свидетелей, осмотра места происшествия, документов и т.д.)¹²². Одинаково негативно отражается на результате экспертизы как недостаточность вопросов, так и их избыток. При минимальном перечне вопросов практически неизбежно назначение повторной экспертизы, что, опять же, влияет на сроки расследования. В свою очередь множество избыточных вопросов, носящих дублирующий характер и зачастую имеющих весьма опосредованное отношение к делу, могут дезориентировать эксперта относительно главных вопросов, поставленных на разрешение. Кроме того, за ответами на множество вопросов легко скрыть истинное положение вещей, выбирая удобные формулировки, укладывающиеся в версию медиков. Необходимость деятельного участия эксперта в обнаружении и закреплении

¹²² Серова Е. Б., Воронкова О. А. К вопросу о необходимости назначения повторных судебно-медицинских экспертиз по уголовным делам о ятрогенных преступлениях // Криминалистика. 2016. № 2 (19). С. 52.

подлежащих доказыванию обстоятельств при таких обстоятельствах сводится на нет.

Для проведения качественного исследования эксперту должна быть предоставлена различного рода медицинская документация: врачебные заключения, выписки, медицинскую карту больного и прочее. Согласно ч. 2 ст. 5 Федерального закона от 27.07.2006 № 149-ФЗ «Об информации, информационных технологиях и о защите информации» информация в зависимости от категории доступа к ней подразделяется на общедоступную информацию, а также на информацию, доступ к которой ограничен федеральными законами (информация ограниченного доступа). Перечень сведений конфиденциального характера утвержден Указом Президента РФ от 06.03.1997 № 188, в числе которых названа и врачебная тайна. Исходя из содержания п.п. 1 и 2 ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» врачебную тайну составляют сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении. При этом в п.п. 3 п. 4 указывается, что разглашение этих данных без согласия пациента или его законного представителя допускается по запросу органов следствия и суда в связи с проводимым расследованием по уголовному делу или судебным разбирательством. Ключевым моментом здесь является срок предоставления документации медицинским учреждением. Неограниченный доступ врачей к медицинским документам в данной ситуации представляет собой серьезную проблему. В таких условиях врачу не составит никакого труда заполнить карту амбулаторного больного или историю болезни, что называется, «задним числом», внести туда недостоверные данные, «обеляющие» его при возможных обвинениях в совершении преступления. По опыту обращения в медицинские организации, думается, каждый из нас хотя бы раз отмечал, что ведение документации в больницах оставляет желать много лучшего. Медицинская карта больного может представлять собой весьма плачевное зрелище:

выпадающие страницы, заполненные нечитаемым почерком врача, листочки, подклеенные на случай, если страницы в карте закончатся (что еще раз подтверждает ту легкость, с которой в подобного рода «документ» могут быть внесены различного рода исправления, дописки).

Нарушения в заполнении документации могут проявляться самым различным образом. Например, ссылаясь на ограниченное время приема, необходимость срочного оказания медицинской помощи, отсутствие помощи врачу со стороны медицинской сестры, медики могут просто не заполнять медицинские документы, не внося туда данные о состоянии пациента, проведенных исследованиях и назначенном лечении. В иных случаях медицинская карта больного может быть заполнена, но весьма скудно. Например, при описании состояния больного врач ограничился общими расплывчатыми формулировками. Таким образом, при оформлении документации можно наблюдать как дефекты ее оформления (записи ведутся небрежно, зачастую они плохо читаемы, нарушается их хронологический порядок), так и дефекты содержания (неконкретные описания симптомов, несодержательный анамнез). По нашему мнению, оправданий подобному поведению врачей нет. Даже в случае оказания экстренной медицинской помощи, заполнение медицинской документации должно производиться в обязательном порядке, например, после проведения необходимых манипуляций. В первую очередь это поможет обезопасить самих врачей от необоснованных обвинений в совершении преступлений. Говоря о проведении осмотра документов или их выемки, следует отметить, что данные следственные действия должны производиться как можно скорее, на самых ранних стадиях расследования для того, для предотвращения возможности уничтожения и фальсификации документов, имеющих важное доказательственное значение.

Еще одной особенностью, которую мы бы хотели отметить, является круг привлекаемых специалистов для проведения экспертизы. Согласно п. 93 Приказа Минздравсоцразвития РФ от 12.05.2010 № 346н «Об утверждении

Порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации» к производству комиссионных и комплексных экспертиз по делам о привлечении к ответственности медицинских работников за профессиональные правонарушения могут привлекаться эксперты-врачи соответствующих специальностей. Это происходит далеко не всегда. В результате могут остаться без ответов целый ряд вопросов, требующих внимания именно врача определенной специализации. Например, установлена причина смерти в ходе патологоанатомического исследования в виде острого инфаркта миокарда. При этом причина заболевания в рамках танатологического исследования установлена быть не может. Поэтому к проведению экспертизы необходимо привлечение врача-кардиолога или кардиохирурга, способного дать полную оценку состояния пациента до наступления смерти.

Проблемы проведения судебно-медицинских экспертиз для российского законодателя не остаются незамеченными. 12 марта 2019 года Президент РФ В.В. Путин выступил с инициативой законопроекта, который позволит Следственному комитету РФ проводить судебные экспертизы. Данный проект направлен на совершенствование правового регулирования организации и производства судебной экспертизы Следственным комитетом Российской Федерации, в том числе судебно-медицинских экспертиз. Подобная инициатива, несмотря на внешнюю привлекательность, может быть весьма опасна для медицинского сообщества. Безусловно, с принятием указанного законопроекта произойдет ослабление ведомственного медицинского контроля, однако возникает вопрос, способны ли эксперты СК РФ проводить такие сложные по своей сути судебно-медицинские экспертизы?

Президент Федеральной палаты адвокатов РФ Ю.С. Пилипенко, давая комментарий к правовой позиции адвокатского сообщества по данному вопросу, указал, что расширение полномочий СК вызывает у представителей адвокатуры большую и обоснованную настороженность. Многие адвокаты полагают, что введение экспертных подразделений в структуру СК «приведет к

умалению основной гарантии – независимости экспертной деятельности». Думается, единственно правильным и наиболее эффективным вектором развития судебно-экспертной деятельности является полное выведение всех экспертных учреждений из ведомственной подчиненности в автономное образование.

Подводя итог, хотелось бы отметить, что проведение судебно-медицинских экспертиз по «врачебным» делам имеет ряд проблем. Специфика исследуемой отрасли, сложность предмета доказывания по подобной категории дел, зависимость эксперта от медицинских учреждений и неквалифицированность в данных вопросах следователя ведут к затягиванию сроков расследования и назначению повторных экспертиз. Именно поэтому необходима модернизация имеющейся системы подчиненности Бюро СМЭ Министерству здравоохранения РФ, в частности, необходимо рассмотреть возможность передачи полномочий по проведению судебно-медицинских экспертиз автономному учреждению. Требуется законодательная инициатива по урегулированию вопроса проведения судебно-медицинской экспертизы по особо сложным категориям дел в другие регионы, поскольку на данный момент этот момент регламентирован лишь ведомственными актами Следственного комитета РФ, и крайне обрывочно. Необходимым представляется и привлечение специалистов для оценки результатов СМЭ, поскольку следователи не имеют специальных знаний и неспособны оценить каким-либо образом экспертизу, кроме дублирования ее выводов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проблемы при расследовании медицинских преступлений, безусловно, существуют. В ходе проведенного исследования выяснено, что качество как самого расследования преступлений, связанных с некачественным оказанием медицинской помощи, так и судебных приговоров по данной категории дел, оставляет желать много лучшего. Законодательство в исследуемой сфере далеко от совершенства и не содержит некоторых понятий, необходимых для возможности качественного расследования «медицинских» преступлений. В первую очередь, на законодательном уровне необходимо закрепить понятие врачебной ошибки.

Сложности возникают и при квалификации деяний, совершаемых врачами. Внушительный перечень статей, по которым возможно привлечение врачей к уголовной ответственности, тем не менее, не содержит нормы, предусматривающей ответственность медицинского работника за причинение вреда здоровью пациента или смерти. Думается, это упущение законодателя в скором времени будет устранено, уже рассматриваются соответствующие предложения по внесению в Уголовный кодекс РФ специальных норм.

Относительно особенностей расследования преступлений, связанных с некачественным оказанием медицинской помощи, следует отметить следующее. Возникающие проблемы, безусловно, связаны со специфичностью медицинской деятельности, обусловленной невозможностью точного просчета результата манипуляций, непредсказуемостью процессов, протекающих в организме человека, сложностью проводимых медицинских мероприятий. Для уяснения существа оказания медицинской помощи, возможных последствий лечения, мало познаний следователя. Необходимо привлечение лица, обладающего специальными знаниями в исследуемой области (специалиста). Важным источником доказательств является и судебно-медицинская экспертиза. Однако при оценке полученных таким образом данных следует учитывать имеющуюся внутриведомственную корпоративность медицинских работников, которая частую приводит к необъективности со стороны лиц,

выступающих в уголовном процессе в качестве свидетелей, экспертов и специалистов. Часто врачи пользуются специфичностью своей сферы деятельности, психологическим состоянием людей, обращающихся за помощью и вариативностью исхода лечения (как заявляют сами врачи, «медицина не математика, просчет здесь невозможен»), поэтому в случае возникновения внештатных ситуаций истинное положение вещей установить весьма проблематично. Сложности возникают и при проведении иных следственных действий (осмотра, выемки документов), поскольку порядок их проведения четко не регламентирован, в условиях неограниченного доступа врачей к медицинской документации это может повлечь фальсификацию документов.

Отдельно хотелось бы отметить, что мы с благодарностью и пониманием относимся к труду врачей. Данное исследование не носит цели поддержания необоснованных преследований врачей. Напротив, по мнению автора, правовая проработка исследуемого вопроса необходима, и послужит на благо в первую очередь, самим врачам. Добросовестных специалистов она защитит в правах, а низкоквалифицированных естественным образом исключит из врачебного сообщества, дабы не «бросать тень» на коллег.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

Нормативные правовые акты

1. Конституция Российской Федерации [Электронный ресурс] : офиц. текст ред. 21.07.2014 // Собрание законодательства РФ. – 2014 – № 31. – Ст. 4398.
2. Криминалистическая характеристика преступлений, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи и медицинских услуг [Электронный ресурс] : письмо председателя Следственного комитета РФ Александра Бастрыкина. – Режим доступа : <https://sledcom.ru>.
3. О введении в действие Уголовного Кодекса Р.С.Ф.С.Р. [Электронный ресурс] : постановление ВЦИК от 01.06.1922 ред. от 25.08.1924 // Справочная правовая система «КонсультантПлюс». – Режим доступа: <http://www.consultant.ru>.
4. О внесении изменений в статью 40 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» по вопросам клинических рекомендаций [Электронный ресурс] : федер. закон от 25.12.2018 № 489-ФЗ. – Режим доступа: <http://government.ru/activities/selection/301/32385>.
5. О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации [Электронный ресурс] : федер. закон от 31.05.2001 № 73-ФЗ ред. от 08.03.2015 // Справочная правовая система «КонсультантПлюс». Режим доступа: <http://www.consultant.ru>.
6. О некоторых мерах по реформированию Министерства внутренних дел Российской Федерации [Электронный ресурс] : указ Президента Российской Федерации от 18.02.2010 № 208 // Справочная правовая система «КонсультантПлюс». – Режим доступа: <http://www.consultant.ru>.

7. О переходе органов и учреждений здравоохранения Российской Федерации на международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра [Электронный ресурс] : приказ Минздрава России от 27.05.1997 №170 // Справочная правовая система «КонсультантПлюс». – Режим доступа: <http://www.consultant.ru>.

8. О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации [Электронный ресурс] : приказ Минздрава России от 21.03.2003 № 109 // Справочная правовая система «КонсультантПлюс». – Режим доступа: <http://www.consultant.ru>.

9. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации [Электронный ресурс] : федер. закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (последняя редакция) // Справочная правовая система «КонсультантПлюс». – Режим доступа: <http://www.consultant.ru>.

10. Об утверждении номенклатуры медицинских организаций [Электронный ресурс] : приказ Минздрава России от 06.08.2013 № 529н // Справочная правовая система «КонсультантПлюс». – Режим доступа: <http://www.consultant.ru>.

11. Об утверждении Основ законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении : закон СССР от 19.12.1969 № 4589-VII ред. от 22.05.1990 [Электронный ресурс] // Справочная правовая система «КонсультантПлюс». – Режим доступа: <http://www.consultant.ru>.

12. Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «урология» [Электронный ресурс] : приказ Минздрава России от 12.11.2012 № 907н // Справочная правовая система «КонсультантПлюс». – Режим доступа: <http://www.consultant.ru>.

13. Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «терапия» [Электронный ресурс] : приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 923н // Справочная правовая система «КонсультантПлюс». – Режим доступа: <http://www.consultant.ru>.

14. Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «детская эндокринология» [Электронный ресурс] : приказ Минздрава России от 12.11.2012 № 908н // Справочная правовая система «КонсультантПлюс». – Режим доступа: <http://www.consultant.ru>.

15. Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию [Электронный ресурс] : приказ ФФОМС от 01.12.2010 № 230 ред. от 22.02.2017 // Справочная правовая система «КонсультантПлюс». – Режим доступа: <http://www.consultant.ru>.

16. Об утверждении Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека [Электронный ресурс] : постановление Правительства РФ от 17.08.2007 № 522, ред. от 17.11.2011. // Справочная правовая система «КонсультантПлюс». – Режим доступа: <http://www.consultant.ru>.

17. Письмо Следственного комитета Российской Федерации от 01.02.2019 № Исх. ск-226/1-3267-19/84 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.tfoms.e-burg.ru/documents/6388/?type=special>.

18. Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации: федер. закон от 18.12.2001 № 174-ФЗ ред. от 05.12.2017 // Собрание законодательства РФ. – 2001. – № 52. – Ч. I. – Ст. 4921.

19. Уголовный кодекс Российской Федерации: федер. закон от 13.06.1996 № 63-ФЗ ред. от 07.02.2017 // Собрание законодательства РФ. – 1996. – № 25. – Ст. 2954.

Специальная литература

20. Акопов, А. Л. Хирургический опросник безопасности: от идеи к практическому применению / А. Л. Акопов, Г. Т. Бечвая, А. А. Абрамян, Е. В. Лоцман // Вестник хирургии. – 2016. – № 4. – Режим доступа :

<https://cyberleninka.ru/article/n/hirurgicheskiy-oprosnik-bezopasnosti-ot-idei-k-prakticheskomu-primeneniyu>.

21. Акопов, В. И. Правовые аспекты оказания медицинской помощи в условиях обоснованного риска / В. И. Акопов // Северо-Кавказский юридический вестник. – 2000. – №2. – С. 47–53.

22. Бажанов, Н. О. Медико-правовые аспекты информированного добровольного согласия / Н. О. Бажанов, Н. С. Иваненко // Здравоохранение РФ. – 2012. – № 6. – С. 52–54.

23. Беянинова, Ю. В. Комментарий к Федеральному закону от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (постатейный) [Электронный ресурс] / Ю. В. Беянинова, Т. С. Гусева, Н. А. Захарова, Л. В. Савина, Н. А. Соколова, Ю. В. Хлистунов // Справочная правовая система «КонсультантПлюс». Режим доступа: <http://www.consultant.ru>.

24. Бенедиктов, И. И. Происхождение диагностических ошибок : в помощь врачу / И. И. Бенедиктов. – Свердловск, 1977. – 199 с.

25. Бердичевский, Ф. Ю. Уголовная ответственность медицинского персонала за нарушение профессиональных обязанностей / Ф. Ю. Бердичевский. – Москва : Юридическая литература, 1970. – 128 с.

26. Блинов, А. Г. Уголовно-правовая охрана пациента в международном и зарубежном законодательстве / А. Г. Блинов. – Москва : Юрлитинформ, 2010. – 168 с.

27. Блинов, А. Г. Понятие и система норм о преступлениях против прав и свобод пациента / А. Г. Блинов // Вестник Саратовской государственной академии права. – 2010. – №2. – С. 188–195.

28. Блинов, А. Г. Уголовно-правовая охрана пациента и ее системное обеспечение на законодательном уровне / А. Г. Блинов // Системность в уголовном праве : материалы II Российского Конгресса уголовного права. – Москва, 2007. – С. 65–68.

29. Блинов, А. Г. Уголовно-правовая охрана прав пациента / А. Г. Блинов. – Саратов : Изд-во ГОУВПО «Саратовская государственная академия права», 2004. – 288 с.

30. Божченко, А. П. Состав преступления как фактор, определяющий подлежащие доказыванию обстоятельства, и предмет судебно-медицинской экспертизы по делам о правонарушениях медицинских работников / А. П. Божченко, М. Т. Исмаилов, И. М. Никитин // Медицинское право. – 2018. – № 2. – С. 7–11.

31. Божченко, А. П. Ятрогения: содержание понятия в медицине и юриспруденции / А. П. Божченко // Медицинское право. – 2016. – № 5. – С. 8–12.

32. Бондаренко, Д. В. К вопросу о юридической ответственности медицинских работников / Д. В. Бондаренко // Медицинское право. – 2006. – №4. – С.41–46.

33. Вагнер, Е. А. Раздумья о врачебном долге / Е. А. Вагнер. – Пермь : Пермское книжное издательство, 1986. – 220 с.

34. Вернадский, Ю. И. Классификация причин и меры профилактики грубых ошибок и тяжелых осложнений в практике хирургов-стоматологов / Ю. И. Вернадский, Г. П. Вернадская // Тез. VI съезда стоматологов УССР. – Полтава, 1984. – С. 113–114.

35. Вертепова, Т. А. К вопросу об уголовно-правовой охране человеческого эмбриона / Т. А. Вертепова // Общество и право. – 2014. – № 4. – С. 91–93.

36. Виноградов, А.З. Юридическая квалификация медицинских правонарушений / А. З. Виноградов, В. А. Рыков // Медицина в Кузбассе. – 2004. – № 3. – С. 31–33.

37. Винокурова, М. А. Оказание медицинской помощи ненадлежащего качества: научное и юридическое содержание понятия / М. А. Винокурова // Вестник ННГУ. – 2017. – № 5. – С. 79–84.

38. Воропаев, А. В. Некоторые аспекты уголовной ответственности медицинских работников за причинение смерти по неосторожности при исполнении профессиональных обязанностей / А. В. Воропаев, Ю. С. Исаев, И. В. Воропаева, В. П. Новоселов, А. А. Протасевич // Сибирский медицинский журнал. – 2007. – № 3. – С. 113–115.
39. Галюкова, М. И. Профессиональные преступления медицинских работников: современное состояние проблемы / М. И. Галюкова // Криминологический журнал Байкальского государственного университета экономики и права. – 2007. – № 3–4. – С. 37–41.
40. Гиляревский, С. А. Диалектический материализм и медицинская диагностика / С. А. Гиляревский, К. Е. Тарасов. – Москва : Медицина, 1973. – 248 с.
41. Громов, А. Г. Права, обязанности и ответственность медицинских работников / А. Г. Громов. – Москва : Медицина, 1976. – 168 с.
42. Громов, А. П. Врачебная деонтология и ответственность медицинских работников / А. П. Громов. – Москва : Медицина, 1969. – 78 с.
43. Грохольский, А. П. Врачебные ошибки в стоматологии / А. П. Грохольский, М. Л. Заксон, В. И. Сердюков, И. Н. Корбелецкий. – Киев : Здоров'я, 1994. – 221 с.
44. Грошев, А. В. Ответственность за неоказание помощи больному / А. В. Грошев, Е. В. Епифанова // Вестник КРУ МВД России. – 2017. – № 2 (36). – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/otvetstvennost-za-neokazanie-pomoschi-bolnomu>.
45. Давыдовский, И. В. Врачебные ошибки / И. В. Давыдовский // Советская медицина. – 1941. – №3. – С. 3–10.
46. Дронова, Ю.А. Об объекте преступлений, в сфере медицинской деятельности / Ю.А. Дронова // Медицинское право. – 2005. – № 3. – С. 31-33.
47. Дудка, О. Ф. Юридическая ответственность медицинских работников. Досудебная и судебная практика по делам о профессиональных

нарушениях в ЛПУ Томской области / О. Ф. Дудка // Сибирский медицинский журнал. – 2013. – №4. – С.115–121.

48. Ецко, К. Рецензия на монографию доцента академии МВД Республики Молдова В. Флоря «Уголовная ответственность за врачебные преступления» / К. Ецко // Медицинское право. – 2006. – №3.

49. Зайратьянц, О. Болезни, порожденные врачом [Электронный ресурс] / О. Зайратьянц, Л. Кактурский, А. Верткин, Е. Вовк // Медицинская газета. – Режим доступа: <http://www.mgzt.ru/article/960>.

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

51. Иванова, В. Г. Обстоятельства, подлежащие установлению при расследовании преступлений, совершенных медицинскими работниками в процессе профессиональной деятельности / В. Г. Иванова // Известия Саратовского университета. – 2009. – №9. – С. 86–88.

52. Исаков, С. В. Современный подход к лечению хронических форм периодонтитов [Электронный ресурс] / С. В. Исаков, Т. И. Исакова // Вісник проблем біології і медицини. – 2014. – № 2. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennyy-podhod-k-lecheniyu-hronicheskikh-form-periodontitov>.

53. Караванов, Г. Г. Индивидуально-психологические особенности личности врача-хирурга / Г. Г. Караванов, В. В. Коршунова. – Львов : Медицина, 1974. – 152 с.

54. Карамзин, Н. М. История государства Российского / Н. М. Карамзин. – Москва : Эксмо, 2018. – 1024 с.

55. Кладов, С. Ю. Анализ «Врачебных» дел по материалам Томского областного бюро судебно-медицинской экспертизы [Электронный ресурс] / С. Ю. Кладов, М. Д. Глухова, Е. Б. Голдина // Вестник Томского государственного университета. – 2006. № 292-II. – Режим доступа:

<https://cyberleninka.ru/article/n/analiz-vrachebnyh-del-po-materialam-tomskogo-oblastnogo-byuro-sudebno-meditsinskoj-ekspertizy>.

56. Кобликов, А. С. Виды доказательств // Курс советского уголовного процесса: Общая часть / А. С. Кобликов; под ред. А. Д. Бойкова, И. И. Карпеца. – Москва : Юридическая литература, 1989. – С. 590–591.

57. Ковалев, А. В. Порядок проведения судебно-медицинской экспертизы и установления причинно-следственных связей по факту неоказания или ненадлежащего оказания медицинской помощи : методические рекомендации / А. В. Ковалев. – Москва, 2015. – 28 с.

58. Коробеев, А. И. Неоказание помощи больному / А. И. Коробеев // Криминологический журнал Байкальского государственного университета экономики и права. – 2007. – № 1–2. – С. 35–39.

59. Косолапова, Н. В. Медицинская услуга: правовые аспекты / Н. В. Косолапова // Научные труды РАЮН. Выпуск 14: в 2 т. – Т. 2. – Москва : Юрист, 2014. – С. 116–120.

60. Крылова, Н. Е. Уголовное право и биоэтика: проблемы, дискуссии, поиск решений / Н. Е. Крылова. – Москва : ИНФРА-М, 2006. – 320 с.

61. Куранов, В. Г. Развитие медицинского законодательства в России в советский и современный период / В. Г. Куранов // Пермский медицинский журнал. – 2013. – № 6. – С. 133–139.

62. Курс уголовного права. Общая часть. Том 1: Учение о преступлении / Под ред. Н. Ф. Кузнецовой, И. М. Тяжковой. – Москва, 2002.

63. Лудупова, Е. Ю. Врачебные ошибки. Литературный обзор / Е. Ю. Лудупова // Вестник Росздравнадзора. – 2016. – №2. – С. 6–15.

64. Майданик, Л. Ответственность медицинских учреждений за ненадлежащее лечение / Л. Майданик // Советская юстиция. – 1967. – № 16. – С. 12 – 13.

65. Мамонтов, Д. Ю. Субъект неоказания помощи больному / Д.Ю. Мамонтов // Труды Юридического факультета Ставропольского государственного университета. – Вып. 18. –Ставрополь, 2008. – С. 58–63.

66. Марковин, И. В. К вопросу о судебной ответственности врачей / И. В. Марковин // Судебно-медицинская экспертиза. – 1928. – № 8. – С. 81–95.
67. Мирский, М. Медицина Древней Руси / М. Мирский, Н. Богоявленский. – Москва : Родина, 2018. – 416 с.
68. Михайлова, Е. П. Биомедицинская этика: теории, принципы и проблемы / Е. П. Михайлова, А. Н. Бартко. – Москва : Изд-во ММСИ, 1999. – 270 с.
69. Мохов, А. А. Врачебная ошибка как актуальная проблема судебной практики / А. А. Мохов, И. Н. Мохова // Медицинское право. – 2004. – № 2. – С. 21–24.
70. Некачалов, В. В. Ятрогения (патология диагностики и лечения) : учебное пособие для врачей / В. В. Некачалов. – Санкт-Петербург, 1998. – 42 с.
71. Новомбергский, Н. Врачебное строение в допетровской Руси / Н. Новомбергский – Томск : Паровая типо-лит. Сиб. т-ва печ. дела, 1907. – 504 с.
72. Новоселов, В. П. Ответственность работников здравоохранения за профессиональные правонарушения / В. П. Новоселов. – Новосибирск : Наука, 1998. – 231 с.
73. Огарков, И. Ф. Врачебные правонарушения и уголовная ответственность за них / И. Ф. Огарков. – Ленинград : Медицина, 1966. – 196 с.
74. Орлов, Ю. К. Заключение эксперта и его оценка: учебное пособие / Ю. К. Орлов. – Москва : Юрист, 1995. – 64 с.
75. Пашинян, А. Г. Анализ неблагоприятных исходов при оказании дерматовенерологической помощи / А. Г. Пашинян // Медицинское право. – 2004. – №2. С. 46–51.
76. Перепечина, И. О. Современное состояние проблемы разработки криминалистической характеристики преступлений, совершенных медицинскими работниками против жизни и здоровья / И. О. Перепечина, Д. В. Смирнова, Н. А. Купряшина, Д. В. Перепечин // Проблемы выявления и расследования преступлений в сфере оказания медицинских услуг : материалы Всероссийского научно-практического круглого стола (Санкт-Петербург,

15.04.2016) / Под общ. ред. А. М. Багмета. – Москва : Академия Следственного комитета Российской Федерации, 2016. – С. 81–90.

77. Печникова, О. Г. К вопросу о правовом регулировании врачевания в Древней Руси / О. Г. Печникова // Вестник Удмуртского университета. Серия «Экономика и право». – 2013. – № 2. – Режим доступа : <https://cyberleninka.ru/article/n/k-voprosu-o-pravovom-regulirovanii-vrachevaniya-v-drevney-rusi>.

78. Пискун, А. И. Субъект неоказания помощи больному / А. И. Пискун // «Черные дыры» в Российском законодательстве. – 2009. – № 1. – С. 124–126.

79. Полшакова, А. С. Бездействие как обязательный признак объективной стороны преступления неоказание помощи больному / А. С. Полшакова, А. М. Плешаков // Вестник Московского университета МВД России. – 2018. – № 5. – С. 115–118.

80. Понкина, А. А. Врачебная ошибка в контексте защиты прав пациентов / А. А. Понкина. – Москва : Консорциум специалистов по защите прав пациентов, 2012. – 200 с.

81. Пристансков, В. Д. Методологические проблемы установления причинно-следственной связи при расследовании неосторожных преступлений, совершаемых медицинскими работниками / В. Д. Пристансков // Вестник Санкт-Петербургского государственного университета. Серия 14. Право. – 2015. – №3. – С. 87–99.

82. Пристансков, В. Д. Основы формирования криминалистической теории расследования ятрогенных преступлений / В.Д. Пристансков // Вестник Санкт-Петербургского государственного университета. Серия 14. Право. – 2015. – № 4. – С. 57–70.

83. Ригельман, Р. Как избежать, врачебных ошибок. Книга практикующих врачей / Р. Ригельман. – Москва : Практика, 1994. – 208 с.

84. Рокицкий, М. Р. Ошибки и опасности в хирургии детского возраста / М. Р. Рокицкий. – Ленинград : Медицина, 1979. – 182 с.

85. Рыбакова, Е. О. Организационно-правовые основы системы советского здравоохранения: автореф. дис. ... канд. юрид. наук / Е. О. Рыбакова. – Саратов, 2010. – 18 с.
86. Рыков, В. А. О патологоанатомической экспертизе дефектов медицинской помощи и их правовых последствий / В. А. Рыков // Проблемы экспертизы в медицине. – 2002. – № 5. – С.15–17.
87. Сапожников, П. Денис Проценко: в 70-х годах прошлого века действовала совершенно другая парадигма больных / П. Сапожников // Московская медицина. – 2018. – № 6. – С. 8–12.
88. Сергеев, В. В. Профессиональные ошибки медицинских работников: проблемы правового обоснования / В. В. Сергеев // Медицинское право. – 2004. – № 4. – С. 45–50.
89. Серова, Е. Б. К вопросу о необходимости назначения повторных судебно-медицинских экспертиз по уголовным делам о ятрогенных преступлениях / Е. Б. Серова, О. А. Воронкова // Криминалистика. – 2016. – № 2(19). – С. 49–55.
90. Смагин, М. Грядет эра медицинского права / М. Смагин // Медицинский вестник. – 2007. – №19–20.
91. Стеценко, С. Г. Врачебная ошибка и несчастные случаи в практике работ учреждений здравоохранения: правовые аспекты / С. Г. Стеценко // Эксперт-криминалист. – 2006. – №2. – С. 28–31.
92. Стеценко, С. Г. Дефекты оказания медицинской помощи: проблемы юридической квалификации и экспертизы / С. Г. Стеценко // Российский следователь. – 2002. – № 5. – С.7–11.
93. Стеценко, С. Г. Медицинское право: учебник / С. Г. Стеценко. – Санкт-Петербург : Юридический центр Пресс, 2004. – 572 с.
94. Судебная медицина и судебно-медицинская экспертиза: национальное руководство / Под ред. Ю. И. Пиголкина. – Москва : ГЭОТАР – Медиа, 2014. – 728 с.

95. Сучков, А. В. Анализ дефиниций понятий «Врачебная ошибка», «Ятрогения», «Дефект оказания медицинской помощи» как цель установления обстоятельств, подлежащих доказыванию по профессиональным преступлениям, совершенным медицинскими работниками / А. В. Сучков // Вятский медицинский вестник. – 2010. – №2. – С.70–78.

96. Сучков, А. В. Правовые проблемы взаимоотношения медицинских работников и пациентов при совершении медиками профессиональных правонарушений / А. В. Сучков // Вятский медицинский вестник. – 2008. – №3, 4. – С. 77–80.

97. Сучков, А. В. Проблемы назначения и проведения судебно-медицинских экспертиз при расследовании профессиональных преступлений, совершенных медицинскими работниками / А. В. Сучков // Вятский медицинский вестник. – 2009. – № 2-4. – С. 82–87.

98. Сучков, А. В. Проблемы назначения судебной экспертизы: Материалы Международной научно-практической конференции «Инновации в государстве и праве России» / А. В. Сучков. – Нижний Новгород : Изд-во ННГУ, 2008. – С. 652–658.

99. Сучкова, Т. Е. К вопросу о квалифицирующих признаках врачебной ошибки / Т. Е. Сучкова // Медицинское право. – 2014. – № 6. – С. 41–44.

100. Сучкова, Т. Е. К вопросу о необходимости определения правовых критериев врачебной ошибки / Т. Е. Сучкова // Вестник Вятского государственного университета. – 2014. – №3. – С. 112–121.

101. Тимофеев, И. В. Качество медицинской помощи и безопасность пациентов: медико-организационные, правовые и деонтологические аспекты / И. В. Тимофеев. – Санкт-Петербург : ДНК, 2014. – 224 с.

102. Трунов, И. Л. Врачебная ошибка, преступление, проступок / И. Л. Трунов // Человек: преступление и наказание. – 2010. – 1 (68). – С. 34–41.

103. Уголовное право. Особенная часть : учебник для вузов по направлению «Юриспруденция» / Сиб. федер. ун-т, Юрид. ин-т ; отв. ред. И. В. Шишко. – Москва : Проспект, 2016. – 747 с.

104. Фарбер, Е. В. Социологические и правовые аспекты ошибок, совершаемых врачами и пациентами / Е. В. Фарбер, Ю. Д. Сергеев, Р. В. Шурупова // Социология медицины. – 2015. – № 2. – С. 16–19.

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

106. Флоря, В. Н. Рецензия на монографию члена-корреспондента РАМН, профессора Ю. Д. Сергеева и кандидата медицинских наук Ю. В. Бисюка «Ненадлежащее оказание экстренной медицинской помощи (экспертно-правовые аспекты). Научно-практическое руководство» / Н. В. Флоря // Медицинское право. – 2008. – № 3. – С. 60–61.

107. Фролов, Я. А. О правовых проблемах врачебной (медицинской) ошибки / Я. А. Фролов, Л. В. Канунникова, Е. В. Фролова // Медицинское право. – 2003. – №2. – С. 22–23.

108. Червонных, Е. В. Криминализация врачебных ошибок / Е. В. Червонных // Криминологический журнал Байкальского государственного университета экономики и права. – 2010. – № 12. – С. 36–44.

109. Чупрына, П. С. Уголовная ответственность медицинских работников за нарушение ими профессиональных обязанностей / П. С. Чупрына // Вестник Томского государственного университета. – 2009. – № 320. – С. 143–145.

110. Щепельков, В. Ф. Анализ судебно-следственной практики применения статьи 238 УК РФ (Производство, хранение, перевозка либо сбыт товаров и продукции, выполнение работ или оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности) [Электронный ресурс] / В. Ф. Щепельков, С. М. Оленников, Я. П. Скоробогатько. – Режим доступа : <http://pravoprim.spbu.ru/yurisprudentsiya/zashchita-prav-grazhdan/item/427-analiz-sudebno-sledstvennoj-praktiki-primeneniya-stati-238-uk-rf-proizvodstvo-khranenie-perevozka-libo-sbyt-tovarov-i-produktsii-vypolnenie-rabot-ili-okazanie-uslug-ne-otvechayushchikh-trebovaniyam-bezopasnosti>.

111. Щепельков, В. Ф. Доказывание причинной связи и вины по делам об ятрогенных преступлениях: комментарий к одному случаю / В. Ф. Щепельков, Н. Г. Стойко // Вестник Санкт-Петербургского государственного университета. Серия 14. Право. – 2015. – №4. – С.84–93.

112. Эдель, Ю. П. Врачебные ошибки и ответственность врача (на судебно-медицинском материале) : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Ю. П. Эдель. – Харьков, 1957. – 22 с.

113. Bumke O. Der Arzt als Ursache seelischer / O. Bumke // Deutsche Medizinische Wochenschrift. – 1925. – № 51 (1). – S. 3.

Интернет-ресурсы

114. «Зона права» открыла федеральную «горячую линию» по врачебным ошибкам [Электронный ресурс] // Зона права. – Режим доступа :http://zonaprava.com/events/zona-prava-otkryla-federalnuyu-goryachuyu-liniyu-po-vrachebnym-oshibkam/?sphrase_id=43601.

115. Врачебная ошибка. Добросовестное заблуждение или преступление? [Электронный ресурс] // Сибирское медицинское обозрение. – 2001. – № 2. – Режим доступа : <https://cyberleninka.ru/article/n/vrachebnaya-oshibka-dobrosovestnoe-zabluzhdenie-ili-prestuplenie>.

116. Доклад Рабочей группы по защите эмбриона и плода человека Руководящего комитета по биоэтике Совета Европы [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=09000016803113e8>.

117. Доносы на коллег – это болезненная тема». Как (некоторые!) врачи в России борются с профессиональными ошибками [Электронный ресурс] // Медуза. – Режим доступа: <https://meduza.io/feature/2017/09/06/donosy-na-kolleg-eto-boleznennaya-tema-kak-nekotorye-vrachi-v-rossii-boryutsya-s-professionalnymi-oshibkami>

118. Замостьянов, А. Медицинская трагедия: как дело врачей стало возможным [Электронный ресурс] / А. Замостьянов // Известия. – 2019. – 13 января. – Режим доступа: <https://iz.ru/833168/arsenii-zamostianov/meditsinskaia-tragediia-kak-delo-vrachei-stalo-vozmozhnym>.

119. Здравоохранение в России – 2017 : статистический сборник [Электронный ресурс]. – Режим доступа : http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru.

120. Международная классификация болезней МКБ-10 [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://www.mkb10.ru>.

121. Практическое руководство по использованию контрольного перечня ВОЗ по хирургической безопасности [Электронный ресурс] // Всемирная организация здравоохранения. – Режим доступа: <https://www.who.int/ru>.

122. УК предлагается дополнить уголовной ответственностью медработников [Электронный ресурс] // Адвокатская газета. – Режим доступа <https://www.advgazeta.ru>.

Акты судебных органов и судебная практика

123. Обзор Красноярского краевого суда от 24.04.2006 «Обзор практики рассмотрения судами Красноярского края споров, связанных с ненадлежащим оказанием медицинских услуг» [Электронный ресурс] // Справочная правовая система «КонсультантПлюс». Режим доступа: <http://www.consultant.ru>.

124. Приговор Вуктыльского городского суда Республики Коми от 26.10.2018 по делу № 1-45/2018 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://sudact.ru>.

125. Приговор Жуковского районного суда Калужской области от 29.05.2017 по делу № 1-1-67/2017 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.sud-praktika.ru>.

126. Приговор Йошкар-Олинского городского суда Республики Марий Эл от 11.09.2012 по делу № 1-775/2012 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://sudact.ru>.

127. Приговор Каменского городского суда Алтайского края от 21.04.2009 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://docs.pravo.ru>.

128. Приговор Кировского районного суда г. Казани от 18.12.2017 по делу № 1-359/2017. – Режим доступа: <https://sudact.ru>.

129. Приговор Ковровского городского суда Владимирской области от 16.07.2015 по делу № 1-301/2015 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://sudact.ru>.

130. Приговор Котласского городского суда Архангельской области от 11.10.2018 по делу № 1-251/2018 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://sudact.ru>.

131. Приговор Красногорского городского суда Московской области от 23.12.2011 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://docs.pravo.ru>.

132. Приговор Курганского городского суда Курганской области от 31.10.2012 по делу № 1-970/2012 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://sudact.ru>.

133. Приговор Ленинского районного суда г. Кемерово от 26.06.2017 по делу № 1-50/2017 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.sud-praktika.ru>.

134. Приговор Мичуринского городского суда Тамбовской области от 14.04.2016 по делу № 1-364/2015 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://sudact.ru>.

135. Приговор Октябрьского районного суда г. Белгорода от 24.03.2016 по делу № 1-102/2016 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://sudact.ru>.

136. Приговор Тобольского городского суда Тюменской области от 13.12.2017 по делу № 1-277/2017 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://sudact.ru>.

137. Приговор Узловского городского суда Тульской области от 26.09.2018 по делу № 1-38/2018 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://sudact.ru>.

138. The European Court of Human Rights. Judgment of 17 January 2002. Calvelli and Ciglio v. Italy. Application no. 34864/05 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://hudoc.echr.coe.int/>

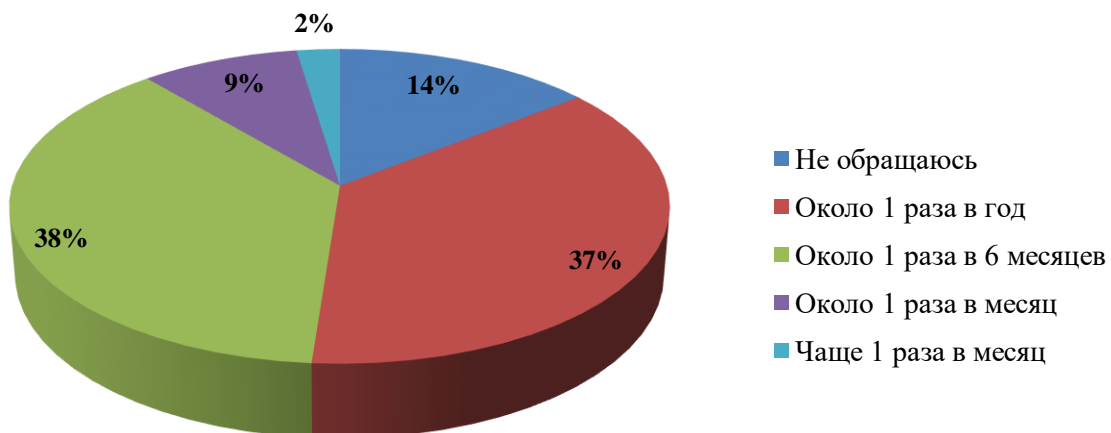
139. The European Court of Human Rights. Judgment of 23 March 2010. Oyal v. Turkey. Application no. 32967/96 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://hudoc.echr.coe.int/>

140. The European Court of Human Rights. Judgment of 23 8 July 2004. Vo v. France. Application no. 53924/00 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://hudoc.echr.coe.int/>

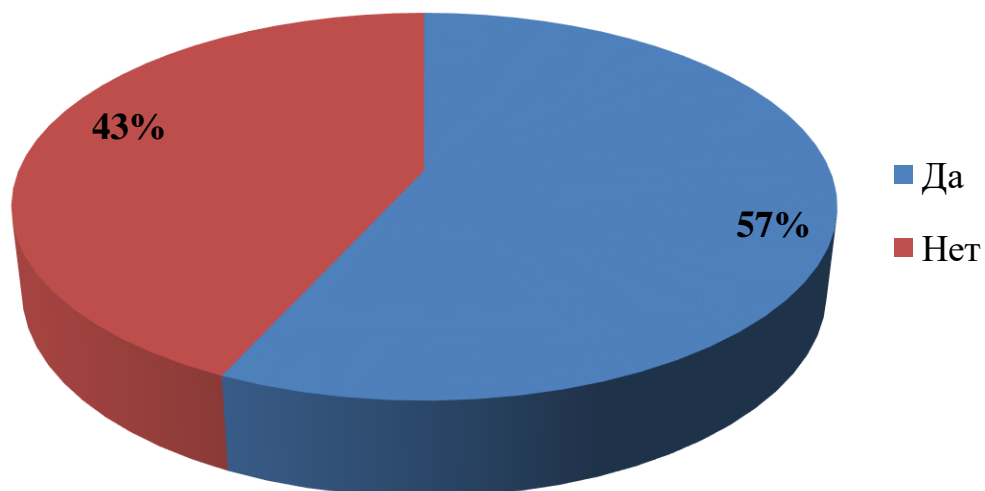
141. The European Court of Human Rights. Judgment of 27 September 1995. McCann and Others v. the United Kingdom. Application no. 18984/91 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://hudoc.echr.coe.int/>

ПРИЛОЖЕНИЕ А

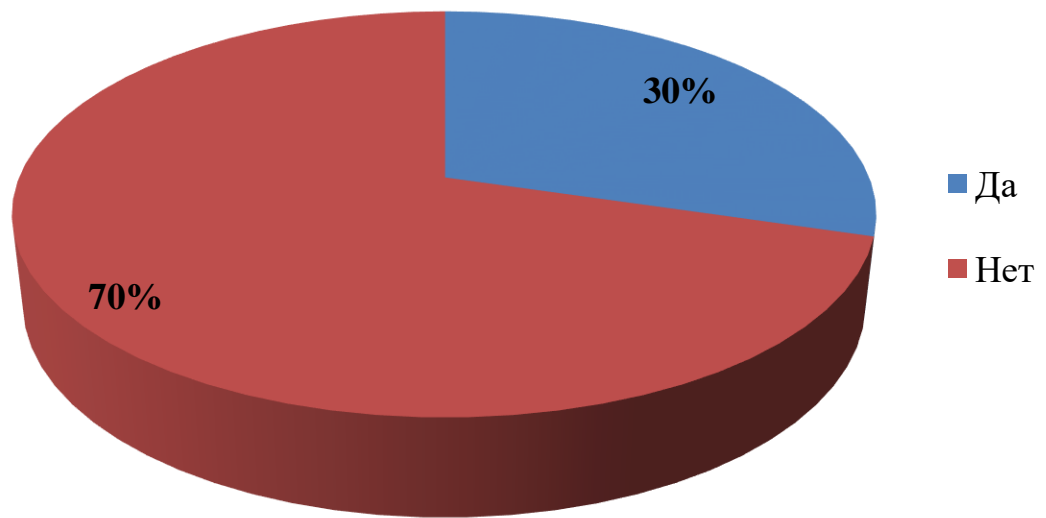
Как часто вы обращаетесь за медицинской помощью?



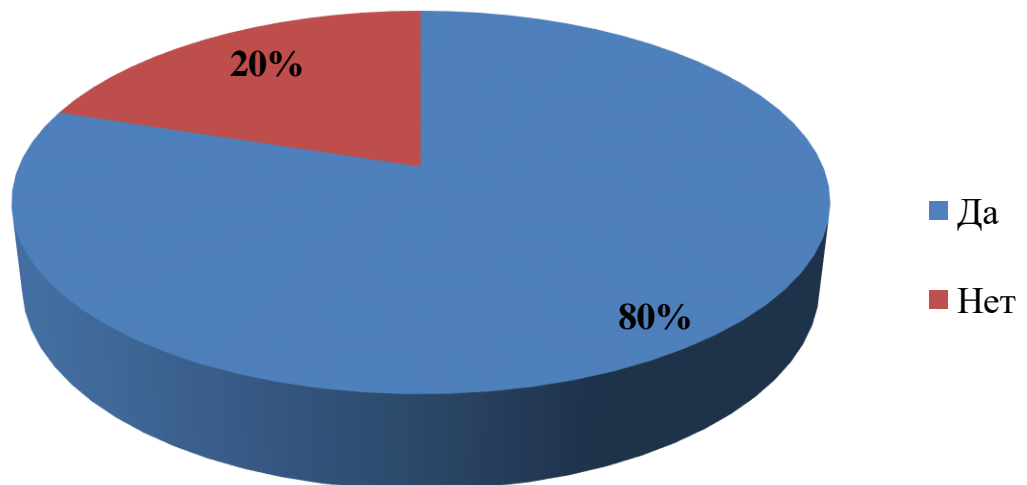
Довольны ли вы, как правило, качеством оказанной медицинской помощи?



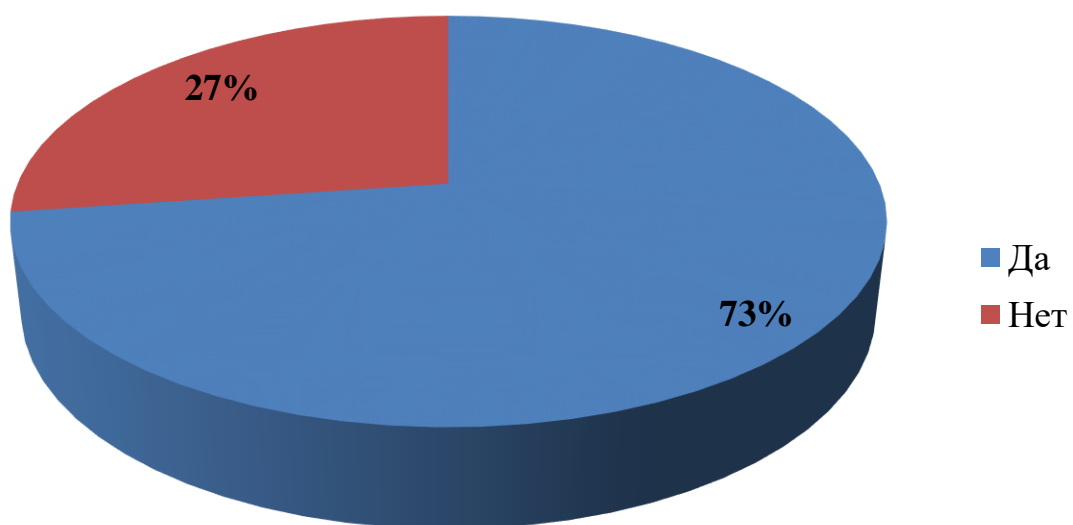
При обращении за медицинской помощью, всегда ли врач ставил вам точный диагноз?



Сталкивались ли вы с врачебными ошибками при оказании вам медицинской помощи?



Считаете ли вы необходимым введение уголовной ответственности за врачебные ошибки?



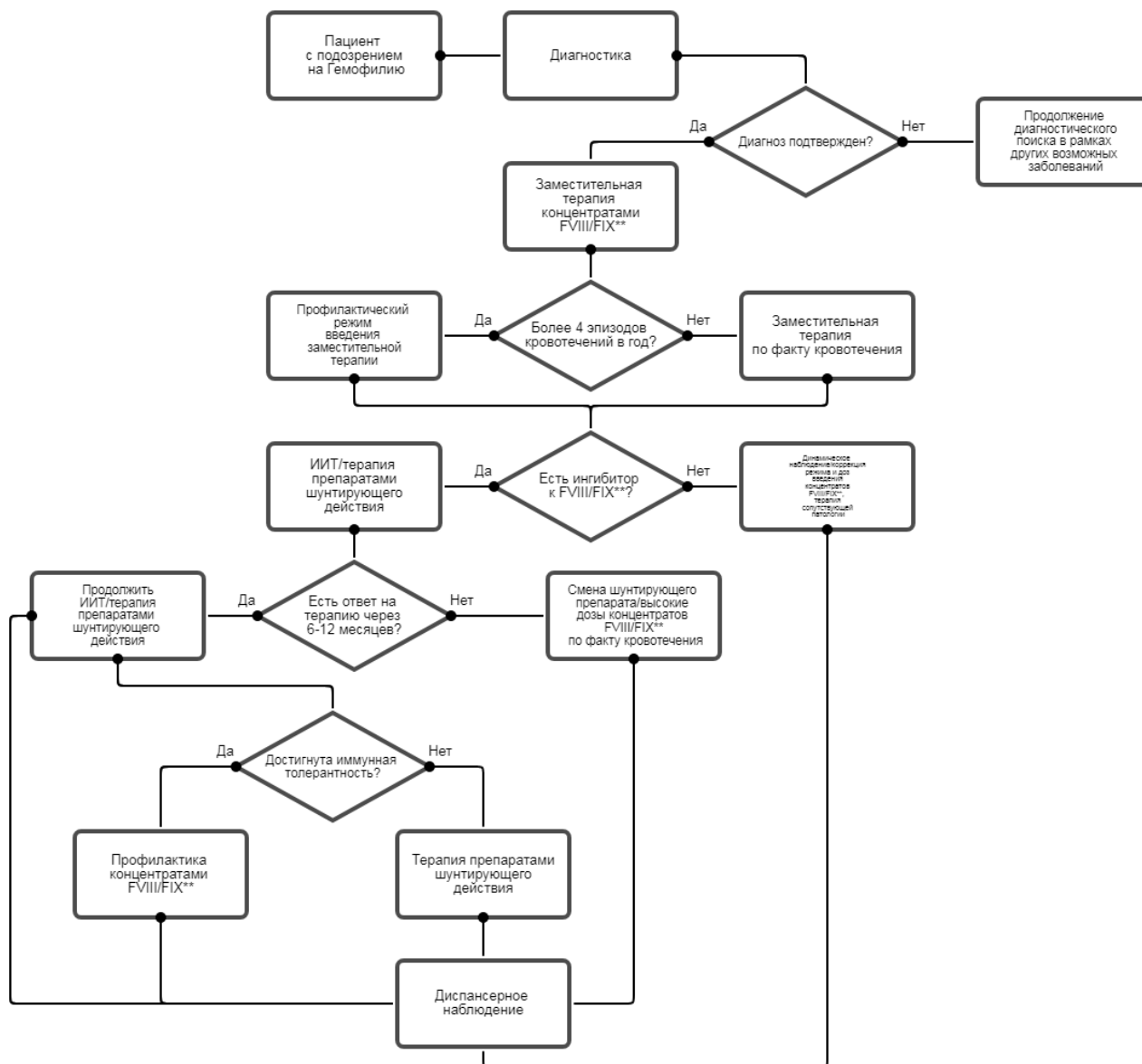
ПРИЛОЖЕНИЕ Б

Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при кишечных инфекциях

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено измерение массы тела	Да/Нет
2.	Выполнена оценка синдрома дегидратации по шкале Clinical Dehydration Scale	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не позднее 24 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
4.	Выполнена оценка гематокрита	Да/Нет
5.	Выполнено бактериологическое исследование кала и/или определение бактерий в кале методом полимеразной цепной реакции и/или определение бактерий в кале серологическими методами	Да/Нет
6.	Выполнено определение вирусов в кале методом полимеразной цепной реакции и/или определение вирусов в кале серологическими методами	Да/Нет
7.	Выполнено микроскопическое исследование кала на простейшие	Да/Нет
8.	Выполнена оральная регидратация, с использованием глюкозо-солевых растворов (в зависимости от возраста и типа дегидратации)	Да/Нет
9.	Выполнен расчет объема инфузионной терапии в случае проведения инфузионной терапии	Да/Нет
10.	Выполнена терапия лекарственными препаратами группы кишечные адсорбенты	Да/Нет
11.	Проведена терапия противомикробными лекарственными препаратами (при инвазивных диареях средней степени тяжести и тяжелой степени тяжести заболевания и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
12.	Достигнута нормализация характера стула и кратности дефекации на момент выписки из стационара	Да/Нет

ПРИЛОЖЕНИЕ В


Алгоритм ведения пациента с гемофилией



ПРИЛОЖЕНИЕ Г

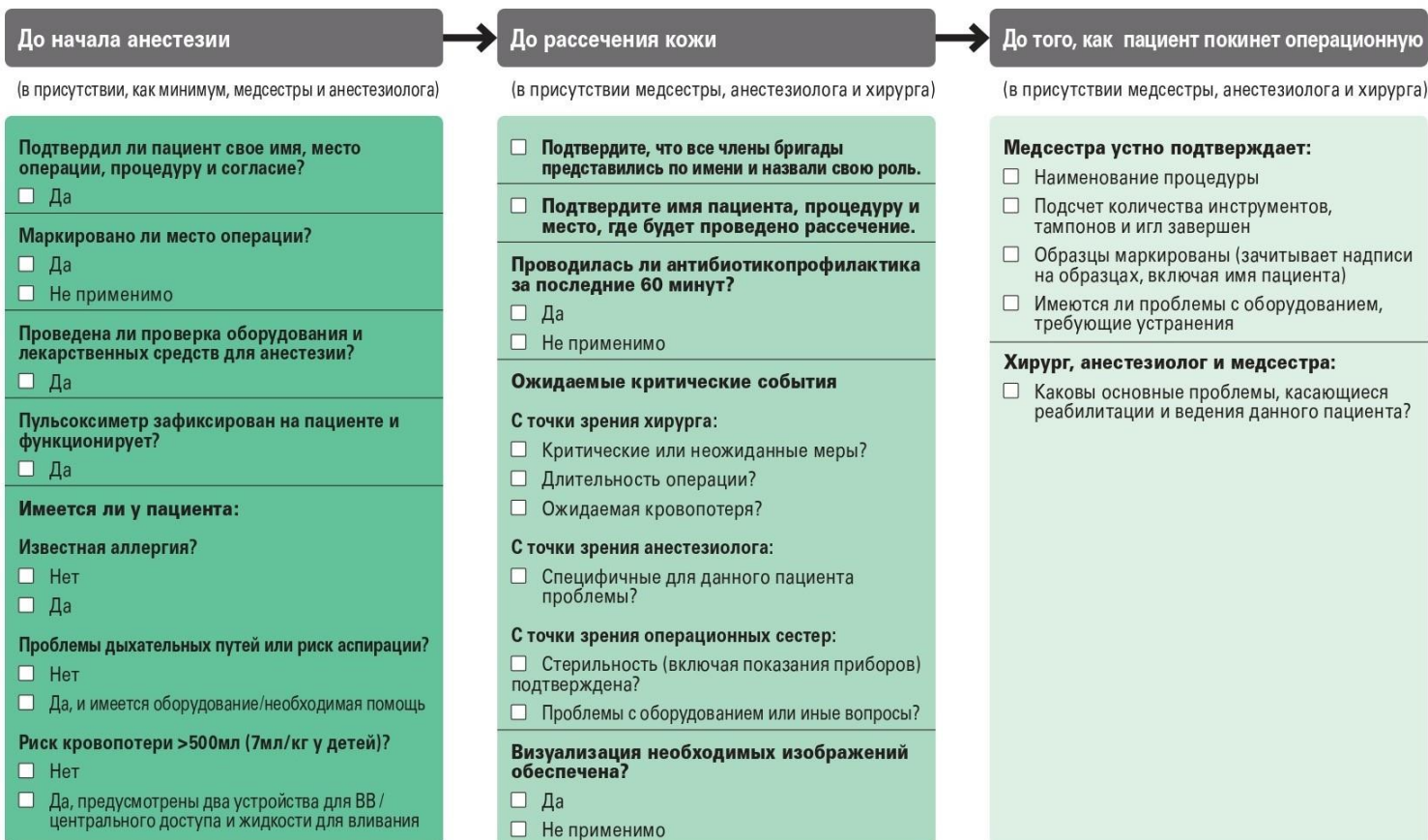
Контрольный перечень мер по обеспечению хирургической безопасности ВОЗ

Контрольный перечень мер по обеспечению хирургической безопасности



Всемирная организация здравоохранения

Безопасность пациентов
Всемирный альянс за более безопасную медицинскую помощь



Данный контрольный перечень не является всеобъемлющим. Возможны добавления и изменения с учетом местной практики.

Пересмотрено 1 / 2009 г.

© ВОЗ, 2009 г.

ПРИЛОЖЕНИЕ Д

Критерии оценки качества медицинской помощи при гемофилии, включенные в Клинические рекомендации по данному заболеванию

№	Критерии качества	Уровень достоверности доказательств	Уровень убедительности рекомендаций
1.	Выполнен осмотр врачом-гематологом	V	D
2.	Выполнено общий (клинический) анализ крови с определением количества тромбоцитов	V	D
3.	Выполнена коагулограмма (активированное частичное тромбопластиновое время, протромбиновое время, тромбиновое время, концентрация фибриногена (по Клауссу) и подсчет количества тромбоцитов)	V	D
4.	Выполнено определение активности факторов свертывания крови VIII и FIX	V	D
6.	Проведена молекулярно – генетическая диагностика нарушений фактора свертывания крови VIII, фактора свертывания крови IX	I	A
7.	Проведена заместительная терапия концентратами факторов свертывания крови в соответствии с выявленным дефицитом	I	A
8.	Достигнуто купирование геморрагического синдрома	III	B
9.	Проведена гемостатическая терапия компонентами крови (при отсутствии специфических лекарственных препаратов, при наличии медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	I	A
10.	Достигнута положительная динамика клинических проявлений геморрагического синдрома у пациента в течение 24 часов от начала терапии	V	D
11.	Достигнуто клиническое улучшение состояния пациента	V	D