

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**
(Н И У « Б е л Г У »)

ЮРИДИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ

КАФЕДРА АДМИНИСТРАТИВНОГО ПРАВА И ПРОЦЕССА

**ОСОБЕННОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ПРЕСТУПЛЕНИЙ
МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В
БЕЛГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ.**

Выпускная квалификационная работа
обучающегося по специальности 40.04.01 Юриспруденция.
магистерская программа «Правовое регулирование отношений
в сфере здравоохранения»
заочной формы обучения, группы 01001566
Пирожкова Игоря Вениаминовича

Научный руководитель:
к.ю.н., доцент кафедры
административного прав и
процесса
Внукова В.А.

Рецензент:

БЕЛГОРОД 2017

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ПРАВОНАРУШЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ.....	9
1.1. История оценки правонарушений медицинских работников.....	9
1.2. Правовая оценка ответственности за преступления совершенные в сфере здравоохранения.....	16
1.3. Система предупреждения должностных преступлений в сфере здравоохранения	28
1.4. Понятие качества оказания медицинской помощи	35
ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ.....	45
ГЛАВА 3. АНАЛИЗ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ В СВЯЗИ С ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ.....	46
3.1. Анализ судебно-медицинских экспертиз по материалам дел о нарушениях медицинских работников.....	47
3.2. Анализ вопросов, разрешаемых при назначении судебно-медицинских экспертиз о преступлениях медицинских работников	50
3.3. Анализ выводов в Заключениях экспертов.....	59
3.4. Схема формулировки вопросов в случаях профессиональных правонарушений медицинских работников	70
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	72
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.....	76

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы работы.

Российская Федерация является демократическим государством, что закреплено в Конституции РФ. В ч. 2 ст. 7 Конституции закреплено, труд и здоровье человека охраняются государством, все граждане страны обладают правом на медицинскую помощь (ст. 41 Конституции РФ).

Качественное оказание медицинской помощи и демографические показатели неразрывно связаны между собой. Общая, материнская и младенческая смертность, рождаемость и др., находятся под особым вниманием Правительства РФ, Министерства здравоохранения России и Росздравнадзора. Недобросовестное исполнение профессиональных обязанностей медицинским работником, влечет за собой право граждан на медицинскую помощь и посягает на жизнь и здоровье человека.

В работах судебно-медицинских экспертов проблема профессиональных правонарушений медицинских работников часто изучается без учета особенностей юридической ответственности. В последнее время особо уделяется внимание на уголовно-правовых аспектах по так называемым "врачебным" делам медицинских работников. Вопросы права не всегда правильно квалифицируются, довольно часто противоречиво. Роль судебно-медицинской экспертизы и предъявляемые к ней научные и процессуальные требования в судопроизводстве постоянно растут.

Немало проблем, в случае привлечения к уголовной ответственности медицинских сотрудников в случае некачественного оказания медицинской помощи, возникает в правоприменительной практике. Сложности расследования данных преступлений и их юридической квалификации обусловлены спецификой медицинской деятельности. Вот здесь важную роль играет судебно-медицинская экспертиза.

Результаты проведения комплексных или комиссионных экспертиз по "врачебным делам" не всегда однозначны, экспертизы постоянно

усложняются, за счет роста участвующих в них экспертов клинического профиля, само количество экспертиз продолжает расти. При проведении такого рода экспертиз остается проблема длительности проведения экспертиз, что связано с организационно-процессуальными проблемами их проведения. В таких случаях в состав экспертной комиссии привлекаются высококвалифицированные постоянно практикующие клинические специалисты, практикующих в медицинских учреждениях, либо в системе высшего профессионального образования не входящие в штат бюро. Причем надо отметить, что эти эксперты привлекаются самостоятельно следователями либо судом, через гражданско-правовые договора. Экспертные исследования ими выполняются за пределами рабочего времени.

Объект работы

Общественные отношения, регулируемые нормами уголовного права, определяющие ответственность за совершение профессиональных преступлений медицинскими работниками, направленных против жизни и здоровья граждан.

Предмет работы

Совокупность правовых норм регулирующих общественные отношения, складывающиеся при ненадлежащем оказании медицинской помощи, практика применения законодательства в данной сфере, история, современный опыт и практика проведения экспертных исследований при оценки случаев профессиональных преступлений медицинских работников против жизни и здоровья граждан.

Цель работы

Определить надлежащую медико-правовую квалификацию профессиональных деяний медицинских работников в случаях преступлений против жизни и здоровья для установления уголовной или гражданской

ответственности. Установление поводов назначения экспертиз, анализ вопросов и выводов экспертных исследований.

Задачи работы

1. Провести анализ комиссионных и комплексных судебно-медицинских экспертиз, выполненных в отделе сложных экспертиз в ОГБУЗ "Белгородское бюро судебно-медицинской экспертизы" за 2016 год.

2. Установить причины для назначения судебно-медицинских экспертиз по уголовным и гражданским делам по преступлениям, совершаемым медицинскими работниками.

3. Дать правовую оценку ответственности за преступления совершенные в сфере здравоохранения

4. Проанализировать систему предупреждения должностных преступлений в сфере здравоохранения

5. Определить понятие качества оказания медицинской помощи

6. Определить и проанализировать вопросы, которые ставятся при выполнении судебно-медицинских экспертиз по "врачебным" делам.

7. Проанализировать выводы Заключений экспертов судебно-медицинских экспертиз по уголовным и гражданским делам в связи с профессиональными преступлениями медицинских работников против жизни и здоровья.

8. По результатам проведенного исследования предложить единую схему формулирования выводов в Заключениях экспертов.

Методологическая основа работы

В работе применялись медико-статистические (моделирование, анализ, синтез, сравнение), медико-правовые, экспертно-клинические методы исследования, проводилось изучение и обобщение отечественной практики. Совокупность использованных методов исследования, примененных в работе, обусловлена спецификой исследованных в работе вопросов.

Нормативная основа

Изучены нормы Конституции Российской Федерации, УК, УПК, ГК, ГПК, Постановления Пленума Верховного Суда РФ, решения Верховного Суда РФ и нижестоящих судов, приказы министерства здравоохранения Российской Федерации, иные правовые акты, регулирующие вопросы применения права в здравоохранении в случае совершения преступлений медицинским персоналом.

Изучены нормы Конституции Российской Федерации, Уголовный кодекс Российской Федерации (СНОСКА), УПК (СНОСКА), ГК (СНОСКА), ГПК (СНОСКА), Федеральный закон от 31.05.2001 N 73-ФЗ (ред. от 08.03.2015) "О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации", Постановления Пленума Верховного Суда РФ, в частности, Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 21.12.2010 N 28 "О судебной экспертизе по уголовным делам"(СНОСКА), Постановление Пленума ВАС РФ от 04.04.2014 N 23 "О некоторых вопросах практики применения арбитражными судами законодательства об экспертизе"¹, решения Верховного Суда РФ и нижестоящих судов, приказы министерства здравоохранения Российской Федерации, иные правовые акты, регулирующие вопросы применения права в здравоохранении в случае совершения преступлений медицинским персоналом.

Эмпирическая основа работы

Изучена и проанализирована деятельность отдела сложных экспертиз областного Государственного Бюджетного Учреждения Здравоохранения «Белгородское бюро судебно-медицинской экспертизы», экспертная деятельность Федерального бюджетного учреждения «Российский федеральный центр судебной экспертизы» при министерстве юстиции Российской Федерации, деятельность при проведении экспертиз при ненадлежащем оказании медицинской помощи. Проанализированы вопросы

¹ Постановление Пленума ВАС РФ от 04.04.2014 N 23 "О некоторых вопросах практики применения арбитражными судами законодательства об экспертизе" // Вестник ВАС РФ, N 6, июнь, 2014

правоприменительных органов, назначающих экспертизы, выводы экспертиз и суждения при исследованиях.

После изучения официальных публикаций, стенограмм заседаний, заключений по рассматриваемым вопросам, научных журнальных публикаций, изучения специальной литературы по судебной-медицинской экспертизе и юриспруденции, данных средств массовой информации сформулированы выводы и конкретные предложения.

На основе полученного анализа разработаны и научно сформулированы вопросы, которые должны быть поставлены на разрешение судебно-медицинских экспертных комиссий в случаях ненадлежащего оказания медицинской помощи, рассматриваемых в уголовном судопроизводстве. Предложена единая схема подходов к формулированию выводов в соответствии с поставленными вопросами, которые могут использоваться в правоприменительной практике формулировки вопросов перед экспертными комиссиями с целью надлежащей правовой квалификацией деяний медицинских работников в случаях профессиональных правонарушений.

Практическая значимость исследования. Полученные в работе выводы могут быть использованы при чтении курсов лекций по правовому регулированию отдельных видов врачебной деятельности, по правовому регулированию деятельности врача. Результаты исследования позволяют конкретизировать направительные документы правоприменительными органами при назначении экспертных исследований при ненадлежащем оказании медицинской помощи.

Апробация работы.

Основные положения и выводы, сформулированные в работе, отражены в публикациях автора:

1. Уголовная ответственность за профессиональные преступления, совершенные медицинскими работниками. Нравственные императивы в праве, образовании, науке и культуре. Материалы V Международного

молодежного форума 12. мая 2017 года. Белгород, 2017 – 839 с. С 72-79. Внукова В.А., Пирожков И.В.

2. Внутриведомственный контроль качества медицинской деятельности. Стоматология славянских государств: сборник трудов X Международной научно-практической конференции, посвященной 25-летию ЗАО ""ОЭЗ ВладМива" Белгород, 2017, - 424 с, с 78-82 Внукова В.А. Пирожков И.В.

Структура и объем работы

Структура и объем работы определены предметом исследования и логикой изложенного материала. Работа состоит из 3 глав, объединяющих 6 параграфов, заключения и списка используемой литературы.

Научная новизна исследования определяется тем, что представленная работа является комплексным исследованием правоприменительной практики при ненадлежащем оказании медицинской помощи сотрудниками здравоохранения. В основе исследования лежит деятельность областного Государственного Бюджетного Учреждения Здравоохранения «Белгородское бюро судебно-медицинской экспертизы».

В работе изложены проблемы установления и квалификации преступлений совершаемыми медицинскими работниками при оказании квалифицированной помощи.

Результатом исследования являются предложения по конкретизации поставленных на разрешение экспертных комиссий вопросов, дачи научно обоснованных выводов для правильной квалификации преступлений в сфере здравоохранения.

ГЛАВА 1. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ПРАВОНАРУШЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

1.1. История оценки правонарушений медицинских работников

Правовая оценка правонарушений в медицине занимает особое место в юриспруденции. Вопрос качества оказания медицинской помощи во все времена актуально в обществе и медицине. С давних времен оказание медицинской помощи, закончившаяся неблагоприятными для жизни и здоровья пациентов последствиями, была под пристальным вниманием государства.

В Руси оказание медицинской помощи (врачевание) приравнивалось к «волхованию и чародейству». В законах не было разделения на умысел и неосторожность, и врач всегда нес ответственность за неудачный исход лечения. В царском указе 1686 года врачи предупреждались, что «буде из них кто нарочно или ненарочно кого уморят, а про то сыщется и им быть казненными смертью». В Аптекарском приказе (1581 г.) Ивана Грозного, впервые появилось понятие экспертизы некачественного оказания медицинской помощи и освидетельствования пострадавших от такого лечения (прототип медицинской экспертизы).

Законы, утвержденные Петром I (Воинский артикул 1715 г., Морской устав 1720 г.) предусматривали довольно жестокие санкции для врача. Так в Морском уставе говорилось: «Ежили лекарь своим небрежением и явным презорством к больным поступит и от чего им бедство случится, то оной яко злотворец наказан будет, яко бы своими руками его убил, или какой уд отсек». Впервые появилось указание, что исследование мертвых тел в случаях неправильного лечения обязательно.

В истории российского уголовного права сыграло важное значение принятие в 1845 г. "Уложения о наказаниях уголовных и исправительных", которые вступили в силу 1 мая 1846 г и действовало до 1917 г, однако за

ненадлежащее оказание медицинской помощи конкретным наказаний не было.

В первом Советском уголовном кодексе не было отдельных статей об ответственности медицинских работников за вред, причиненный ненадлежащим оказанием медицинской помощи. Была предусмотрена ответственность за неоказание помощи больному (ст. 165), незаконное производство аборта (ст. 196), а ответственность за ненадлежащее лечение отсутствовала. В таких случаях наступала ответственность как в случае неосторожного преступления против личности (ст. 147 – убийство по неосторожности, ст. 154 – неосторожные телесные повреждения).

УК РСФСР, введенный в действие с 1 января 1927 года, оставил нормы, касающиеся уголовной ответственности медиков за ненадлежащее лечение, без существенных изменений.

В УК РСФСР 1961 г. существенного изменения в уголовно-правовой оценке «профессиональный» действий медицинских работников также не произошло. Практика работы следователей и судей показывала, что квалификация действий медицинских работников, связанных с ненадлежащим исполнением ими профессиональных обязанностей, проводилась по ст. 172 УК РСФСР 1960 г. – халатность. В случае неоказания медицинской помощи больному (ст. 128), ответственность наступала только если было установлено, что неоказание помощи имело место «без уважительных причин».

УК РФ 1996 года установил интересы личности и здоровья приоритетными. С введением его в действие уголовно-правовая оценка деяний медицинских работников, связанных с нарушением ими профессиональных обязанностей, существенно изменилась. В гл. 16 УК 1996г. установлена ответственность за неоказание помощи больному (ст. 124 УК РФ), за неисполнение, либо ненадлежащее исполнение лицом своих профессиональных обязанностей ч. 2 ст. 109 (причинение смерти), ч. 2 ст. 118 УК РФ (причинения тяжкого вреда здоровью), ч. 4 ст. 122 (заражение

ВИЧ-инфекцией). Неоказание помощи больному, рассматриваются как преступление только при причинении больному смерти, средней тяжести или тяжкого вреда здоровью (ст. 124 УК РФ).

В особенной части УК РФ установлен перечень преступлений, по признаку объекта преступных посягательств. Применительно к медицинским работникам можно выделить¹:

1) преступления против жизни, здоровья человека, против свободы и достоинства, против половой неприкосновенности и половой свободы личности (например, убийство, в том числе из милосердия, а также с целью завладения органами для трансплантации – ст. 105 УК РФ, причинение смерти по неосторожности – ст. 109 УК РФ);

2) преступления в сфере экономики, в области экономической деятельности (например, обман потребителей – ст. 200 УК РФ);

3) преступления против здоровья жителей и общественной нравственности (например, незаконное занятие частной медицинской практикой или фармацевтической деятельностью – ст. 235 УК РФ);

4) преступления против государственной власти, интересов государственной, муниципальной службы, против правосудия (например, получение взятки – ст. 290, служебный подлог – ст. 292, халатность – ст. 293 УК РФ).

В случае, если работник не предвидел возможности наступления общественно опасных последствий своих действий (бездействия), хотя при необходимой внимательности и предусмотрительности должно было предвидеть эти последствия, преступление признается совершенным по небрежности. Например - больному по ошибке вводится противопоказанная прививка.

Преступления, совершенные медицинскими работниками в зависимости от формы вины:

I. Умышленные:

¹ Леонтьев О.В. Нарушения норм уголовного права в медицине. СПб., 2002. с. 8-9

- ст. 105 УК РФ – убийство;
- ст. 111 – умышленное причинение тяжкого вреда здоровью;
- ст. 112 – умышленное причинение средней тяжести вреда здоровью;
- ст. 115 – умышленное причинение легкого вреда здоровью;
- ст. 120 – принуждение к изъятию органов или тканей человека для трансплантации;
- ст. 124 – неоказание помощи больному;
- ст. 128 – незаконное помещение в психиатрический стационар;
- ст. 137 – нарушение неприкосновенности частной жизни;
- ст. 140 – отказ в предоставлении гражданину информации;
- ст. 153 – подмена ребенка;
- ст. 200 – обман потребителя;
- ст. 235 – незаконное занятие частной медицинской или фармацевтической деятельностью;
- ст. 290 – получение взятки;
- ст. 292 – служебный подлог.

II. Неосторожные:

- ст. 109 – причинение смерти по неосторожности;
- ст. 118 – причинение тяжкого или средней тяжести вреда здоровью по неосторожности;
- ст. 293 – халатность.

Преступления против жизни и здоровья перечислены в главе 16 раздела VII Особенной части УК РФ. Таких преступных составов в УК пять, наиболее наглядно они представлены в таблице (табл. 1), предложенной Г.А. Пашиным¹.

¹ Пашиян Г.А., Ившин И.В. Профессиональные преступления медицинских работников против жизни и здоровья. М., 2006. с. 57.

*Преступления медицинских работников против жизни и здоровья по
УК РФ (1996 г.)*

Норма УК РФ	Характер действий	Форма действий	Последствия
ч. 2 ст. 109 (смерть по неосторожности)	ненадлежащее исполнение обязанностей	действие либо смешанное бездействие	смерть
ч. 2 ст. 118 (тяжкий вред здоровью по неосторожности)			тяжкий вред здоровью
ч. 4 ст. 122 (заражение ВИЧ-инфекцией)		смешанное бездействие	заражение ВИЧ-инфекцией
ч. 1 ст. 124 (неоказание помощи больному)	неисполнение обязанностей	чистое либо смешанное бездействие	вред здоровью средней тяжести
ч. 2 ст. 124 (неоказание помощи больному)			смерть, либо тяжкий вред здоровью

Анализ состава преступлений совершенных медицинскими работниками характеризует их следующим образом.

А) все эти составы преступлений касаются медицинского работника (специального субъекта), который имеет особое положение и социальную роль, благодаря его профессии.

Б) эти преступления направлены на общественные отношения, связанные с охраной личности от преступных посягательств. Наказание предусмотрено в Особенной части УК РФ в разделе VII («Преступления против личности») и главе 16 УК РФ («Преступления против жизни и здоровья»).

В) неоказание помощи больному, либо ненадлежащее исполнение медицинских обязанностей являются главным признаком объективной стороны такого преступления. Эти преступления совершаются путем бездействия, когда виновное лицо не исполняет должностные обязанности, которое оно обязано было совершить, либо совершает их с нарушениями должностных обязанностей.

Для правильной квалификации неисполнения, либо ненадлежащего исполнения медицинским работником своих обязанностей необходимо установить нарушение:

а) нормативно-правовых норм. Речь идет о порядках, стандартах оказания медицинской помощи, либо методических рекомендациях;

б) правилам медицинской помощи при конкретном заболевании или травме в соответствии с общепринятой медицинской практикой.

Г) перечисленные составы преступлений обязательно влекут опасные последствия в виде наступления смерти, тяжкого или средней тяжести вреда здоровью.

Таким образом, уголовная ответственность наступает только при наличии общественно опасных последствий и развитием прямой причинной связи. Любая другая связь, даже несмотря на обнаруженные нарушения оказания медицинской помощи, не предусматривает уголовной ответственности.

Надлежит иметь в виду, что наступление общественно опасных последствий по неосторожности, вследствие нарушения профессиональных обязанностей медиками считается, как отягчающим обстоятельством. За совершение таких преступлений возможно и дополнительное наказание в виде лишения права

занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет, что утяжеляет тяжесть уголовного наказания за такие «профессиональные» преступления медицинскими работниками. Этим подчеркивается степень их общественной опасности.

Г.А. Пашинян с соавторами считают, что «субъективная сторона всех преступлений, предусмотренных вышеуказанными составами, характеризуется виной исключительно в форме неосторожности (в виде легкомыслия или небрежности).

Нельзя предъявлять обвинения в профессиональных преступлениях медицинских работников против жизни и здоровья составов с умышленной формой вины убийство, умышленное причинение тяжкого или средней тяжести вреда здоровью, принуждение к изъятию органов или тканей человека для трансплантации и т.п.. Если преступление совершается с умыслом, направленным на убийство или причинение вреда здоровью человеку, в этих случаях не требуется исполнение в процессе причинения профессиональных обязанностей медицинским работником. Если используются медицинские знания, навыки для совершения преступления, следует квалифицировать эти действия в зависимости от конкретных обстоятельств как способ совершения преступления (например, умышленное убийство путем передозировки лекарственного средства), орудия преступления и т.д. Очевидно, что все это никакого отношения к профессиональным правонарушениям медицинских работников не имеет¹.

¹ Пашинян Г.А., Ившин И.В. Профессиональные преступления медицинских работников против жизни и здоровья. М., 2006. с. 59-60

1.2. Правовая оценка ответственности за преступления совершенные, в сфере здравоохранения.

Поступки человека могут быть правомерными или противоправными. Если поведение не соответствует требованиям норм права, возникает правонарушение. Все правонарушения можно разделить на проступки и преступления. Проступки – это дисциплинарные, административные и гражданские правонарушения. Преступления предусматриваются нормами уголовного права и являются уголовными правонарушениями, представляющими повышенную общественную опасность.

Для возникновения уголовной ответственности гражданин должен совершить действия, содержащие состав преступления, которое предусмотрено УК, при этом гражданин обязан быть дееспособным и достигшим возраста уголовной ответственности.

Уголовная ответственность – это меры принудительного характера, которые предусматриваются УК и налагаются государством на лицо, совершившее преступление путем вынесения приговора и наложения соответствующего наказания.

Состав преступления – это совокупность установленных уголовным законом признаков, определяющих общественно опасное действие, характеризуемое как преступление. Состав преступления является юридическим основанием для признания преступления. Он состоит из элементов, которые характеризуют его объективные и субъективные стороны с точки зрения объекта преступления, субъекта, объективной стороны, субъективной стороны. Признаки преступления обычно подразделяют на два типа - обязательные и дополнительные. Обязательными являются признаки, которые характерны для всех составов преступлений, а факультативные встречаются изредка.

«Только совокупность всех элементов состава преступления в целом является основанием уголовной ответственности, только все признаки

содеянного в их сочетании позволяют правильно решить вопрос о степени вины лица и необходимой мере уголовного наказания»¹

Еще профессором М.Д. Шаргородским было отмечено то, что "медицинские работники должны нести ответственность за преступления, повлекшие тяжкие последствия для потерпевшего, по статьям о преступлениях против жизни и здоровья, а не за должностные преступления".²

Между тем В.С. Орлов отмечал, что "врачи являются служащими тех или иных учреждений и занимают определенные должности. Поэтому не исключена возможность признания их должностными лицами и привлечения к ответственности за злоупотребления по статьям Уголовного кодекса, но не в связи с их профессией, а в связи с исполнением обязанностей по службе".³

В настоящее время медицинские работники, допустившие профессиональные ошибки в общем их понимании, видимо, то ли по инерции, то ли по умыслу на демонстрацию "успехов" в борьбе с коррупцией противоправно продолжают фигурировать в уголовных делах о должностных преступлениях, в том числе и как субъекты получения взятки, вне зависимости от наличия у них обязательных признаков должностного лица⁴.

Что касается самих признаков должностного лица, то данный вопрос является весьма спорным в юридической литературе уже на протяжении нескольких десятков лет.

Сложность отнесения медицинского работника к должностным лицам заключается в том, что даваемые Пленумом Верховного Суда СССР (позднее РФ) разъяснения понятия должностного лица не совсем коррелируют с конструкцией таких норм и их местоположением в Уголовном кодексе РФ.

Так, ранее согласно п. 4 Постановления Пленума Верховного Суда СССР от 30.03.1990 N 4 "О судебной практике по делам о злоупотреблении

¹ Кудрявцев В.Н. Объективная сторона преступления. 1960 г. с. 64-65

² Шаргородский М.Д. Преступления против жизни и здоровья. М.: Юридиздат, 1947. 511 с.

³ Орлов В.С. Субъект преступления по советскому уголовному праву. М.: Госюриздат, 1958. 260 с.

⁴ Назаров О.В. Еще раз о субъектах получения взятки, или Слово в защиту медиков // Адвокат. 2014. N 3. С. 44 - 55.

властью или служебным положением, превышении власти или служебных полномочий, халатности и должностном подлоге" работник, на которого было возложено помимо сугубо профессиональных обязанностей и исполнение организационно-распорядительных или административно-хозяйственных функций, в случае их нарушения мог нести ответственность за должностное преступление (например, врач - за злоупотребление полномочиями, связанными с выдачей листков нетрудоспособности или с участием в работе ВТЭК, призывных комиссий), позже Постановлением Пленума Верховного Суда РФ от 10 февраля 2000 г. N 6 "О судебной практике по делам о взяточничестве и коммерческом подкупе" данное положение было признано не действующим на территории Российской Федерации, однако уже 16 октября 2009 г. в Постановлении Пленума Верховного Суда РФ N 19 "По делам о злоупотреблении должностными полномочиями и о превышении должностных полномочий" вновь появились положения, прямо указывающие на отнесение врачей к субъекту должностных преступлений, в частности к организационно-распорядительным функциям, определяющим своим обязательным наличием статус должностного лица, были отнесены полномочия лиц по принятию решений, имеющих юридическое значение и влекущих определенные юридические последствия (например, по выдаче медицинским работником листка временной нетрудоспособности). Аналогичную позицию изложил Пленум Верховного Суда РФ в п. 35 соответствующего Постановления от 9 июля 2013 г. N 24 "О судебной практике по делам о взяточничестве и об иных коррупционных преступлениях", в котором судам было разъяснено, что предметом преступления, предусмотренного ст. 292 УК РФ (служебный подлог), субъектом которого являются наделенные соответствующими полномочиями должностные лица либо государственные служащие или служащие органа местного самоуправления, не являющиеся должностными лицами, могут быть... листки временной нетрудоспособности, медицинские книжки. Поскольку врач, на наш взгляд, государственным служащим либо

служащим органа местного самоуправления не является, можно сделать вывод о том, что он может признаваться должностным лицом.

Таким образом, становится очевидным, что Пленум под субъектами должностных преступлений, в том числе и получения взятки, признает и врачей, несмотря на то что данная группа так называемых должностных преступлений может быть совершена исключительно специальными субъектами - должностными лицами, посягающими на государственную власть, интересы государственной службы и службы в органах местного самоуправления. Это продиктовано существующими конституционными положениями и структурным расположением соответствующих норм в действующем Уголовном кодексе РФ.

С учетом изложенного представляется уместной в настоящее время констатация следующих преступлений медицинских работников, разделяющихся в зависимости от выполняемых ими функций на две группы.

1. Непосредственно связанные с дефектом оказания врачебной помощи, к которым относятся: причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей (ч. 2 ст. 109 УК РФ), причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей (ч. 2 ст. 118 УК РФ), заражение ВИЧ-инфекцией вследствие ненадлежащего исполнения своих профессиональных обязанностей (ч. 4 ст. 122 УК РФ), незаконное проведение искусственного прерывания беременности (ст. 123 УК РФ), неоказание помощи больному (ст. 124 УК РФ), незаконное осуществление медицинской деятельности или фармацевтической деятельности (ст. 235 УК РФ).

2. Преступления, связанные с функциями медика как должностного лица, а именно незаконная госпитализация в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, совершенная лицом с использованием своего служебного положения (ч. 2 ст. 128 УК РФ), злоупотребление должностными полномочиями (ст. 285 УК

РФ); нецелевое расходование бюджетных средств (ст. 285.1 УК РФ); нецелевое расходование средств государственных внебюджетных фондов (ст. 285.2 УК РФ); превышение должностных полномочий (ст. 286 УК РФ); получение взятки (ст. 290 УК РФ), служебный подлог (ст. 292 УК РФ), халатность (ст. 293 УК РФ) и некоторые другие.

В соответствии с примечанием 1 к ст. 285 УК РФ должностными лицами признаются лица, постоянно, временно или по специальному полномочию осуществляющие функции представителя власти либо выполняющие организационно-распорядительные, административно-хозяйственные функции в государственных органах, органах местного самоуправления, государственных и муниципальных учреждениях, государственных корпорациях, государственных компаниях, государственных и муниципальных унитарных предприятиях, акционерных обществах, контрольный пакет акций которых принадлежит Российской Федерации, субъектам Российской Федерации или муниципальным образованиям, а также в Вооруженных Силах Российской Федерации, других войсках и воинских формированиях Российской Федерации.

Под организационно-распорядительными функциями, в свою очередь, понимаются полномочия должностного лица, которые связаны с руководством трудовым коллективом государственного органа, государственного или муниципального учреждения (его структурного подразделения) или находящимися в их служебном подчинении отдельными работниками, с формированием кадрового состава и определением трудовых функций работников, с организацией порядка прохождения службы, применения мер поощрения или награждения, наложения дисциплинарных взысканий и т.п.

К организационно-распорядительным функциям относятся полномочия лиц по принятию решений, имеющих юридическое значение и влекущих определенные юридические последствия (например, по выдаче медицинским работником листа временной нетрудоспособности, установлению

работником учреждения медико-социальной экспертизы факта наличия у гражданина инвалидности, приему экзаменов и выставлению оценок членом государственной экзаменационной (аттестационной) комиссии).

К административно-хозяйственным функциям относятся полномочия должностного лица по управлению и распоряжению имуществом и (или) денежными средствами, находящимися на балансе и (или) банковских счетах организаций, учреждений, воинских частей и подразделений, а также по совершению иных действий (например, по принятию решений о начислении заработной платы, премий, осуществлению контроля за движением материальных ценностей, определению порядка их хранения, учета и контроля за их расходованием).¹

Таким образом, из приведенных определений функций должностного лица следует, что, к примеру, главный врач, заведующий отделением, их заместители, старшая медицинская сестра помимо профессиональных функций наделены соответственно функциями организационно-распорядительного и административно-хозяйственного порядка и потому могут признаваться должностными лицами.

Следовательно, при квалификации деяния медицинского работника (а также отнесении к одной из приведенных выше групп "медицинских преступлений") основополагающим моментом следует считать: во-первых, наличие статуса должностного лица как такового (отсутствие указанного статуса исключает наличие должностного преступления, перечисленного в группе, а во-вторых, отнесение содеянного медицинским работником - должностным лицом к реализации им организационно-распорядительной или административно-хозяйственной функции (отсутствие такой реализации также исключает наличие 2 группы "медицинских преступлений").

¹ Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 16.10.2009 N 19 "О судебной практике по делам о злоупотреблении должностными полномочиями и о превышении должностных полномочий" // Российская газета. 2009. 30 октября. N 207.

Принято считать, что объект преступления – это совокупность общественных отношений, против которых направлено преступление, с целью уничтожения или нарушения общественных отношений.

Обычно объект преступления определяется, как общественные отношения, которые охраняет УК, от причинения вреда либо реальной угрозы причинения вреда¹. При установлении объекта преступления, следует понимать, что представляет собой общественное отношение.

Перечень наиболее значимых общественных отношений установлен в ст. 2 УК РФ, которая определяет задачи УК. В первую очередь это относится к праву на охрану и свободу человека, в том числе право на жизнь (ст. 20 Конституции РФ) и охрану здоровья (ст. 41 Конституции РФ). Итак, к числу общественных отношений, направленных на охрану жизни и здоровья граждан, относятся и общественные отношения при оказании медицинской помощи.

По мнению С.А. Химченко, в рассматриваемых профессиональных преступлениях медицинских работников следует также выделять дополнительный непосредственный объект – регламентированный порядок оказания помощи больному и установленные правила оказания медицинской помощи². Основным признаком надлежащего осуществления медицинской помощи является соблюдение утвержденных правил и порядков, что и является главной профессиональной обязанностью медицинских работников. В случае наступления ответственности за "медицинские" преступления, необходимо установить прямое нарушение профессиональных обязанностей, как признак объективной стороны преступления.

Под субъектом преступления понимается гражданин, совершивший общественно опасное деяние и способный понести за это уголовную ответственность. Субъект преступления в соответствии со ст. 19 УК РФ это – вменяемый гражданин, достигший определенного законом возраста.

¹ Российское уголовное право: учебник/ отв. редактор Л.В. Иногамова-Хегай, М., 2007 г., с 113

² Химченко С.А. Преступления в области осуществления профессиональной врачебной деятельности. Дис... канд. юрид. наук. Одесса, 1990. 208 с.

Выделяют и факультативные признаки (специальный субъект), необходимые лишь для определенных составов, предусмотренных в Особенной части Уголовного кодекса.

Медицинский работник, допустивший нарушение профессиональных обязанностей, выступает в качестве специального субъекта, на который возложена обязанность по квалифицированному оказанию медицинской помощи.

Медицинский сотрудник должен иметь соответствующее образование и должностные обязанности по непосредственному оказанию конкретной медицинской помощи, конкретному гражданину. Только при наличии перечисленных составляющих, а именно образование, должностных обязанностей по непосредственному оказанию медицинской помощи в виде трудового договора – является законным основанием для признания медицинского сотрудника специальным субъектом преступления.

Для субъективной стороны преступления характерны такие признаки как вина, мотив, цель и эмоции. При этом только вина является обязательным признаком преступного деяния. Вина – это внутреннее отношение лица к совершаемому им общественно-опасному преступлению и его последствиям.

Объективная сторона состоит из 4 обязательных элементов преступления. Без объективной стороны не может быть попытки на объект преступления, нет и субъективной стороны как определенного отражения объективных признаков деяния в сознании субъекта и, наконец, отсутствует субъект преступления¹.

Объективная сторона – легче всего выявляется при совершении преступления и легче поддается расследованию. Без объективной стороны невозможно установить факт преступления, наличие или отсутствие в действиях преступника самого состава преступления.

При подозрении на преступление направленное на жизнь и здоровье человека необходимо установить, как производилось преступление

¹ *Малинин В.Б., Парфенов А.Ф.* Объективная сторона преступления. СПб., 2004, с. 7.

действием или бездействием, т.е. выяснить признаки объективной стороны. Этапы развития преступления от общественно опасного действия или бездействия, до причинения вреда образуют прямую причинную связь между действиями и итогом преступления.

Для объективной стороны характерны такие признаки как: общественно опасное действие или бездействие, опасные последствия, причинная связь между действием и последствиями, место, время, способ, средства, орудия и обстановка совершения преступления.

Наиболее приемлемым к профессиональным преступлениям медицинских работников против жизни и здоровья считается определение В.Б. Малинина: **объективная сторона преступления** представляет собой внешний акт преступного деяния (действие или бездействие), совершенное определенным способом в конкретных условиях места, времени и обстановки, иногда с применением орудий или других средств, повлекшее в материальных составах вредные последствия¹.

Для правильной квалификации преступления необходимо установить причинную связь. Установление причинной связи при квалификации медицинских преступлений против жизни и здоровья вызывает трудности. Связь определяется теорией прямой или непосредственной причинной связи между действием и преступлением.

При применении права необходимо установить ответственность между действием гражданина и последствиями в виде смерти или вредом здоровью пострадавшему.

Ответ о причинной связи необходимо искать в философских понятиях.

Причина — это действие, которое влечёт (образует), за собой другое явление или следствие. Вызванное причиной следствие зависит от условий. Причина в различных условиях вызывает разное следствие.

Под условием понимается такое явление, которое способствует определенному следствию, однако не выступает важнейшей предпосылкой

¹ Малинин В.Б., Парфенов А.Ф. Объективная сторона преступления. СПб., 2004, с. 13.

его возникновения. Нет следствия и причины без достаточных условий, но при отсутствии причины, условие не в состоянии вызвать следствие.

Условие — это явление, которое может менять следствие, но само по себе следствие не зарождает. С другой стороны, ни одно из повреждений не может возникнуть без определенных условий - как внешних, так и внутренних.

Повод не может быть звеном в цепи причинно-следственных отношений и всегда бывает случайным, предшествует следствию, но не образует закономерных явлений, а только помогает возникнуть причине, дает ей толчок к возникновению причины. Повод в медицине следует рассматривать как способствующий фактор, определяющий время действия причины и возникновения следствия.

Связь — взаимообусловленность существования явлений, разделённых в пространстве и времени.

Среди причинно-обусловленных явлений различают прямые и случайные связи.

Прямая связь является основной. При прямой связи одно явление при данных объективных обстоятельствах закономерно порождает другое, так как в первом явлении в условиях его развития заложены важнейшие предпосылки для наступления второго явления.

Случайная связь между причиной и следствием будет, когда последствие закономерно не вытекает из совершенного действия.

Установление связей между действием или бездействием при оказании медицинской помощи и результатом неудачного лечения устанавливается комиссией экспертов. Следует изучить, как оказывалась конкретному больному при лечении конкретного заболевания, в соответствии с общепринятыми в медицине понятиями об этиологии, патогенезе, клинической картине и результатов лечения.

При установлении вида связи между явлениями вначале следует изучить и оценить все возможные признаки прямой причинной связи. В

случае если признаки прямой причинно-следственной связи не выявлены, проводится выявление наличия и оценка признаков случайной причинной связи.

1. Установление прямой причинной связи возможно лишь путём установления факта некачественного оказания медицинской помощи.

Такие признаки как объективности, достаточности и временной признак являются обязательными для установления прямой причинной связи.

2. Установление не прямой следственной связи. В случае отсутствия признаков прямой связи между исследуемыми явлениями выявляют и обосновывают наличие случайной связи – когда следствие закономерно не вытекает из произошедшего.

Причинная связь между следствием (например, смертью) и повреждением будет случайной, когда действиями третьих лиц, особенностями организма или действиями самого потерпевшего изменено закономерное развитие причинной связи. Смерть, таким образом, наступает от другой причины, а не непосредственно от той причины, которая обусловленная некачественным оказанием медицинской помощи.

При отсутствии прямой причинной связи между повреждением и исходом (например, смертью) необходимо установить причину, повлекшую это следствие.

Довольно сложно при производстве судебно-медицинских экспертиз устанавливать причинную связь между бездействием или действием медицинского работника и причинением вреда здоровью. В таких случаях необходимо рассматривать связь не с точки зрения теории причинности в медицине, в соответствии с которой причиной, например, смерти больного, является конкретное смертельное заболевание или отравление, а с точки зрения социальных аспектов причинности. Медицинский работник обязан оказывать медицинскую помощь и при правильном оказании этой помощи закономерно происходит выздоровление. Больному не причиняется вред

здоровью или смерть в результате своевременного оказания необходимой медицинской помощи.

Как подчеркивает Ю.Д. Сергеев, заключение судебно-медицинской экспертизы по делам о профессиональных правонарушениях медицинских работников является основным, важнейшим источником доказательств, реально и прямо влияющим на обоснованность и законность принимаемых правоохранительными органами решений об уголовной ответственности лиц медицинского персонала¹.

В.О. Плаксин и соавторы отмечают, что при выполнении судебно-медицинских экспертиз по делам медицинских работников должны быть даны ответы на вопросы, без которых невозможна правильная юридическая оценка. Необходимо установить своевременность действий медиков, возможность и обязанность в данной ситуации предвидеть последствия своих действий, наличии или отсутствии причинной связи между оказанием медицинской помощи и результатами лечения².

Часто в публикациях судебно-медицинских экспертов отмечается, что нет конкретных, общепринятых методических документов для установления причинной связи. Это приводит к тому, что экспертные комиссии при сходных нарушениях одних и тех же действий медицинских работников, повлекших одинаковые неблагоприятные последствия приходят к противоположным выводам³.

Таким образом, в настоящее время нет единого взгляда по вопросам оценки качества оказания медицинской помощи, повлекших неблагоприятный исход. Этот вопрос требует дальнейшего изучения и разработки унифицированных выводов экспертов, а также универсальной схемы анализа таких дел.

¹ Сергеев Ю.Д. Судебно-медицинская экспертиза по делам о профессиональных правонарушениях медицинских работников (медико-правовые аспекты). Автореферат. М., 1988 г.

² Плаксин В.О., Гуртовой Б.Л., Обоймаков В.Б. Некоторые вопросы организации судебно-медицинских экспертиз по делам о профессиональных правонарушениях медицинских работников// судебно-медицинская экспертиза. 1994 г. № 1. С. 3-6

³ Томилин В.В. Соседко Ю.И. Судебно-медицинская оценка дефектов оказания медицинской помощи в учреждениях здравоохранения в Российской Федерации// Судебно-медицинская экспертиза. 2000г. № 1.с.3-7

1.3. Система предупреждений должностных преступлений в сфере здравоохранения.

Предупреждение должностных преступлений в сфере здравоохранения можно обозначить как подготовку и исполнение единой и сложной системы различных мер, исходящих от разных субъектов, направленных на искоренение причин и условий, способствующих совершению должностных преступлений в указанной сфере, укреплению законности и правового порядка с помощью минимизации объективных возможностей совершения новых преступлений.

В качестве объектов предупреждения должностной преступности в сфере здравоохранения выступают:

- выявление и минимизация либо полное искоренение факторов, способствующих преступности должностных лиц сферы здравоохранения;
- должностные лица, которые могут совершить данные преступления (однако в данной ситуации указанные лица до совершения преступлений ничем себя не компрометировали и характеризовались положительно как по месту работы, так и по месту жительства);
- потенциальные жертвы преступлений, в качестве которых выступают, как правило, пациенты и их родственники.

Предупредительная деятельность в отношении должностной преступности в сфере здравоохранения осуществляется различными субъектами, наделенными разными компетенцией и полномочиями¹. По мнению автора статьи, специальными субъектами предупреждения должностных преступлений в сфере здравоохранения являются следующие.

¹ Арестова Е.Н., Борбат А.В. Дознаватель и орган дознания как участники уголовного судопроизводства // Российский следователь. 2015. N 24. С. 16 - 19.

1. Органы внутренних дел, которые осуществляют:

- защиту личности, общества, государства от противоправных посягательств;
- предупреждение и пресечение преступлений;
- выявление причин преступлений и условий, способствующих их совершению, принимают в пределах своих полномочий меры по их устранению; выявляют лиц, имеющих намерение совершить преступление, и проводят с ними индивидуальную профилактическую работу;
- предварительное следствие по уголовным делам о преступлениях, предусмотренных ст. 290 УК РФ ("Получение взятки"); ст. 291 УК РФ; ст. 291.1 УК РФ ("Посредничество во взяточничестве"); ст. 291.2 УК РФ ("Мелкое взяточничество"); (ст. 292 УК РФ ("Служебный подлог"); ст. 293 УК РФ ("Халатность").

2. Следственный комитет Российской Федерации - осуществляет предварительное следствие по уголовным делам о преступлениях, предусмотренных ст. 285 УК РФ ("Злоупотребление должностными полномочиями"), ст. 290 УК РФ ("Получение взятки"); ст. 292 УК РФ ("Подлог"); ст. 293 УК РФ ("Халатность").

3. Органы прокуратуры, осуществляющие:

- надзор за исполнением законов федеральными министерствами, государственными комитетами, службами и иными федеральными органами исполнительной власти, представительными (законодательными) и исполнительными органами субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления, органами военного управления, органами контроля, их должностными лицами, субъектами осуществления общественного контроля за обеспечением прав человека в местах принудительного содержания и содействия лицам, находящимся в местах принудительного содержания, органами управления и руководителями

коммерческих и некоммерческих организаций, а также за соответствием законам издаваемых ими правовых актов;

- надзор за соблюдением прав и свобод человека и гражданина федеральными министерствами, государственными комитетами, службами и иными федеральными органами исполнительной власти, представительными (законодательными) и исполнительными органами субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления, органами военного управления, органами контроля, их должностными лицами, субъектами осуществления общественного контроля за обеспечением прав человека в местах принудительного содержания и содействия лицам, находящимся в местах принудительного содержания, а также органами управления и руководителями коммерческих и некоммерческих организаций;

- координацию деятельности правоохранительных органов по борьбе с преступностью.

К числу основных частично специализированных субъектов предупреждения должностных преступлений в сфере здравоохранения относятся следующие.

1. Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, которая наделена следующими полномочиями:

а) осуществляет надзор и контроль за исполнением обязательных требований законодательства Российской Федерации в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, защиты прав потребителей и в области потребительского рынка, в том числе:

- государственный санитарно-эпидемиологический надзор за соблюдением санитарного законодательства;

- государственный контроль за соблюдением законов и иных нормативных правовых актов Российской Федерации, регулирующих отношения в области защиты прав потребителей;

- контроль за соблюдением правил продажи отдельных предусмотренных законодательством видов товаров, выполнения работ, оказания услуг;

- санитарно-карантинный контроль в пунктах пропуска через Государственную границу Российской Федерации;

б) выдает лицензии на осуществление:

- деятельности, связанной с использованием возбудителей инфекционных заболеваний;

- деятельности в области использования источников ионизирующего излучения;

в) регистрирует:

- впервые внедряемые в производство и ранее не использовавшиеся химические, биологические вещества и изготавливаемые на их основе препараты, потенциально опасные для человека (кроме лекарственных средств);

- отдельные виды продукции, представляющие потенциальную опасность для человека (кроме лекарственных средств);

- отдельные виды продукции, в том числе пищевые продукты, впервые ввозимые на территорию Российской Федерации;

- лиц, пострадавших от радиационного воздействия и подвергшихся радиационному облучению в результате чернобыльской и других радиационных катастроф и инцидентов;

г) пресекает факты нарушения законодательства Российской Федерации в установленной сфере деятельности, а также применяет предусмотренные законодательством Российской Федерации меры ограничительного, предупредительного и профилактического характера, направленные на недопущение и (или) ликвидацию последствий нарушений юридическими лицами и гражданами обязательных требований в установленной сфере деятельности;

д) осуществляет контроль за деятельностью территориальных органов Службы и подведомственных организаций и др.

2. Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития - осуществляет следующие полномочия:

а) надзор:

- за фармацевтической деятельностью;
- соблюдением государственных стандартов, технических условий на продукцию медицинского назначения;

б) контроль и надзор за соблюдением государственных стандартов социального обслуживания;

в) контроль:

- за порядком производства медицинской экспертизы;
- порядком установления степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний;
- порядком организации и осуществления медико-социальной экспертизы, а также реабилитацией инвалидов;
- осуществлением судебно-медицинских и судебно-психиатрических экспертиз;
- производством, изготовлением, качеством, эффективностью, безопасностью, оборотом и порядком использования лекарственных средств;
- производством, оборотом и порядком использования изделий медицинского назначения;
- проведением доклинических и клинических исследований лекарственных средств, а также выполнением правил лабораторной и клинической практики;
- соблюдением стандартов качества медицинской помощи;
- деятельностью органов опеки и попечительства в отношении совершеннолетних недееспособных или не полностью дееспособных граждан;

г) проводит аттестацию и сертификацию специалистов, занятых в сфере обращения лекарственных средств;

д) осуществляет в установленном порядке проверку деятельности организаций здравоохранения, аптечных учреждений, организаций оптовой торговли лекарственными средствами, организаций, осуществляющих социальную защиту населения, других организаций и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих деятельность в сфере здравоохранения и социальной защиты населения, и др.

К числу неспециализированных субъектов предупреждения должностных преступлений в сфере здравоохранения относятся юридические и физические лица, средства массовой информации. К физическим лицам как неспециализированным субъектам предупреждения должностной преступности в сфере здравоохранения можно отнести близких родственников медицинских работников, их сослуживцев, пациентов. Средства массовой информации в силу своей компетенции наделены полномочиями проводить собственные расследования, выявлять факты должностных преступлений в сфере здравоохранения и информировать о них правоохранительные органы и общество посредством обсуждения данных проблем в прямом эфире на телевидении и в интернет-изданиях, тем самым акцентируя общественное мнение на должностной преступности в сфере здравоохранения, повышают уровень правовой культуры и правового сознания населения¹.

В рамках предупреждения должностной преступности в сфере здравоохранения очень важно наладить, восстановить и развить взаимоотношение населения с правоохранительными органами, так как на современном этапе развития российского общества утрачено доверие со стороны населения к правоохранительным органам. Ведь именно рядовые граждане становятся жертвами должностных преступлений в сфере здравоохранения, и без их тесного сотрудничества с правоохранительными

органами вся борьба с указанными преступлениями в данной сфере не принесет ожидаемого эффекта.

1 Шумов Р.Н. К вопросу о формировании антикоррупционной устойчивости у курсантов и слушателей образовательных заведений Министерства внутренних дел Российской Федерации. Образование. Наука. Научные кадры. 2015. N 2. С. 59 - 60.

1.4. Понятие качества оказания медицинской помощи

В соответствии со статьей 41 Конституции Российской Федерации, каждый гражданин имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Данное право также закреплено в статье 18 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» (далее - ФЗ-323), а статьи 4 и 11 данного федерального закона регламентируют недопустимость отказа гражданину в оказании медицинской помощи.

В статье 71 ФЗ-323, указано, что лица, завершившие освоение образовательной программы высшего медицинского образования, при получении документа об образовании и о квалификации дают клятву, в которой, в том числе, 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 мастерство, беречь и развивать благородные традиции медицины.

В соответствии со статьей 37 ФЗ-323, медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями, а также на основе стандартов медицинской помощи, за исключением медицинской помощи, оказываемой в рамках клинической апробации.

Порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти - Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Порядок оказания медицинской помощи разрабатывается по отдельным ее видам, профилям, заболеваниям или состояниям (группам заболеваний или состояний) и включает в себя [статья 37 ФЗ-323]:

этапы оказания медицинской помощи;

правила организации деятельности медицинской организации (ее структурного подразделения, врача);

стандарт оснащения медицинской организации, ее структурных подразделений;

рекомендуемые штатные нормативы медицинской организации, ее структурных подразделений;

иные положения, исходя из особенностей оказания медицинской помощи.

Стандарт медицинской помощи *разрабатывается в соответствии с номенклатурой медицинских услуг и* включает в себя усредненные показатели частоты предоставления и кратности применения [статья 37 ФЗ-323]:

медицинских услуг;

зарегистрированных на территории Российской Федерации лекарственных препаратов (с указанием средних доз) в соответствии с инструкцией по применению лекарственного препарата и фармакотерапевтической группой по анатомо-терапевтическо-химической классификации, рекомендованной Всемирной организацией здравоохранения;

медицинских изделий, имплантируемых в организм человека;

компонентов крови;

видов лечебного питания, включая специализированные продукты лечебного питания;

иного, исходя из особенностей заболевания (состояния).

Назначение и применение лекарственных препаратов, медицинских изделий и специализированных продуктов лечебного питания, не входящих в соответствующий стандарт медицинской помощи, допускаются в случае наличия медицинских показаний (индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям) по решению врачебной комиссии.

Таким образом, *порядок оказания медицинской помощи является обязательным для исполнения на территории Российской Федерации всеми*

медицинскими организациями, а *стандарт медицинской помощи* разрабатывается в соответствии с номенклатурой медицинских услуг и включает в себя усредненные показатели частоты предоставления и кратности их применения.

Медицинская помощь также оказывается в соответствии с *клиническими рекомендациями (протоколами лечения)*, в разработке которых принимают участие профессиональные медицинские сообщества (медицинские профессиональные некоммерческие организации).

Статья 2 ФЗ-323 вводит следующие *основные понятия*, которые необходимо использовать при проведении судебно-медицинских экспертиз по так называемым «врачебным» делам, основные из которых перечислены ниже:

- *здоровье* - состояние физического, психического и социального благополучия человека, при котором отсутствуют заболевания, а также расстройства функций органов и систем организма;

- *медицинская помощь* - комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг;

- *медицинская услуга* - медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение;

- *медицинское вмешательство* - выполняемые медицинским работником по отношению к пациенту, затрагивающие физическое или психическое состояние человека и имеющие профилактическую, исследовательскую, диагностическую, лечебную, реабилитационную направленность виды медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций, а также искусственное прерывание беременности;

- *профилактика* - комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа

жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннее выявление, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания;

- *диагностика* - комплекс медицинских вмешательств, направленных на распознавание состояний или установление факта наличия либо отсутствия заболеваний, осуществляемых посредством сбора и анализа жалоб пациента, данных его анамнеза и осмотра, проведения лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях определения диагноза, выбора мероприятий по лечению пациента и (или) контроля за осуществлением этих мероприятий;

- *лечение* - комплекс медицинских вмешательств, выполняемых по назначению медицинского работника, целью которых является устранение или облегчение проявлений заболевания или заболеваний либо состояний пациента, восстановление или улучшение его здоровья, трудоспособности и качества жизни;

- *пациент* - физическое лицо, которому оказывается медицинская помощь или которое обратилось за оказанием медицинской помощи независимо от наличия у него заболевания и от его состояния;

- *медицинская деятельность* - профессиональная деятельность по оказанию медицинской помощи, проведению медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований, санитарнопротивоэпидемических (профилактических) мероприятий и профессиональная деятельность, связанная с трансплантацией (пересадкой) органов и (или) тканей, обращением донорской крови и (или) ее компонентов в медицинских целях;

- *медицинский работник* - физическое лицо, которое имеет медицинское или иное образование, работает в медицинской организации и в трудовые (должностные) обязанности которого входит осуществление медицинской деятельности, либо физическое лицо, которое является

индивидуальным предпринимателем, непосредственно осуществляющим медицинскую деятельность;

- *фармацевтический работник* - физическое лицо, которое имеет фармацевтическое образование, работает в фармацевтической организации и в трудовые обязанности которого входят оптовая торговля лекарственными средствами, их хранение, перевозка и (или) розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения (далее - лекарственные препараты), их изготовление, отпуск, хранение и перевозка;

- *лечащий врач* - врач, на которого возложены функции по организации и непосредственному оказанию пациенту медицинской помощи в период наблюдения за ним и его лечения;

- *заболевание* - возникающее в связи с воздействием патогенных факторов нарушение деятельности организма, работоспособности, способности адаптироваться к изменяющимся условиям внешней и внутренней среды при одновременном изменении защитно-компенсаторных и защитноприспособительных реакций и механизмов организма;

- *состояние* - изменения организма, возникающие в связи с воздействием патогенных и (или) физиологических факторов и требующие оказания медицинской помощи;

- *основное заболевание* - заболевание, которое само по себе или в связи с осложнениями вызывает первоочередную необходимость оказания медицинской помощи в связи с наибольшей угрозой работоспособности, жизни и здоровью, либо приводит к инвалидности, либо становится причиной смерти;

- *сопутствующее заболевание* - заболевание, которое не имеет причинно-следственной связи с основным заболеванием, уступает ему в степени необходимости оказания медицинской помощи, влияния на работоспособность, опасности для жизни и здоровья и не является причиной смерти;

- *тяжесть заболевания или состояния* - критерий, определяющий степень поражения органов и (или) систем организма человека либо нарушения их функций, обусловленные заболеванием или состоянием либо их осложнением;

- *качество медицинской помощи* - совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата.

В соответствии с действующим законодательством, за неоказание или ненадлежащее оказание помощи больному медицинский работник может нести уголовную, гражданско-правовую, административную и дисциплинарную ответственность.

Статья 124 Уголовного кодекса Российской Федерации предусматривает уголовную 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 и тяжкого вреда здоровью больного, а также наступления его смерти. В то же время, законодатель не определяет понятия «*больной*» и «*неоказание*» помощи больному, а также четко не устанавливает *субъект преступления*. Это порождает не только правовую неопределенность, но и вызывает объективные сложности в судебно-экспертной интерпретации конкретных действий или бездействий медицинских работников, установлении причинно-следственных связей действий (бездействий) медицинских работников с наступлением неблагоприятного исхода при лечении пациента.

В частности, в «Комментариях к Уголовному кодексу Российской Федерации» под редакцией А.И. Чучаева (2011) указано:

«Статья 124. Неоказание помощи больному.

Потерпевшим является *больной*, т.е. лицо, *страдающее* каким-либо *заболеванием и нуждающееся* в оказании медицинской помощи. Вид заболевания и стадия его течения для квалификации значения не имеют. Важно, чтобы болезнь *при невмешательстве создавала реальную угрозу* причинения вреда здоровью потерпевшего.

Объективная сторона характеризуется *деянием* {неоказание помощи без уважительных причин}, *последствием* (как минимум вред здоровью средней тяжести) и *причинной связью* между ними.

• 3. Неоказание помощи выражается в *бездействии*. Существует мнение, что оно может воплотиться и в *частичном бездействии* (непринятии всего комплекса медицинских мер, некачественном лечении и т.п.). Закон различает понятия неоказания помощи и ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей (ч. 2 ст. 118 УК), с чем нельзя не считаться. Другое дело, что санкции ст. ст. 118 и 124 УК должным образом не скорректированы».

Красноярский краевой суд в своем обзоре от 24 апреля 2006 года «Обзор практики рассмотрения судами Красноярского края споров, связанных с ненадлежащим оказанием медицинских услуг» [источники публикации - Правовая система «Консультант Плюс» по состоянию на 2017 год; «Буква закона», № 42, 2006] указывает на *три обязательных условия* наличия причинной связи между бездействием медицинского работника и наличием причинной связи с наступившим вредом: «*Причинная связь между бездействием и наступившим вредом имеет место, если у субъекта была обязанность (1) совершить определенное действие, существовала возможность (2) как отрицательного, так и положительного исхода, и совершение действия могло привести к положительному исходу (3)*».

Последствия неоказания или ненадлежащего оказания помощи пациенту по смыслу действующего уголовного законодательства Российской Федерации следует квалифицировать в соответствии с *Медицинскими критериями Квалифицирующих признаков тяжести вреда, причиненного*

здоровью человека, утвержденными уполномоченным федеральным органом исполнительной власти - Министерством здравоохранения Российской Федерации.

В этой связи, следует изначально дать определение понятиям «бездействие» медицинского работника, «неоказание» и «ненадлежащие» оказание медицинским работником медицинской помощи пациенту.

«Неоказание» медицинским работником медицинской помощи пациенту и «бездействие» медицинского работника при оказании медицинской помощи пациенту не равнозначные понятия.

Бездействие - более широкое понятие и включает в себя:

«полное» неоказание *медицинской помощи пациенту, то есть* собственно «неоказание помощи больному»’,

«частичное» неоказание («неполное оказание») медицинской помощи пациенту, то есть действие 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.

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 пациенту.

Объектами исследования при проведении судебно-медицинских экспертиз по так называемым «врачебным делам» являются: материалы дела; медицинские документы; живое лицо; труп; вещественные доказательства.

Проводя судебно-медицинскую экспертизу по так называемому «врачебному делу» экспертная комиссия *в первую очередь* должна анализировать соблюдение при оказании медицинской помощи пациенту порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, разработанных и утвержденных в соответствии с частью 2 статьи 76 ФЗ-323.

При проведении судебно-медицинской экспертизы по так называемому «врачебному делу» экспертная комиссия в обязательном порядке должна руководствоваться *критериями оценки качества медицинской помощи*, утвержденными уполномоченным федеральным органом исполнительной власти - Министерством здравоохранения Российской Федерации.

При проведении судебно-медицинских экспертиз по рассматриваемым эпизодам неоказания или ненадлежащего оказания медицинской помощи, происшедшим до 01 июля 2017 года, следует пользоваться критериями, утвержденными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 07.07.2015 №422ан «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» (с 01 июля 2017 года приказ утрачивает силу) (далее - критерии качества).

Если экспертная комиссия рассматривает эпизоды неоказания или ненадлежащего оказания медицинской помощи, происшедшие с 01 июля 2017 года, следует пользоваться критериями, утвержденными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.05.2017 №203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» (с 01 июля 2017 года приказ вступает в силу).

Критерии сформированы на основе порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством

здравоохранения Российской Федерации, клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, разработанных и утвержденных медицинскими профессиональными некоммерческими организациями [часть 2 статьи 76 ФЗ-323].

Настоящие критерии оценки качества медицинской помощи применяются при оказании медицинской помощи в медицинских и иных организациях, осуществляющих медицинскую деятельность, имеющих лицензию на медицинскую деятельность, полученную в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Критерии качества применяются в целях оценки своевременности оказания медицинской помощи, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата.

Критерии качества применяются по *группам* заболеваний (состояний) и по *условиям* оказания медицинской помощи (в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара и стационарных условиях).

Указанные критерии качества по *группам* заболеваний (состояний) и по *условиям* оказания медицинской помощи подробно изложены в перечисленных выше приказах Министерства здравоохранения Российской Федерации.

При оценке степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека при «неоказании» или ненадлежащем оказании ему медицинской помощи, экспертная комиссия *в обязательном порядке* решает следующие *основные вопросы*:

сущность наступившего *исхода* (устанавливает «окончательный диагноз»);

сущность *недостатка* (комплекса недостатков) оказания медицинской помощи;

наличие или отсутствие *причинной (прямой) связи* недостатка оказания медицинской помощи с наступившим неблагоприятным исходом (по

отношению к *каждому* выявленному недостатку оказания медицинской помощи);

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

При *отсутствии причинной (прямой) связи* недостатка оказания медицинской помощи с наступившим *неблагоприятным исходом степень тяжести вреда, причиненного здоровью человека* действием (бездействием) медицинского работника, *не устанавливается*. В случаях, когда причинная связь не может быть установлена по имеющимся объективным медицинским данным, в заключении эксперта указываются причины, по которым она не может быть установлена.

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*.

При проведении судебно-медицинской экспертизы следует учитывать, что *бездействие* медицинского работника при оказании медицинской помощи 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 его давлением).

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ.

Настоящая работа выполнена в ОГБУЗ "Белгородское бюро судебно-медицинской экспертизы", отдела сложных судебно-медицинских экспертиз.

В работе применялись медико-статистические (моделирование, анализ, синтез, сравнение), медико-правовые, экспертно-клинические методы исследования, изучение и обобщение отечественной практики.

На первом этапе разработан формализованный бланк статистической карты, который затем использовался для создания базы данных и анализа материала с применением современных компьютерных программ и технологий.

На втором этапе разработаны таблицы по выбранным признакам в форме таблиц Microsoft Excel, которые охватили все интересующие параметры.

На третьем этапе произведен анализ полученных результатов по вопросам поставленным на разрешение экспертной комиссии и Выводов по поводу оказания медицинским персоналом соответствующего лечения.

ГЛАВА 3. АНАЛИЗ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ В СВЯЗИ С ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ МЕДИЦИНСКИМИ РАБОТНИКАМИ

3.1. Анализ судебно-медицинских экспертиз по материалам дел о нарушениях медицинских работников.

Проведен анализ произведенных экспертиз в ОГБУЗ "Белгородское бюро судебно-медицинских экспертиз" в 2016 году в отделе сложных экспертиз, который выявил соотношение количества экспертиз по материалам уголовных дел по «врачебным делам» к общему количеству назначаемых экспертиз в ОГБУЗ "Белгородское бюро судебно-медицинских экспертиз". Следует отметить, что экспертизы связанные с нарушениями профессиональных обязанностей медицинскими работниками проводятся только в отделе сложных экспертиз бюро.

Были исследованы заключения эксперта и заключения специалиста, выполненные комплексно (комиссионно) в отделе сложных судебно-медицинских экспертиз в период с 10 января 2016 года по 31 декабря 2016 года. По срокам производства экспертизы выполнялись от трех недель и до трех месяцев. При проведении так называемых "врачебных экспертиз" состав экспертной комиссии входили от одного до четырех специалистов различных клинических специальностей. Разграничение групп «врачебных дел» по узким специальностям медицины не производилось (акушерство, травматология, стоматология и т.д.).

Соотношение количества судебно-медицинских экспертиз по «врачебным делам» к общему количеству экспертиз.

<i>Судебно-медицинские экспертизы</i>	Всего Заключений эксперта	%
всего экспертиз	110	100
экспертизы по уголовным делам	56	51
экспертизы по правонарушениям медицинских работников	54	49

Из данной таблицы видно, что за исследуемый период времени 49% комиссионных и комплексных экспертных исследований исполнено в отношении сотрудников медицинских учреждений при оказании медицинской помощи. Столь высокий процент выполнения экспертиз по врачебным правонарушениям указывают на актуальность проблемы качественного оказания медицинской помощи в последнее время в Белгородской области, о сложности разбора случаев подобных дел.

Поводами для назначения "врачебных" экспертиз служили: жалобы больных и родственников (45), случаи смерти больного (7), "находки" при судебно-медицинском исследовании трупов после проведенного лечения (2).

Было выявлено соотношение уголовных дел, поступающих из следственного комитета или органов внутренних дел к гражданским делам, поступающих из судов. В рамках гражданских дел было проведено 10 экспертиз, в рамках уголовных дел 44 экспертизы.

Были изучены все комиссионные судебно-медицинские экспертизы по материалам «врачебных дел», а именно, первичные (комиссионные), повторные и дополнительные. Таблица 3.

Виды судебно-медицинских экспертиз за 2016 г.

Экспертизы назначаемые	первичные	повторные	дополнительные	итого
следственными органами	39 (72,3%)	1 (1,8%)	4 (7,4%)	44 (81,5%)
судом	9 (16,7%)	-	1 (1,8%)	10 (18,5%)
общее количество экспертиз	48 (88,9%)	1 (1,8%)	5 (9,3%)	54 (100%)

Из данного исследования видно, что значительно преобладают первичные экспертизы, назначаемые в бюро.

Дополнительных комиссионных экспертиз по «врачебным делам» произведено 5 (9,3%) из следственных органов 4 и одна по определению суда. Основная масса экспертиз в бюро выполняются как первичные, т.е. правоприменительными органами каких-либо сомнений в объективности и независимости выполненных заключений не имелось.

Дополнительных экспертиз выполнено 5 или 9,3% от общего количества проведенных экспертиз. Как правило, по ходатайству одной из сторон ставятся дополнительные вопросы, перед тем же составом экспертной комиссии. Они назначались лишь для уточнения различных условий оказания медицинской помощи, и, что чаще, для выяснения одного или нескольких элементов состава преступления, конкретизации. Таким образом, в предшествующих постановлениях или определениях по каждому конкретному делу отсутствовал ряд вопросов, необходимых для установления состава преступления.

Повторных экспертиз выполнено в 1,85 случаев от общего количества экспертных исследований по "врачебным" делам. Поводом для назначения таких экспертиз была противоречивость выводов материалам дел.

3.2. Анализ вопросов, разрешаемых при назначении судебно-медицинских экспертиз по делам о преступлениях медицинских работников.

Основной задачей государственных судебно-экспертных учреждений является установление обстоятельств, подлежащих доказыванию по конкретному делу, путем ответа на вопросы, для которых необходимы специальные знания в области науки, техники, искусства или ремесла (ст. 2 Федерального закона «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации»). Основной задачей стоящей перед судебно-медицинской службой в целом и при выполнении судебно-медицинской экспертизы является разрешение поставленных перед экспертами вопросов. Качество экспертных выводов по поставленным вопросам во многом зависит от качества самих вопросов, их соответствия установленным обстоятельствам дела и специальным знаниям экспертов.

Как уже указывалось выше, в соответствии со ст. 8 УК РФ основанием уголовной ответственности является совершение преступления, предусмотренного УК РФ. Предмет доказывания по уголовному или гражданскому делу устанавливается, в первую очередь, признаками состава расследуемого преступления, а именно: признаками объекта преступления, объективной стороны преступления, субъекта преступления, субъективной стороны преступления, предусмотренными соответствующей статьёй соответствующего кодекса. Вопросы экспертной комиссии и должны формулироваться для установления признаков состава расследуемого преступления.

В рамках настоящей работы проведено исследование, материалом которого явились Заключение эксперта комиссионных и комплексных судебно-медицинских экспертиз, произведенных в 2016 г. в отделе сложных экспертиз ОГБУЗ "Белгородское бюро судебно-медицинских экспертиз".

Следует отметить, что исследованию подвергались вторые экземпляры, включающее в себя само заключение, постановления или определения правоохранительных органов и суда. Экспертизы были произведены по материалам уголовных, гражданских дел и медицинским документам, касающихся только так называемых "врачебных" дел.

Анализ вопросов, исходя из их направленности на установление тех или иных обстоятельств, подлежащих доказыванию, показывает, что следствием ставятся вопросы, которые нужны для определения признаков состава преступления:

- установление объективной стороны преступления - обнаружение признаков преступления, вреда причиненного здоровью и установление наличия причинной связи между ними;

- определение дополнительного непосредственного объекта установления признаков посягательства на правила оказания медицинской помощи;

- наличие субъективной стороны преступления определение обязанности и возможности предвидения наступления последствий с учетом уровня образования, профессиональной подготовки;

- выявления субъекта, лица, совершившего проступок, уровня образования и профессиональной подготовки и требованиям, которыми предъявляются как к медицинскому сотруднику.

В результате проведенного анализа установлены вопросы, направленные на **установление противоправности деяния**: «Какова причина и давность наступления смерти?», «Какие имеются повреждения, механизм и давность их образования?», «Своевременно ли был госпитализирован больной?», «В полном ли объеме проведены обследования больного на догоспитальном этапе и в ЦРБ?», «Правильно ли установлен клинический диагноз при госпитализации?», «Какая патология у плода обнаружена, правильно ли осуществлялась лечение?», «Правильно ли была избрана тактика ведения родов?», «Какие имелись показания для проведения

операции?», «Надлежащим ли образом проведена операция?», «В полном ли объеме и надлежащим ли образом была оказана медицинская помощь в послеоперационном периоде?», «В какой период родовой деятельности у роженицы произошел разрыв матки - до операции кесарева сечения, во время операции кесарева сечения, после операции кесарева сечения, стало ли это следствием действия (бездействия) медицинских работников? Каковы последствия разрыва?», «Правильно ли акушером-гинекологом были проведены роды?», «Соответствовало ли проводимое лечение существующим в медицине порядкам, стандартам и рекомендациям?», «Какие нарушения допущены врачами, как на амбулаторном, так и при стационарном лечении?», "Показано ли проведение оперативного лечения?" и другие.

Как видно из приведенного перечня, вопросы, направленные на установление противоправности деяния, имеют как общий, так и узконаправленный характер. Некоторые вопросы поставлены не только для выявления нарушений при оказании медицинской помощи, оценки качества оказания медицинской помощи, но и для выяснения конкретных обстоятельств – «Когда произошла перфорация тела матки - до операции, во время операции, после операции? Стало ли это следствием действия (бездействия) медицинских работников? Каковы последствия разрыва?». В последнем примере видно, что один вопрос направлен не только на выявление противоправного деяния, вторая часть его предназначена для установления вредных последствий, которые также как и противоправность деяния, являются основным признаком объективной стороны преступления.

Для установления **вредных последствий** была выделена следующая группа вопросов: «Имелись ли у больного заболевания, способствующие наступлению смерти?», «Что послужило причиной у больного шока?», «Почему наступила смерть больного, несмотря на проводимое лечение?», "Какая основная причина смерти?", "Возможно ли было избежать смерти при правильном, квалифицированном лечении?", "К чему привело

несвоевременное лечение?" "Какова степень причиненного вреда здоровью?".

Для установления **причинной связи** правоприменительными органами перед экспертной комиссией были поставлены следующие вопросы: «Имеется ли причинная связь между допущенными недостатками при оказании медицинской помощи и наступлением смерти больного?», «Находятся ли действия или бездействие врача в прямой причинной связи с неблагоприятным исходом заболевания у больного?».

К числу вопросов, направленных на выявление **признаков посягательства на установленные правила** оказания медицинской помощи (дополнительный непосредственный объект) относятся следующие вопросы: «Нарушены ли порядки, стандарты, протоколы лечения?», «Правильно ли оказывалась медицинская помощь?», «В каком объеме соблюдались приказы и должностные инструкции при оказании медицинской помощи пострадавшему?», «Правильно ли проведена обследование?», «Какие именно нормативные документы нарушены?».

К числу вопросов направленных на установление субъективной стороны преступления и **наличия вины**, имеют отношения: «Была ли возможность, с учетом опыта и квалификации у врача, предусмотреть последствия неверного проведенного лечения?», «Можно ли было предотвратить наступление смерти при заболевании?», «Опытный ли и квалифицированный врач для проведения операции?».

Иногда встретились вопросы, поставленные на разрешении экспертной комиссии с целью **установления субъекта** (признаков специального субъекта). (Имеется ли сертификат специалиста у врача?) Такие вопросы направлены на установление к профессиональным требованиям врача.

Было исследовано 54 заключения комиссионных и комплексных экспертиз, для установления направленности вопросов. Таблицы 4.1 и 4.2.

Анализ экспертиз показывает, что при проведении экспертиз есть проблемы по установлению обстоятельств, которые надо доказывать по

конкретному делу. В подавляющем большинстве на разрешение экспертной комиссии ставятся вопросы по установлению признаков объективной стороны преступления (90%), противоправности действий (86,6%), вреда причиненного здоровью (66,6%), причинной связи (90%). Редко на разрешение экспертизы ставились вопросы, направленные на установление объекта преступления (16,6 %). Для определения субъективной стороны преступления вопросы встречались в 43 % случаев, для установления признаков специального субъекта в 13,3 % случаев.

Таблица 4.1

*Вопросы, поставленные для установления обстоятельств,
подлежащих доказыванию*

Цель вопросов	Количество постановлений, определений	%
определение признаков объективной стороны преступления:	27	90
противоправных действий	26	86,6
вреда причиненного здоровью	20	66,6
причинной связи	27	90
определение признаков объекта преступления	5	16,6
определения вины	13	43
определение специального субъекта	4	13,3
не входят в компетенцию экспертов	13	43
вопросы теоретического характера	19	63,3

При проведении экспертиз довольно часто встречаются вопросы не входящие в компетенцию эксперта (43%) или теоретические вопросы (63,3%).

Анализ исследования показал, что большинство вопросов ставится для выявления объективной стороны преступления, мало внимания уделяется другим элементам состава преступления. Это может быть связано со спецификой профессиональной медицинской деятельности, трудностях, с которыми сталкивается следствие при расследовании таких дел, мало уделяется внимание к взаимодействию правоохранительных органов и врачей отдела сложных экспертиз. Есть проблема отсутствия научно-обоснованных подходов по определению круга вопросов, подлежащих разрешению при производстве судебно-медицинских экспертиз.

Таблица 4.2

Направленность вопросов, на установление обстоятельств, подлежащих доказыванию.

Цель вопросов	Специально-направленные вопросы. (всего 318)	%
установление признаков объективной стороны:	223	70
определение противоправных действий	153	48
причиненного вреда	45	14
причинной связи	32	10
установление признаков дополнительного объекта	10	3

определение вины	16	5
определение специального субъекта	6	2
прочие	32	10
вопросы теоретического характера	16	5

В каждом постановлении или определении имелось от 5 до 15 вопросов, представленных на разрешение экспертных комиссий. Следует отметить, что были исследованы только первичные и повторные комиссионные, комплексные судебно-медицинские экспертизы, анализ дополнительных комиссионных экспертиз не входил в цели исследования. Таким образом, вопросы, поставленные перед судебно-медицинской экспертизой, не были направлены только лишь на уточнение и разъяснение.

Самое большое количество вопросов нацелено на выявление объективной стороны преступления (70%).

В экспертизах часто встречаются повторяющиеся, дублирующие друг друга вопросы, которые следует считать дефектами формулировки вопросов постановления. Изучив заключения эксперта, установлено, что данные ошибки встречаются почти во всех постановлениях или определениях о назначении комиссионных или комплексных судебно-медицинских экспертиз.

Дублирующие вопросы отнесены в группу нецелесообразных вопросов в связи с тем, что ответы на данные вопросы в любом случае будут получены правоприменительными органами, и нет смысла перед комиссией экспертов ставить повторяющиеся или по-разному сформулированные вопросы об одних и тех же обстоятельствах оказания помощи. Например: – «Могли ли данные телесные повреждения быть причинены в период ...? Имелись ли согласно медицинской документации на трупе, какие либо телесные повреждения ..., какова причинная связь каждого конкретного повреждения с наступившей смертью?», «Имелись ли показания у женщины для проведения операции кесарева сечения ...? Какие имелись основания и причины для

кесарева сечения у женщины?» – «Правильно ли оказана медицинская помощь?», «Правильно ли проведена диагностика заболевания и его лечение?», «В полном ли объеме проведено обследование?».

Проведя количественный и качественный анализ, установлено, что для разрешения экспертизы вынесены не только вопросы, направленные на выявление элементов и признаков состава преступления, но также вопросы, не имеющие отношения к установлению состава преступления. К ним отнесены теоретические вопросы и вопросы, ответы на которые не входят в компетенцию судебно-медицинских экспертных комиссий. Процент их среди назначаемых в постановлениях или определениях вопросов составляет 15%.

Вопросы, не относящиеся к компетенции судебно-медицинских экспертов – это те вопросы, которые требуют юридической квалификации, решаются следственным путем, выходят за пределы специальных знаний в области судебной медицины. К таким вопросам следует относить: «Кто несет ответственность за нарушение приказа?», «Кто из работников проявил при стационарном лечении халатность?», «Если врачом допущена халатность, то в чем это выразилось?», «Какие конкретно специалисты причинили повреждение..?», «При стационарном лечении имеется ли врачебная ошибка или преступная халатность у врачей?», «Имеет ли место халатность, безграмотность или недостаточная квалификация врача?». К этой группе следует отнести вопросы, направленные на выявление недостатков предыдущих экспертиз, на установление противоречий в предыдущих экспертизах, на оценку выводов предшествующей экспертной комиссии.

Как уже было отмечено выше, на разрешение экспертных комиссий ставятся и чисто теоретические вопросы, их процент составляет 5 по отношению ко всем задаваемым вопросам. При проведении экспертизы к компетенции комиссии не относятся вопросы теоретического характера. К таким вопросам относятся: «Какие существуют признаки ... заболевания, осложнения и т.д.?», «Что является абсолютным показанием к операции?», «Какие методы диагностики злокачественных опухолей существуют?», «С

чем проводится дифференциальная диагностика ...?», «Какие методы лечения заболевания существуют?» и т.д.

Зачастую перед экспертами ставятся нечеткие вопросы, поставленные некорректно, чрезмерно громоздко, что затрудняет их осмысление. Например: «Правильно ли была указана дозировка лекарства пострадавшему?» – данный вопрос был поставлен без указания названия конкретного лекарственного средства, с учетом того, что на стационарном лечении больной находился несколько месяцев; «Какими гистологическими признаками установлено наличие таких состояний как геморрагический шок, респираторный дистресс-синдром? Является ли достаточным каждое из указанных состояний само по себе для наступления смерти и как они могли сочетаться в одном организме?» – данный вопрос направлен на выявление сразу нескольких признаков и элементов состава преступления, сложен для понимания, а ответ на него, соответственно будет порождать трудности в квалификации, только лишь внося путаницу. «Могла ли наступить смерть от заболеваний указанных в историях болезни и материалах дела?»; «Если в послеоперационный период оказывалась надлежащая медицинская помощь, то зачем проведена повторная операция и надлежащим ли образом она проведена?». Нередко встречаются вопросы, носящие гипотетический характер: «Если бы больной была оказанная вся необходимая медицинская помощь в полном объеме, имело бы место...? Также при ответе на вопрос учесть положительные результаты лечения больной за последние три месяца до неблагоприятного исхода».

Вопросы о предшествующих заболеваниях встречались в 50% случаев. Возможно, в некоторых случаях при производстве экспертизы, выявлении дефектов медицинской помощи обсуждаемые вопросы не будут играть роли. Но сотрудники правоприменительных органов, обычно не имея медицинского образования, не предполагают о наличии, либо отсутствии значения предшествующих заболеваний в патогенезе смерти и задают

подобные вопросы как бы «на всякий случай». В отдельных случаях подобные вопросы и ответы на них необходимы.

3.3. Анализ выводов в Заключениях экспертов.

В предыдущей главе установлены виды экспертиз, кем они назначаются и какие бывают основные поводы для назначения судебно-медицинских экспертиз по уголовным и гражданским делам в связи с профессиональными преступлениями медицинских работников против жизни и здоровья; какие вопросы и с какой целью формулируются правоприменительными органами на разрешение экспертных комиссий. На основании результатов анализа решено, что Заключение эксперта, на основании которого юридическая квалификация медицинских деяний может быть выполнена надлежаще, должно содержать в себе ответы, на основании которых можно выявить все элементы состава преступления. А, соответственно, для этого необходимо правильно и с определенной целью формулировать вопросы для разрешения экспертных комиссий.

Все экспертизы отличаются друг от друга направленностью (акушерство, инфекционные заболевания, хирургия, реанимация, ревматология и т.д.), экспертным составом: экспертами-организаторами и составом врачей.

Также следует отметить, что судебно-медицинские эксперты, не имея юридического образования, не выделяют ответы и не группируют их в единые блоки по выявлению элементов состава преступления и их признаков и даже не подозревают о том, насколько большое значение это может иметь для юридической квалификации Заключения эксперта.

Однако, имея высшее медицинское образование, устанавливая причину смерти (тяжкого заболевания), причинные связи, выявляя ненадлежащее оказание медицинской помощи, эксперты, прежде всего, выстраивают логические цепочки танатогенеза либо патогенеза заболевания, строят свои

ответы, анализируя каждый период оказания медицинской помощи (амбулаторное звено, стационарное, транспортировка), разбивая в свою очередь периоды на этапы: диагностический и лечебный.

Таким образом, у экспертов существуют свои принципы построения выводов, методические подходы к их написанию, а самое главное, к обоснованию.

Прежде чем привести указанный алгоритм остановимся на некоторых определениях, которых придерживаются медики, в том числе и в своих выводах.

Последствия неоказания или ненадлежащего оказания медицинской помощи следует квалифицировать в соответствии с Медицинскими критериями квалифицирующих признаков тяжести вреда, причиненного здоровью человека, утвержденными МЗ РФ.

При написании выводов надо принимать во внимание, что "бездействие", "неоказание" и "ненадлежащее" оказание медицинской помощи имеют свои понятия.

Под "бездействием" понимают неоказание медицинской помощи пациенту вообще, так и «частичное» неоказание медицинской помощи пациенту, то есть помощь оказывалась с нарушениями общепринятых порядков или стандартов медицинской помощи, клиническим рекомендациям или протоколами лечения, сюда же относится и "ненадлежащее оказание медицинской помощи".

При проведении врачебных экспертиз следует руководствоваться критериями оценки медицинской помощи, утвержденными МЗ РФ. Эти критерии применяются в целях оценки своевременности оказания помощи, правильности выбора профилактики, лечения, диагностики и результатов лечения.

При проведении экспертизы основным вопросом для установления уголовной ответственности является установления причиной связи неправильно оказанной медицинской помощи и последствий.

Приведем пример.

Постановлением Красногвардейского районного суда назначено проведение комиссионной судебно-медицинской экспертизы по факту смерти гражданина Д.

Из материалов, представленных на экспертизу, известно, что указанный гражданин, управляя автомобилем в состоянии алкогольного опьянения, не справившись с управлением, допустил его опрокидывание, в результате чего ему были причинены телесные повреждения. В тот же день гр. Д. с диагнозом: закрытый переломом крыла левой подвздошной кости, закрытый перелом правого плеча, травматический шок, алкогольное опьянение поступил на стационарное лечение в ЦРБ. Установлен клинический диагноз: Закрытый перелом левой подвздошной кости. Закрытый перелом правого плеча. Травматический шок 2 степени. Ссадины спины. Алкогольное опьянение.

Экстренно произведена операция лапаротомия, из брюшной полости удалено 4,5 литра темной крови и сгустков. Обнаружен разрыв селезенки, печени. Разрыв печени ушит. Селезенка удалена. В послеоперационном периоде состояние больного продолжало ухудшаться, и на следующие сутки наступила биологическая смерть.

Комиссия судебно-медицинских экспертов, пришла к выводу, что причиной смерти гр. Д. явилась тупая сочетанная травма грудной клетки, органов брюшной полости и костей таза, осложнившаяся массивным кровотечением в брюшную полость и развитием геморрагического шока, явившегося непосредственной причиной смерти. *Между полученной травмой в ДТП и наступлением смерти от геморрагического шока имеется прямая причинно-следственная связь.*

В то же время лечебно-диагностические мероприятия, проведенные в отношении гр. Д. в период его стационарного лечения в ЦРБ, выполнены несвоевременно и не в полном объеме, а именно при поступлении в стационар ему не было выполнено (хотя и было показано, учитывая перелом

костей таза) исследование брюшной полости (УЗИ, лапароскопия), что не позволило своевременно выявить имевшиеся у него разрывы селезенки и правой доли печени и своевременно провести операцию по ушиванию разрыва печени и удалению селезенки. Проводимая гр. Д. инфузионная терапия была неэффективной ввиду имевшегося разрыва печени и двухмоментного разрыва селезенки.

Комиссия врачей выявила наличие объективных причин, которые могли препятствовать своевременному установлению правильного диагноза и, соответственно, своевременному поиску источника кровотечения и срочному проведению оперативного вмешательства.

Выявленные факты свидетельствуют о ненадлежащем исполнении врачами ЦРБ своих должностных обязанностей, неправильном, несвоевременном и соответствующем стандартам оказании экстренной медицинской помощи пострадавшему.

Вышеперечисленное, орган следствия считает дефектами оказания медицинской помощи, которые способствовали развитию неблагоприятно исхода. Исключение указанных дефектов могло бы способствовать своевременному оказанию необходимой медицинской помощи, что позволило бы продлить жизнь пострадавшему.

Вместе с тем, согласно заключению комиссионной судебно-медицинской экспертизы, между выявленными дефектами оказания медицинской помощи, а именно несвоевременном выявлении разрыва селезенки и печени (что привело к позднему ушиванию разрыва печени и удалению селезенки и наступлением смерти гр. Д. *имеется непрямая причинная связь.*

В рассмотренном примере выявленные недостатки оказания медицинской помощи способствовали развитию неблагоприятного исхода, но не являлись его единственной причиной, и так как между ними усматривает причинная связь, но она непрямая, в действиях врачей ЦРБ не содержится признаков состава преступления предусмотренного ч.2 ст. 109

УК РФ. Уголовное дело по данному факту прекращено, в перспективе рассмотрение дела в гражданском порядке.

Другой пример из практики ОГБУЗ «Белгородское бюро судебно-медицинской экспертизы» показывает наличие прямой причинной связи между ненадлежащим оказанием медицинской помощи и неблагоприятным исходом.

Из постановления о назначении экспертизы известно, что поступил материал проверки по обращению гр. Ш., в котором указывается на обстоятельства некачественного оказания ей медицинской помощи в одном из региональных учреждениях здравоохранения.

В ходе проведения комиссионной экспертизы установлено, что гр. Ш. в родильном отделении учреждения здравоохранения родила ребенка, на 3-и сутки выписана в удовлетворительном состоянии домой.

На 13 сутки по экстренным показаниям поступила в гинекологическое отделение с клиническим диагнозом послеродовой эндометрит. Назначена антибактериальная, инфузионная, противовоспалительная терапия. Несмотря на проведение двух операций вакуум-аспирации содержимого полости матки и проведение инфузионной, противовоспалительной терапии, состояние больной продолжало ухудшаться, жалобы нарастали. Учитывая объем повреждения матки, объем кровопотери было решено выполнить эксплуатацию матки с маточными трубами. В послеоперационном периоде диагностирован послеродовой сепсис. После проведенного стационарного лечения больная Ш. в удовлетворительном состоянии выписана с рекомендациями под наблюдение гинеколога по месту жительства.

Комиссия экспертов пришла к выводу, что оперирующим врачом был нарушен алгоритм проведения вакуум-аспирации без гистероскопии (визуального контроля полости матки), патологического состояния стенки матки в послеродовом периоде (наличие воспалительного процесса вследствие эндометрита), что привело к повреждению стенки матки и развитию кровотечения, осложнившегося геморрагическим шоком III-IV

степени. Таким образом, между имевшим место ненадлежащим оказанием медицинской помощи - вакуум-аспирацией полости матки (проведенной без гистероскопии, что не позволило своевременно выявить повреждение стенки матки), и развитием угрожающего жизни состояния - геморрагического шока III—IV степени, для прекращения кровотечения по жизненным показаниям потребовалось удаление матки с маточными трубами, имеется прямая причинная связь.

Разрыв стенки матки, массивное кровотечение, осложнившееся развитием геморрагического шока III-IV степени, удаление матки квалифицируются как причинившие тяжкий вред здоровью по признаку опасности для жизни или потерю детородного органа (матки) — п.п. 6.1.21; 6.2.1 Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека (приложение к приказу МЗ и СР РФ № 194н от 24.04.2008 г) [4]. Действия квалифицируются правоохранительными органами по ч.2 ст.118 УК РФ (причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности).

В соответствии с действующим законодательством к неблагоприятному исходу относится: смерть; опасный для жизни вред человеку; потеря зрения, речи, слуха, либо органа или утрата органом его функции; прерывание беременности; психическое расстройство; заболевание наркоманией или токсикоманией; неизгладимое обезображивание лица; стойкая утрата общей трудоспособности не менее чем на одну треть, незначительная стойкая утрата общей трудоспособности; полная утрата профессиональной трудоспособности; длительное расстройство здоровья, кратковременное расстройство здоровья.

Надо иметь в виду, что если наступил благоприятный исход при лечении, даже при наличии недостатков оказания медицинской помощи, степень тяжести вреда, причиненного здоровью человека действием (бездействием) медицинского работника, не устанавливается.

Изучая заключения экспертиз по «врачебным делам» была предпринята попытка выявить логическую последовательность, либо зависимость, присущую большинству выводов экспертных комиссий для того, чтобы впоследствии привести примеры формулирования вопросов для экспертных комиссий, понятных как следователям и судьям, так и экспертам. Возможно, при существовании каких-либо единых схем, разработанных юристами и медиками, медико-правовой анализ преступлений медицинских работников против жизни и здоровья, может быть выполнен на более профессиональном уровне (как медиков, так и юристов).

При анализе экспертиз установлено, что вопросы, направленные на выявление противоправности деяния на диагностическом этапе, сгруппировываются в выводах в один блок, и на них дается единый ответ. Вопросы, направленные на выявление противоправности деяния на лечебном этапе, сгруппировываются в выводах в другой блок, и на них дается единый ответ. Кроме того, по-отдельности экспертами анализируются различные периоды оказания медицинской помощи – амбулаторный и стационарный этап, нахождения больного в различных стационарах, в различных отделениях в рамках одного стационара.

Примерная схема формулирования выводов в проанализированных Заключениях эксперта.

1. При выявлении ненадлежащего оказания медицинской помощи, пользуясь вышеприведенным алгоритмом, комиссия экспертов анализирует оказание медицинской помощи на этапе диагностики. Вопросы (в среднем от 2 до 5), направленные на выявление дефектов диагностики сгруппированы в один блок. Отдельно выделяются блоки по амбулаторной помощи (если имелась таковая) и по стационарной. Недостатки диагностики амбулаторного и стационарного лечения при оказании медицинской помощи, приведшие к неправильной или запоздалой диагностике основного заболевания, его осложнения и сопутствующей патологии.

Проанализировав диагностический этап оказания медицинской помощи, комиссия переходит к оценке качества лечения.

2. Следующим блоком вопросов являются вопросы, касающиеся непосредственно лечения больного.

Ненадлежащее оказание консервативного лечения включает неправильное, неадекватное или несвоевременное назначение лекарственных средств, в том числе проведение неправильного или противопоказанного консервативного лечения, неверного ведения больного при правильно установленном клиническом диагнозе.

Ненадлежащее хирургическое лечение включает: проведение ненужной операции, несвоевременное проведение хирургического лечения при установленном диагнозе, недостатки технического характера при оперативном вмешательстве, в том числе с развитием другой патологии, не имеющей прямой связи с основным заболеванием, утяжеляя основное заболевание.

3. В следующем блоке экспертная комиссия может проанализировать этап транспортировки больного, если таковой имел место.

Ненадлежащая транспортировка предусматривает недостатки, выявленные при транспортировке больных в другие ЛПУ, к ним относятся транспортировка больного с угрожающим для жизни состоянием, несвоевременность транспортировки, отсутствие сопровождения при транспортировке, использование неспециализированного транспорта и т.д.

В этих разделах комиссия отвечает на вопросы, направленные на установления противоправности деяния.

Если нет отдельного вопроса по выявлению причин возникновения нарушений в оказании медицинской помощи, то в приведенных выше трех блоках экспертная комиссия может обозначить эти причины.

Так, к *субъективным* причинам относятся:

– Недостаточная квалификация врача, иного медицинского работника – недостаточный уровень знаний, профессиональной подготовки в вопросах

диагностики и лечения конкретной патологии, недостаток умений и навыков медицинского сотрудника при проведении соответствующих манипуляций. На выявление вышеуказанных субъективных причин из анализируемых заключений эксперта не было поставлено ни одного вопроса, и, как правило, экспертная комиссия самостоятельно не берет на себя ответственность по выявлению данных причин.

– Неполноценное обследование больного – невыполнение врачом стандартов обследования больного, неполноценный сбор анамнеза или осмотр больного, отсутствие консилиума или совместного осмотра больного, неполноценное использование в диагностических целях возможностей ЛПУ.

– Недостатки в организации лечебного процесса – несоблюдение порядка организации работы в ЛПУ; невыполнение персоналом диагностических и лечебных назначений.

Как правило, комиссия выделяет из данного (неполного) перечня какие-либо причины, приведшие к ненадлежащему оказанию медицинской помощи.

К *объективным* причинам дефектов в оказании медицинской помощи больному относятся:

– Отсутствие необходимых средств диагностики – нарушение стандартов оснащения ЛПУ.

– Отсутствие необходимых средств лечения.

В перечисленных трех блоках ответов экспертной комиссии на поставленные вопросы, эксперты определяли надлежаще ли была оказана медицинская помощь пациенту, выявляя и оценивая действия врача.

В экспертной практике также существуют и критерии оценки действий врача. Данные критерии были применены во всех исследуемых случаях, вне зависимости от поставленных перед экспертизой вопросов, к ним относятся:

– обоснованность действий врача – все действия врача должны быть обоснованными, а именно, жалобами пациента, признаками патологии, научными представлениями о закономерностях развития заболевания, включая

осложнения, данных медицинской науки о последствиях для здоровья пациента планируемого или проведенного медицинского вмешательства. Действия, совершенные с учетом каждого из вышеперечисленных обоснований, оценивались экспертной комиссией как обоснованные;

– своевременность и техническая безупречность. Своевременными являются те действия, время проведения которых регламентировано соответствующими положениями;

– полнота действия. Эта оценка проводилась на основании сопоставления объема выполненных мероприятий с необходимым объемом за период оказания медицинской помощи.

4. Следующим этапом эксперты являлись ответы на вопросы о вредных последствиях, т.е. непосредственно выводы о причине смерти пациента, либо вреда здоровью. Обычно дублирующих и повторяющихся вопросов, направленных на выявление вредных последствий, в экспертизах не встречалось.

5. После оценки действия медицинского персонала и последствиями, комиссия экспертов устанавливает причинно-следственную связь. Это является наиболее сложным вопросом, как в медицинской, так и в правовой оценке оказания медицинской помощи.

6. При анализе экспертных выводов было выявлено, что эксперты неохотно отвечают на вопросы, направленные на выявление дополнительного непосредственного объекта. Это вопросы о соответствии оказания медицинской помощи стандартам, протоколам и клиническим рекомендациям. Ведь оценка соответствия действий врача нормативно правовым актам действительно входит в компетенцию правоприменительных органов, а не экспертов-медиков.

7. Редко в экспертизах содержались ответы на вопрос специальном субъекте, т.е. о том, может ли врач заниматься определенным видом медицинской деятельности в соответствии со своим образованием и квалификацией. Ответы на данные вопросы стандартные во всех

заклучениях – «ответ на данный вопрос не входит в компетенцию экспертной комиссии». Следует отметить, что в представленных материалах дела не всегда содержались документы, на основании которых эксперт мог бы ответить на указанный вопрос, а именно диплом о высшем медицинском образовании, сертификат специалиста и т.д. Поэтому, для того, чтобы установить специальный субъект, экспертной комиссии необходимо предоставлять необходимый перечень документов.

Также следует обратить внимание, что один из наиболее часто задаваемых вопросов – «Кем именно из врачей был допущен дефект оказания медицинской помощи?». Установление конкретных лиц, безусловно входит в компетенцию правоприменительных органов, а не экспертов.

8. Надо отметить, что ответы на теоретические вопросы не входят в компетенцию судебно-медицинских экспертных комиссий.

Таким образом, проанализировав Заключение экспертов установлено, что экспертные комиссии приводят свои выводы ориентируясь не только на основании поставленных вопросов, а сколько исходя из собственных алгоритмов производства комиссионных судебно-медицинских экспертиз по делам оказания медицинской помощи связанных с преступлениями совершенными медицинскими работниками. Здесь играют роль множество факторов, как субъективных, так и объективных – накопленный экспертный опыт, приверженность экспертов к той или иной судебно-медицинской школе (например, при установлении или не установлении причинно-следственных связей, специального субъекта, дополнительного непосредственного объекта), различные методические рекомендации, принятые внутри экспертного учреждения и др. Исследование еще раз подтвердило, что чем правильней, целенаправленной будут поставлены вопросы перед экспертной комиссией, тем более адекватно и обоснованно на них будут даны ответы экспертами. Обоснованные, адекватные, полные ответы на вопросы следователя или суда, безусловно, помогают дать правильную правовую квалификацию действиям врачей.

Анализ проведенной работы показывает, что чем больше вопросов будет поставлено перед экспертной комиссией, в том числе еще и теоретического характера, тем труднее отвечать на вопросы, что ведет к громоздким и неясным выводам комиссии.

3.4. Схема формулировки вопросов в случаях профессиональных правонарушений медицинских работников.

Исследовав Заключение эксперта, анализируя при этом вопросы, поставленные на разрешение экспертных комиссий и соответственно, ответы на указанные вопросы, т.е. непосредственно выводы экспертных комиссий, следует отметить, что для надлежащей правовой квалификации деяний медицинских работников достаточно поставить следующие основные вопросы:

А) Состояние здоровья до происшествия или оказания медицинской помощи. Например - Какие заболевания имелись до начала диагностических и лечебных мероприятий?

Б) Вопросы диагностики и лечения на амбулаторном и стационарном лечении. Например - Правильно ли была проведена диагностика заболевания на амбулаторном, стационарном этапе оказания медицинской помощи?

В) Вопросы, направленные на ненадлежащее оказание медицинской помощи. Например - Какие конкретно недостатки медицинской помощи допущены при оказании медицинской помощи?

Г) Установление результата проведенного лечения. Например - Каков исход оперативного лечения? Правильно ли технически выполнена процедура?

Д) Наличие причинной связи лечения и исхода. Например - Имеется ли прямая причинная связь между ненадлежащим оказанием медицинской помощи и смертью пациента (причиненным вредом здоровью)?

Данная схема приведена с учетом выявления всех элементов состава преступления и рекомендуется к применению по факту неоказания или ненадлежащего оказания медицинской помощи. Надо иметь в виду, что каждый случай индивидуален, одинаковых случаев нет, так же как и нет одинаковых больных. Грамотно применив предложенную схему, у органов дознания и судов есть большая вероятность выполнить надлежащую правовую квалификацию деяний медицинских работников в случаях профессиональных нарушений.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Судебно-медицинские экспертизы в случае расследования дел о преступлениях медицинских сотрудников в настоящее время являются наиболее актуальными, трудоемкими и сложными. Такие исследования в обязательном порядке проводятся с участием клиницистов. Юридическая оценка "Врачебных дел" во все времена была трудной задачей. Значительная роль в решении этой задачи наряду с теорией и практикой права, процесса и криминалистики принадлежит теории и практике судебной медицины.

Проведенный комплексный анализ свидетельствует о том, что действующее российское уголовное законодательство не выделяет в самостоятельную группу профессиональные преступления медицинских работников против жизни и здоровья пациентов. Однако в УК достаточно статей, которые могут быть применимы к «профессиональным» преступлениям против жизни и здоровья, в случаях ненадлежащего оказания медицинской помощи. К их числу относятся составы, предусмотренные: ч. 2 ст. 109 УК РФ (причинение смерти по неосторожности), ч.2 ст. 118 УК РФ (причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности), ч. 4 ст. 122 УК РФ (заражение ВИЧ-инфекцией), ч. 1 и ч. 2 ст. 124 УК РФ (неоказание помощи больному), ст. 238 (... Выполнение работ или оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности), ч. 2 ст. 293 (Халатность, то есть неисполнение или ненадлежащее исполнение должностным лицом своих обязанностей вследствие недобросовестного отношения к службе... повлекшее по неосторожности причинение тяжкого вреда здоровью или смерть человека), ст. 236 (Нарушение санитарно-эпидемиологических правил: ч. 1 - Нарушение санитарно-эпидемиологических правил, повлекшее по неосторожности массовое заболевание или отравление людей, часть 2 - То же деяние, повлекшее по неосторожности смерть человека); ст. 237 (Соккрытие информации об обстоятельствах, создающих опасность для жизни или здоровья людей: часть 1 - Соккрытие или искажение информации о событиях, фактах или явлениях, создающих опасность для жизни или здоровья людей,

часть 2 - Те же деяния, если... в результате таких деяний причинен вред здоровью человека или наступили иные тяжкие последствия).

Анализ Заключений комиссионных и комплексных экспертиз показал актуальность качества оказания медицинской помощи в учреждениях здравоохранения Белгородской области. По "врачебным" делам в 2016 году было проведено 49 % экспертиз назначенных в отделе сложных экспертиз бюро.

Основными поводами для назначения экспертиз по "врачебным" делам были жалобы больных и родственников, случаи смерти больного, "находки" при судебно-медицинском исследовании трупов после проведенного лечения.

Анализ вопросов, которые разрешаются при проведении экспертиз показал, что правоприменительными органами часто ставятся повторяющиеся вопросы, вопросы, выходящие за пределы компетенции экспертной комиссии, теоретического характера. В подавляющем большинстве на разрешение судебно-медицинских экспертиз ставятся вопросы, направленные на установление признаков объективной стороны преступления и вредных последствий, причинной связи между действиями и бездействиями. Изредка на разрешение экспертизы ставились вопросы, способствующие установлению признаков объекта преступления.

Выводы экспертиз по "врачебным" делам, как правило, строились по принципу развития патологического процесса, начиная с диагностики, далее лечение на различных этапах, исход проведенного лечения и установление причинной связи между проведенными мероприятиями и результатами лечения.

По результатам проведенного исследования предложены вопросы, которые подлежат разрешению при проведении экспертиз по "врачебным" делам и схема формулирования выводов в Заключениях.

Последствия неоказания или ненадлежащего оказания помощи больному в соответствии с УК РФ следует квалифицировать в соответствии с медицинскими критериями тяжести причиненного вреда здоровью.

При отсутствии прямой причинной связи недостатка оказания медицинской помощи с наступившим неблагоприятным исходом, степень тяжести вреда, причиненного здоровью человека действием (бездействием) медицинского работника, не устанавливается. Если в ходе проведения экспертизы не представляется возможным, по имеющимся данным, установить причинную связь указываются причины, по которым она не может быть установлена.

Эти проблемы связаны со спецификой медицинской деятельности, недостаточном взаимодействии правоохранительных органов и судебно-медицинской службы.

Назначение и организация судебно-медицинских экспертиз по уголовным и гражданским делам о преступлениях медицинских работников, характеризуются своими особенностями, в отличие от других дел. Вопросы которые возникают у следствия носят конкретный характер направленный на установление ненадлежащего оказания медицинской помощи, их решение зависит, в том числе и от успешного взаимодействия правоохранительных органов и врачей - судебно-медицинских экспертов.

При производстве судебно-медицинских экспертиз основной проблемой остается установление причинной связи. Проблема определения причинной связи между бездействием или ненадлежащим действием медицинского работника и причинением вредных последствий должна решиться за счет единого подхода и разработки методических рекомендаций для всех экспертных учреждений РФ. При неоказании помощи больному причинную связь между бездействием или смешанным бездействием и причиненным вредом здоровью рассматривается не с точки зрения теории причинности в медицине, а в том числе и социальных аспектов. Т.е. законодатель, установил обязанность медицинских сотрудников оказывать

медицинскую помощь, в соответствии, с которой закономерным является предотвращение наступления вреда здоровью, либо смерти больного в результате своевременного, качественного, квалифицированного оказания медицинской помощи. Некачественное исполнение медицинскими сотрудниками своих обязанностей пострадавшему или больному влечет за собой последствия в виде причины, следствием которой и является наступление предусмотренных законом вредных последствий. Бездействие медицинского работника при оказании необходимой медицинской помощи, закономерно влечет вред здоровью или смерти человека. Таким образом, бездействие медицинского работника и последствия, которые возможно было предотвратить в случае квалифицированного оказания медицинской помощи, дают право установить прямую причинную связь. При этом важно, что факт возможности предотвращения неблагоприятного исхода в случае своевременной и правильной медицинской помощи, необходимо отразить в выводах экспертов с обязательной ссылкой на нормативные документы.

Следовательно, лицо, производящее дознание, суд в процессе юридической квалификации преступления принимают окончательное решение о наличии либо отсутствии в действиях медицинского работника всех признаков преступления на основании всех установленных доказательств по конкретному делу, причем важнейшим из которых является качественное, научно-обоснованное заключение судебно-медицинской экспертизы.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК**Федеральные законы**

1. Конституция Российской Федерации. Принята всенародным голосованием 12 декабря 1993 года./ Российская газета. – 1993. – 25 декабря.
2. Трудовой кодекс Российской Федерации от 30 декабря 2001 г. № 197-ФЗ. Принят Государственной Думой Федерального Собрания Российской Федерации 21 декабря 2001 года/ Собрание законодательств. 2002 – № 1.
3. Уголовный кодекс Российской Федерации от 13 июня 1996 года № 63-ФЗ. Принят Государственной Думой Федерального Собрания Российской Федерации 24 мая 1996 года. Введен в действие с 1 января 1997 года/ Собрание законодательства РФ. – 1996. – № 25.
4. Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации от 18 декабря 2001 г. № 174-ФЗ. Принят Государственной Думой Федерального Собрания Российской Федерации 22 ноября 2001 года./ Собрание законодательства РФ. – 2001 г. – № 52.
5. О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации: Федеральный закон от 31 мая 2001 года. № 73-ФЗ./ Собрание законодательств РФ. – 2001. – № 23.
6. О лицензировании отдельных видов деятельности: Федеральный закон от 8 августа 2001 г. № 128-ФЗ. / Собрание законодательств РФ. – 2001. – № 33.
7. Об основах охраны здоровья. Федеральный закон от 21.11.2011 г. №323-ФЗ.
8. Уголовный кодекс Российской Федерации. – М.: Издательство "Экмос", 2001 г. – 33с.

Подзаконные нормативные акты

9. Об утверждении правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека: Постановление Правительства РФ от 17 августа 2007 г. № 522.
10. Об утверждении Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека: Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 24 апреля 2008 г. № 194н.
11. Методические рекомендации МЗ. Проведение судебно-медицинской экспертизы неблагоприятных последствий оказания медицинской помощи. Москва 2014 г.
12. Методические рекомендации МЗ. Порядок проведения судебно-медицинской экспертизы и установления причинно-следственных связей по факту неоказания или ненадлежащего указания медицинской помощи. Москва 2015 г.
13. Методические рекомендации МЗ. Порядок проведения судебно-медицинской экспертизы и установления причинно-следственных связей по факту неоказания или ненадлежащего указания медицинской помощи. 2-е, переработанное и дополненное. Москва 2017.

Книги, монографии.

14. Кудрявцев В.Н. Объективная сторона преступления, М., 1960 г.
15. Крылов И.Ф. Врач и закон. (правовые основы врачебной деятельности). – Л.: Знание, 1972. – 48 с.
16. Громов А.П. Врачебная деонтология и ответственность медицинских работников. М.: Медицина, 1969 г., – 80 с.
17. Концевич И.А. Судебно-медицинские аспекты врачебной практики. – Киев.: «Здоровье». – 1974 г. – 128 с.
18. Громов А.П. Права, обязанности и ответственность медицинских работников. М.: Медицина, 1976 г. – 168 с.

19. Коржанский Н.И. Объект посягательства и квалификация преступлений. – Волгоград: Высшая следственная школа, – 1976. – 120с.
20. Тимейко Т.В. Общее учение об объективной стороне преступления. Ростов н/Д., 1977 г.
21. Концевич И.А. Долг и ответственность врача. – Киев.: Головное издательство издательского объединения «Вища школа». – 1983 г. – 112 с.
22. Глушков В.А. Ответственность за преступления в области здравоохранения. – Киев.: Вища школа., 1987. – 200 с.
23. Сергеев Ю.Д. Профессия врача: юридически основы. Киев.: «Вища школа», 1988 г. – 208 с.
24. Сергеев Ю.Д. Судебно-медицинская экспертиза по делам о профессиональных правонарушениях медицинских работников (медико-правовые аспекты). Автореферат. М. 1988 г.
25. Дргонец Я., Холлендер П. Современная медицина и право. Перевод со словацкого. – М.: Юридическая литература, 1991 г. – 336 с.
26. Бойко Ю.Г., Селяева Н.Ф. Клинико-анатомический анализ врачебных ошибок. – Минск: Выш.шк., 1994. – 107 с.
27. Плаксин В.О., Гуртовой Б.Л., Обоймаков В.Б. Некоторые вопросы судебно-медицинских экспертиз по делам о профессиональных правонарушениях медицинских работников// Судебно-медицинская экспертиза 1994 г, № 1, с. 3-6.
28. Айзенштейн Ф.А. Анализ летальных исходов. – М.: Медицина, 1995. – 203 с.
29. Малейна М.Н. Человек и медицина в современном праве. Учебное и практическое пособие. – М.: Бек, 1995. – 272 с.
30. Акопов В.И. Юридические основы деятельности врача. Учебно-методическое пособие для студентов медицинских ВУЗов. – М.: Экспертное бюро – М, 1997 г. – 256 с.

31. Зильбер А.П. Этика и закон в медицине критических состояний. – Т.4. – Петрозаводск, 1998. – 202 с.
32. Некачалов В.В. Ятрогении (патология диагностики и лечения): Пособие для врачей. – СПб., 1998. – 42 с.
33. Загрядская А.П. Судебно-медицинская экспертиза в уголовном процессе: Справочное пособие для врачей и следователей. Нижний Новгород: НГМА, 1999 г. – 160 с.
34. Малинин В.Б. Проблемы установления причинной связи в судебно-следственной практике. Монография. СПб.: – Санкт-Петербургский университет МВД России, 1999 г. – 146 с.
35. Хохлов В.В., Хозяинов Ю.А. Ответственность: медицинские правонарушения. Смоленск. 2000 г. – 180 с.
36. Томилин В.В., Соседко Ю.И. Судебно-медицинская оценка дефектов оказания медицинской помощи в учреждениях здравоохранения РФ// Судебно-медицинская экспертиза 2000 г, № 1, с. 3-7.
37. Живодеров Н.Н. Судебная медицина. Учебное пособие / Живодеров Н.Н. – М.: Закон и право, ЮНИТИ-ДАНА, 2001. – 176 с.
38. Новоселов В.П. Профессиональная деятельность работников здравоохранения: ответственность, права, правовая защищенность. Новосибирск.: Наука, 2001 г. – 312 с.
39. Сергеев Ю.Д., Ерофеев С.В. Неблагоприятный исход оказания медицинской помощи. М.: 2001 г. – 288 с.
40. Медик В.А., Фишман В.Б., Токмачев М.С. Руководство по статистике в медицине и биологии в 2 томах. Т.2. – М.: Медицина, 2001. – 322 с.
41. Илюхин В.И., Колбай Г.Н. Комментарий к Федеральному закону «О государственной судебно-экспертной деятельности в РФ». – М.: «Проспект» – 2002. – 192 с.
42. Лисицын Ю.П. – Общественное здоровье и здравоохранение. Учебник. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2002, – 520 с.

43. Лебедев В.М. Комментарий к Уголовному кодексу РФ. – М.: Юрайт-издат, 2002 г. – 760 с.
44. Тимофеев И.В., Леонтьев О.В. Медицинская ошибка. Медико-организационные и правовые аспекты. – СПб.: ООО «Издательство ДНК», 2002 г. – 80 с.
45. Хохлов В.В., Фадеев С.П., Клевно В.А. Основные нормативно-правовые документы по судебно-медицинской экспертизе. – Смоленск, 2003. – 230 с.
46. Альшевский В.В. Судебно-медицинская экспертиза вреда здоровью в современном уголовном судопроизводстве. – М.: издательство «Юрлитинформ», 2004 г. – 176 с.
47. Малинин В.Б., Парфенов А.Ф. Объективная сторона преступления. СПб.: Издательство юридического института, 2004 г. – 301 с.
48. Гусов К.Н. Комментарий к Трудовому кодексу РФ. – М.: Проспект, 2006 г. – 896 с.
49. Пашинян Г.А., Ившин И.В. Профессиональные преступления медицинских работников против жизни и здоровья. М.: Медицинская книга, 2006 г. – 196 с.
50. Попов В.Л. Судебная медицина / Попов В.Л. – СПб.: Юрид.центр Пресс, 2006. – 622 с.
51. Дерягин Г.Б., Сидоров П.И., Соловьев А.Г. Правовая ответственность медицинских работников (судебно-медицинские аспекты): учебное пособие. – Архангельск: Издательский центр СГМУ, 2002. – 180 с.
52. Акопов В.И. Судебная медицина. Практическое руководство для юристов и врачей/ Акопов В.И. – 5-е изд., перераб. и доп. – М.: Дашков и Ко, 2007. – 488 с.
53. Гурочкин Ю.Д. Медицинское право. Сборник нормативных актов к занятиям по медицинскому праву. Учебник. – М.: Экзамен, 2007 г. – 798 с.

54. Иногамова-Хегай Л.В. Российское уголовное право. Учебник в 2 томах. М.: Проспект – 2007 г.
55. Булепкин Б.Т. Комментарий к УПК РФ (постатейный). – М.: КНОРУС, 2008 г. – 672 с.
56. Григонис Э.П., Леонтьев О.В. Ответственность за преступления, совершаемые медицинскими работниками: Учебное пособие. – СПб.: СпецЛит, 2008 г. – 157 с.
57. Клевно В.А. Комментарий к нормативным правовым документам, регулирующим порядок определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека. СПб.: Р. Асланова – Юридический центр Пресс, 2008 г. – 213 с.
58. Клевно В.А. Судебно-медицинская экспертиза вреда здоровью: руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009 г. – 300 с.
59. Внукова В.А. Пирожков И.В. Уголовная ответственность за профессиональные преступления, совершаемые медицинскими работниками. Нравственные императивы в праве, образовании, науке и культуре. Материалы V Международного молодежного форума 12. мая 2017 года. Белгород, 2017 – 839 с. с 72-79.
60. Внукова В.А. Пирожков И.В. Внутренний контроль качества медицинской деятельности. Стоматология славянских государств: сборник трудов X Международной научно-практической конференции. "БелГУ" 2017, 424 с.. с78-82.