

С.А. Сумин, В.И. Горбачев, Р.А. Ярославкин,
К.Г. Шаповалов, Е.С. Нетёсин

ЮРИДИЧЕСКОЕ ПРЕСЛЕДОВАНИЕ ВРАЧА: ЭТАПЫ И ЗАЩИТА



Медицинское информационное агентство
Москва
2021

УДК 347.56:614.25
ББК 67.408+51.1(2)
С89

- Сумин, С.А.**
С89 Юрическое преследование врача : этапы и защита : [Как ведется борьба с «подлыми шпионами и убийцами под маской профессоров-врачей» в наши дни] / С.А. Сумин, В.И. Горбачев, Р.А. Ярославкин, К.Г. Шаповалов, Е.С. Нетёсин. — Москва : ООО «Медицинское информационное агентство», 2021. — 120 с.

ISBN 978-5-907098-46-6

Книга посвящена важнейшему для сферы здравоохранения вопросу: взаимоотношениям пациент — медицинский работник — органы предварительного расследования и суд. В ней представлена история борьбы с «подлыми шпионами и убийцами под маской профессоров-врачей» от момента ее возникновения и до наших дней.

В книге изложен поэтапный процесс юридического преследования медицинского работника по следующей схеме: недовольство пациента/родственников, жалоба, проверка сообщения о преступлении в порядке статьи 144 УПК РФ, предварительное расследование, суд. Даны объяснения каждому этапу и представлены рекомендации, что нужно знать и делать врачу на каждом из этапов юридического преследования.

Книга адресована нашим коллегам, врачам анестезиологам-реаниматологам, а также врачам любых других специальностей, всем продолжателям дел «подлых шпионов и убийц под маской профессоров-врачей», «уклоняющихся от дачи правдивых показаний или утаивающих важные сведения об обстоятельствах происшествия», но продолжающих честно выполнять свой врачебный долг.

УДК 347.56:614.25
ББК 67.408+51.1(2)

*Рисунок для обложки предоставлен Р.А. Ярославкиным.
Художник Л.В. Наконечная*

ISBN 978-5-907098-46-6

© Сумин С.А. и др., 2021
© Оформление. ООО «Медицинское
информационное агентство», 2021

Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в какой-либо форме без письменного разрешения владельцев авторских прав.

АВТОРСКИЙ КОЛЛЕКТИВ

Сумин Сергей Александрович — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, заслуженный работник высшей школы Российской Федерации, г. Курск

Горбачев Владимир Ильич — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой анестезиологии и реаниматологии Иркутской государственной медицинской академии последипломного образования — филиала ФГБОУ дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Иркутск

Ярославкин Роман Александрович — адвокат, коллегия адвокатов Железнодорожного округа г. Курска Адвокатской палаты Курской области; клиническая ординатура по специальности «Судебно-медицинская экспертиза», г. Курск

Шаповалов Константин Геннадиевич — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, заслуженный врач Российской Федерации, г. Чита

Нетёсин Евгений Станиславович — кандидат медицинских наук, доцент кафедры анестезиологии и реаниматологии Иркутской государственной медицинской академии последипломного образования — филиала ФГБОУ дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Иркутск

ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений	6
Введение	7
1. Структура процесса юридического преследования медицинского работника	18
1.1. Недовольство пациента/родственников, жалоба	18
1.2. Проверка сообщения о преступлении в порядке статьи 144 УПК РФ (доследственная проверка)	20
1.2.1. Получение объяснения от медицинских работников	22
1.2.2. Почему медработнику важно активно участвовать в проверке сообщения о преступлении (доследственной проверке)	24
1.2.3. Медицинская карта стационарного больного, предоставление медицинских документов органам предварительного расследования, ознакомление с медицинской картой стационарного больного родственников умершего пациента	25
1.2.4. Внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности	29
1.2.5. Должностная инструкция	30
1.2.6. Ведомственный контроль качества оказания медицинской помощи	31
1.2.7. Возможные варианты решения органа предварительного расследования по результатам доследственной проверки случая оказания медицинской помощи/услуги	33
1.3. Предварительное расследование в рамках возбужденного уголовного дела	35
1.3.1. Обстоятельства, исключающие преступность деяния	41
1.3.2. Момент возникновения ответственности за исполнение/ неисполнение официальных требований и предписаний	42

1.3.3. Критерии оценки неблагоприятного исхода медицинской помощи	43
1.3.4. Проблема отсутствия нормативно урегулированных терминов.....	51
1.3.5. Судебно-медицинская экспертиза.....	53
1.3.6. Нормативные правовые акты и иные документы, необходимые врачу — анестезиологу-реаниматологу, привлекаемому в качестве эксперта по уголовным и гражданским делам	55
1.3.7. Правовая база проведения судебно-медицинской экспертизы (основные нормативные документы).....	60
1.3.8. Рекомендации о составлении выводов врачом — анестезиологом-реаниматологом, привлекаемым к участию в комплексных СМЭ.....	80
1.3.9. Обоснованный риск методов оказания медицинской помощи	83
1.3.10. Примеры обобщенных формулировок ответов на типичные вопросы экспертов по специальности «Анестезиология- реаниматология»	86
1.4. Завершение предварительного расследования	91
2. Анализ судебных решений, связанных с врачами — анестезиологами-реаниматологами за период с 2017 по 2019 г.	95
3. Как обстоит вопрос с защитой врачей от правовых рисков, связанных с профессиональной деятельностью	103
4. Кадры решают все	108
Литература.....	114

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ВКК	— внутренний контроль качества
ГПК РФ	— Гражданский процессуальный кодекс Российской Федерации
ИВЛ	— искусственная вентиляция легких
КАС РФ	— Кодекс административного судопроизводства Российской Федерации
КИЛИ	— Комиссия по изучению летальных исходов
КоАП РФ	— Кодекс об административных правонарушениях Российской Федерации
МО	— медицинская организация
ОМС	— обязательное медицинское страхование
ОРИТ	— отделение реанимации и интенсивной терапии
Росздравнадзор	— Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения
СК	— Следственный комитет
СМЭ	— судебно-медицинская экспертиза
УК РФ	— Уголовный кодекс Российской Федерации
УПК РФ	— Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации
ФАР	— Общероссийская общественная организация «Федерация анестезиологов и реаниматологов»
ФФОМС	— Федеральный фонд обязательного медицинского страхования

ВВЕДЕНИЕ

Уже несколько поколений медицинских работников нашей страны хранит в себе печальную память о деле «врачей-вредителей», они же «шпионско-террористическая группа врачей», они же «врачи-отравители», они же «врачи-убийцы», они же «подлые шпионы и убийцы под маской профессоров-врачей», они же «врачи-вредители, продавшиеся рабовладельцам-людоедам из Соединенных Штатов Америки (США) и Англии» и т.д.

В период 1951–1952 годов были арестованы 37 крупнейших деятелей советской медицины, преимущественно еврейской национальности, занимавшихся лечением членов правительства Союза Советских Социалистических Республик (СССР). Им предъявлялось обвинение в неправильном (вредительском) лечении руководителей страны, шпионаже в пользу иностранных разведок. Так возникло дело о врачах-вредителях.

Вел и «раскручивал» данное дело подполковник Министерства государственной безопасности (МГБ) старший следователь М.Д. Рюмин, в последующем на пике этого дела досрочно получивший звание полковника и ставший заместителем министра и начальником следственной части по особо важным делам МГБ СССР. Впрочем, после того как дело развалилось, он был арестован, а затем расстрелян.

Апогеем данного дела можно считать 13 января 1953 г., когда в газете «Правда», органе Центрального Комитета Коммунистической партии Советского Союза (ЦК КПСС), еще до окончания следствия на первой странице была опубликована статья:

«Подлые шпионы и убийцы под маской профессоров-врачей». Главным в ней было обвинение ранее арестованных медицинских работников во всех смертных грехах, однако какая-либо доказательная база не приводилась.

Статья вызвала огромный резонанс в СССР. После ее выхода в масштабах всей страны началась кампания, граничащая с массовым психозом и истерией, по всенародному осуждению «подлых шпионов и убийц под маской профессоров-врачей» и с требованиями их «казнить», «повесить», «расстрелять» и т.д. Ну и заодно в то время досталось и многим другим врачам.

Менее чем через три месяца, 4 апреля 1953 г., в той же самой газете «Правда» были опубликованы результаты проверки, проведенной Министерством внутренних дел (МВД) СССР по делу «подлых шпионов и убийц под маской профессоров-врачей». Сообщалось, что все врачи были арестованы незаконно, «а показания арестованных, якобы подтверждающие выдвинутые против них обвинения, получены путем применения недопустимых и строжайше запрещенных советскими законами приемов следствия» (проще говоря, использовались пытки). Все «врачи-убийцы» были реабилитированы, некоторые посмертно, но осадок, как говорится, остался.

В последующие десятилетия органы предварительного расследования оставили врачей в покое, ошибки в лечении и диагностике перестали переводить в политическую или уголовную плоскость. А если когда и привлекали к уголовной ответственности медицинских работников, то это обычно были случаи откровенных уголовных преступлений (получение взяток, торговля наркотиками, больничными листами и др.). Такое юридическое преследование во врачебной среде находило полное понимание и поддержку.

Однако примерно 10–15 лет тому назад в масштабах всей страны наступил ренессанс по поводу преследования «врачей-убийц». Стало быстро возрастать количество судебных исков к медицинским работникам и организациям [45]. И, как сказал один печально известный политик, «процесс пошел».

Причин возникновения данного явления много, но, с точки зрения авторов, главными из них являются пять.

1. Потребительский экстремизм. В нашей стране в настоящее время прослеживается четкая тенденция к росту данного вида экстремизма, впрочем, данная проблема актуальна для многих стран мира. В абсолютном большинстве случаев — это элементарная попытка заработать на осложнении способа лечения или на летальном исходе. Изредка движущей силой потребительского экстремизма является месть медицинским работникам, виноватым, по мнению родственников и других заинтересованных лиц, в неблагоприятном исходе лечения, но в конечном итоге после вынесения судом обвинительного приговора в отношении медицинского работника все опять возвращается к финансовым вопросам.

2. Отсутствие со стороны государства защиты врачей от правовых рисков. Конституция Российской Федерации (РФ) в ч. 1 ст. 41 провозглашает право каждого на охрану здоровья и медицинскую помощь. Врачи, работающие в бюджетных учреждениях здравоохранения, обеспечивают реализацию конституционной обязанности государства охранять здоровье людей и конституционного права граждан на медицинскую помощь. При этом государство не защищает врачей от правовых рисков, связанных с профессиональной деятельностью. Поэтому медицинский работник в конфликтных ситуациях становится своеобразным «пушечным мясом», до последующей судьбы которого работодателю зачастую нет никакого дела.

3. Работа органов предварительного расследования сплошь и рядом начала строиться на подмене понятий, когда осложнение способа лечения стало трактоваться как факт ненадлежащего исполнения профессиональных обязанностей, т.е. если в пятидесятые годы прошлого века осложнения способа лечения переводили в политическую плоскость, то теперь пытаются перевести в уголовную. Все это происходит на фоне отсутствия общепринятых определений ряда значимых медико-юридических терминов и понятий, соответствующей нормативной базы и постоянно меняющихся на законодательном уровне «правил игры».

4. Всеобщая цифровизация и доступность для населения медицинской профессиональной информации, на основании которой делаются весьма своеобразные, по большей части

безграмотные, выводы. Сейчас каждый желающий при полном отсутствии каких-либо познаний в медицине как одной из наиболее сложных профессий способен прочитать поверхностные, «научно-популярные» сведения о методах диагностики и лечения и может самостоятельно принимать (или не принимать) лекарственные препараты.

5. Введение дефиниции «медицинская услуга». Внесение в Федеральный закон № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011 г. [58] дефиниции «медицинская услуга» привело к исчезновению представления о медицинской науке как сложнейшей профессии и нивелировало этические позиции служения ей как одной из самых почетных и уважаемых миссий человека, близкой к таинству священнослужения. Теперь медицинский работник поставлен в один ряд с цирюльниками, сапожниками, таксистами и иными уважаемыми представителями сферы обслуживания населения. Раньше врачи, как и тысячи лет тому назад, лечили людей, а теперь стали оказывать медицинские услуги. Тотальным стало представление о том, что и в медицине «клиент всегда прав». Ну а уж если врачи оказывают услуги, то в Федеральный закон № 323 следует внести небольшую корректировку: слово «пациент» заменить на слово «клиент», и тогда все встанет на свои места.

«Достойный вклад» в ренессанс вносят и средства массовой информации. По данным судебного департамента при Верховном суде РФ [46], в 2018 г. количество осужденных за причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения профессиональных обязанностей по ч. 2 ст. 109 УК РФ (без разделения по профессиям) составило 151, а за половое сношение и иные действия сексуального характера с лицом, не достигшим шестнадцатилетнего возраста, по ч. 1 ст. 134 УК РФ — 2 280, т.е. в 15 раз больше. При этом в средствах массовой информации актуальная ещё несколько лет назад тема педофилии сменилась на новую модную тему ятрогении, что наводит на мысли о целенаправленных и согласованных действиях по дискредитации врачей в государственном масштабе, обусловленных социальной и политической конъюнктурой.

Ко дню написания книги в свободном доступе отсутствовали официальные результаты судебной статистики за 2019 г. Одна-

ко, по данным судебного департамента при Верховном суде РФ, в 2018 г. было рассмотрено 885 075 уголовных дел, по которым осуждено 681 769 человек, оправдано — 2082 (0,3% от общего числа приговоров — 683 851), остальные уголовные дела прекращены по различным процессуальным основаниям.

Количество осужденных в 2018 г. по ч. 2 ст. 109 УК РФ (без разделения по профессиям) — 151, количество оправданных по ч. 2 ст. 109 УК РФ (без разделения по профессиям) — 13, в отношении 140 человек уголовные дела по данной квалификации были прекращены по различным правовым основаниям. Таким образом, количество осужденных по ч. 2 ст. 109 УК РФ (151 человек) к общему числу осужденных (681 769 человек) составляет всего 0,02%. Причем в число этих осужденных входят не только врачи, но и представители других профессий, поскольку вышеуказанная статистика не учитывает критерий специальности. Действительно, такой «высокий процент» успешно раскрытых и расследованных врачебных дел делает данное направление приоритетным.

В автореферате кандидатской диссертации М.О. Гренюка «Социальная защита врачей как профессиональной группы» [11] приводится следующая информация: «На Западе проблема социальной незащищенности врача не стоит так остро, как в России, потому что по крайней мере экономический экстремизм данной профессиональной группе традиционно обеспечен, а средства массовой информации (СМИ) последовательно поддерживают престиж профессии».

У нас же в России, как и в далеком 1953 г., СМИ в настоящее время сплошь и рядом поливают грязью медицинских работников. В абсолютном большинстве случаев, не понимая сути затрагиваемых проблем и не дожидаясь решения суда, сами выносят приговоры и, как и ранее, прекрасно обходятся без какой-либо доказательной базы и не несут за свои опусы ни малейшей ответственности.

Где же корни этого ренессанса? Некоторое время назад группа юристов, обнаружив правовой вакуум, принялась самостоятельно подводить юридическую базу для расследования врачебных ошибок. Доказательством тому является целый ряд статей, в которых рассматриваются и анализируются «преступления» медицинских работников.

- Пашинян Г.А., Ившин И.В. Профессиональные преступления медицинских работников против жизни и здоровья. — М.: Медицинская книга, 2006. — С. 196.
- Багмет А.М. Совершенствование уголовного законодательства о преступлениях, совершенных медицинскими работниками // Расследование преступлений: проблемы и пути их решения. — 2016. — № 1 (11). — С. 19–24.
- Багмет А.М., Черкасова Л.И. Криминалистические особенности расследования преступлений, совершенных медицинскими работниками // Российский следователь. — 2014. — № 7. — С. 51–55.
- Багмет А.М., Черкасова Л.И. Составы преступлений, совершаемых медицинскими работниками // Юридический мир. — 2014. — № 12. — С. 56–58.

С точки зрения следственной науки, данная сфера деятельности была абсолютно никем не исследованной криминальной областью, в которой отсутствовали и в настоящее время отсутствуют четкие и конкретные понятия, характеристики, а самое главное, в ней никем не регламентированы правила «игры». Все это позволяло и позволяет следователям необоснованно предъявлять врачам надуманные обвинения в ненадлежащем исполнении профессиональных обязанностей, поскольку отсутствуют законодательно закрепленные понятия надлежащего и ненадлежащего исполнения профессиональных обязанностей.

Что следует понимать под ненадлежащим исполнением профессиональных обязанностей разъяснено в кассационном определении Верховного суда РФ № 13-УД15-1 от 03.03.2015 г.: «По смыслу положений ч. 2 ст. 109 УК РФ, под ненадлежащим исполнением профессиональных обязанностей виновным понимается поведение лица, полностью или частично не соответствующее официальным требованиям или предписаниям, предъявляемым к лицу, в результате чего наступает смерть потерпевшего. Суть такого поведения заключается в отношении лица к правовым предписаниям, выражающимся в неисполнении предъявляемых требований. Исходя из этого, обязательным условием для привлечения лица к уголовной ответственности является установление правовых предписаний, регламентирующих поведение лица в той или иной профессиональной сфере. Отсутствие соответствующей

правовой нормы (правил поведения) свидетельствует и об отсутствии самого общественно опасного деяния, поскольку в таком случае нельзя установить отношение лица к тем или иным правовым предписаниям (профессиональным обязанностям)» [22].

К сожалению, процитированная правовая позиция Верховного суда РФ не имеет силы закона, может измениться в любой момент и не обязательна для органов предварительного расследования.

Так, по мнению следователей, нагноение послеоперационной раны — не осложнение, а преступление, обусловленное именно ненадлежащим исполнением профессиональных обязанностей хирургом или операционной сестрой, даже при соблюдении ими всех установленных санитарно-эпидемиологических норм и правил. И данные статистики в этом вопросе не имеют ни малейшего значения. Фактически происходит осознанная подмена понятий: осложнение способа лечения, неизбежное при любом медицинском вмешательстве, при помощи несложных юридических манипуляций со стороны органов предварительного расследования начинает трактоваться уже как факт ненадлежащего исполнения профессиональных обязанностей, а если это еще будет подкреплено соответствующим заключением судебно-медицинской экспертизы (СМЭ), то вот и готовое уголовное преступление!

В статье А.М. Багмета (2017) «Тактика допроса при расследовании преступлений, совершенных медицинскими работниками» указывается: *«допрос медицинских работников наиболее проблематичен, так как нередко они уклоняются от дачи правдивых показаний или утаивают важные сведения об обстоятельствах происшествия, что объясняется нежеланием обострять отношения с администрацией медицинского учреждения или стремлением скрыть ненадлежащие деяния коллеги»* [3].

Согласно искаженной логике данной публикации, любой медицинский работник, привлеченный следствием для дачи показаний, априори является если не преступником, то соучастником, пытающимся намеренно ввести следствие в заблуждение.

Апофеозом ренессанса стало издание под эгидой Академии Следственного комитета (СК) РФ книги «Расследование преступлений, совершенных медицинскими работниками по неосторожности (ятрогенных преступлений): учебно-методическое

пособие для студентов вузов, обучающихся по направлению подготовки «Юриспруденция» под ред. А.М. Багмета [40]. Наше мнение о данном учебно-методическом пособии представлено в последней главе данной книги.

Выстраивая уголовно-правовые взаимоотношения с врачами, государство выглядит двуликим Янусом.

В 2018 г. с выходом Постановления Правительства РФ № 1502 от 08.12.2018 г. «О Правительственной комиссии по координации судебно-экспертной деятельности в РФ» (вместе с «Положением о Правительственной комиссии по координации судебно-экспертной деятельности в РФ») [26] появилась надежда на упорядочение методик экспертного исследования, единообразии критериев экспертной оценки.

И эта надежда на лучшее начинает крепнуть еще больше после прочтения интервью Председателя СК РФ А.И. Бастрыкина в электронной версии «Российской газеты» от 14.01.2020 г. (<https://rg.ru/2020/01/14/bastrykin-v-bolshinstve-del-o-vrachebnyh-oshibkah-viny-medrabotnikov-net.html>).

Вот некоторые моменты из интервью:

«...Для объективного разбирательства мы как раз и возбуждаем уголовные дела, в рамках которых тщательно проверяем следственным путем доводы потерпевших, скрупулезно выясняем все обстоятельства, чтобы сделать правильный вывод о виновности или невиновности медицинского персонала. И как показывает статистика, **действительно, в большинстве случаев по таким происшествиям вины медицинских работников нет**», — указал Бастрыкин. «По данным СК России за 9 месяцев 2019 г. в суды направлено 260 уголовных дел в отношении 292 обвиняемых медицинских работников. Тем самым из оконченных производством уголовных дел в суд направляется лишь их шестая часть, остальные обоснованно прекращаются из-за установления некриминального характера врачебной ошибки», — отметил председатель СК РФ».

Однако не следует преждевременно обольщаться.

В номере «Российской газеты» от 9 апреля 2019 г. № 7835 было опубликовано интервью с председателем СК РФ А.И. Бастрыкиным, в котором он дословно сказал: «...Мы приступили к организации проведения судебно-медицинских экспертиз по

уголовным делам о врачебных ошибках. Принято на работу 22 эксперта-медика, имеющих большой экспертный опыт. В 2018 г. проведено 146 экспертиз по данной категории преступлений» [41].

А 25 октября 2019 г. вступил в силу Федеральный закон № 224-ФЗ от 26.07.2019 г. «О внесении изменений в Федеральный закон «О государственной судебно-экспертной деятельности в РФ» и Федеральный закон «О Следственном комитете РФ», включивший Следственный комитет России в федеральные государственные органы, в которых могут создаваться государственные судебно-экспертные учреждения и экспертные подразделения в целях организации и производства судебной экспертизы, назначенной в соответствии с законодательством.

Теперь СК РФ объединил в своем лице функцию уголовного преследования и функцию проведения экспертизы, основополагающими принципами которой по закону должны быть объективность и независимость от участников уголовного судопроизводства.

Если были созданы специальные структурные подразделения для расследования преступлений, совершенных медицинскими работниками, то можно не сомневаться, что количество уголовных дел в отношении «врачей-вредителей» будет возрастать если не в геометрической, то, бесспорно, в арифметической прогрессии. Это неизбежно, так как любая бюрократическая машина может оправдывать свое создание и существование только выдачей на-гора готовой продукции.

Здесь будет уместно привести яркий пример, иллюстрирующий полное единодушие и взаимопонимание между органом предварительного расследования и врачами, включенными в состав экспертной комиссии, сформированной в октябре 2019 г. на базе отдела криминалистики следственного управления СК РФ по Республике Башкортостан.

Уголовное дело, по которому была проведена эта экспертиза, ко времени написания книги рассматривается в суде, поэтому мы не приводим сведений об экспертах и номере заключения, но процитируем часть их выводов, достойную журнала «Крокодил»:

- «Обнаруженные дефекты диагностики состоят в прямой причинно-следственной связи с наступлением неблагоприятного исхода у [Ф.И.О. пациента]»;

- «Причиной смерти [Ф.И.О. пациента], **вероятнее всего**, явился острый инфаркт миокарда, осложнившийся кардиогенным шоком...»;
- **«Достоверно ответить на вопрос о причине смерти [Ф.И.О. пациента] не представляется возможным**, ввиду недостаточного количества препаратов сердца, взятого на гистологическое исследование при вскрытии трупа».

Иными словами, эксперты достоверно не знают, от чего умер пациент, но уверены, что вследствие дефектов диагностики.

Этот «шедевр» родился в экспертном подразделении следственного органа, осуществлявшего уголовное преследование врача, после того как три комплексные СМЭ, ранее проведенные в государственных бюро СМЭ двух разных субъектов РФ, достоверно определили причину смерти пациента в результате хронической ишемической болезни сердца, осложнившейся острой сердечно-сосудистой недостаточностью, и констатировали отсутствие прямой причинно-следственной связи между недостатками оказания медицинской помощи и смертью.

Интересно отметить, что заключения экспертов об отсутствии прямой причинно-следственной связи между недостатками оказания медицинской помощи и смертью пациента были включены в обвинительное заключение в качестве доказательств, подтверждающих вину врача в совершении преступления.

Таким образом, с уверенностью можно сказать, что дело о «врачах-вредителях» пережило ренессанс и продолжает с большим успехом свое победное шествие.

Врачи обвиняют СК в криминализации профессии, а в СК РФ в свою очередь подчеркивают, что не стремятся преследовать медиков. У них и нет на это компетенции. Ключевую роль во всех «делах врачей» играет СМЭ. Ее заключение в большинстве случаев становится основой для судебного решения, хотя судья должен рассматривать данные СМЭ наравне с другими доказательствами.

Однако не все так плохо. Есть и положительная динамика в делах «врачей-вредителей»: нам, авторам данной книги, имеющим многолетний опыт работы по защите прав медицинских работников, не известно ни одного случая «применения недопустимых и строжайше запрещенных советскими законами прие-

мов следствия» в наше время, т.е. медицинских работников более не пытаются, и это радует.

А как же обстоит вопрос с доказательной базой в наши дни? К сожалению, в ряде случаев многое остается на уровне 1953 г.: обвинения есть, а достоверных и законных доказательств нет.

Настоящая книга не является памфлетом, обличающим все и вся в нашей многострадальной медицине. Авторы не претендуют на роль истины в последней инстанции. Движущей силой при создании данной книги у нас было единственное желание: помочь нашим коллегам сориентироваться в сложных взаимоотношениях пациент — медицинский работник — органы предварительного расследования — суд.

Книга адресована нашим коллегам, врачам — анестезиологам-реаниматологам, а также врачам и других специальностей, всем продолжателям дел «подлых шпионов и убийц под маской профессоров-врачей», «уклоняющихся от дачи правдивых показаний или утаивающих важные сведения об обстоятельствах происшествия», но продолжающих честно выполнять свой врачебный долг.

Коллектив авторов надеется на доброжелательное восприятие и конструктивную критику своего труда.

1. СТРУКТУРА ПРОЦЕССА ЮРИДИЧЕСКОГО ПРЕСЛЕДОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА

Процесс юридического преследования медицинского работника может быть структурирован по следующей схеме:

- 1) недовольство пациента/родственников, жалоба;
- 2) проверка сообщения о преступлении в порядке ст. 144 УПК РФ (проверка актов служебного расследования, комиссии по изучению летальных исходов (КИЛИ), заключения специалистов, результатов патологоанатомического исследования, других документов);
- 3) предварительное расследование производится в рамках возбужденного уголовного дела (назначение СМЭ, проведение допросов, предъявление обвинения и иные следственные действия);
- 4) суд.

Примечание. Авторам такая схема весьма напоминает логику течения многих заболеваний: предикторы, факторы риска — ранняя стадия заболевания — поздняя, запущенная стадия — агональная фаза.

1.1. Недовольство пациента/родственников, жалоба

При наступлении осложнения способа лечения или летального исхода у больного все последующие проблемы юридического характера у лечащего врача в большинстве случаев будут

зависеть от дальнейших действий родственников, знакомых, сослуживцев бывшего пациента и других заинтересованных лиц. Если смерть пациента была «ожидаемой» и все, с точки зрения этих лиц, было сделано адекватно и правильно, претензий обычно не возникает.

Если же смерть пациента явилась «неожиданной» (как правило, вследствие экстренных и неотложных состояний у лиц молодого возраста, развития грозного и/или редкого осложнения, летального исхода на фоне краткосрочного улучшения состояния), в таких ситуациях родные и близкие люди плохо воспринимают аргументацию медицинских работников о причинах смерти, часто отказываются от проведения вскрытия тела умершего и приступают к поискам виновных, с их точки зрения, лиц. Начинаются эмоциональные объяснения родственников с лечащим врачом и администрацией медицинской организации (МО), сопровождающиеся угрозами обратиться с жалобами в вышестоящие инстанции. Достаточно часто поводом для обращения с жалобой в правоохранительные органы является некорректное общение с лечащим врачом или администрацией МО.

В соответствии с действующим законодательством родственники и другие заинтересованные лица имеют право обращаться с жалобами во всевозможные государственные инстанции. В нашей стране большинство таких обращений направляется в прокуратуру, полицию и следственный комитет. В жалобе, как правило, излагается суть вопроса, выражается мнение заявителя/заявителей о виновности конкретного медицинского работника/работников в летальном исходе или в причинении вреда здоровью их родственнику/знакомому и высказывается пожелание/требование о привлечении этого лица или группы лиц к уголовной ответственности.

С момента поступления жалобы в органы предварительного расследования начинается этап проверки сообщения о преступлении.

Примечание. Следует знать, что согласно Уголовному кодексу Российской Федерации (УК РФ) к уголовной ответственности может быть привлечено только физическое лицо или группа лиц [53].

1.2. Проверка сообщения о преступлении в порядке статьи 144 УПК РФ (доследственная проверка)

Этап проверки сообщения о преступлении является одним из ключевых моментов для правовой оценки действий медицинских работников [52]. Вместе с тем осведомленность врачей об их правах, процессуальных аспектах данного этапа и его значимости крайне низка. В связи с приведенной ситуацией считаем необходимым систематизировать сведения о процессуальных особенностях проверки сообщения о преступлении и разъяснить вопросы, актуальные для врача — анестезиолога-реаниматолога.

Проверка сообщения о преступлении (доследственная проверка) — это комплекс юридических действий, совершаемых органом предварительного расследования в установленный законом срок для решения вопроса о наличии или отсутствии состава преступления. При этом проверяются не только действия указанных заявителем лиц, но и действия самого заявителя на предмет заведомо ложного доноса о совершении преступления (ст. 306 УК РФ) [53].

Порядок проведения проверки сообщения о преступлении обозначен в ст. 144 и 145 Уголовно-процессуального кодекса РФ (УПК РФ) № 174-ФЗ от 18.12.2001 г. [52].

Так, согласно ч. 1 ст. 144 УПК РФ дознаватель, орган дознания, следователь, руководитель следственного органа обязаны принять, проверить сообщение о любом совершенном или готовящемся преступлении и в пределах компетенции, установленной настоящим Кодексом, принять по нему решение в срок не позднее 3 суток со дня поступления указанного сообщения [52]. При проверке сообщения о преступлении дознаватель, орган дознания, следователь, руководитель следственного органа вправе получать объяснения, образцы для сравнительного исследования, истребовать документы и предметы, изымать их в порядке, установленном настоящим Кодексом, назначать судебную экспертизу, принимать участие в ее производстве и получать заключение эксперта в разумный срок, производить осмотр места происшествия, документов, предметов, трупов, освидетельствование, требовать

производства документальных проверок, ревизий, исследований документов, предметов, трупов, привлекать к участию в этих действиях специалистов, давать органу дознания обязательное для исполнения письменное поручение о проведении оперативно-розыскных мероприятий.

Следует обратить внимание, что в ч. 1.1 этой же статьи обозначены права лиц, в отношении которых проводится проверка: «Лицам, участвующим в производстве процессуальных действий при проверке сообщения о преступлении, разъясняются их права и обязанности, предусмотренные настоящим Кодексом, и обеспечивается возможность осуществления этих прав в той части, в которой производимые процессуальные действия и принимаемые процессуальные решения затрагивают их интересы, в том числе права не свидетельствовать против самого себя, своего супруга (своей супруги) и других близких родственников, круг которых определен п. 4 ст. 5 настоящего Кодекса, пользоваться услугами адвоката, а также приносить жалобы на действия (бездействие) и решения дознавателя, начальника подразделения дознания, начальника органа дознания, органа дознания, следователя, руководителя следственного органа в порядке, установленном главой 16 настоящего Кодекса. Участники проверки сообщения о преступлении могут быть предупреждены о неразглашении данных досудебного производства в порядке, установленном ст. 161 настоящего Кодекса...». В соответствии с ч. 3 ст. 144 УПК РФ сроки проверки сообщения о преступлении могут быть продлены до 30 суток.

Главная цель доследственной проверки — выявить наличие или отсутствие состава преступления. Для достижения данной цели органы предварительного расследования в обязательном порядке будут как минимум брать объяснения у медицинских работников, тщательному изучению будет подвергнута медицинская карта стационарного больного, протокол внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, должностная инструкция и другие нормативные документы, регламентирующие работу медицинского работника. Как вариант, возможно проведение ведомственного контроля по требованию органа предварительного расследования.

1.2.1. Получение объяснения от медицинских работников

УПК не содержит прямых указаний на обязательность явки для опроса (на данном этапе процессуальных действий возможно проведение исключительно опроса) в порядке ст. 144, но игнорирование врачом этой процедуры ограничивает самого врача в возможности обосновать свою позицию и доказать правильность собственных действий. Иными словами, отказ врача от права участвовать в опросе потенциально может привести к возбуждению уголовного дела и к последующим допросам уже в качестве подозреваемого или обвиняемого. Вместе с тем взаимодействие с органами предварительного расследования может быть безопасным и эффективным для врача только при профессиональном юридическом сопровождении.

Необходимо знать, что по закону целью проверки сообщения о преступлении является не желание привлечь врача к уголовной ответственности за гипотетические нарушения, а установить истинную картину происшествия, в том числе оградить медицинского работника от необоснованных претензий со стороны пациента и/или его родственников.

На данном этапе досудебного производства и потерпевшая сторона, и медицинский работник перед законом имеют одинаковый статус.

Сотрудники органов предварительного расследования в большинстве своем не обладают познаниями в области медицины. В этих условиях необходимо в виде письменных объяснений разъяснить следователю со ссылками на нормативные документы и специальную медицинскую литературу соответствие сроков и процесса оказания медицинской помощи утвержденным требованиям, отсутствие отклонений от любых регламентов в конкретном случае [37]. Имеет смысл привлекать к проверке авторитетного специалиста, способного подтвердить правильность оказания медицинской помощи, и адвоката, специализирующегося по так называемым «врачебным делам», а лучше всего, имеющего кроме юридического и медицинское образование.

С адвокатом в обязательном порядке предварительно должно быть заключено письменное соглашение об оказании квалифицированной юридической помощи, в противном случае он не сможет официально представлять интересы медицинского работника. И категорически не советуем на данном этапе вступать без участия адвоката в переговоры с потерпевшей стороной.

В настоящее время имеется немало доступных публикаций по правилам поведения врача на различных этапах досудебного и судебного разбирательства. Так, юрист Иван Печерей в журнале «Здравоохранение» приводит составленные памятки, как рекомендуется себя вести медработнику при опросе, допросе и в суде. Раздел «Как вести себя при доследственной проверке» включает следующие позиции (Здравоохранение. 2019. № 4. С. 27):

«1. Звонят и вызывают в полицию — вы вправе отказаться. Приходить необязательно, если нет повестки, которую передали лично или по почте.

2. Задают вопросы — можно не отвечать. Если не готовы к разговору, попросите отложить встречу, скажите, что вам необходимо посмотреть медицинские документы, посоветоваться с юристом и руководством. Но не пытайтесь выйти на контакт с пациентом или его родственниками — это могут представить как давление на потерпевшего.

3. Вас обвиняют — не признавайте вину. Вас спросят, были ли ошибки в медпомощи. Говорите, что медпомощь оказали качественно, своевременно, в объеме стандарта, порядков. Санкций за ложные показания при доследственной проверке не будет, поскольку уголовного дела еще нет. Наказывают только за ложные показания на допросе по уголовному делу (п. 2 ст. 161 УПК). По Конституции вы не обязаны свидетельствовать против себя (ст. 51).

4. Требуют немедленных объяснений — не соглашайтесь. Правоохранители могут ввести вас в заблуждение. Например, потребовать письменные объяснения немедленно, сказать, что в противном случае вас арестуют. Это незаконно. Скажите, что не готовы обсуждать проблему. На следующую встречу с полицией можете прийти с адвокатом.

5. Предложили подписать письменные объяснения — внимательно прочтите. Если с чем-то не согласны, исправляйте текст или потребуйте новый бланк для заполнения. Не зачеркивайте слова, изложите правильные факты на дополнительном листе».

Однако эту и иные публикации врач должен рассматривать как средство повышения правовой грамотности, а не руководство к активным самостоятельным действиям вместо профессиональной юридической помощи. Если вышеуказанные действия осуществляются в ваше рабочее время, то об этом обязательно должна быть поставлена в известность администрация МО.

1.2.2. Почему медработнику важно активно участвовать в проверке сообщения о преступлении (доследственной проверке)

Мы считаем, что на этапе доследственной проверки медицинский работник должен в полной мере сотрудничать с органами предварительного расследования. Врачу в данной ситуации прежде всего не следует принимать позу обиженного, а необходимо аргументированно отвечать на вопросы следователя, попытаться все ему объяснить максимально простым и доступным языком. В тех случаях, когда использования медицинской терминологии нельзя избежать, следует детально объяснить значение каждого термина. Не нужно блистать своей эрудицией и читать мини-лекции. Отвечать нужно коротко и строго на поставленный вопрос, без двусмысленных выражений и всевозможных предположений, в оптимальном варианте ответы должны точно соответствовать записям в медицинской документации.

Идеальным вариантом для врача является ситуация, когда на этапе доследственной проверки следователь в соответствии со ст. 24 УПК РФ [52] принимает решение об отказе в возбуждении уголовного дела по любым указанным в данной статье основаниям. Однако не стоит преждевременно праздновать победу, поскольку данное решение будет проверено прокурором, который может признать незаконным постановление следователя (авторам известен случай, когда следователи семь раз пытались прекратить уголовное дело против врача — анестезиолога-реаниматолога, но прокуратура каждый раз возвращала его для нового расследования).

Возбуждение уголовного дела легче предотвратить, чем в последующем его прекратить.

Большую работу по информированию медработников об основах правовой грамотности проводит Национальная медицинская палата (<https://nacmedpalata.ru/>). Запущен цикл лекций по вопросам юридического преследования и защиты врачей. Создана подборка рекомендаций по аспектам проверки сообщения о преступлении.

Соответствующую работу проводят Общероссийские общественные организации — Ассоциация анестезиологов-реаниматологов (<https://association-ar.ru/>) и Федерация анестезиологов и реаниматологов (<http://www.far.org.ru/>) посредством работы своих правовых и экспертных комитетов.

Следует признать, что представить исчерпывающие рекомендации по правовым вопросам в здравоохранении крайне затруднительно ввиду постоянных изменений нормативно-правовых актов или их трактовки. Однако указанные выше ссылки уже существенно расширяют информированность медработника по юридическим вопросам. Кроме того, важнейшим аспектом является психологическая поддержка врача, на которого оказывается юридическое давление. Работники сферы здравоохранения в подавляющем большинстве являются законопослушными гражданами и настоящими профессионалами, в связи с чем уголовное преследование является для них серьезной психологической травмой и побуждающим фактором ухода из профессии. Поэтому не вызывает сомнений актуальность психологической поддержки со стороны профессионального сообщества, адвоката и, возможно, профессионального психолога. Данные вопросы приобретают еще большее значение, когда администрация медицинской организации принимает незаконные решения об отстранении врача от работы в операционной или палате реанимации.

1.2.3. Медицинская карта стационарного больного, предоставление медицинских документов органам предварительного расследования, ознакомление с медицинской картой стационарного больного родственников умершего пациента

Форма и содержание медицинской карты стационарного больного должны соответствовать нормативным требованиям.

В качестве примера приводим выдержку из Приказа № 169 от 21.03.2019 г. «О правилах ведения медицинской документации», изданного в областном бюджетном учреждении здравоохранения «Курская городская клиническая больница скорой медицинской помощи»:

«В целях повышения эффективности лечебно-диагностического процесса, качества оказания медицинской помощи пациентам, упорядочения и единообразия ведения первичной медицинской документации, обеспечения полноты и достоверности медицинской информации **приказываю:**

1. Медицинские карты стационарного больного (№ 003/у) оформлять в соответствии с требованиями совместного Приказа Комитета здравоохранения Курской области и Курского областного фонда ОМС № 235а/129 от 25.07.2011 г. «О правилах оформления медицинской карты стационарного больного в круглосуточных стационарах медицинских учреждений Курской области, осуществляющих свою деятельность в системе ОМС», с учетом требований Приказа Министерства здравоохранения РФ № 203н от 10.05.2017 г. «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи».

2. Врачам-специалистам хирургического профиля и врачам — анестезиологам-реаниматологам карты стационарного больного оформлять с учетом «Особенностей ведения истории болезни в отделениях хирургического профиля» (Приложение № 1).

3. В отделении и в палате реанимации и интенсивной терапии, в отделении реанимации и интенсивной терапии вместо листа назначений вести посуточно «Карту интенсивного наблюдения за больным» (Приложение № 2), по завершению проведения сердечно-легочной реанимации оформлять «Протокол проведения реанимационных мероприятий», при констатации смерти оформить «Протокол установления смерти человека» в соответствии с локальным приказом «О проведении и оформлении сердечно-легочной реанимации».

Дежурным врачам в отделении реанимации и интенсивной терапии осуществлять осмотр больных с оформлением дневниковых записей не реже четырех раз в сутки».

Актуальными для врачей являются вопросы о предоставлении медицинских документов органам предварительного рассле-

дования и об ознакомлении с медицинской картой стационарного больного родственников умершего пациента.

Взаимосвязанные положения действующего законодательства не наделяют следователя правом получать медицинские документы, составляющие врачебную тайну, без судебного решения:

- ч. 1 ст. 13 Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» предусмотрено, что сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении, составляют врачебную тайну;
- как следует из п. 7 ч. 2 ст. 29 УПК РФ, только суд, в том числе в ходе досудебного производства, правомочен принимать решение о производстве выемки предметов и документов, содержащих государственную или иную охраняемую федеральным законом тайну, а также предметов и документов, содержащих информацию о вкладах и счетах граждан в банках и иных кредитных организациях;
- в пункте 9 Постановления Пленума Верховного суда РФ от 01.06.2017 г. № 19 «О практике рассмотрения судами ходатайств о производстве следственных действий, связанных с ограничением конституционных прав граждан (ст. 165 УПК РФ)» разъяснено: «Согласно положениям п. 7 ч. 2 ст. 29 УПК РФ, ч. 3 ст. 183 УПК РФ, ст. 13 Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» (далее Федеральный закон № 323-ФЗ) и ст. 9 Закона РФ № 3185-1 от 02.07.1992 г. «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» судебное решение требуется на выемку медицинских документов, содержащих сведения, составляющие охраняемую законом врачебную тайну. Вместе с тем судам необходимо учитывать, что в соответствии с п. 3 ч. 4 ст. 13 Федерального закона № 323-ФЗ при отсутствии согласия гражданина или его законного представителя отдельные сведения, составляющие врачебную тайну (например, о факте обращения гражданина за меди-

цинской, в том числе психиатрической, помощью, нахождении на медицинском учете), могут быть представлены медицинской организацией без судебного решения по запросу следователя или дознавателя в связи с проведением проверки сообщения о преступлении в порядке, установленном ст. 144 УПК РФ, либо расследованием уголовного дела».

Вопрос об ознакомлении родственников умершего пациента с оригиналом медицинской карты стационарного больного должен решаться с учетом Постановления Конституционного суда РФ № 1-П от 13.01.2020 г. «По делу о проверке конституционности ч. 2 и 3 ст. 13, п. 5 ч. 5 ст. 19 и ч. 1 ст. 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» в связи с жалобой гражданки Р.Д. Свечниковой».

Процитируем выдержки из указанного документа, представляющие интерес для врачей.

«Конституционный суд РФ постановил:

1. Признать взаимосвязанные положения ч. 2 и 3 ст. 13, п. 5 ч. 5 ст. 19 и ч. 1 ст. 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» не соответствующими Конституции РФ, ее ст. 7 (ч. 2), 17, 19 (ч. 1 и 2), 21 (ч. 1), 24, 29 (ч. 4), 41 (ч. 1 и 3), 52 и 55 (ч. 3), в той мере, в какой в системе действующего правового регулирования неопределенность их нормативного содержания не позволяет определить условия и порядок доступа к медицинской документации умершего пациента его супруга (супруги), близких родственников (членов семьи) и (или) иных лиц, указанных в его информированном добровольном согласии на медицинское вмешательство.

2. Федеральному законодателю надлежит — исходя из требований Конституции РФ и с учетом правовых позиций Конституционного суда РФ, выраженных в настоящем Постановлении, — внести в действующее правовое регулирование изменения, которые позволят нормативно определить условия и порядок доступа к медицинской документации умершего пациента.

3. Впредь до внесения в законодательство необходимых изменений, вытекающих из настоящего Постановления, медицинским организациям надлежит по требованию супруга (супруги), близких родственников (членов семьи) умершего пациента, лиц,

указанных в его информированном добровольном согласии на медицинское вмешательство, предоставлять им для ознакомления медицинские документы умершего пациента, с возможностью снятия своими силами копий (фотокопий), а если соответствующие медицинские документы существуют в электронной форме — предоставлять соответствующие электронные документы. При этом отказ в таком доступе может быть признан допустимым только в том случае, если при жизни пациент выразил запрет на раскрытие сведений о себе, составляющих врачебную тайну».

1.2.4. Внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности

В соответствии со ст. 85 «Контроль в сфере охраны здоровья» Федерального закона РФ № 323-ФЗ от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан РФ», в МО должен проводиться внутренний контроль качества (ВКК) и безопасности медицинской деятельности [56].

ВКК и безопасности медицинской деятельности осуществляется с целью обеспечения прав граждан на получение медицинской помощи необходимого объема и надлежащего качества.

Требования к ВКК регламентируются Приказом Министерства здравоохранения РФ № 381н от 07.06.2019 г. «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности» [35].

При анализе летальности и ятрогенных осложнений, проводимом в рамках ВКК, вне зависимости, есть или нет жалоба от родственников, особое внимание должно быть уделено правильности и обоснованности сделанных выводов. Каждый вывод должен иметь ссылку на нормативную документацию. При отсутствии таковой в выводах следует указать, что по указанной причине дать оценку не представляется возможным.

Протокол ВКК (акт служебной проверки) всегда может быть затребован правоохранительными органами (например, прокуратурой), поэтому стиль изложения, особенно выводов, должен быть понятен для человека, не имеющего медицинского образования. Следует по возможности избегать сложных медицинских терминов.

Если при наличии жалобы, не дождавшись заключения ВКК и не разобравшись детально в сути конфликта, администрация применит к медицинскому работнику дисциплинарное взыскание, регламентированное ч. 1 ст. 192 Трудового кодекса РФ (замечание, выговор, увольнение по соответствующим основаниям), то в последующем в рамках уголовного или гражданского делопроизводства приказ о дисциплинарном взыскании может быть расценен как факт признания администрацией вины медицинского работника, и это может создать большие проблемы как для медицинского работника, так и для МО [51].

1.2.5. Должностная инструкция

Согласно ст. 8 Трудового кодекса РФ «Локальные нормативные акты, содержащие нормы трудового права», должностная инструкция является локальным нормативным актом, принимаемым работодателем в соответствии с законами и другими регламентирующими документами. Помимо общих вопросов, определяющих распорядок рабочего дня и др., в ней должны быть детально прописаны должностные обязанности работника и требования к его квалификации. Нельзя требовать от врача — анестезиолога-реаниматолога выполнения трудовых функций, не указанных в должностной инструкции. Ссылки в таких случаях, например, на профессиональный стандарт «Врач — анестезиолог-реаниматолог» являются неправомерными.

Следует знать, что профессиональные стандарты — основа для разработки должностных инструкций и трудового договора. Эти документы, в отличие от профессионального стандарта, имеют обязательный статус. Для взаимоотношений работодателя и врача — анестезиолога-реаниматолога профессиональные стандарты имеют рекомендательный характер, за исключением позиций, предусмотренных иными нормативными актами (как правило, уже внедренными и действующими). Работодатель может поставить вопрос о приведении в соответствие квалификации и перечня трудовых функций врача с требованиями профессионального стандарта, но вправе это сделать только с согласия работника и за счет средств работодателя (п. 8 ч. 1 ст. 79 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ от 21.11.2011 г.).

1.2.6. Ведомственный контроль качества оказания медицинской помощи

В рамках доследственной проверки органы предварительного расследования могут направить предписание, например, комитету (министерству, департаменту) здравоохранения субъекта РФ провести проверку в порядке ведомственного контроля и дать ответы на поставленные вопросы. Комитетом (министерством, департаментом) здравоохранения назначается комиссия, и по результатам ее работы составляется акт проверки в рамках ведомственного контроля. Срок проверки не должен превышать 30 суток. Членам комиссии нужно знать и понимать, что данный документ в последующем может стать краеугольным в случае возбуждения уголовного дела, и написанное там может быть использовано как в защиту, так и против медицинского работника.

На данном этапе вас могут попросить дать письменные объяснения, и от того, что и как вы напишете, во многом будут зависеть выводы, которые сделает комиссия.

Как и любой юридический документ, данный акт должен быть надлежащим образом оформлен и утвержден руководителем, который назначил проведение служебной проверки (расследования).

В акте проверки выводы должны носить однозначный характер, не допускающий двоякого толкования, каждый вывод должен быть обоснован, т.е. подкреплён ссылкой на нормативные документы, регламентирующие оказание медицинской помощи в рассматриваемой ситуации. При их отсутствии об этом должно быть указано в выводе и сделано заключение, что по данной причине оценка соответствия действий медицинского работника и оказанной медицинской помощи обязательным требованиям невозможна.

Пример. При проведении катетеризации подключичной вены у пациента наступило осложнение в виде перфорации купола плевры справа. Представленные варианты ответов помогут избежать возбуждения уголовного дела.

1. На момент госпитализации в отделение ОБУЗ... больная ФИО нуждалась в проведении многокомпонентной инфузионной терапии.

2. Альтернативные варианты доступа (периферический, внутрикостный) признаны несостоятельными для проведения данного вида терапии. По экстренным показаниям (ст. 32 «Медицинская помощь» ФЗ № 323 от 21.11.2011 г.), **в условиях крайней необходимости для устранения угрозы жизни пациента** было принято решение о пункции и катетеризации центральной вены [16, 53, 56].

3. Пункция и катетеризация центральной вены проведена обоснованно, в соответствии с приказом № XXX от XX.XX.XXXX г. главного врача МО «О проведении катетеризации центральных и периферических вен».

4. Предварительно было получено **информированное добровольное согласие** на проведение данной процедуры (ст. 20 ФЗ № 323 от 21.11.2011 г.). **О возможном риске медицинского вмешательства** пациент ФИО был предупрежден (ст. 20 ФЗ № 323 от 21.11.2011 г.) [56].

5. Манипуляция «катетеризация подключичной вены» характеризуется наличием технологического недостатка: врач — анестезиолог-реаниматолог проводит данную манипуляцию вслепую, т.е. без визуального контроля продвижения пункционной иглы, поэтому он не может предвидеть возможность наступления повреждения артерии или плевры, причем не может это сделать и при **должной предусмотрительности и внимательности** [53].

6. В соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (МКБ-10), применяемой в РФ согласно Приказу Министерства здравоохранения России № 170 от 27.05.1997 г. «О переходе органов и учреждений здравоохранения РФ на Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра», данное осложнение следует трактовать как случайное нанесение вреда больному в виде перфорации правой (левой) подключичной вены/артерии и купола плевры справа (слева) при выполнении хирургического вмешательства — катетеризации (класс Y60–Y69 МКБ-10) [38].

7. Фактов ненадлежащего исполнения профессиональных обязанностей врачом — анестезиологом-реаниматологом

ФИО установлено не было. Возникшее осложнение входит в понятие обоснованного риска медицинского вмешательства по смыслу ч. 1 ст. 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» № 323-ФЗ от 21.11.2011 г. [56].

1.2.7. Возможные варианты решения органа предварительного расследования по результатам доследственной проверки случая оказания медицинской помощи/услуги

В связи с растущими требованиями со стороны пациентов и их родственников к качеству медицинской помощи, а также множеством жалоб, СК РФ инициировано заключение соглашений между региональными органами исполнительной власти в сфере здравоохранения и региональными отделениями СК РФ по проведению проверки в порядке ст. 144 УПК РФ всех случаев смерти беременных, рожениц, родильниц и детей первого года жизни при оказании им медицинской помощи (в том числе при отсутствии признаков состава преступления и жалоб со стороны родственников) [52].

Следует отметить, что подобные соглашения были разработаны и заключены не во всех регионах страны. В тех же субъектах, где принято подобное межведомственное взаимодействие, врачебное сообщество резко негативно оценивает его результаты.

Основные замечания медработников сводятся к следующим моментам.

- Сотрудники СК РФ, выполняющие проверку, зачастую выходят за рамки процессуальных действий, отраженных в соглашении. Так, вместо изъятия и копирования медицинской документации проводится опрос медработников непосредственно на рабочем месте сразу после передачи информации о наступлении летального исхода у больных.
- Проведение опроса непосредственно на рабочем месте отвлекает медицинский персонал от выполнения функциональных обязанностей, создает нервную и напряженную обстановку. Повсеместный кадровый дефицит врачей — анестезиологов-реаниматологов сопровождается

критическим ростом нагрузки, которая выражается как в увеличении совместительства, так и в повышении числа курируемых пациентов. В этих условиях участие медработников в процессуальных действиях непосредственно на рабочем месте создает угрозу безопасности пациентов.

- Имеют место случаи высказываний и проведения опроса обстоятельств оказания медицинской помощи представителями органов предварительного расследования в присутствии третьих лиц, иных пациентов, что является разглашением врачебной тайны (ст. 13 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» № 323-ФЗ от 21.11.2011 г.).
- Нередко проведение процессуальных действий выполняется группой лиц, что создает затруднения в поддержании санитарно-эпидемического режима в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) и, соответственно, угрозу жизни и здоровью пациентов.

Особенно остро реализация соглашения между СК и органами исполнительной власти в сфере здравоохранения сказалась на работе врачей — анестезиологов-реаниматологов неонатальных отделений реанимации и интенсивной терапии. Создание нервной обстановки, отрицательный эмоциональный компонент процессуальных действий для любого законопослушного гражданина способствуют снижению престижа медицинской специальности, приводят к уходу из профессии, усугублению дефицита врачебных кадров, нарастанию негативизма и стихийного противодействия медицинских работников проведению проверки в порядке ст. 144 УПК РФ.

Нет сомнений, что необходим спокойный, конструктивный диалог между следственными органами и врачебным сообществом с целью поиска компромиссов и наиболее полного соблюдения прав всех заинтересованных сторон.

На основании результатов доследственной проверки возможны три варианта решения органа предварительного расследования (ч. 1 ст. 145 УПК РФ):

- 1) о возбуждении уголовного дела в порядке, установленном ст. 146 настоящего Кодекса. Наиболее часто уголовные дела в отношении медицинских работников возбуждаются

по ст. 109, 118, 122, 123, 124, 238, 293 УК РФ, «лидирующей» является ст. 109 [53];

2) об отказе в возбуждении уголовного дела в соответствии со ст. 24 УПК РФ [52];

Примечание. Ст. 24 УПК РФ в ч. 1 п. 1, 2 гласит: «Основания отказа в возбуждении уголовного дела или прекращения уголовного дела. 1. Уголовное дело не может быть возбуждено, а возбужденное уголовное дело подлежит прекращению по следующим основаниям: 1) отсутствие события преступления; 2) отсутствие в деянии состава преступления».

3) о передаче сообщения по подследственности в соответствии со ст. 151 настоящего Кодекса, а по уголовным делам частного обвинения — в суд в соответствии с ч. 2 ст. 20 настоящего Кодекса.

Примечание. В последнем случае имеется в виду, что каждый орган предварительного расследования (МВД, ФСБ, Следственный комитет и т.д.) расследует только те преступления, которые по УПК РФ отнесены к его компетенции, а уголовные дела по некоторым преступлениям (ст. 115 ч. 1, ст. 116.1 и 128.1 ч. 1 УК РФ) считаются уголовными делами частного обвинения и возбуждаются, за некоторыми исключениями, только по заявлению потерпевшего. Таким образом, если при проверке сообщения о преступлении будут выявлены признаки состава преступления, не соответствующего подследственности проверяющего органа, то материалы проверки передаются по компетенции.

1.3. Предварительное расследование в рамках возбужденного уголовного дела

Предварительное расследование возможно только в рамках возбужденного уголовного дела. Уголовное дело возбуждается при обнаружении признаков преступления в соответствии с требованиями ст. 146 УПК РФ [52].

В качестве примера рассмотрим ситуацию, когда следователь на основании результатов проверки обнаружил в них признаки преступления и принял решение о возбуждении уголовного дела по ч. 2 ст. 109 УК РФ [53].

Часть 2 ст. 109 УК РФ гласит: *«Причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей наказывается ограничением свободы на срок до трех лет, либо принудительными работами на срок до трех лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового, либо лишением свободы на тот же срок (до трех лет) с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового».*

Кассационное определение Верховного суда РФ от 03.03.2015 г. № 13-УД15-1 дает исчерпывающие разъяснения по ч. 2 ст. 109 УК РФ: *«По смыслу положений ч. 2 ст. 109 УК РФ, под ненадлежащим исполнением профессиональных обязанностей виновным понимается поведение лица, полностью или частично не соответствующее официальным требованиям или предписаниям, предъявляемым к лицу, в результате чего наступает смерть потерпевшего. Суть такого поведения заключается в отношении лица к правовым предписаниям, выражающимся в неисполнении предъявляемых требований. Исходя из этого, обязательным условием для привлечения лица к уголовной ответственности является установление правовых предписаний, регламентирующих поведение лица в той или иной профессиональной сфере. Отсутствие соответствующей правовой нормы (правил поведения) свидетельствует и об отсутствии самого общественно опасного деяния, поскольку в таком случае нельзя установить отношение лица к тем или иным правовым предписаниям (профессиональным обязанностям)».*

Примечание. Виновным в преступлении признается лицо, совершившее деяние умышленно или по неосторожности (ч. 1 ст. 24 УК РФ). Часть 1 ст. 26 УК РФ предусматривает две формы неосторожности: легкомыслие и небрежность.

Преступление признается совершенным по легкомыслию, если лицо предвидело возможность наступления общественно опасных последствий своих действий (бездействия), но без достаточных к тому оснований самонадеянно рассчитывало на предотвращение этих последствий (ч. 2 ст. 26 УК РФ).

Преступление признается совершенным по небрежности, если лицо не предвидело возможности наступления общественно опасных послед-

ствий своих действий (бездействия), хотя при необходимой внимательности и предусмотрительности должно было и могло предвидеть эти последствия (ч. 3 ст. 26 УК РФ).

Само по себе ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей может повлечь за собой *дисциплинарную*, но не уголовную ответственность. Если же тяжкий вред здоровью пациента или его смерть причинно связаны с действием (бездействием) врача или среднего медицинского персонала, то эти лица подлежат *уголовной ответственности*, если не будет доказано наличие обстоятельств, исключающих преступность деяния, к которым относится в том числе крайняя необходимость (ст. 39 УК РФ) и обоснованный риск (ст. 41 УК РФ).

Таким образом, в УК РФ определена мера наказания за данное деяние (ч. 2 ст. 109 УК РФ). Далее нужно установить правовые предписания, регламентирующие поведение лица в той или иной профессиональной сфере, а вот с этим большая проблема. Вся наша медицина сейчас находится только в начале большого и, видимо, бесконечного пути по разработке нормативной документации, где будут прописаны алгоритмы действий медицинских работников во всех мыслимых и немыслимых ситуациях. Пока же отсутствие конкретных правовых предписаний, регламентирующих отдельные виды деятельности медицинских работников, порождает диаметрально противоположные заключения экспертов и решения судов в аналогичных ситуациях. В качестве примеров приводим два случая, в основе которых лежит случайное повреждение органа при инвазивном вмешательстве без возможности визуального контроля (эндоскопическая операция).

Пример, 2013 г.

На официальном сайте Заводского районного суда г. Новокузнецка Кемеровской области в открытом доступе размещено решение по гражданскому делу № 2-25/13 по иску пациентки Н. к муниципальному бюджетному лечебно-профилактическому учреждению о взыскании компенсации морального вреда.

Суть ситуации. Пациентка Н. была доставлена в экстренном порядке в лечебное учреждение службой скорой

медицинской помощи с признаками острого аппендицита. В ходе видеолaparоскопической аппендэктомии при проколе брюшной стенки была повреждена брюшная аорта, что повлекло проведение полостной операции по ушиванию раны. Рана была ушита, кровопотеря компенсирована, пациентка осталась жива. Истица утверждала, что повреждение брюшной аорты причинило тяжкий вред ее здоровью.

Основания для такой позиции формально имелись, так как согласно п. 6.1.26 Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, утвержденных Приказом Минздравсоцразвития России № 194н от 24.04.2008 г., повреждение аорты расценивается как тяжкий вред здоровью по признаку опасности для жизни.

В удовлетворении исковых требований суд отказал с учетом результатов назначенной по делу экспертизы.

Экспертная комиссия пришла к выводам о том, что повреждение брюшного отдела аорты, исходя из его локализации, характера проведенных манипуляций, явилось следствием травмы при введении троакара в брюшную полость. Подобные осложнения возможны при технически верно проведенной процедуре, что обусловлено выполнением ее вслепую. Частота подобных осложнений, по литературным данным, составляет от 0,4 до 0,03% с летальностью от 10 до 56%. Одним из факторов риска интраоперационных осложнений явилось астеническое телосложение пациентки (вес 48 кг при росте 156 см), при котором уменьшается расстояние между кожными покровами и забрюшинным пространством, где находится аорта... Согласно действующим нормативным документам («Правила определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека», утвержденные Постановлением Правительства РФ № 522 от 17.08.2007 г.), как причинение вреда здоровью рассматривается ухудшение состояния здоровья, обусловленное дефектом оказания медицинской помощи. Дефектов (нарушения методики и техники проведения операции) при проведении операции лапароскопии пациентке N. не установлено... оснований для определе-

ния тяжести вреда, причиненного здоровью пациентки Н., экспертная комиссия не усматривает.

В итоге суд посчитал, что причинение повреждения аорты в ходе проведения видеолaparоскопической операции не свидетельствует об оказании медицинских услуг ненадлежащего качества, а должно расцениваться как непредвиденно возникшее осложнение при технически верно проведенной операции данного вида, в редких случаях (от 0,03 до 0,4%) происходящее на практике в связи с особенностями технологии производства такой операции с учетом уровня разработанности данной технологии (ее выполнением вслепую) и индивидуальных особенностей строения организма и места расположения органов у конкретного человека.

Пример, 2018 г.

На официальном сайте Железногорского городского суда Курской области в открытом доступе размещен обвинительный приговор в отношении врача-хирурга высшей квалификационной категории, кандидата медицинских наук Н. [15].

Суть ситуации. Пациентка А. в плановом порядке была госпитализирована в удовлетворительном состоянии в хирургическое отделение лечебного учреждения с диагнозом «Желчнокаменная болезнь, хронический холецистит», ей была показана плановая лапароскопическая холецистэктомия.

Из процитированных в приговоре показаний подсудимого врача-хирурга Н. известно, что в ходе проведения операции по выбранной им методике он сначала ввел в брюшную полость пациентки А. иглу Вереща, а затем троакар, которым, скорее всего, и причинил ранение левой подвздошной артерии. В результате ранения началось внутреннее кровотечение, произошла остановка сердца. Ввиду острой массивной кровопотери у пациентки А. развились постреанимационная болезнь и полиорганная недостаточность, в результате которых наступила ее смерть.

Две проведенные по уголовному делу СМЭ расценили повреждение левой подвздошной артерии как дефект оказания медицинской помощи, причинивший тяжкий вред здоровью пациентки А., состоящий в прямой причинно-следственной связи с ее смертью.

Действия врача-хирурга Н. суд квалифицировал по ч. 2 ст. 109 УК РФ как причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей и назначил наказание в виде ограничения свободы сроком 2 года с лишением права заниматься врачебной деятельностью 1 год.

По мнению суда, основанному на выводах дополнительной комплексной экспертизы, врач-хирург перед оперативным вмешательством обязан был оценивать все необходимые критерии для определения рабочей длины инструмента (троакара) и точки его ввода, но «...исполняя свои профессиональные обязанности ненадлежащим образом, в нарушение своей должностной инструкции, не организовал своевременное и квалифицированное обследование и осмотр пациента, не оценил все необходимые критерии и индивидуальные свойства организма — положение и тонус мышц передней брюшной стенки, наличие спаечного процесса в брюшной полости, не определил рабочую длину инструмента и точку его ввода, позволяющую не повредить забрюшинные сосуды при проведении пациентке А. лапароскопической холецистэктомии».

Из примера видно, что врач-хирург был осужден за несоответствие его действий субъективному мнению экспертов, а не объективным требованиям нормативных документов. Какие именно правовые предписания регламентировали действия хирурга в данном случае и были им нарушены, суд не выяснял.

Давно известна и проблема привлечения к уголовной ответственности врачей — анестезиологов-реаниматологов за осложнения катетеризации подключичной вены [46–48].

Например, еще в 2012 г. в статье профессора А.А. Старченко «Криминальность медицинской услуги «катетеризация подключичной и других центральных вен»: «приговор» Московского областного суда» был подробно описан случай осуждения врача — анестезиолога-реаниматолога по ч. 2 ст. 118 УК РФ (причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанно-

стей) за повреждение правой подключичной вены и легкого при постановке подключичного катетера [43].

Однако за прошедшие после этой публикации восемь лет кардинально ничего не изменилось: наше профессиональное сообщество до сих пор не разработало и не унифицировало критерии оценки неблагоприятных исходов оказания медицинской помощи по профилю «Анестезиология-реаниматология». Поэтому осложнения способов лечения продолжают расцениваться как дефекты оказания медицинской помощи, что открывает путь на скамью подсудимых любому практикующему анестезиологу-реаниматологу.

1.3.1. Обстоятельства, исключающие преступность деяния

Глава 8 УК РФ предусматривает ряд обстоятельств, исключающих преступность деяния:

- необходимая оборона (ст. 37);
- причинение вреда при задержании лица, совершившего преступление (ст. 38);
- крайняя необходимость (ст. 39);
- физическое или психическое принуждение (ст. 40);
- обоснованный риск (ст. 41);
- исполнение приказа или распоряжения (ст. 42).

Практический интерес для врача из вышеуказанных обстоятельств представляют два.

Ст. 39 УК РФ. Крайняя необходимость.

1. Не является преступлением причинение вреда охраняемым уголовным законом интересам в состоянии крайней необходимости, т.е. для устранения опасности, непосредственно угрожающей личности и правам данного лица или иных лиц, охраняемым законом интересам общества или государства, если эта опасность не могла быть устранена иными средствами и при этом не было допущено превышения пределов крайней необходимости.

2. Превышением пределов крайней необходимости признается причинение вреда, явно не соответствующего характеру и степени угрожавшей опасности и обстоятельствам, при которых опасность устранялась, когда указанным интересам был

причинен вред равный или более значительный, чем предотвращенный. Такое превышение влечет за собой уголовную ответственность только в случаях умышленного причинения вреда.

Ст. 41 УК РФ. Обоснованный риск.

1. Не является преступлением причинение вреда охраняемым уголовным законом интересам при обоснованном риске для достижения общественно полезной цели.

2. Риск признается обоснованным, если указанная цель не могла быть достигнута несвязанными с риском действиями (бездействием) и лицо, допустившее риск, предприняло достаточные меры для предотвращения вреда охраняемым уголовным законом интересам.

3. Риск не признается обоснованным, если он заведомо был сопряжен с угрозой для жизни многих людей, с угрозой экологической катастрофы или общественного бедствия.

При этом следует помнить, что вопрос о наличии в действиях (бездействии) врача крайней необходимости и/или обоснованного риска решается органами предварительного расследования и судом, а их оценка ситуации может не совпасть с вашим мнением.

1.3.2. Момент возникновения ответственности за исполнение/неисполнение официальных требований и предписаний

В ч. 2 ст. 109 УК РФ написано: *«Причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей...».*

Профессиональные обязанности у медицинского работника, в соответствии со ст. 68 «Оформление приема на работу» ТК РФ, возникают после заключения трудового договора с работодателем [51]. Перед заключением трудового договора работодатель должен ознакомить будущего работника с должностной инструкцией, нормативными документами, регламентирующими профессиональные обязанности нового сотрудника, правилами трудового распорядка в МО и другими локальными актами. Наличие подписи в трудовом договоре означает, что медицинский работник был ознакомлен со всеми официальными требованиями и предписаниями, с их содержанием согласен и берет на себя обязательство их выполнять.

1.3.3. Критерии оценки неблагоприятного исхода медицинской помощи

При решении вопросов следственных и судебных органов о правильности, адекватности, качестве, полноте, своевременности и т.д. оказания медицинской помощи появляется необходимость выбора эталона, на соответствие которому должна быть оценена конкретная клиническая ситуация. И тогда возникают объективные проблемы, обусловленные применением порядков, стандартов оказания медицинской помощи и клинических рекомендаций [50].

Согласно ч. 1 ст. 37 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» № 323-ФЗ от 21.11.2011 г. (ред. от 27.12.2019 г., с изм. от 13.01.2020 г.) «медицинская помощь, за исключением медицинской помощи, оказываемой в рамках клинической апробации, организуется и оказывается: 1) в соответствии с положением об организации медицинской помощи по видам медицинской помощи, которое утверждается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти; 2) в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утверждаемыми уполномоченным федеральным органом исполнительной власти и обязательными для исполнения на территории РФ всеми медицинскими организациями; 3) на основе клинических рекомендаций [примечание: пп. 3 ч. 1 ст. 37 вступает в силу с 01.01.2022 г.]; 4) с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых уполномоченным федеральным органом исполнительной власти» [56].

Требования к доступности и качеству медицинской помощи содержатся в ст. 10 ФЗ № 323 от 21.11.2011 г., п. 4 которой предусмотрено применение порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи.

Относительно порядков оказания медицинской помощи правовой неопределенности нет. Они должны использоваться для оценки медицинской помощи, но общий характер этих нормативных документов не позволяет всесторонне оценить оказанную пациенту медицинскую помощь, поскольку в порядках отсутствуют сами критерии качества оказания медицинской помощи.

По специальности «Анестезиология и реаниматология» существуют два порядка:

- порядок оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «Анестезиология и реаниматология»,

утвержденный Приказом Министерства здравоохранения РФ № 919н от 15.11.2012 г. [29];

- порядок оказания медицинской помощи детям по профилю «Анестезиология и реаниматология», утвержденный Приказом Министерства здравоохранения РФ № 909н от 12.11.2012 г. [28].

Кроме того, аспекты специальности «Анестезиология и реаниматология» включены в приказы Министерства здравоохранения РФ по порядкам оказания медицинской помощи разного профиля (неонатология, акушерство-гинекология, острый коронарный синдром и пр.), что создает существенную путаницу.

Со стандартами медицинской помощи ситуация складывается неоднозначно. В медицине существуют два вида стандартов: профессиональные по специальностям (например, профессиональный стандарт «Врач — анестезиолог-реаниматолог»); по отдельным нозологическим единицам (например, стандарт скорой медицинской помощи при асфиксии, утвержденный Приказом Министерства здравоохранения РФ № 1429н от 24.12.2012 г. «Об утверждении стандарта скорой медицинской помощи при асфиксии»).

В профессиональных стандартах перечислено, какими трудовыми действиями, умениями и необходимыми знаниями должен владеть медицинский работник, но не указаны технологии выполнения отдельных манипуляций, без чего провести оценку правильности выполнения процедуры на основании профессионального стандарта не представляется возможным.

Стандарты медицинской помощи по отдельным нозологическим единицам являются медико-экономическими документами и регулируют частоту предоставления медицинских услуг. Технология выполнения большинства медицинских манипуляций в настоящее время нормативно не урегулирована.

Согласно ч. 16 ст. 37 ФЗ № 323 от 21.11.2011 г. в целях единообразного применения порядков оказания медицинской помощи, клинических рекомендаций и стандартов медицинской помощи при необходимости уполномоченным федеральным органом исполнительной власти могут издаваться соответствующие разъяснения.

06.12.2012 г. в Москве состоялись парламентские слушания «Законодательное регулирование обеспечения порядков, стан-

дартов и контроля качества медицинской помощи». Приводим фрагмент выступления статс-секретаря — заместителя Министра здравоохранения Сергея Вельмьякина на данных слушаниях:

«В соответствии с п. 1 ст. 37 Федерального закона “Об основах охраны здоровья граждан РФ”, медицинская помощь оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения на территории РФ всеми медицинскими организациями, а также на основе стандартов медицинской помощи.

Эта норма закона вступила в силу с 1 января 2013 г., при этом ч. 11 ст. 100 данного Федерального закона предусмотрено, что до указанной даты медицинскими организациями могут применяться порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, в т.ч. в рамках реализации региональных программ модернизации здравоохранения субъектов РФ.

Адресую коллег к ст. 73 Федерального закона № 323 “Обязанности медицинских и фармацевтических работников”, в которой записано: “...Оказывать медицинскую помощь в соответствии с квалификацией, должностными инструкциями, служебными обязанностями, соблюдать врачебную тайну, совершенствовать профессиональные знания и навыки...”. Ни слова о стандартах в статье, которая регулирует обязанности медицинских работников, не содержится.

Стандарт — это медико-экономический документ, усредненный смысловой контент для определенной нозологии. Цель введения стандартов — не собственно в лечении, а в планировании и организации медицинской помощи, в т.ч. применительно к медицинской организации в системе ОМС, и выравнивание на основе единых для всей страны стандартов финансовых условий, в которых функционирует система здравоохранения».

О стандартах оказания медицинской помощи уполномоченный федеральный орган исполнительной власти в сфере здравоохранения — Министерство здравоохранения РФ на своем официальном сайте 05.09.2017 г. разъяснил: «Стандарты — это технологические карты, разработанные на основе клинических рекомендаций, представляющие собой перечень услуг, лекарств, медицинских изделий и других компонентов лечения,

которые могут использоваться при конкретном заболевании, с усредненными частотой и кратностью их представления в группе больных с данным заболеванием. Стандарты не могут использоваться лечащим врачом: это документы, используемые организаторами здравоохранения для планирования и экономических расчетов, в частности при подготовке программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи» [42].

Примечание. Если стандарты с момента их создания были предназначены для экономических расчетов, а не для использования лечащими врачами, то возникает резонный вопрос: А зачем их в свое время, с такой большой помпой представили всей медицинской общественности, а не направили как документы для служебного пользования в подразделения медицинских организаций, занимающихся планированием и экономическими расчетами? Видимо, цель их создания была благая: создать самим себе трудности, а потом начать их преодолевать.

Приведенные выше разъяснения Министерства здравоохранения РФ согласуются с последующими изменениями в ч. 1 ст. 37 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» № 323-ФЗ от 21.11.2011 г.: редакция данного закона от 03.08.2018 г., действовавшая до 31.12.2018 г., предусматривала организацию и оказание медицинской помощи **на основе** стандартов, а по действующей с 01.01.2019 г. редакции после изменений, внесенных Федеральным законом № 489-ФЗ от 25.12.2018 г. [54], медицинская помощь организуется и оказывается **с учетом** стандартов медицинской помощи.

Если исходить из процитированной позиции Министерства здравоохранения РФ и действующей редакции ст. 37 ФЗ № 323 от 21.11.2011 г., то лечащий врач не обязан руководствоваться стандартами медицинской помощи, поэтому стандарты не должны применяться для оценки качества медицинской помощи, в т.ч. при проведении комплексных СМЭ. Однако иные нормативные положения позволяют не менее убедительно обосновать противоположную позицию об обязательности стандартов медицинской помощи для лечащего врача, о чем будет сказано далее при анализе клинических рекомендаций.

Целям и задачам оценки качества медицинской помощи наиболее отвечают клинические рекомендации.

Согласно Федеральному закону № 489-ФЗ от 25.12.2018 г., ст. 2 Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 г. была дополнена п. 23 следующего содержания: «клинические рекомендации — документы, содержащие основанную на научных доказательствах структурированную информацию по вопросам профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, в т.ч. протоколы ведения (протоколы лечения) пациента, варианты медицинского вмешательства и описание последовательности действий медицинского работника с учетом течения заболевания, наличия осложнений и сопутствующих заболеваний, иных факторов, влияющих на результаты оказания медицинской помощи».

Федеральным законом № 489-ФЗ от 25.12.2018 г. также были внесены изменения в ст. 40 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в РФ» и Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» по вопросам клинических рекомендаций. Этот закон вступил в силу с 01.01.2019 г., а его положения, касающиеся включения клинических рекомендаций в требования к доступности и качеству медицинской помощи и к оказанию медицинской помощи на их основе, вступят в силу с 01.01.2022 г.

Относительно применения клинических рекомендаций в период с 01.01.2019 г. по 01.01.2022 г. Федеральный закон № 489-ФЗ от 25.12.2018 г. породил противоречие с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» № 323-ФЗ от 21.11.2011 г.

Суть противоречия заключается в следующем. Согласно ч. 4 ФЗ № 489 от 25.12.2018 г. клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, утвержденные медицинскими профессиональными некоммерческими организациями, до 01.01.2019 г. **применяются** до их пересмотра и утверждения в соответствии с ч. 3, 4, 6–9 и 11 ст. 37 Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» (в редакции настоящего Федерального закона), но не позднее 31.12.2021 г.

При этом ст. 10, посвященная доступности и качеству медицинской помощи, и ст. 37, регламентирующая оказание медицинской помощи, Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 г.

в действующей редакции **не предусматривают оказание** медицинской помощи на основе клинических рекомендаций до 01.01.2022 г.

Здесь необходимо вернуться к вопросу о применении стандартов медицинской помощи.

В соответствии с ч. 15 ст. 37 Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 г.: «Назначение и применение лекарственных препаратов, медицинских изделий и специализированных продуктов лечебного питания, не входящих в соответствующий стандарт медицинской помощи или не предусмотренных соответствующей клинической рекомендацией, допускаются в случае наличия медицинских показаний (индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям) по решению врачебной комиссии».

Из этого положения действующей редакции закона усматривается, что единоличные назначения лечащего врача ограничены требованиями стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций. То есть подразумевается их использование и выполнение лечащим врачом, что согласуется с требованиями критериев оценки качества медицинской помощи, утвержденных Приказом Министерства здравоохранения РФ № 203н от 10.05.2017 г. об использовании стандартов и клинических рекомендаций [27]:

- пп. «ж» п. 2.1 относит к критериям качества в амбулаторных условиях: «установление клинического диагноза на основании данных анамнеза, осмотра, данных лабораторных, инструментальных и иных методов исследования, результатов консультаций врачей-специалистов, предусмотренных стандартами медицинской помощи, а также клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи...»;
- пп. «з» п. 2.2 включает в критерии качества в стационарных условиях и в условиях дневного стационара: «установление клинического диагноза на основании данных анамнеза, осмотра, данных лабораторных и инструментальных методов обследования, результатов консультаций врачей-специалистов, предусмотренных стандартами медицинской помощи, а также клинических рекомендаций».

Проведенный анализ законодательства позволяет считать, что:

- при решении вопросов, связанных с оценкой медицинской помощи пациенту, необходимо руководствоваться соответствующим ситуации порядком оказания медицинской помощи и критериями оценки качества медицинской помощи, утвержденными Приказом Министерства здравоохранения РФ № 203н от 10.05.2017 г., регулирующими оценку своевременности оказания медицинской помощи, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата по группам заболеваний (состояний) и по условиям оказания медицинской помощи (в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара и стационарных условиях);
- правовая коллизия в нормативных актах относительно использования врачом стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций (до 01.01.2022 г.) не позволяет однозначно ответить на вопрос о том, должны ли применяться стандарты и клинические рекомендации (до 01.01.2022 г.) для оценки медицинской помощи и можно ли расценивать несоответствие оказанной врачом медицинской помощи стандарту или клинической рекомендации (до 01.01.2022 г.) как недостаток, дефект или ненадлежащее оказание.

Таким образом, до 01.01.2022 г. объективная и всесторонняя правовая оценка действий врача при оказании медицинской помощи пациенту с конкретным заболеванием будет затруднена отсутствием соответствующих клинических рекомендаций, поскольку действующие порядки оказания медицинской помощи носят общий характер, а стандарты являются медико-экономическими и регулируют частоту предоставления медицинских услуг. И это все происходит на фоне того, что по некоторым нозологическим формам существует несколько клинических рекомендаций (протоколов лечения), согласованных и утвержденных различными профессиональными организациями: клинические рекомендации общественной организации «Российская

ассоциация эндокринологов» «Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом» 2019 г. и клинические рекомендации общественной организации «Федерация анестезиологов и реаниматологов» «Периоперационное ведение пациентов с сопутствующим сахарным диабетом» 2018 г.

Описанная выше ситуация становится еще более запутанной в контексте Приказа Министерства здравоохранения РФ № 104н от 28.02.2019 г. «Об утверждении порядка и сроков одобрения и утверждения клинических рекомендаций, критериев принятия научно-практическим советом решения об одобрении, отклонении или направлении на доработку клинических рекомендаций либо решения об их пересмотре», который в п. 3 предусматривает одобрение клинических рекомендаций департаментом Министерства здравоохранения РФ, а в п. 11 не допускает существование нескольких клинических рекомендаций по одному заболеванию/состоянию: «В случае поступления в научно-практический совет нескольких клинических рекомендаций по одному заболеванию, состоянию (группе заболеваний, состояний) от нескольких медицинских профессиональных некоммерческих организаций научно-практический совет либо принимает решение об одобрении одной из поступивших клинических рекомендаций, либо организует работу по совместной разработке медицинскими профессиональными некоммерческими организациями, направившими указанные клинические рекомендации, одной клинической рекомендации».

Появляется закономерный вопрос, правомерно ли использование ранее принятых профессиональными сообществами и не одобренных Министерством здравоохранения РФ клинических рекомендаций, если вновь создаваемые клинические рекомендации не подлежат применению без одобрения Министерства здравоохранения РФ.

В конечном итоге вся эта правовая неопределенность создала прекрасную питательную среду для возникновения, как говорят политики, «двойных стандартов», когда при любом раскладе дела виновным во всем и всегда будет лечащий врач, чему имеется множество примеров.

1.3.4. Проблема отсутствия нормативно урегулированных терминов

Кроме объективных сложностей, обусловленных применением порядков, стандартов оказания медицинской помощи и клинических рекомендаций, **проблемой является отсутствие нормативно урегулированных терминов, в частности термина «дефект оказания медицинской помощи».**

Пунктом 25 медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, утвержденных Приказом Минздравсоцразвития РФ № 194н от 24.04.2008 г., предусмотрено, что ухудшение состояния здоровья человека, обусловленное дефектом оказания медицинской помощи, рассматривается как причинение вреда здоровью [31].

В то же время официального определения термина «дефект оказания медицинской помощи», закрепленного в законе, приказе Министерства здравоохранения РФ или ином нормативном документе, до настоящего времени не существует, что не мешает экспертам с успехом выявлять эти «дефекты», вкладывая подчас в данное понятие неизбежные осложнения способов лечения.

Значительное количество научной литературы, посвященной вопросам оценки неблагоприятных исходов оказания медицинской помощи [1, 4, 6, 7, 8, 41, 43, 48], проблему не решает, поскольку авторы либо не раскрывают понятие «дефект оказания медицинской помощи», либо понимают его по-разному. Это противоречит закону тождества классической (формальной) логики и ставит под сомнение достоверность любого вывода о наличии или отсутствии дефекта оказания медицинской помощи.

Закон тождества известен со времен Аристотеля, современные его формулировки несколько отличаются, но суть сводится к тому, что при рассмотрении любого понятия его содержание и объем должны оставаться неизменными.

Закон тождества (лат. *Lex identitatis*) — один из четырех законов формальной логики, согласно которому каждая мысль, которая приводится в данном умозаключении, при повторении должна иметь одно и то же определенное, устойчивое содержание [17].

Закон тождества — закон логики, согласно которому в процессе рассуждения каждое осмысленное выражение (понятие, суждение) должно употребляться в одном и том же смысле [57].

Определение термина «дефект оказания медицинской помощи» нормативно не урегулировано, что приводит к отсутствию единообразия в оценке неблагоприятных исходов оказания медицинской помощи. Однако это не мешает обнаруживать такие дефекты даже председателю СК РФ А.И. Бастрыкину. В его письме от 01.02.2019 г. № исход.-216/1-3267-1984 министру здравоохранения РФ В.И. Скворцовой содержится фраза: «...Выявлены закономерности совершения преступлений в зависимости от допущенного медицинского дефекта».

Приведем два примера из многочисленных случаев использования экспертами нормативно не урегулированного термина «дефект оказания медицинской помощи».

Из заключения эксперта № 11/1 от 20.12.2016 г. — 24.01.2017 г. (комплексная СМЭ, проведенная в ОБУЗ «Бюро судебно-медицинской экспертизы комитета здравоохранения Курской области»): «...*Дефекты оказания медицинской помощи: ...допущенными при оказании скорой медицинской помощи по вызову № XXX:*

а) лечебными:

- *не применен прием Хеймлиха, который мог бы позволить удалить инородное тело;*
- *не приняты меры для профилактики купирования отека гортани (не введены фуросемид и преднизолон)...».*

Из заключения эксперта № 37 от 06.03.2017 г. — 10.07.2017 г. (комплексная СМЭ, проведенная в ГБУЗ Республики Крым «Крымское республиканское бюро судебно-медицинской экспертизы»): «*Вышеназванные дефекты оказания медицинской помощи лишили [ФИО пациентки] шансов на благоприятный исход (сохранение жизни матери и плода), не предотвратили прогрессирование смертельного осложнения — инфекционно-токсического шока и, соответственно, наступление смерти*».

Примечание. Здесь и далее наименования экспертных учреждений будут приводиться по состоянию на время написания книги.

Проблема понятия «врачебная ошибка». Вплотную к термину «дефект оказания медицинской помощи» примыкает

термин «врачебная ошибка» [12]. В нашей стране нет ни одного нормативного документа, где бы было дано определение данному термину, что не мешает его широко использовать и вкладывать в него любой смысл.

Так, в VII Съезде Национальной медицинской палаты принял участие председатель СК РФ А.И. Бастрыкин. «...Александр Бастрыкин поддержал идею о закреплении в новом законопроекте, который готовится по инициативе медицинского сообщества, понятия врачебной ошибки», — сообщается на сайте СК РФ <https://sledcom.ru/news/item/1396939/?print=1>.

Примечание. Невозможно найти логическое объяснение тому, как при неопределенности терминов «дефект оказания медицинской помощи» и «врачебная ошибка» органы предварительного расследования и суды выявляют и разграничивают их в действиях врачей. Видимо, этот вопрос решается по революционным понятиям.

1.3.5. Судебно-медицинская экспертиза

Количество уголовных дел в отношении врачей и гражданских исков пациентов к МО, связанных с неблагоприятными исходами оказания медицинской помощи, неуклонно растет из года в год.

Тематика ненадлежащего оказания медицинской помощи врачами периодически освещается в средствах массовой информации, а в официальном правительственном издании «Российская газета» даже появилась постоянная рубрика под названием «Халатность врачей» [40].

Однако данная проблема не так однозначна, как может показаться врачебному сообществу.

С одной стороны, наша судебная система далека от совершенства и критикуется за обвинительный уклон и ничтожно малое количество оправдательных приговоров.

Так, на сайте судебного департамента при Верховном суде РФ опубликована статистическая информация о результатах рассмотрения уголовных дел всех категорий в 2017 г., согласно которой были осуждены 744 000 человек, оправданы лишь 2900 человек, т.е. количество оправдательных приговоров составило около 0,4% от общего количества приговоров [45]. Как уже

указывалось во введении, в 2018 г. оправдательных приговоров стало 0,3%, официальных данных за 2019 г. ко дню написания книги еще не было.

С другой стороны, приговоры и решения судов по уголовным и гражданским делам, связанным с неблагоприятными исходами медицинской помощи, всегда основаны на заключениях экспертов, производящих СМЭ. Любому вынесенному в отношении врача обвинительному приговору или принятому против медицинской организации судебному решению всегда предшествует СМЭ, устанавливающая дефекты оказания медицинской помощи и их причинно-следственную связь с неблагоприятным исходом.

СМЭ назначается органами предварительного расследования для установления причины смерти и/или характера и степени вреда, причиненного здоровью, согласно ст. 196 «Обязательное назначение судебной экспертизы» УПК РФ.

Такие экспертизы носят комиссионный или комплексный характер и проводятся с привлечением в качестве экспертов врачей разных специальностей, в задачу которых входит выявление профильных дефектов и фактов ненадлежащего оказания медицинской помощи.

Применительно к делам, связанным с неблагоприятными исходами оказания медицинской помощи врачами — анестезиологами-реаниматологами, это означает, что выступающий в качестве эксперта коллега дал соответствующую негативную оценку клинической ситуации, послужившей причиной судебного разбирательства.

Поэтому сообществу анестезиологов-реаниматологов в первую очередь следует озаботиться не сложившейся в России правовой реальностью, которую мы не в состоянии изменить, а тем, насколько объективны наши оценки собственных действий, если судебные акты, основанные на выводах наших коллег, довольно часто вызывают профессиональное непонимание и возмущение.

Некоторое время назад авторы направляли в государственные и общественные организации свои предложения о разработ-

ке требований к специалистам, которые привлекаются в качестве экспертов по уголовным делам, связанным с ненадлежащим оказанием медицинской помощи. Такие требования, по нашему мнению, обязательно должны включать регулярное прохождение подготовки по разделу «Экспертиза качества оказания медицинской помощи» в рамках специальности «Общественное здоровье и организация здравоохранения», а также иметь официальное подтверждение квалификации эксперта профессиональной общественной организацией соответствующего профиля. Однако ответа мы не получили.

1.3.6. Нормативные правовые акты и иные документы, необходимые врачу — анестезиологу-реаниматологу, привлекаемому в качестве эксперта по уголовным и гражданским делам

Для компетентного участия в качестве эксперта врачу — анестезиологу-реаниматологу как минимум необходимо знать.

1. Содержание ст. 307 УК РФ об уголовной ответственности эксперта за заведомо ложное заключение или показание.
2. Положения нижеперечисленных статей УПК РФ:
 - ст. 57, определяющей понятие «эксперт» и регламентирующей его права, обязанности и ответственность;
 - взаимосвязанные положения ст. 61 и 70, регулирующие основания и порядок отвода эксперта;
 - ч. 1 и 2 ст. 80, определяющие понятия «заключение» и «показания» эксперта;
 - ст. 195 — порядок назначения судебной экспертизы;
 - ст. 196 — обязательное назначение судебной экспертизы;
 - ст. 197 — присутствие следователя при назначении судебной экспертизы;
 - ст. 198 — права подозреваемого, обвиняемого, потерпевшего, свидетеля при назначении и производстве судебной экспертизы;
 - ст. 199 — порядок направления материалов уголовного дела для производства судебной экспертизы;
 - ст. 200 — комиссионная судебная экспертиза;
 - ст. 201 — комплексная судебная экспертиза;
 - ст. 204 — заключение эксперта;

- ст. 205 — допрос эксперта;
 - ст. 207 — дополнительная и повторная судебные экспертизы;
 - ст. 282 — допрос эксперта в суде.
3. Положения следующих статей Гражданского процессуального кодекса РФ:
 - ст. 82 — комплексная экспертиза;
 - ст. 83 — комиссионная экспертиза;
 - ст. 85 — обязанности и права эксперта;
 - ст. 86 — заключение эксперта.
 4. Федеральный закон «О государственной судебно-экспертной деятельности в РФ» № 73-ФЗ от 31.05.2001 г.
 5. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» № 323-ФЗ от 21.11.2011 г.
 6. Приказ Минздравсоцразвития РФ № 346н от 12.05.2010 г. «Об утверждении порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях РФ». Для врачей — анестезиологов-реаниматологов представляют интерес следующие разделы этого документа:
 - раздел III — порядок организации и производства экспертиз;
 - раздел VIII — особенности порядка организации и проведения дополнительных, повторных, комиссионных и комплексных экспертиз.
 7. Приказ Министерства здравоохранения РФ № 203н от 10.05.2017 г. «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи».
 8. Приказ Министерства здравоохранения РФ № 707н от 08.10.2015 г. «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки».
 9. Приказ Министерства здравоохранения РФ № 390н от 23.04.2012 г. «Об утверждении Перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при вы-

боре врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи».

10. Приказ Министерства здравоохранения РФ № 1177н от 20.12.2012 г. «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства».
11. Приказ Минтруда России № 544н от 27.08.2018 г. «Об утверждении профессионального стандарта “Врач — анестезиолог-реаниматолог”».
12. Приказ Министерства здравоохранения РФ № 919н от 15.11.2012 г. «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю “Анестезиология и реаниматология”».
13. Приказ Министерства здравоохранения РФ № 909н от 12.11.2012 г. «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям по профилю “Анестезиология и реаниматология”».
14. Приказ Министерства здравоохранения РФ № 804н от 13.10.2017 г. «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг».
15. Стандарты оказания медицинской помощи по профилю «Анестезиология-реаниматология».
16. Клинические и методические рекомендации по профилю «Анестезиология-реаниматология».
17. Методические рекомендации «Порядок проведения судебно-медицинской экспертизы и установления причинно-следственных связей по факту неоказания или ненадлежащего оказания медицинской помощи», утвержденные директором ФГБУ «Российский центр судебно-медицинской экспертизы» Министерства здравоохранения РФ 21.07.2017 г.

К проведению СМЭ, как правило, привлекаются высококвалифицированные специалисты, но многие из них, к сожалению, довольно плохо ориентируются в правовых вопросах. Нередко

они не могут даже дать определения, что такое ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей. Это порождает заключения экспертов, где поиск факта ненадлежащего исполнения профессиональных обязанностей или его отсутствия, который может быть установлен только на основании анализа нормативной документации, подменяется анализом способа лечения, в основе которого однозначно лежит личное мнение автора.

Из заключения эксперта № 150 от 09.10.2012 г. — 28.12.2012 г. (комиссионная СМЭ, проведенная в ОГБУЗ «Белгородское бюро судебно-медицинской экспертизы»): *«Общепринято, что в диагностике острого аппендицита симптомы не подсчитываются, а взвешиваются... Диагностика, лечение и наблюдение больной [ФИО пациентки] не соответствовали рекомендуемым стандартам и нормам обследования хирургических больных».*

Из заключения эксперта № 19 от 01.02.2013 г. — 28.03.2013 г. (комиссионная СМЭ, проведенная в ОГБУЗ «Смоленское областное бюро судебно-медицинской экспертизы»): *«Медицинская помощь [ФИО пациентки] по диагностике острого аппендицита у больной не соответствовала общепринятому стандарту исследований, необходимых для диагностики острого аппендицита...».*

В заключении эксперта № 126.18 от 07.12.2018 г. (комплексная СМЭ, проведенная в БУЗ ВО «Воронежское областное бюро судебно-медицинской экспертизы») содержится следующий вывод: *«...Эксперт комиссии считает, что врачом реаниматологом была дана неверная оценка сложившейся клинической ситуации и не были проведены необходимые диагностические мероприятия имеющие основания, в связи с чем повреждение подключичной вены не было установлено прижизненно. Таким образом, исполнение профессиональных обязанностей данным медицинским работником следует признать ненадлежащим... Следует отметить, что проведение тех или иных исследований при оказании медицинской помощи предопределяется наличием материально-технической возможности, императивными нормами, прямо предусматривающими проведение тех или иных мероприятий, а также при наличии оснований. В настоящее время не установлена императивная норма, в которой бы содержались ука-*

зания о сроке проведения диагностических инструментальных методов обследования после проведения катетеризации подключичной вены. Однако реаниматолог **в соответствии с общепринятыми в медицине принципами** должен был понимать, что при появлении непосредственно после проведения манипуляции, сопряженной с высоким риском развития осложнений, сомнительно и неоднозначно трактуемых признаков и симптомов, могущих свидетельствовать о наличии угрожающего жизни состояния, пациентке может потребоваться оказание экстренной помощи» (орфография и пунктуация первоисточника, выделение текста — авторами статьи).

Комментарий авторов. Вышеуказанное мнение эксперта о ненадлежащем выполнении врачом — анестезиологом-реаниматологом профессиональных обязанностей по тексту заключения не содержит ни одной ссылки на какой-либо нормативный документ, аргументация сводится к неопределенным «общепринятым в медицине принципам» и к личному мнению эксперта.

Видимо, основой для таких экспертных заключений мог послужить Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования (ФФОМС) № 230 от 01.12.2010 г. «Об утверждении порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» (V. Экспертиза качества медицинской помощи), который вообще предписывает проводить экспертизу качества медицинской помощи на соответствие «...сложившейся клинической практике» [36]: «21. Экспертиза качества медицинской помощи проводится путем проверки (в том числе с использованием автоматизированной системы) соответствия предоставленной застрахованному лицу медицинской помощи договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, порядкам оказания медицинской помощи и стандартам медицинской помощи, клиническим рекомендациям (протоколам лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, сложившейся клинической практике».

Воистину, создается стойкое убеждение, что среди надзорных органов в медицине левая рука не знает, что творит правая.

Примечание. Приказ ФФОМС № 230 от 01.12.2010 г. утратил силу 28.06.2019 г. в связи с изданием Приказа ФФОМС № 36 от 28.02.2019 г. «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию».

1.3.7. Правовая база проведения судебно-медицинской экспертизы (основные нормативные документы)

При назначении СМЭ по делам, связанным с неоказанием или ненадлежащим оказанием медицинской помощи, используется два вида экспертиз: комиссионная и комплексная.

Комиссионная судебная экспертиза производится не менее чем двумя экспертами одной специальности. Комиссионный характер экспертизы определяется следователем либо руководителем экспертного учреждения, которому поручено производство судебной экспертизы (ст. 200 УПК РФ).

Судебная экспертиза, в производстве которой участвуют эксперты разных специальностей, является комплексной (ст. 201 УПК РФ).

Коллеги, от ваших выводов и показаний во многом будет зависеть решение или приговор суда, поэтому призываем вас к максимальной добросовестности и объективности при участии в качестве экспертов по гражданским и уголовным делам.

Статус эксперта закреплен в ст. 57 УПК РФ, в которой определены права и обязанности лица, привлекаемого в этом качестве.

«Статья 57. Эксперт»

1. *Эксперт — лицо, обладающее специальными знаниями и назначенное в порядке, установленном настоящим Кодексом, для производства судебной экспертизы и дачи заключения.*

2. *Вызов эксперта, назначение и производство судебной экспертизы осуществляются в порядке, установленном ст. 195–207, 269, 282 и 283 настоящего Кодекса.*

3. *Эксперт вправе:*

1) знакомиться с материалами уголовного дела, относящимися к предмету судебной экспертизы;

2) ходатайствовать о предоставлении ему дополнительных материалов, необходимых для дачи заключения, либо привлечении к производству судебной экспертизы других экспертов;

3) участвовать с разрешения дознавателя, следователя и суда в процессуальных действиях и задавать вопросы, относящиеся к предмету судебной экспертизы;

4) давать заключение в пределах своей компетенции, в том числе по вопросам, хотя и не поставленным в постановлении о назначении судебной экспертизы, но имеющим отношение к предмету экспертного исследования;

5) приносить жалобы на действия (бездействие) и решения дознавателя, начальника подразделения дознания, начальника органа дознания, органа дознания, следователя, прокурора и суда, ограничивающие его права;

6) отказаться от дачи заключения по вопросам, выходящим за пределы специальных знаний, а также в случаях, если представленные ему материалы недостаточны для дачи заключения. Отказ от дачи заключения должен быть заявлен экспертом в письменном виде с изложением мотивов отказа.

4. Эксперт не вправе:

1) без ведома дознавателя, следователя и суда вести переговоры с участниками уголовного судопроизводства по вопросам, связанным с производством судебной экспертизы;

2) самостоятельно собирать материалы для экспертного исследования;

3) проводить без разрешения дознавателя, следователя, суда исследования, могущие повлечь полное или частичное уничтожение объектов либо изменение их внешнего вида или основных свойств;

4) давать заведомо ложное заключение;

5) разглашать данные предварительного расследования, ставшие известными ему в связи с участием в уголовном деле в качестве эксперта, если он был об этом заранее предупрежден в порядке, установленном ст. 161 настоящего Кодекса;

6) уклоняться от явки по вызовам дознавателя, следователя или суда.

5. За дачу заведомо ложного заключения эксперт несет ответственность в соответствии со ст. 307 УК РФ.

6. За разглашение данных предварительного расследования эксперт несет ответственность в соответствии со ст. 310 УК РФ».

Приведенные в предшествующих разделах книги правовые нормы предполагают, что вывод эксперта о некачественном (ненадлежащем) оказании медицинской помощи должен быть основан на выявлении конкретных нарушений нормативных документов, регламентирующих оказание медицинской помощи в рассматриваемом случае. К сожалению, эти требования не всегда соблюдаются экспертами, что будет проиллюстрировано соответствующими примерами, а иногда встречается и низкий уровень профессиональной подготовки.

СПб ГБУЗ «БСМЭ», заключение № 765/вр (экспертиза по материалам дела), стр. 33: *«При остановке сердечной деятельности (асистолии) ФИО были проведены реанимационные мероприятия: интубация трахеи, ИВЛ, непрямой массаж сердца, введение раствора адреналина (семикратно, через каждые 4–5 минут). Комиссия экспертов считает, что проведенные ФИО реанимационные мероприятия являлись не полными, поскольку при первичной остановке сердца (асистолии), кроме введения раствора адреналина, необходимо применение раствора атропина (не менее 3,0 мл за 30 минут), а также, при возможности, проведение электрической стимуляции сердца (посредством применения чрескожной, чреспищеводной или трансвенозной электрокардиостимуляции), что не было сделано и может быть расценено, как дефект проведения реанимационных мероприятий».*

Примечание. Введение атропина при проведении реанимационных мероприятий не предусмотрено ни одним нормативным документом, а указанная доза выходит за рамки разовой допустимой дозы, регламентируемой инструкцией производителя. Даже если не рассматривать вопрос о применении и дозировке атропина, абсурдным (нарушен закон непротиворечия формальной логики) выглядит вывод эксперта о том, что чрескожную, чреспищеводную или трансвенозную электрокардиостимуляцию **необходимо было провести при возможности**, но их невыполнение — это дефект проведения реанимационных мероприятий.

При этом в российском законодательстве отсутствует полноценный механизм контроля качества СМЭ, а применительно к оценке достоверности заключения эксперта имеется существенное логическое противоречие.

С одной стороны, СМЭ назначается для решения вопросов, требующих специальных знаний (ст. 2, 9 Федерального закона № 73-ФЗ от 31.05.2001 г. «О государственной судебно-экспертной деятельности в РФ», ч. 1 ст. 79 Гражданского процессуального кодекса РФ (ГПК РФ), ч. 1 ст. 77 Кодекса административного судопроизводства РФ (КАС РФ), ч. 1 ст. 26.4 Кодекса об административных правонарушениях РФ (КоАП РФ), ч. 2 ст. 195 УПК РФ), что априорно подразумевает отсутствие специальных знаний в данных вопросах у лица или органа, назначающего экспертизу (суд, следователь, дознаватель).

С другой стороны, лицо или орган, назначившие экспертизу, обязаны оценить полученное заключение эксперта с позиции достоверности (ч. 3 ст. 67 ГПК РФ, ч. 3 ст. 84 КАС РФ, ч. 1 ст. 88 УПК РФ). При отсутствии у суда, следователя и/или дознавателя специальных знаний такая оценка сводится к сложившемуся на практике негласному принципу: «Предупреждение эксперта об уголовной ответственности за дачу заведомо ложного заключения по ст. 307 УК РФ гарантирует достоверность его выводов».

Уполномоченный орган исполнительной власти — Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения (Росздравнадзор) — не наделен полномочиями по контролю обоснованности и достоверности заключений экспертов [26].

В крайне ограниченном объеме возможность проверки заключения эксперта предусмотрена Порядком организации и производства СМЭ в государственных судебно-экспертных учреждениях РФ, утвержденным Приказом Министерства здравоохранения РФ № 346н от 12.05.2010 г. [32]:

- п. 111 Порядка на руководителя государственного судебно-экспертного учреждения возложена обязанность контролировать сроки и качество выполнения экспертиз, не нарушая принцип независимости эксперта, и **организовывать выборочное письменное рецензирование заключений экспертов;**

- согласно п. 112 Порядка, при выявлении нарушений экспертом требований действующего законодательства по производству экспертиз, медицинских технологий и методик их производства, а также при наличии иных оснований, вызывающих сомнения в обоснованности выводов конкретной экспертизы, руководитель государственного судебно-экспертного учреждения вправе письменно проинформировать об этом в процессуально установленном порядке орган или лицо, назначившее экспертизу.

Таким образом, единственный существующий механизм контроля качества СМЭ заключается в том, что руководитель государственного судебно-экспертного учреждения, не обладающий специальными знаниями в профильных врачебных специальностях, вправе проинформировать орган или лицо, назначившее экспертизу, о сомнениях в обоснованности заключения эксперта, если оно будет проверено.

Но и этот несовершенный механизм фактически не работает. В многолетней личной практике участия по уголовным и гражданским делам, связанным с медицинской деятельностью, авторы книги ни разу не встречали, чтобы руководитель государственного судебно-экспертного учреждения высказал сомнения в обоснованности заключения эксперта. Разъяснения специалиста, который, как и эксперт, предупреждается об уголовной ответственности за дачу заведомо ложных показаний по ст. 307 УК РФ, часто игнорируются следственными и судебными органами.

Одним из ведущих научных и практических учреждений России в сфере СМЭ является ФГБУ «Российский центр судебно-медицинской экспертизы» Министерства здравоохранения РФ, который не наделен правом контроля качества, обоснованности, достоверности проведенных региональными бюро экспертиз.

При этом в разделе контролирующие организации указаны: Министерство здравоохранения РФ и Росздравнадзор.

Приведем выдержки из одного заключения, которое было дано на базе ФГБУ «Российский центр судебно-медицинской экспертизы» Министерства здравоохранения РФ, чтобы читатели сами оценили степень доверия данному экспертному учреждению — заключение № 333/09 с 09.12.2009 г. по 14.05.2010 г. (повторная комиссионная СМЭ).

В п. 1 выводов на стр. 58 заключения утверждается: «**Причиной смерти** [персональные данные пациентки, наименования лечебных учреждений здесь и далее изъяты авторами книги] **является инфекционно-токсический шок**, развившийся в результате смешанной вирусно-бактериальной (парагриппозно-микоплазменной) инфекции верхних дыхательных путей и вирусно-бактериальной двусторонней интерстициальной пневмонии у женщины с беременностью 37 недель».

В п. 23 выводов на стр. 77 заключения отмечено: «К осложнениям острой респираторной инфекции, имевшейся у [ФИО пациентки], относится двусторонняя интерстициальная вирусно-бактериальная пневмония и инфекционно-токсический шок. **Непосредственной причиной возникновения данных осложнений является вирус парагриппа и микоплазма пневмонии. Условиями являются все остальные факторы, повлиявшие на возникновение осложнений**».

Казалось бы, причина смерти установлена и понятна — это инфекционно-токсический шок как осложнение или следствие острой респираторной инфекции, причиной которой явились вирус парагриппа и микоплазма пневмонии.

Однако в п. 20 выводов на стр. 75–76 заключения мнение экспертов меняется: «**Между смертью** [ФИО пациентки], **антенатальной гибелью ее плода имеется причинно-следственная связь со следующими дефектами оказания медицинской помощи**:

1. Допущенными дежурным врачом-инфекционистом в период нахождения [ФИО пациентки] в филиале [наименование лечебного учреждения] [дата]: — диагностики: неправильно была оценена тяжесть состояния [ФИО пациентки], не диагностировано основное заболевание и смертельно опасное осложнение, а именно — острая респираторная инфекция, двусторонняя пневмония и ранняя фаза инфекционно-токсического шока; — лечения: назначено неадекватное (не в полном объеме, несоответствующее имевшемуся заболеванию и степени тяжести состояния больной) лечение; — тактические (организационные): была выбрана противопоказанная тактика ведения [ФИО пациентки].

2. Допущенными дежурным врачом — акушером-гинекологом в период нахождения [ФИО пациентки] в приемном блоке родильного дома [наименование лечебного учреждения] [дата]: — диагностики: неправильно была оценена тяжесть состояния [ФИО пациентки], не диагностировано развитие инфекционно-токсического шока; — лечения: какого-либо лечения не проводилось и на этап транспортировки не назначалось; — тактические (организационные): была выбрана противопоказанная тактика ведения [ФИО пациентки]...».

Таким образом, экспертная комиссия связывает наступление смерти пациентки уже не с воздействием инфекционного агента (вируса парагриппа и микоплазмы пневмонии), а с дефектами оказания медицинской помощи, которые, если верить п. 23 выводов, являются **условиями**, а не **причиной** возникновения осложнений заболевания.

В п. 7 выводов на стр. 60–69 заключения экспертная комиссия дает оценку качества лечебно-диагностических мероприятий, проведенных пациентке на всех этапах оказания медицинской помощи, и описывает выявленные дефекты оказания медицинской помощи: диагностики, лечения и тактические (организационные).

А в п. 8 выводов на стр. 69 заключения комиссия экспертов сообщает: «Оценка соответствия оказываемой медицинской помощи стандартам оказания медицинской помощи, иным нормативным документам, методическим указаниям и рекомендациям, научным рекомендациям и иным требованиям не входит в компетенцию судебно-медицинской экспертной комиссии».

И еще интереснее, что на стр. 62 заключения в п. 7.2 комиссия экспертов пишет: «Состояние [ФИО пациентки] не требовало экстренного оказания медицинской помощи по жизненным показаниям в условиях стационара, однако **наличие субфебрильной температуры тела на большом сроке беременности являлось показанием для госпитализации**, которая и была предложена женщине». А согласно п. 13 выводов на стр. 72 заключения: «На момент осмотра врачом-терапевтом [дата] клинический статус [ФИО пациентки] (общее удовлетворительное состояние, **субфебрильная температура тела**, стабильная гемоди-

намика) *свидетельствовал об отсутствии показаний к госпитализации*».

То есть, по мнению экспертов, наличие субфебрильной температуры на большом сроке беременности одновременно и является, и не является показанием для госпитализации.

Деятельность, связанная с проведением СМЭ, относится к медицинской и подлежит обязательному лицензированию:

- в силу п. 46 ст. 12 Федерального закона «О лицензировании отдельных видов деятельности» № 99-ФЗ от 04.05.2011 г. медицинская деятельность (за исключением деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») подлежит обязательному лицензированию;
- согласно Постановлению Правительства РФ № 291 от 16.04.2012 г. (ред. от 08.12.2016 г.) «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)» (вместе с «Положением о лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)») и приложением к нему обязательному лицензированию подлежит деятельность по СМЭ, СМЭ вещественных доказательств и исследованию биологических объектов (биохимической, генетической, медико-криминалистической, спектрографической, судебно-биологической, судебно-гистологической, судебно-химической, судебно-цитологической, химико-токсикологической);
- Верховный суд РФ в решении № АКПИ18-1242 от 27.02.2019 г. разъяснил: «...То обстоятельство, что деятельность по организации и проведению судебно-медицинских экспертиз является процессуальным действием, регулируе-

мым процессуальным законодательством, само по себе не исключает эту деятельность из числа медицинских экспертиз, подлежащих лицензированию... применительно к судебно-медицинской экспертизе имеет место разрешение вопросов, требующих специальных знаний в области медицины, которая, в свою очередь, подлежит лицензированию».

На деятельность, связанную с проведением судебных медицинских экспертиз, распространяются положения ст. 87–90 Федерального закона «Об охране здоровья граждан в РФ» № 323-ФЗ от 21.11.2011 г., посвященные контролю качества и безопасности медицинской деятельности.

Однако эффективный механизм такого контроля не разработан, а описанная выше процедура контроля качества судебных медицинских экспертиз руководителем экспертного учреждения выглядит жалкой имитацией.

В итоге может получиться (а иногда и получается) так, что решения и приговоры судов основываются на ошибочных выводах экспертов. Данная проблема обсуждается в специальной литературе с 1958 г. и становится все более актуальной [20, 21, 49, 50, 58].

Большой интерес представляет мнение самих судебно-медицинских экспертов о работе своих коллег. Как отмечают А.М. Лобанов и соавт.¹ (2010), при проведении анализа 25 тысяч заключений судебно-медицинских экспертов Москвы, ряда областей РФ и регионов бывшего СССР было установлено, что в 96% заключений содержались пункты выводов (от одного до всех), которые не были обоснованы. Такие «выводы» исключают возможность их проверки, из имеющихся формулировок невозможно понять, почему эксперт считает так, а не иначе. Интересно заметить, что 32% бездоказательных выводов содержали спорные положения, а 11% были ошибочными [19].

¹ Авторы книги: А.М. Лобанов, начальник ОГУЗ «Орловское бюро судебно-медицинской экспертизы»; А.А. Теньков, заведующий кафедрой судебной медицины Курского государственного медицинского университета, д-р мед. наук; Е.С. Тучик, главный судебно-медицинский эксперт Росздравнадзора, д-р мед. наук, профессор кафедры судебной медицины медицинского права Московского государственного медико-стоматологического университета. (Должности авторов указаны на момент выхода указанной книги из печати.)

По данным И.Е. Лобана и В.Л. Попова¹ (2013), анализ 303 заключений (актов) судебно-медицинских экспертиз показал, что ошибки в судебно-медицинской деятельности составляют 90,8% (275 наблюдений) [18].

Весьма интересным является то, что количество СМЭ, назначаемых органами предварительного расследования, не регламентировано ни одним нормативным документом, поэтому следователь может их назначать (и довольно часто назначает) до тех пор, пока не получит заветные для него выводы, на основании которых можно будет предъявить обвинение медицинскому работнику. И не важно, что предыдущие 3–5 СМЭ содержали одинаковые выводы, не позволяющие сделать заключение о виновности врача. В качестве доказательной базы будет взята эта самая последняя экспертиза, потому что «имеет право».

Краеугольным камнем в любой СМЭ всегда является обобщающий вопрос: «Соответствовали ли осуществленные на этапах оказания медицинской помощи диагностика и лечение стандартам оказания медицинской помощи, иным нормативным документам, методическим указаниям и рекомендациям, научным рекомендациям и иным требованиям, являются ли примененные методики научно обоснованными?»

Требования к обоснованию выводов нормативными документами, регламентирующими оказание медицинской помощи, не всегда соблюдаются экспертами, что можно проиллюстрировать следующими примерами.

Пример № 1. Заключение эксперта № 190/09

Вопрос №9. «Правильной ли были тактика и объем медицинской помощи на каждом из этапов развития аллерги-

¹ Авторы статьи: И.Е. Лобан, начальник СПб ГБУЗ «Бюро судебно-медицинской экспертизы», д-р мед. наук (г. Санкт-Петербург); В.Л. Попов, заместитель начальника СПб ГБУЗ «Бюро судебно-медицинской экспертизы», заведующий кафедрой судебной медицины и правоведения Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова, д-р мед. наук, профессор (г. Санкт-Петербург). (Должности авторов указаны на момент выхода статьи из печати.)

ческой реакции? Какими правовыми актами определяется порядок ее оказания при ранее имеющихся, а также возникшей в период оказания медицинской помощи при данной патологии?»

Ответ. 1. Тактика и объем медицинской помощи, за исключением позднего проведения трахеостомии, необходимой для устранения препятствий воздушной проходимости, была правильной. 2. **Изучение правовых актов не входит в компетенцию комиссии экспертов.** (Выделение текста произведено авторами.)

Хотелось бы обратить внимание, что данное заключение экспертов датируется 2009 г., т.е. на момент его написания прошло восемь лет после принятия № 73-ФЗ от 31.05.2001 г. «О государственной судебно-экспертной деятельности в РФ».

28.08.2017 г. в г. Курске по ч. 2 ст. 109 УК РФ за причинение пациенту смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения профессиональных обязанностей был осужден врач-оториноларинголог. Суть уголовного дела заключалась в следующем.

Пациент употреблял в пищу мясо кролика, кость попала в дыхательные пути, после чего он был доставлен на автомобиле скорой помощи в приемное отделение одной из городских больниц. В приемном отделении пациент свободно передвигался и разговаривал, что было зафиксировано видеокамерой, а запись признана вещественным доказательством. Дежурный лор-врач осмотрел пациента методом непрямой ларингоскопии (при помощи гортанного зеркала) и выявил расположение кости под голосовыми складками гортани.

Возможные варианты действий врача. При определении тактики оказания медицинской помощи лор-врач оказался перед выбором:

- *первый вариант:* попытаться извлечь кость при помощи гортанных щипцов, введя их под голосовые складки гортани, с риском развития у пациента асфиксии (удушья) вследствие спазма голосовых складок;
- *второй вариант:* с учетом удовлетворительного состояния пациента направить его в сопровождении реанима-

ционной бригады скорой медицинской помощи в медорганизацию 3-го уровня (расположенную в этом же городе примерно в 8 км от городской больницы) для извлечения инородного тела более щадящим эндоскопическим методом при помощи фибробронхоскопа, которым не располагала городская больница.

В обоих случаях для жизни пациента имелся риск, не поддающийся количественной оценке, абсолютно безопасного варианта не было.

Регламентирующие документы. На выбор лор-врача влияли требования трех документов:

- должностной инструкции, обязывающей врача-оториноларинголога руководствоваться в своей работе положением о больнице, официальными документами, утвержденными Министерством здравоохранения РФ, указаниями и распоряжениями заведующего отделением и других вышестоящих должностных лиц;
- положения об отоларингологическом отделении больницы, обязывающего сотрудников отделения руководствоваться приказами Министерства здравоохранения РФ, комитета здравоохранения, распоряжениями и приказами администрации больницы;
- Приказа Комитета здравоохранения Курской области № 463 от 28.12.2011 г. «О совершенствовании преемственности при госпитализации больных и пострадавших бригадами скорой медицинской помощи в стационары и амбулаторно-поликлинические учреждения на территории города Курска», предусматривающего круглосуточную госпитализацию больных всех возрастов с инородными телами дыхательных путей в отоларингологическое или торакальное отделение областной клинической больницы.

Действия врача. Исходя из установленного диагноза, технической оснащенности, состояния пациента, отсутствия официально утвержденного порядка действий в такой ситуации и требований приказа Комитета здравоохранения Курской области, лор-врач принял решение направить пациента в сопровождении реанимационной бригады скорой медицинской помощи в меди-

цинскую организацию 3-го уровня для удаления инородного тела эндоскопическим методом. Пациент самостоятельно дошел до реанимобиля, сотрудники скорой помощи увезли его в областную больницу.

В пути состояние пациента стало ухудшаться, вероятнее всего, вследствие начавшегося частичного ларингоспазма, реанимационные мероприятия в областной больнице оказались безуспешными, спасти жизнь пациента не удалось.

Примечание. Интересный нюанс. Когда пациент поступил в приемное отделение областной клинической больницы при наличии признаков острой дыхательной недостаточности III стадии, вместо того чтобы тут же сделать ему коникотомию, его отправили в операционную для выполнения трахеостомии, где он и умер.

По уголовному делу было проведено несколько комплексных СМЭ, причем в одном и том же составе. Эксперт-оториноларинголог посчитал, что его коллега допустил дефект оказания медицинской помощи, так как не удалил инородное тело методом непрямой ларингоскопии при помощи гортанных щипцов.

В то же время в экспертных заключениях было указано: «На настоящее время каких-либо официальных нормативных документов, регламентирующих диагностику и лечение экстренной патологии «Инородное тело гортани, трахеи, бронха» (Порядков, Стандартов оказания медицинской помощи, Клинических рекомендаций, Медицинских технологий), утвержденных в установленном порядке Министерством здравоохранения РФ, нет» (орфография и пунктуация первоисточника сохранены. — *Примеч. авт.*).

Протокол судебного заседания. На вопрос защитника: «Можете ли вы назвать обязательный документ как то, стандарт оказания медицинской помощи или протокол оказания медицинской помощи, в котором написано, что инородные тела подскладочного пространства гортани удаляют методом непрямой ларингоскопии?» в суде эксперт-оториноларинголог пояснил: «Таких нормативных документов не существует. Есть только статьи и учебные пособия»; на вопрос защитника: «Существует ли нормативный документ, который запрещал бы [фамилия лор-врача] направлять [фамилия пациента] в [наименование об-

ластной больницы] для удаления инородного тела путем фибро-бронхоскопии с учетом клинических проявлений заболевания у [фамилия пациента] на момент его осмотра в [наименование городской больницы]?» эксперт ответил: «Такого документа нет» (цитата по протоколу судебного заседания, орфография и пунктуация первоисточника сохранены. — *Примеч. авт.*).

Итог. Согласно должностной инструкции, лор-врач обязан был руководствоваться официальными нормативными документами. Нормативного регулирования конкретных способов и сроков удаления инородных тел дыхательных путей в рассматриваемой ситуации не было, что подтверждается выводами СМЭ и показаниями эксперта-оториноларинголога в ходе судебного заседания.

Доводы стороны защиты об отсутствии состава преступления ввиду обоснованного риска судом были отвергнуты, поскольку экспертиза расценила действия лор-врача как дефект оказания медицинской помощи, **без ссылок на какой-либо нормативный документ**, а «не доверять эксперту нет оснований».

Обвинительный приговор вступил в силу.

Приводим пример, как при отсутствии юридических знаний можно подвести своего коллегу под уголовную ответственность.

Пример № 2. Акт проверки Департаментом здравоохранения и социальной защиты населения Белгородской области

Вывод 10. Реанимационные мероприятия проведены с нарушением методических рекомендаций по проведению реанимационных мероприятий Европейского совета по реанимации, принятых в РФ.

Примечание. Данные рекомендации не являются нормативным документом, поэтому их нельзя рассматривать как эталон для оценки действий врача, тем более в тексте не указаны, какого года рекомендации имеются в виду. Не рассмотрен вопрос о том, обязан ли был врач использовать такого рода рекомендации согласно должностной инструкции.

Как быть в таком случае, когда невооруженным взглядом видна несостоятельность или ангажированность СМЭ или медицинский работник просто не согласен с ее выводами?

В такой ситуации единственным способом доказать невиновность обвиняемого (подсудимого) является проведение повторной СМЭ, для назначения которой должны быть предусмотрены ч. 2 ст. 207 УПК РФ основания в виде сомнений в обоснованности заключения эксперта или наличия противоречий в выводах эксперта (экспертов).

В п. 15 Постановления Пленума Верховного суда РФ № 28 от 21.12.2010 г. «О судебной экспертизе по уголовным делам» разъяснено, что необоснованным следует считать такое заключение эксперта, в котором недостаточно аргументированы выводы, не применены или неверно применены необходимые методы и методики экспертного исследования [24].

В соответствии со ст. 74 УПК РФ в качестве доказательств допускаются: показания подозреваемого, обвиняемого; показания потерпевшего, свидетеля; заключение и показания эксперта; заключение и показания специалиста; вещественные доказательства; протоколы следственных и судебных действий; иные документы [52].

Участие специалиста представляет собой один из способов доказывания недостоверности заключения эксперта и наличия оснований для назначения повторной или дополнительной экспертизы.

Специалист. Для оказания помощи в оценке заключения эксперта и допросе эксперта по ходатайству стороны или по инициативе суда может привлекаться специалист. Разъяснения специалист дает в форме устных показаний или письменного заключения (п. 19 Постановления Пленума Верховного суда РФ № 28 от 21.12.2010 г.) [24].

Специалист не проводит исследование вещественных доказательств и не формулирует выводы, а лишь высказывает суждение по вопросам, поставленным перед ним сторонами. Поэтому в случае необходимости проведения исследования должна быть произведена повторная судебная экспертиза (п. 20 Постановления Пленума Верховного суда РФ № 28 от 21.12.2010 г.) [24].

Определение специалиста в уголовном процессе дано в ч. 1 ст. 58 УПК РФ: «Специалист — лицо, обладающее специальными знаниями, привлекаемое к участию в процессуальных действиях в порядке, установленном настоящим Кодексом, для

содействия в обнаружении, закреплении и изъятии предметов и документов, применении технических средств в исследовании материалов уголовного дела, для постановки вопросов эксперту, а также для разъяснения сторонам и суду вопросов, входящих в его профессиональную компетенцию» [52].

Согласно п. 3.1 ч. 2 ст. 74 УПК РФ в качестве доказательств допускаются, в том числе, заключение и показания специалиста.

Заключение специалиста — представленное в письменном виде суждение по вопросам, поставленным перед специалистом сторонами (ч. 3 ст. 80 УПК РФ).

Показания специалиста — сведения, сообщенные им на допросе об обстоятельствах, требующих специальных познаний, а также разъяснения своего мнения в соответствии с требованиями ст. 53, 168 и 271 настоящего Кодекса (ч. 4 ст. 80 УПК РФ).

Пунктом 3 ч. 1 ст. 53 УПК РФ закреплено право защитника привлекать специалиста в соответствии со ст. 58 настоящего Кодекса.

При этом согласно ч. 2 ст. 58 УПК РФ вызов специалиста и порядок его участия в следственных и иных процессуальных действиях, судебных заседаниях определяются ст. 168 и 270 настоящего Кодекса, т.е. перед началом следственного действия или судебного заседания с участием специалиста следователь или председательствующий судья разъяснят специалисту его права и ответственность, предусмотренные ст. 58 УПК РФ, предупреждает об уголовной ответственности за дачу заведомо ложных показаний (ст. 307 УК РФ), выясняет наличие или отсутствие оснований для отвода специалиста, предусмотренных ст. 71 УПК РФ.

УПК РФ дает стороне защиты следующие гарантии реализации права на привлечение специалиста:

- стороне защиты не может быть отказано в удовлетворении ходатайства о привлечении к участию в производстве по уголовному делу в порядке, установленном настоящим Кодексом, специалиста для разъяснения вопросов, входящих в его профессиональную компетенцию, за исключением случаев, предусмотренных ст. 71 настоящего Кодекса (ч. 2.1 ст. 58 УПК РФ);
- подозреваемому или обвиняемому, его защитнику, а также потерпевшему, гражданскому истцу, гражданскому

ответчику или их представителям не может быть отказано в приобщении к материалам уголовного дела доказательств, в т.ч. заключений специалистов, если обстоятельства, об установлении которых они ходатайствуют, имеют значение для данного уголовного дела и подтверждаются этими доказательствами (ч. 2.2 ст. 159 УПК РФ);

- суд не вправе отказать в удовлетворении ходатайства о допросе в судебном заседании лица в качестве свидетеля или специалиста, явившегося в суд по инициативе сторон (ч. 4 ст. 271 УПК РФ).

Исходя из процитированных выше положений закона, можно предложить следующий алгоритм участия специалиста по инициативе стороны защиты в уголовных делах, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи.

1. Найти высококвалифицированного специалиста в области медицинских знаний, соответствующей рассматриваемой ситуации. Участие специалиста должно быть ограничено пределами его профессиональных знаний, а компетенция должна подтверждаться документально.
2. На этапе предварительного следствия заявить следователю письменное мотивированное ходатайство о допросе специалиста либо о привлечении специалиста для дачи заключения по уголовному делу в порядке ч. 2.2 ст. 159 УПК РФ.
3. Имеет смысл ходатайствовать об участии защитника в допросе специалиста на основании ч. 2.1 ст. 159 УПК РФ.
4. Лишено смысла получение заключения специалиста по запросу адвоката, в котором проводится рецензирование экспертного заключения. Такой документ заведомо является недопустимым доказательством, полученным без разъяснения специалисту следователем (судом) прав, обязанностей и ответственности, с нарушением прав стороны обвинения и принципа состязательности сторон (ст. 15 УПК РФ).
5. Предлагаемые специалисту вопросы не должны быть связаны с исследованием вещественных доказательств, не должны пересекаться с компетенцией эксперта.

Пример неправильных вопросов эксперту: «Какие вами выявлены дефекты оказания медицинской помощи

Ф.И.О.? Связаны ли данные дефекты со смертью Ф.И.О.?» Данные вопросы требуют исследования медицинских документов и не являются компетенцией специалиста.

Пример правильных вопросов специалисту: «Что такое дефект оказания медицинской помощи? С какими нормативными документами должна быть сопоставлена медицинская документация для оценки качества оказания медицинской помощи (соответствия медицинской помощи обязательным требованиям)? Какие методики экспертного исследования должны быть применены для оценки качества оказания медицинской помощи (соответствия медицинской помощи обязательным требованиям)? Возможна ли без применения данных методик объективная и достоверная оценка качества оказания медицинской помощи (соответствия медицинской помощи обязательным требованиям)?» Данные вопросы не требуют исследования, ответы на них послужат ориентиром для оценки достоверности выводов и показаний эксперта.

6. При рассмотрении уголовного дела в суде должна быть обеспечена явка специалиста в судебное заседание, в таком случае суд не вправе отказать в удовлетворении ходатайства о допросе специалиста.
7. В результате допроса специалиста на предварительном следствии или в суде у стороны защиты появляется возможность доказать необоснованность заключения эксперта и заявить мотивированное ходатайство о назначении повторной СМЭ.

Ну а какова «цена» показаний специалиста для наших судов? Иногда доходит до смешного, если это понятие применимо к судопроизводству.

По ходу оперативного вмешательства для расширения оперативного поля потребовалось перейти с регионального метода анестезии на общий. При интубации возникли трудности. Ниже приводится заключение экспертов.

БУЗ ВО «Воронежское областное бюро СМЭ», «ЗАКЛЮЧЕНИЕ ЭКСПЕРТА» № 022.17 от 24.03.2017 г. (комплексная СМЭ): «Принятое анестезиологом решение о переходе

на наркоз подразумевает «выключение» у пациента собственного дыхания путем введения миорелаксантов (препаратов, расслабляющих дыхательную мускулатуру) и перевод его на искусственное дыхание, что осуществляется путем интубации (введение в гортань специальной трубки и подключение ее к аппарату искусственной вентиляции легких (ИВЛ)). В обычных условиях введение миорелаксанта обычно осуществляется до интубации, приблизительно за 2–3 минуты.

В данном же случае у пациента до проведения оперативного вмешательства была констатирована предполагаемая трудная интубация, обусловленная анатомическими особенностями верхних дыхательных путей, оценка которой по шкале Mallampati соответствовала III–IV (т.е. максимальной) степени сложности. В этом случае введение миорелаксантов допустимо **только после успешного осуществления интубации** [выделено авторами], в противном случае пациент утрачивает способность к самостоятельному дыханию до того, как получает его аппаратную замену».

В ходе судебного заседания специалист в присутствии судьи и прокурора подробно разъяснил методику проведения интубации трахеи, представил учебники для студентов медицинских вузов и для подготовки кадров высшей квалификации, рекомендованные полномочным государственным органом для использования в образовательном процессе, где детально описана процедура интубации, а судья даже сфотографировала выходные данные этих книг.

При всем при том в приговоре было написано: «Доводы подсудимой и показания специалиста [ФИО] об обязательности введения миорелаксанта “Листенон” до интубации трахеи опровергаются результатами комплексной судебно-медицинской экспертизы № 022.17 от 24.03.2017 г.».

Говоря другими словами, для суда показания специалиста, эксперта по анестезиологии и реаниматологии, аттестованного Росздравнадзором, заведующего кафедрой анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии факультета постдипломного образования, д-ра мед. наук, профессора, врача высшей категории, автора 40 учебников, учебных пособий, изданных общим тиражом более 95 000 экземпляров, по которым изуча-

ется наша дисциплина во многих медицинских вузах страны, заслуженного работника высшей школы РФ являются менее значимыми, чем заключение эксперта, занимающего должность заведующего отделением и из всех заслуг имеющего высшую категорию.

Иногда бывает, что аргументированные доводы специалиста не совпадают с «внутренним убеждением» судьи, и он начинает произвольно толковать законы.

Ст. 67 «Оценка доказательств» ГПК РФ гласит:

«1. Суд оценивает доказательства по своему внутреннему убеждению, основанному на всестороннем, полном, объективном и непосредственном исследовании имеющихся в деле доказательств.

2. Никакие доказательства не имеют для суда заранее установленной силы» [9, 14].

А вот цитата из апелляционного определения Курского областного суда об оставлении без изменения решения суда первой инстанции, которое теоретически должно было основываться на ст. 67 ГПК РФ: «...Мнение специалиста, на которое ссылается ответчик в апелляционной жалобе, не является экспертным заключением и доказательством, на котором может основываться решение суда».

А можно просто исказить доказательства. Специалист был допрошен в ходе судебного заседания. Его показания были представлены суду в устной форме и на электронном носителе, так что ошибка записи выступления исключается.

Специалистом было сказано (и представлено на электронном носителе): «...Чтобы сделать повреждение скальпелем задней мембранозной части трахеи, хирург должен был ввести в рану скальпель на глубину минимум на 8,5–9 см и целенаправленно произвести разрез».

В приговоре суда они были представлены в другом виде: «врач должен был ввести хирургический инструмент минимум на 4,5 см».

Таким образом, **несмотря на все перипетии и специфику нашего судопроизводства**, для предотвращения отрицательных юридических последствий алгоритм действия заключается в следующем:

1. Должны быть грамотно составленные протокол внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности [35] и акт проверки в рамках ведомственного контроля.

2. При несогласии с результатами СМЭ на этапе предварительного следствия нужно:

- заявить следователю письменное мотивированное ходатайство о **допросе специалиста** либо о привлечении специалиста для дачи **заключения** по уголовному делу, а при рассмотрении уголовного дела в суде должна быть обеспечена явка специалиста;
- составить и заявить письменное мотивированное ходатайство о проведении повторной или дополнительной СМЭ.

1.3.8. Рекомендации о составлении выводов врачом — анестезиологом-реаниматологом, привлекаемым к участию в комплексных СМЭ

Встречаются случаи, когда выводы врачей — анестезиологов-реаниматологов, привлекаемых к участию в комплексных СМЭ, полностью или частично не соответствуют нормативным требованиям, регламентирующим их содержание. Данные рекомендации, по мнению авторов, могут помочь снизить количество выводов, не соответствующих полностью или частично нормативным требованиям. Оптимальная структура выводов эксперта должна представлять собой краткий и понятный лицам без медицинского образования ответ на поставленный вопрос (тезис) и его подробное обоснование логически связанными аргументами, что облегчает восприятие выводов участниками судопроизводства. Лаконичный ответ эксперта упрощает использование формулировки вывода в процессуальных документах, а последующее развернутое обоснование дает возможность проверить достоверность вывода [20, 21].

Участвуя в проведении комплексной СМЭ, врач — анестезиолог-реаниматолог должен руководствоваться принципами объективности, всесторонности и полноты исследования, закрепленными ст. 8 Федерального закона № 73-ФЗ от 31.05.2001 г. «О государственной судебно-экспертной деятельности в РФ».

Инициатива эксперта. Вопросы, ставящиеся эксперту на разрешение, далеко не всегда соответствуют данным принципам.

Иногда это обусловлено отсутствием специальных знаний у лица или органа, назначившего экспертизу, а в некоторых случаях имеет место попытка манипулирования заключением эксперта путем неопределенных, двусмысленных вопросов либо игнорирования вопросов, ответы на которые имеют существенное значение для объективной оценки спорной клинической ситуации.

В таких случаях гарантией соблюдения принципов объективности, всесторонности и полноты исследования выступает право эксперта на инициативу, предоставленное ему соответствующим процессуальным законодательством.

- «В случае, если эксперт при проведении экспертизы устанавливает имеющие значение для рассмотрения и разрешения дела обстоятельства, по поводу которых ему не были поставлены вопросы, он вправе включить выводы об этих обстоятельствах в свое заключение» — ч. 2 ст. 86 ГПК РФ [10].
- «Если при проведении экспертизы эксперт (комиссия экспертов) установит обстоятельства, по поводу которых ему не были поставлены вопросы, но которые, по его мнению, имеют значение для правильного рассмотрения административного дела, он вправе в своем заключении сделать выводы об этих обстоятельствах» — ч. 4 ст. 82 КАС РФ.
- «Если при производстве судебной экспертизы эксперт установит обстоятельства, которые имеют значение для уголовного дела, но по поводу которых ему не были поставлены вопросы, то он вправе указать на них в своем заключении» — ч. 2 ст. 204 УПК РФ.

Активная реализация врачом — анестезиологом-реаниматологом права на инициативу эксперта гарантирует объективность, всесторонность и полноту исследования независимо от содержания вопросов, поставленных на разрешение комплексной СМЭ, что может предотвратить судебную ошибку.

В 2018 г. в г. Белгороде с участием авторов данной книги рассматривалось уголовное дело в отношении врача — анестезиолога-реаниматолога, обвиняемого по ч. 2 ст. 109 УК РФ в причинении пациентке смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения профессиональных обязанностей. Суть уголовного дела заключалась в следующем.

В отделение реанимации и интенсивной терапии одной из медицинских организаций г. Белгорода в крайне тяжелом состоянии, обусловленном патологией беременности и оперативным вмешательством, поступила пациентка.

Врачом — анестезиологом-реаниматологом была произведена катетеризация подключичной вены, ставшая, по версии органов предварительного следствия, причиной повреждения стенки сосуда, межреберных мышц, пристеночной плевры с проникновением катетера в грудную полость, что привело к развитию геморрагического шока. Врачу вменялось ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей следующего характера: не было установлено причин ухудшения состояния здоровья пациентки, не были приняты исчерпывающие меры к их установлению, не было диагностировано осложнение катетеризации подключичной вены.

В ходе судебного разбирательства судом было отказано в удовлетворении ходатайства защиты о назначении повторной комплексной СМЭ, заявленное ввиду сомнений в обоснованности заключений экспертов, на которых было основано обвинение. Но было удовлетворено ходатайство о назначении дополнительной комплексной СМЭ в другом экспертном учреждении для исследования ряда юридически значимых вопросов.

Проводя дополнительную экспертизу, комиссия экспертов не ограничилась рамками поставленных судом вопросов. Всесторонне оценив клиническую ситуацию, эксперты в порядке инициативы исследовали вопрос, который им не задавался, и мотивированно указали в заключении на отсутствие прямой причинно-следственной связи между выявленными недостатками оказания медицинской помощи и смертью пациентки. В итоге постановлением суда уголовное дело было возвращено прокурору.

Далее приведен **пример ответа, не имеющего обоснования.**

Вопрос следователя. Является ли количество возможных неудачных попыток интубации неограниченным или существуют критерии, при наличии которых требуется проведение экстренной конико- или трахеостомии?

Ответ экспертов. Согласно научным и практическим данным, необходимо провести не более 2–3 попыток интубации

в пределах времени действия одной дозы миорелаксанта у рожениц. В случае неудачи провести трахеостомию.

Комментарии

1. Не указан нормативный документ, которого, кстати говоря, и нет. Следовательно, вывод является частным мнением.
2. И.В. Молчанов и соавт. (2006) в монографии «Трудный дыхательный путь с позиции анестезиолога-реаниматолога (пособие для врачей)» приводит частоту встречаемости трудной интубации, по данным мировой статистики, от 1 до 3,8%.
3. Следуя логике экспертов, примерно у 2% больных, перенесших оперативное вмешательство под общим обезболиванием, по ходу наркоза должна была быть произведена трахеостомия.

1.3.9. Обоснованный риск методов оказания медицинской помощи

Кодекс профессиональной этики врача РФ, принятый Первым национальным съездом врачей РФ 05.10.2012 г., декларирует в ст. 18: «При всевозрастающем многообразии и активности современных методов диагностики и лечения, каждый врач обязан обеспечить максимальную безопасность оказания медицинской помощи, чтобы снизить риск возникновения ятрогенных заболеваний, действуя в пределах обоснованного риска».

Но многие виды медицинских вмешательств неизбежно сопровождаются риском неблагоприятных последствий для жизни и здоровья пациента:

- лекарственные средства при правильном применении могут вызывать реакцию индивидуальной непереносимости;
- при любом оперативном вмешательстве независимо от квалификации и опыта хирурга существует вероятность случайного повреждения кровеносного сосуда;
- эндотрахеальный способ общей ингаляционной анестезии сопровождается опасностью постинтубационных и иных осложнений и т.д.

Все это свидетельствует о необходимости внедрения единых правил экспертной оценки обоснованного риска медицинского

вмешательства при неблагоприятном исходе медицинской помощи.

Врачу — анестезиологу-реаниматологу необходимо четко разграничивать юридическое понятие «обоснованный риск» и медицинское понятие «риск методов оказания медицинской помощи», не допускать их подмены и не выходить за пределы компетенции эксперта.

Определение обоснованному риску дано в ч. 2 ст. 41 УК РФ: «Риск признается обоснованным, если указанная цель не могла быть достигнута не связанными с риском действиями (бездействием) и лицо, допустившее риск, предприняло достаточные меры для предотвращения вреда охраняемым уголовным законом интересам».

В силу ч. 1 данной статьи не является преступлением причинение вреда охраняемым уголовным законом интересам при обоснованном риске для достижения общественно полезной цели.

Решение вопроса о наличии или отсутствии обоснованного риска в действиях врача выходит за пределы компетенции эксперта и является исключительной прерогативой суда, прокурора и органов предварительного расследования.

В п. 4 Постановления Пленума Верховного суда РФ № 28 от 21.12.2010 г. «О судебной экспертизе по уголовным делам» разъяснено: «Вопросы, поставленные перед экспертом, и заключение по ним не могут выходить за пределы его специальных знаний. Постановка перед экспертом правовых вопросов, связанных с оценкой деяния, разрешение которых относится к исключительной компетенции органа, осуществляющего расследование, прокурора, суда (например, что имело место — убийство или самоубийство), как не входящих в его компетенцию, не допускается».

Вместе с тем эксперт может определить риск метода оказания медицинской помощи, что вытекает из содержания ч. 1 ст. 22 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», где указано: «Каждый имеет право получить в доступной для него форме имеющуюся в медицинской организации информацию о состоянии своего здоровья, в том числе сведения о результатах медицинского обследования, наличии заболевания, об установленном диагнозе и о прогнозе развития

заболевания, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях и результатах оказания медицинской помощи».

Из процитированного положения закона усматривается такое медицинское понятие, как «риск методов оказания медицинской помощи».

Официального определения этого понятия не существует, что роднит его с дефектом оказания медицинской помощи, но важность его несомненна.

К настоящему времени накопился достаточный научный и методический материал, обобщение которого позволяет выработать общепринятое во врачебном сообществе определение термина «риск методов оказания медицинской помощи» и утвердить критерии его обоснованности.

Так, проблеме обоснованного риска в медицинской практике была посвящена в 2001 г. статья В.И. Аكوпова в журнале «Проблемы экспертизы в медицине» [2].

В справочно-информационных материалах ОБУЗ «Бюро судебно-медицинской экспертизы» комитета здравоохранения Курской области [13] предлагаются следующие формулировки:

«Риск медицинского вмешательства — вероятность наступления неблагоприятного исхода для жизни или здоровья пациента, а также вероятность недостижения той цели, ради которой проводится медицинское вмешательство; оценивается экспертом:

а) по наличию объективных и субъективных условий для возникновения неблагоприятного исхода или не достижения поставленной цели медицинского вмешательства;

б) по выполнению объема и качества профилактических мер неблагоприятного исхода и не достижения цели медицинского вмешательства.

Обоснованный риск медицинского вмешательства характеризуется наличием общественно полезной цели вмешательства, которая не может быть достигнута не связанными с риском действиями (бездействием), при обязательных условиях:

- принятие достаточных мер для предотвращения вреда здоровью и жизни пациента;
- наступление вредных последствий возможно, но не неизбежно;

- пациент информирован о вмешательстве в установленном законом объеме и порядке».

Практическая значимость унификации определения термина «риск методов оказания медицинской помощи» и критериев его обоснованности для врачей — анестезиологов-реаниматологов состоит в том, что неблагоприятные исходы медицинской помощи, обусловленные обоснованным риском методов ее оказания, не будут расцениваться как уголовно наказуемые дефекты.

Мотивированное заключение эксперта об обоснованности риска метода оказания медицинской помощи при неблагоприятном исходе послужит весомым аргументом в пользу того, чтобы органы предварительного расследования или суд признали такую ситуацию обоснованным риском, исключающим преступность действий врача.

1.3.10. Примеры обобщенных формулировок ответов на типичные вопросы экспертов по специальности «Анестезиология- реаниматология»

В данном разделе приведены возможные варианты ответов на обобщенные группы вопросов, встречающихся в практике врача — анестезиолога-реаниматолога, привлекаемого к участию в комплексных СМЭ. Предлагая для обсуждения и совершенствования данные формулировки, авторы ставят перед собой задачу внести определенность и предсказуемость в экспертную оценку наиболее актуальных для врачей — анестезиологов-реаниматологов клинических случаев и предотвратить негативные правовые последствия при их наступлении.

Вопрос № 1. *Является ли дефектом оказания медицинской помощи осложнение катетеризации подключичной вены в виде повреждения стенки подключичной вены [при выполнении катетеризации по показаниям и с соблюдением общепринятой техники]?*

Ответ на вопрос № 1. Осложнение катетеризации подключичной вены в виде повреждения стенки подключичной вены при выполнении катетеризации по показаниям и с соблюдением общепринятой техники не является дефектом оказания медицинской помощи, а представляет собой случайное нанесение

вреда пациенту (класс Y60–Y69 по МКБ-10) при обоснованном риске медицинского вмешательства.

Обоснование. Официально утвержденного, общепринятого понятия «дефект оказания медицинской помощи» в настоящее время не существует. Но его можно вывести из термина «ятрогения», определение которому дано в методических рекомендациях «Порядок проведения судебно-медицинской экспертизы и установления причинно-следственных связей по факту неоказания или ненадлежащего оказания медицинской помощи», утвержденных 21.06.2017 г. директором ФГБУ «Российский центр судебно-медицинской экспертизы» Министерства здравоохранения РФ: «Это любые нежелательные или неблагоприятные последствия профилактических, диагностических и лечебных вмешательств либо процедур, которые приводят к нарушениям функций организма, ограничению привычной деятельности, инвалидизации или смерти; осложнения медицинских мероприятий, развившиеся в результате **как ошибочных, так и правильных действий или бездействия врача**» [23].

Такое определение допускает риск неблагоприятных последствий для здоровья пациента при правильных действиях врача, поэтому под дефектом оказания медицинской помощи можно понимать вышеуказанные неблагоприятные последствия, развившиеся в результате ошибочных действий или бездействия врача.

Медицинская услуга «Катетеризация подключичной и других центральных вен» под кодом А.11.12.001 входит в номенклатуру медицинских услуг, утвержденную Приказом Министерства здравоохранения РФ № 804н от 13.10.2017 г. (ред. от 16.04.2019 г.), но техника ее выполнения в настоящее время нормативно не урегулирована.

Примечание. Ко времени представления данной книги в издательство «Клинические рекомендации по проведению катетеризации подключичной и других центральных вен», утвержденные Президиумом Общероссийской общественной организации «Федерация анестезиологов и реаниматологов» 19.10.2019 г., не подлежали обязательному применению.

Медицинская услуга «Катетеризация подключичной и других центральных вен» имеет технологический недостаток: врач —

анестезиолог-реаниматолог проводит данную манипуляцию вслепую, т.е. без визуального контроля продвижения пункционной иглы, поэтому он не может предотвратить возможность наступления повреждения артерии или плевры даже при должной внимательности и предусмотрительности.

Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра, применяемой в РФ согласно Приказу Министерства здравоохранения РФ № 170 от 27.05.1997 г. «О переходе органов и учреждений здравоохранения РФ на международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра», предусмотрен класс Y60–Y69 «Случайное нанесение вреда больному при выполнении терапевтических и хирургических вмешательств». Он включает в себя рубрику Y60 «Случайный порез, укол, перфорация или кровотечение при выполнении хирургической и терапевтической процедуры», в которой имеются коды Y60.1 «При проведении инфузии и трансфузии» и Y60.6 «При аспирации жидкости или ткани, пункции и другой катетеризации» [13].

Таким образом, повреждение стенки подключичной или другой центральной вены при технически правильном выполнении ее катетеризации по показаниям не является дефектом оказания медицинской помощи, поскольку обусловлено недостатком техники выполнения данной манипуляции (производится без визуального контроля, вслепую) и должно расцениваться как ятрогения, обусловленная правильными действиями врача.

Данное осложнение входит в понятие обоснованного риска медицинского вмешательства по смыслу ч. 1 ст. 20 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011 г.

Вопрос № 2. *Является ли дефектом оказания медицинской помощи осложнение в виде постинтубационного разрыва мембранозной части трахеи [при соблюдении общепринятой техники интубации]?*

Ответ на вопрос № 2. Постинтубационное повреждение (постинтубационный разрыв) мембранозной части трахеи при соблюдении общепринятой техники интубации не является дефектом оказания медицинской помощи, а представляет собой случайное

нанесение вреда больному (класс Y60–Y69 по МКБ-10) при обоснованном риске медицинского вмешательства.

Обоснование вывода. Медицинская услуга «Интубация трахеи» под кодом A11.08.009 входит в номенклатуру медицинских услуг, утвержденную Приказом Министерства здравоохранения РФ № 804н от 13.10.2017 г. (ред. от 16.04.2019 г.), но техника ее выполнения в настоящее время нормативно не урегулирована.

Медицинская услуга «Интубация трахеи» и ее практическое исполнение характеризуются наличием изначального технологического недостатка: врач — анестезиолог-реаниматолог, проводящий интубацию трахеи, в силу того факта, что манипуляция производится вслепую, т.е. без визуального контроля продвижения интубационной трубки по трахее, практически не может реально предотвратить возможность наступления постинтубационного повреждения (разрыва) трахеи даже **при должной предусмотрительности и внимательности**, так как не имеется строго доказанных, четко определенных признаков постинтубационного повреждения трахеи в процессе самой ее интубации.

Таким образом, постинтубационное повреждение (постинтубационный разрыв) мембранозной части трахеи при соблюдении общепринятой техники интубации не является дефектом оказания медицинской помощи, а должно рассматриваться в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра, применяемой в РФ согласно Приказу Министерства здравоохранения РФ № 170 от 27.05.1997 г. «О переходе органов и учреждений здравоохранения РФ на международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра», **как случайное нанесение вреда больному** (класс Y60–Y69 по МКБ-10) [38].

Данное осложнение входит в понятие обоснованного риска медицинского вмешательства по смыслу ч. 1 ст. 20 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011 г.

Вопрос № 3. *Имелись ли показания к переливанию компонентов красной крови пациенту Ф.И.О. на фоне острой массивной кровопотери с исходными лабораторными и клиническими*

данными: Hb — 65 г/л, гематокрит 22%, АД 80/60 мм рт. ст., число дыханий 24 в 1 мин?

Ответ на вопрос № 3. Да, в данном случае имелись показания к переливанию пациенту Ф.И.О. компонентов красной крови.

Обоснование вывода. Нормативным документом, определяющим показания по применению компонентов крови, является Инструкция по применению компонентов крови, утвержденная Приказом Министерства здравоохранения РФ № 363 от 25.02.2002 г., где указано: «Показанием к переливанию переносчиков газов крови при острой анемии вследствие массивной кровопотери является потеря 25–30% объема циркулирующей крови, сопровождающаяся снижением уровня гемоглобина ниже 70–80 г/л и гематокрита ниже 25% и возникновением циркуляторных нарушений...» [30].

Аналогичная информация приводится в Приказе Министерства здравоохранения РФ № 183н от 02.04.2013 г. «Об утверждении правил клинического использования донорской крови и (или) ее компонентов», п. 30: «Медицинским показанием к трансфузии (переливанию) донорской крови и эритроцитсодержащих компонентов при острой анемии вследствие массивной кровопотери является потеря 25–30% объема циркулирующей крови, сопровождающаяся снижением уровня гемоглобина ниже 70–80 г/л и гематокрита ниже 25% и возникновением циркуляторных нарушений» [33].

Таким образом, согласно Приказу Министерства здравоохранения РФ № 363 от 25.02.2002 г. «Об утверждении Инструкции по применению компонентов крови» и Приказу Министерства здравоохранения РФ № 183н от 02.04.2013 г. «Об утверждении правил клинического использования донорской крови и (или) ее компонентов», у пациента Ф.И.О., на фоне острой массивной кровопотери, с исходными лабораторными и клиническими данными: Hb — 65 г/л, гематокрит 22%, АД 80/60 мм рт. ст., число дыханий 24 в 1 мин, имелись показания к переливанию компонентов красной крови.

Вопрос № 4. *Существовала ли вероятность (шанс) благоприятного исхода (выживания, выздоровления) пациента*

Ф.И.О. в случае правильного, своевременного оказания медицинской помощи?

Ответ на вопрос № 4. Данный вопрос не может быть объективно решен на современном уровне развития медицины.

Обоснование вывода. Вероятность случайного события — это количественная оценка возможности наступления данного события. Понятие «вероятность» имеет конкретные численные параметры от 0 до 1 либо от 0 до 100% [9]. Благоприятный исход заболевания у пациента обусловлен комплексом факторов, не подлежащих количественному учету (индивидуальные компенсаторные возможности организма, состояние иммунитета и т.д.). Методики экспертного исследования, позволяющей рассчитать вероятность (шанс) благоприятного исхода заболевания у конкретного пациента, не существует.

Вопрос № 5. *Возможен ли был (мог ли наступить) благоприятный исход (выживание, выздоровление, спасение жизни) пациента Ф.И.О. в случае... (перечисление) или при условии... (перечисление)?*

Ответ на вопрос № 5. Данный вопрос имеет предположительный характер, поэтому не входит в компетенцию эксперта.

Обоснование вывода. Ст. 8 Федерального закона № 73-ФЗ от 31.05.2001 г. «О государственной судебно-экспертной деятельности в РФ» закреплены принципы объективности, всесторонности и полноты исследования. Право на субъективные предположения у эксперта отсутствует.

1.4. Завершение предварительного расследования

Все имеет начало и все имеет конец

Завершение предварительного расследования обычно имеет два варианта:

- на основании ст. 27 УПК РФ уголовное дело может быть прекращено в связи с непричастностью подозреваемого или обвиняемого к совершению преступления, отсутствию в его действиях состава преступления либо самого события преступления, а также по иным предусмотренным за-

коном основаниям (например, истечение срока давности уголовного преследования и т.д.);

- на основании ст. 171 УПК РФ медицинскому работнику предъявляется обвинение в совершении преступления.

Предъявление обвинения медицинскому работнику в совершении преступления, связанного с ненадлежащим оказанием медицинской помощи (ст. 109, 118, 122, 123, 124, 238, 293 УК РФ), означает, что версия органов предварительного следствия подтверждена заключением эксперта, которое выявило факты ненадлежащего оказания медицинской помощи и связало их с неблагоприятным исходом для жизни и здоровья пациента.

С этого момента медицинский работник переходит в статус обвиняемого.

«Ст. 47 УПК РФ. Обвиняемый

1. Обвиняемым признается лицо, в отношении которого:

1) вынесено постановление о привлечении его в качестве обвиняемого;

2) вынесен обвинительный акт;

3) составлено обвинительное постановление.

2. Обвиняемый, по уголовному делу которого назначено судебное разбирательство, именуется подсудимым. Обвиняемый, в отношении которого вынесен обвинительный приговор, именуется осужденным. Обвиняемый, в отношении которого вынесен оправдательный приговор, является оправданным».

В последующем, после выполнения ряда процессуальных действий, следователь уведомляет обвиняемого об окончании предварительного следствия и разъясняет ему предусмотренное ст. 217 УПК РФ право на ознакомление со всеми материалами уголовного дела (ст. 215 УПК РФ). При этом согласно ч. 3 ст. 217 УПК РФ обвиняемый и его защитник не могут ограничиваться во времени, необходимом им для ознакомления с материалами уголовного дела. Затем следователь составляет обвинительное заключение, подписывает его, согласует с руководителем следственного органа и вместе с уголовным делом направляет прокурору (ст. 220 УПК РФ).

Прокурор рассматривает поступившее от следователя уголовное дело с обвинительным заключением и в течение 10 суток принимает по нему одно из следующих решений:

- об утверждении обвинительного заключения и о направлении уголовного дела в суд;
- о возвращении уголовного дела следователю для производства дополнительного следствия, изменения объема обвинения либо квалификации действий обвиняемых или пересоставления обвинительного заключения и устранения выявленных недостатков со своими письменными указаниями;
- о направлении уголовного дела вышестоящему прокурору для утверждения обвинительного заключения, если оно подсудно вышестоящему суду (ч. 1 ст. 221 УПК РФ).

После утверждения обвинительного заключения прокурор направляет уголовное дело в суд, а копия обвинительного заключения с приложениями вручается обвиняемому (ст. 222 УПК РФ).

Роль прокурора в «установлении истины по делу» необходимо рассмотреть отдельно. В январе 2020 г. в России сменился Генеральный прокурор — 22.01.2020 г. Советом Федерации по представлению Президента РФ на должность Генерального прокурора РФ утвержден И.В. Краснов, занимавший с апреля 2016 г. должность заместителя Председателя СК РФ.

17.03.2020 г. в Генеральной прокуратуре РФ состоялось расширенное заседание коллегии, посвященное итогам работы органов прокуратуры за 2019 г. и задачам по укреплению законности и правопорядка на 2020 г. Коллегию открыл Президент РФ, после чего с основным докладом на мероприятии выступил Генеральный прокурор РФ И.В. Краснов.

В выступлении Генерального прокурора РФ рост числа оправдательных приговоров в 2019 г. был назван недоработкой прокуроров.

Видеозапись этого доклада размещена на сайте Генеральной прокуратуры РФ: <https://genproc.gov.ru/smi/news/genproc/news-1809484>.

Начиная с 19-й минуты видеозаписи Генеральный прокурор РФ говорит дословно следующее: «...**О явных недоработках свидетельствует рост числа уголовных дел, возвращенных судами в порядке ст. 237 Уголовно-процессуального кодекса, это плюс 3%, и оправданных — плюс 11%, а также лиц, пресле-**

дование которых прекращено судом по реабилитирующим основаниям. Думаю, тут следует разобраться в причинах и подкорректировать работу прокуроров на стадиях расследования и утверждения обвинительного заключения...».

Согласитесь, фраза очень двусмысленная: то ли это посыл прокурорам не утверждать обвинительные заключения по уголовным делам с сомнительной судебной перспективой, то ли наоборот — доказывать вину по таким делам до конца, любыми способами и средствами. Какой из вариантов верный — покажет время.

2. АНАЛИЗ СУДЕБНЫХ РЕШЕНИЙ, СВЯЗАННЫХ С ВРАЧАМИ — АНЕСТЕЗИОЛОГАМИ- РЕАНИМАТОЛОГАМИ ЗА ПЕРИОД С 2017 ПО 2019 г.

Статистика по уголовным делам о преступлениях, связанных с врачебными ошибками и ненадлежащим оказанием медицинской помощи, без дифференциации по врачебным специальностям, представлена в табл. 1.

Таблица 1

**Статистические сведения о преступлениях в сфере
медицины***

Показатели	2017 г.	2018 г.	9 месяцев 2019 г.
Сообщений о преступлениях	6050	6623	4965
Возбуждено уголовных дел	1791	2229	1227
Окончено уголовных дел	1098	1837	948
Направлено в суд/из них с обвинительным заключением	199/175	305/265	187/158
Оправдано судом	8	21	12

* <https://medvestnik.ru/content/news/Aleksandr-Bastrykin-chislo-soobshenii-o-vrachebnyh-oshibkah-rastet.html>.

В 2017 г. в СК РФ поступило 6050 сообщений о преступлениях в сфере медицины, возбуждено 1791 дело, из которых окончено 1098, направлено в суд с обвинительным заключением 175 в отношении 199 обвиняемых, судом оправдано 8 медицинских работников.

В 2018 г. поступило 6623 сообщения о преступлениях в сфере медицины, возбуждено 2229 дела, окончено 1837, направлено в суд с обвинительным заключением 265 в отношении 305 обвиняемых, оправдан 21 медицинский работник.

И за 9 месяцев 2019 г. поступило 4965 сообщений, из 1227 возбужденных дел окончено 948, направлено в суд с обвинительным заключением 158 в отношении 187 обвиняемых, оправдано 12 медицинских работников (<https://medvestnik.ru/content/news/Aleksandr-Bastrykin-chislo-soobshenii-o-vrachebnyh-oshibkah-rastet.html>).

Комитет Государственной Думы по охране здоровья 20 сентября 2019 г. провел заседание «круглого стола» «Хирургия — зона профессионального и юридического риска». На данном заседании директор ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского», главный внештатный хирург Министерства здравоохранения РФ, д-р мед. наук, профессор, академик РАН А.Ш. Ревишвили со ссылкой на данные Росздравнадзора сообщил, что специальности медицинских работников, осужденных в 2016–2017 гг., распределились следующим образом: хирурги — 30%, акушеры-гинекологи — 21%, анестезиологи-реаниматологи — 13%, педиатры — 8%, врачи скорой помощи — 6%, терапевты — 6%. Среди студентов старших курсов в 2,5 раза сократилось число желающих после окончания вуза посвятить себя хирургии. Ну и самое главное, профессор А.Ш. Ревишвили сообщил, что «в стране не хватает 7,5 тысяч хирургов, за два года из специальности ушли 765 врачей».

Нет, это не осужденные по надуманным статьям «подлые шпионы и убийцы под маской профессоров-врачей». Это люди, которых, вероятнее всего, просто затравили, которые устали писать бесконечные объяснения, ждать «скрупулезного выяснения всех обстоятельств», которые просто плюнули на все и ушли из хирургии, а может быть, и вообще из медицины.

Вот это размах работы! Это бесспорная победа нашего общества ратоборцев/правдолюбков в тесном сотрудничестве с органами следствия и дознания, имеющих большой исторический опыт по данному вопросу, и желтой прессой. Назовите хотя бы одну страну в мире, где из медицины, одной из самых уважаемых профессий, в массовом порядке уходили бы врачи, и не только

хирурги. Назовите хотя бы одну страну в мире, где в официальном правительственном издании¹ имелась бы постоянная рубрика под названием «Халатность врачей» [40]. Именно врачей, а не, скажем, полицейских или, упаси бог, представителей органов следствия и дознания, или наших судей (как известно, самых гуманных в мире).

Вот если бы все те требования, которые наше общество предъявляет к медицине, оно экстраполировало на себя любимых, то мы бы уже давно обогнали США и Китай вместе взятые по производительности труда и валовому национальному доходу.

Статистика по уголовным делам, связанная с врачами — анестезиологами-реаниматологами, выглядит следующим образом: с января 2015 г. по декабрь 2019 г. было вынесено 55 судебных решений, из них 51 решение по ч. 2. ст. 109 УК РФ. Единичные судебные решения были вынесены по ч. 2 ст. 118, ч. 2 ст. 124, ч. 3 ст. 238, ч. 2 ст. 293 УК РФ. Источником информации послужили завершённые приговором суда уголовные дела с участием врачей — анестезиологов-реаниматологов, внесённые в две базы судебных решений: Государственная автоматизированная система РФ «Правосудие» (<https://bsr.sudrf.ru/bigs/portal.html>) и Судебные решения РФ (<https://судебныерешения.рф>). Глубина поиска составила пять лет: с января 2015 г. по декабрь 2019 г.

Всего по вышеуказанным уголовным делам проходило 52 врача — анестезиолога-реаниматолога и одна медицинская сестра — анестезист (по одному делу два анестезиолога-реаниматолога и одна медицинская сестра — анестезист), кроме того, в двух уголовных делах, кроме анестезиологов-реаниматологов, обвинения предъявлены врачу — акушеру-гинекологу и врачу-оториноларингологу.

Среди обвиняемых специалистов женщины составили 25% (13 человек), мужчины — 75% (39 человек). Средний стаж работы по специальности составил 13,7 года.

Всего в результате судебных разбирательств оправданы 3 врача — анестезиолога-реаниматолога (5,7%), что примерно соответствует общероссийским показателям за последние 6 лет применительно к медицинским работникам (от 4 до 10%).

¹ В России — «Российская газета». — *Примеч. авт.*

Освобождены от наказания в связи с истечением срока давности или по амнистии 19 человек (36,5%), в отношении остальных 33 врачей — анестезиологов-реаниматологов приговоры вступили в законную силу.

Средние сроки наказания, примененные судами по ч. 2 ст. 109 УК РФ, составили 20,7 месяцев ограничения свободы (от 12 до 30 месяцев) и были применены 31 раз. Дополнительное наказание в виде лишения права заниматься определенным видом деятельности (имеется в виду медицинская деятельность) было использовано судами 19 раз, и в среднем данный вид наказания составил 23,1 месяца (от 12 до 36 месяцев).

Таким образом, наиболее частым наказанием, назначаемым врачам — анестезиологам-реаниматологам, явилось: ограничение свободы сроком на 2 года, с лишением права заниматься врачебной деятельностью сроком на 2 года. В двух случаях суд ограничился назначением денежных штрафов.

Среди обвиняемых врачей — анестезиологов-реаниматологов свою вину признали 18 человек (34,6%), не признали вину — 34 человека (65,4%). При этом в группе признавших свою вину средние сроки наказаний составили 19 месяцев ограничения свободы и 26 месяцев лишения права заниматься медицинской деятельностью. У лиц, не признавших свою вину, средние сроки наказаний соответственно составили 21,4 месяца ограничения свободы и 22,5 месяцев лишения права заниматься медицинской деятельностью.

Смягчающие вину обстоятельства использовались судами 12 раз (20,1%), отягчающие вину обстоятельства были использованы судами два раза (3,8%).

Обстоятельствами, смягчающими вину подсудимого, судами признаются:

- впервые совершенное преступление небольшой тяжести (согласно ч. 1 ст. 61 УК РФ — «совершение впервые преступления небольшой или средней тяжести вследствие случайного стечения обстоятельств». В комментариях к данной статье указано, что «сам по себе факт совершения преступления впервые не является смягчающим наказание обстоятельством, поскольку отсутствие судимостей является нормальным состоянием человека, а не его заслугой»);

- активное способствование раскрытию и расследованию преступления;
- наличие малолетних детей у виновного;
- положительные характеристики с места жительства и места работы;
- ходатайство больницы о сохранении за врачом возможности продолжать свою профессиональную деятельность, поскольку на протяжении долгого времени он добросовестно и профессионально исполнял свою работу по спасению жизни людей;
- возмещение причиненного ущерба или иное заглаживание вины и причиненного преступлением вреда (ст. 76 УК РФ).

К отягчающим обстоятельствам были отнесены:

- совершение преступления против несовершеннолетнего;
- отрицательная характеристика с места учебы.

Основные дефекты оказания анестезиолого-реанимационной помощи, по мнению органов предварительного расследования и суда, представлены в табл. 2.

Таблица 2

Основные случаи ненадлежащего оказания анестезиолого-реанимационной помощи, по мнению органов предварительного расследования и суда

Основные причины дефектов оказания анестезиолого-реанимационной помощи	
Обеспечение проходимости дыхательных путей и ИВЛ	18
Повреждения сосудов и плевры вследствие катетеризации центральных вен	8
Нарушения наблюдения за пациентами в послеоперационном периоде с развитием острой дыхательной недостаточности	4
Ошибки при проведении эпидуральной и спинномозговой анестезии	3
Различные дефекты, связанные с проведением анестезиологического пособия	5
Дефекты интенсивной терапии и оказания неотложной помощи	10
Дефекты, связанные с выполнением дополнительно возложенных функций (дежурный врач)	3

Таким образом, четко обозначаются две группы проблем оказания врачами — анестезиологами-реаниматологами медицинской помощи, связанные с обеспечением проходимости дыхательных путей и катетеризацией магистральных сосудов, на долю которых приходится более 50% всех допущенных дефектов.

Примечание. Для нас, авторов данной книги, много лет занимающихся правовой защитой медицинских работников, остается неразрешимой загадкой, каким образом осложнения способа лечения трансформируются в факт ненадлежащего исполнения служебных обязанностей с последующим привлечением врача к уголовной ответственности.

Ст. 20 ФЗ РФ № 323 «Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства» гласит: «Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи».

РИСК: 1. Возможность опасности, неудачи. 2. Действие наудачу в надежде на счастливый исход (Толковый словарь Ожегова и Шведовой. Источник: <https://gufo.me/dict/ozhegov/%D1%80%D0%B8%D1%81%D0%BA>).

Таким образом, согласно норме ст. 20 ФЗ РФ № 323, законом признается, что «методы оказания медицинской помощи» всегда связаны «с риском» и возможными «его последствиями».

Среди дефектов, связанных с обеспечением проходимости дыхательных путей и ИВЛ, ошибочная интубация пищевода имела место в 5 случаях, травматическое повреждение трахеи при интубации и санации трахеобронхиального дерева — 3 случая, невозможность интубации трахеи и проведение ИВЛ — 3 случая, аспирация желудочного содержимого — 2 случая, задержка с ИВЛ у новорожденных — 2 случая. По одному дефекту связаны с неправильным выполнением трахеостомии врачом — анестезиологом-реаниматологом, вентилятор-ассоциированным напряженным пневмотораксом и технической ошибкой эксплуатации аппарата ИВЛ.

Как следует из представленного списка, от общего количества дефектов данной группы только в трех случаях, связанных

с невозможностью интубации трахеи и проведения ИВЛ, не было абсолютной зависимости от действий врача — анестезиолога-реаниматолога. Во всех остальных допущенных, по мнению органов предварительного расследования и суда, дефектах существенную роль, безусловно, играет «человеческий фактор», что позволяет надеяться на потенциальную возможность их снижения.

При катетеризации центральных вен в 6 случаях дефекты были обусловлены повреждением магистральных сосудов с развитием внутреннего кровотечения и геморрагического шока, в 2 случаях дефекты связаны с повреждением плевральной полости и верхушки легкого с развитием пневмоторакса. К сожалению, данные осложнения не были своевременно распознаны специалистами и способствовали развитию неблагоприятного исхода.

Дефекты наблюдения в послеоперационном периоде связаны с развитием постнаркозной депрессии дыхательного центра и отсутствием должного (в т.ч. и мониторингового) наблюдения за жизненно важными функциями организма.

Ошибки при проведении эпидуральной и спинальной (спинномозговой) анестезии обусловлены как техническими дефектами (интратекальное введение лекарственных средств), так и системной токсичностью местных анестетиков при их внутрисосудистом введении.

Дефекты анестезиологического пособия включали как передозировку анестетиков, неадекватное обезболивание, так и опоздание с распознаванием различных интраоперационных осложнений. Во многом данная группа осложнений связана как с нарушением порядка интраоперационного мониторингового наблюдения, так и с отсутствием должного уровня взаимодействия с оперирующими хирургами.

Группа дефектов медицинской помощи при интенсивной терапии и реанимации включает различные замечания, сделанные экспертами при проведении СМЭ. Среди замечаний один случай «неадекватной» терапии анафилактического шока, нарушения в коррекции кислотно-щелочного состояния, неправильные режимы ИВЛ, «некорректная» инфузионная терапия и обезболивание при ожоговом шоке 2-й степени, назначение аритмогенных препаратов в дозировках, превышающих рекомендованные производителем, и др.

Заключительную группу причин уголовного преследования врачей — анестезиологов-реаниматологов составляют 3 случая исполнения обязанностей дежурного врача по медицинской организации (приемного отделения), которые связаны с необоснованным отказом в госпитализации, неадекватным оказанием медицинской помощи пациентам и не имеют прямого отношения к анестезиологии и реаниматологии.

Проведенный, далеко не полный, анализ основных причин уголовного преследования врачей — анестезиологов-реаниматологов позволил выявить «слабые места» их подготовки, задуматься об адекватности и достаточности имеющегося материального оснащения и наметить основные направления по улучшению качества оказания анестезиологической помощи и интенсивной терапии.

3. КАК ОБСТОИТ ВОПРОС С ЗАЩИТОЙ ВРАЧЕЙ ОТ ПРАВОВЫХ РИСКОВ, СВЯЗАННЫХ С ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ

*Спасение утопающих — дело рук
самих утопающих*

Во введении мы констатировали факт отсутствия со стороны государства защиты врачей от правовых рисков, связанных с профессиональной деятельностью. Медицинский работник, работающий в бюджетных учреждениях здравоохранения (таковых абсолютное большинство), должен обеспечивать (и обеспечивает) реализацию конституционной обязанности государства охранять здоровье людей и конституционного права граждан на медицинскую помощь. Однако в любой конфликтной ситуации врач остается один на один с правоохранительными органами этого же государства.

Каким образом может быть решена данная проблема? В настоящее время усиленно муссируется вопрос о передаче функций защиты медицинских работников некоммерческим общественным организациям, наподобие нашей Общероссийской общественной организации «Федерация анестезиологов и реаниматологов» (ФАР), при этом ссылаются на опыт других государств. Это довольно интересная позиция — врачу позволяет работать на государство, а если у него возникнут проблемы, то пусть коллеги сбросятся деньгами и спасут пострадавшего. Ссылаться на опыт других государств в данной ситуации, с нашей точки зрения, некорректно. Там несколько другие доходы у врачей, другое правовое поле, и они без ущерба для себя и своей

семьи могут позволить себе вносить вполне приличные взносы в профессиональные ассоциации и страховые компании. Высокие доходы наших врачей существуют только в отчетах Министерства здравоохранения РФ, а абсолютное большинство медицинских работников, особенно на периферии, чтобы свести концы с концами вынуждены работать на 1,5 и более ставки. Так что существенный источник доходов, часть которых врач мог бы пустить на поддержку своих коллег, попавших в сложную ситуацию, явно не просматривается.

А какова же позиция государства по данному вопросу? На заседании Комитета Государственной думы по охране здоровья 20.09.2019 г., посвященном проблеме «Хирургия — зона профессионального и юридического риска», было выступление заведующего кафедрой медицинского права Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, доктора медицинских наук, профессора, члена-корреспондента РАН Ю.Д. Сергеева. Он напомнил присутствующим, что «с идеей страхования профессиональной ответственности врачей он выступал в Государственной Думе РФ еще в 1996 г.! Через 20 с лишним лет эта тема вновь зазвучала в стенах российского парламента и... вновь впусую» [5].

И самое интересное. В ответном слове председатель Комитета Госдумы РФ по охране здоровья, доктор медицинских наук профессор Д.А. Морозов сообщил участникам «круглого стола», «...что в настоящее время внедрить систему страхования профессиональной ответственности врачей не представляется возможным, поскольку в нашей стране врач не является субъектом права и не имеет персональной лицензии на осуществление медицинской деятельности» [5].

Вот только Уголовный кодекс не согласен с мнением профессора Д.А. Морозова и признает врача субъектом уголовно-правовой ответственности со всеми вытекающими последствиями. Так что, как говорили классики советского юмора, «спасение утопающих — дело рук самих утопающих».

А что же делать «утопающим», если со стороны государства рассчитывать на защиту не стоит, а медицинские некоммерческие общественные организации вряд ли смогут в финансовом плане потянуть данный вопрос.

Мы предлагаем начать решение наших проблем хотя бы с разработки и утверждения Федерацией анестезиологов и реаниматологов России, а также иными медицинскими профессиональными общественными организациями методических рекомендаций, регламентирующих единый подход к оценке неблагоприятных исходов оказания медицинской помощи врачами — анестезиологами-реаниматологами. Что будет дальше, загадывать трудно. Может быть, всех российских врачей постепенно заменят гастарбайтеры, наше общество найдет с ними душевный контакт и обретет долгожданный покой и отменное здоровье.

О необходимости разработки и утверждения методических рекомендаций, регламентирующих единый подход к оценке неблагоприятных исходов оказания медицинской помощи. Профессиональные некоммерческие организации могут в установленном законодательством РФ порядке принимать участие в разработке норм и правил в сфере охраны здоровья, в решении вопросов, связанных с нарушением этих норм и правил, в разработке порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, программ подготовки и повышения квалификации медицинских работников и фармацевтических работников, принимать участие в аттестации медицинских и фармацевтических работников для получения ими квалификационных категорий и в проведении аккредитации специалистов. Медицинские профессиональные некоммерческие организации разрабатывают, в т.ч. с учетом результатов клинической апробации, и утверждают клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи (ст. 76 Федерального закона № 323-ФЗ).

Выводы эксперта должны основываться на соответствующих методах и методиках исследования.

Такое требование содержится:

- в п. 9 ч. 1 ст. 204 УПК РФ: «В заключении эксперта указывается содержание и результаты исследований с указанием примененных методик»;
- в ст. 25 Федерального закона № 73-ФЗ от 31.05.2001 г. «О государственной судебно-экспертной деятельности в РФ»: «В заключении эксперта или комиссии экспертов

должны быть отражены... содержание и результаты исследований с указанием примененных методов»;

- в п. 25 Порядка проведения СМЭ, утвержденного Приказом Министерства здравоохранения РФ № 346н от 12.05.2010 г.: «Приступив к производству экспертизы, эксперт использует медицинские технологии, разрешенные к применению на территории РФ, а также другие рекомендованные экспертные методики и имеющиеся в распоряжении государственного судебно-экспертного учреждения технические средства для объективного, всестороннего, полного, строго научно обоснованного решения поставленных перед ним вопросов»;
- в п. 15 Постановления Пленума Верховного суда РФ № 28 от 21.12.2010 г. «О судебной экспертизе по уголовным делам»: «Необоснованным следует считать такое заключение эксперта, в котором недостаточно аргументированы выводы, не применены или неверно применены необходимые методы и методики экспертного исследования».

Профессиональным сообществом врачей — судебно-медицинских экспертов разработан ряд методических рекомендаций:

- 2012 г. — методические рекомендации «Экспертная оценка дефектов оказания медицинской помощи больным хирургического профиля по данным анализа основной медицинской документации»;
- 2014 г. — методические рекомендации «Проведение судебно-медицинской экспертизы неблагоприятных последствий оказания медицинской помощи»;
- 2017 г. — методические рекомендации «Экспертная оценка дефектов оказания медицинской помощи и неблагоприятных исходов в кардиологической практике» и «Порядок проведения судебно-медицинской экспертизы и установления причинно-следственных связей по факту неоказания или ненадлежащего оказания медицинской помощи».

Однако вышеуказанные методики экспертного исследования не решают проблем, затронутых в данной книге, и не отвечают в полной мере особенностям специальности «Анестезиология-реаниматология».

У анестезиологов-реаниматологов аналогичной методики нет.

Выход из сложившейся ситуации возможен путем разработки и утверждения Федерацией анестезиологов и реаниматологов России методических рекомендаций «Экспертная оценка неблагоприятных исходов медицинской помощи по профилю “Анестезиология-реаниматология”», которые должны содержать:

- правовые нормы, регулирующие деятельность врача — анестезиолога-реаниматолога, привлеченного в качестве эксперта;
- основные термины и понятия. Необходимо определить и утвердить общепринятые среди анестезиологов-реаниматологов понятия «дефект оказания медицинской помощи», «осложнение способа лечения», «обоснованный риск методов оказания медицинской помощи»;
- подробный алгоритм экспертного исследования;
- критерии оценки неблагоприятного исхода медицинской помощи по профилю «Анестезиология-реаниматология»;
- критерии обоснованного риска методов оказания медицинской помощи по профилю «Анестезиология-реаниматология»;
- требования к структуре и обоснованию выводов для экспертов анестезиологов-реаниматологов.

Такие методические рекомендации обеспечат единую общепринятую оценку действий врачей — анестезиологов-реаниматологов при неблагоприятных исходах медицинской помощи и защитят их от необоснованного привлечения к уголовной и гражданской ответственности.

4. КАДРЫ РЕШАЮТ ВСЕ

Во время выступления перед выпускниками военных академий 04.05.1935 г. И.В. Сталин сказал свою знаменитую фразу: «Кадры решают все», и это трудно оспорить.

Для нас, продолжателей дел «врачей-отравителей», определенный интерес представляет вопрос подготовки будущих кадров правоохранительных органов, которые в последующем будут продолжать борьбу с этими самыми «подлыми шпионами и убийцами под маской профессоров-врачей».

В 2018 г. вышло в свет учебно-методическое пособие «Расследование преступлений, совершенных медицинскими работниками по неосторожности (ятрогенных преступлений)», написанное авторским коллективом преподавателей Академии СК РФ под редакцией генерал-майора юстиции кандидата юридических наук, доцента А.М. Багмета [39].

Пособие адресовано следователям, руководителям следственных органов СК РФ, иным сотрудникам правоохранительных органов, а также курсантам, студентам и аспирантам юридических специальностей.

Учитывая, что в обязательную программу обучения на юридических факультетах входит изучение науки о закономерностях правильного мышления — логики, а ученые степени авторов пособия не позволяют сомневаться в их квалификации и подразумевают владение логикой в совершенстве, есть смысл проанали-

зировать ряд содержащихся в книге утверждений и задуматься об их мотивах.

Пример № 1. Ятрогения и подмена тезиса

На стр. 7 пособия приводится следующее определение ятрогении: *«...Согласно Международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10) ятрогения понимается как любые нежелательные или неблагоприятные последствия профилактических, диагностических и лечебных вмешательств либо процедур, которые приводят к нарушению функций организма, ограничению привычной деятельности, инвалидизации или смерти; осложнения медицинских мероприятий, развившиеся в результате как ошибочных, так и правильных действий врача».*

Из процитированного определения видно, что ятрогения может развиваться в результате:

- ошибочных действий врача,
- правильных действий врача.

Такая формулировка понятна и защищает как права пациента от ошибочных действий врача, так и права врача при неблагоприятных последствиях для пациента, обусловленных объективными причинами при правильных действиях медицинского работника (побочными эффектами лекарственных средств, несовершенством техники выполняемых вслепую хирургических манипуляций и т.д.).

Далее на стр. 8 пособия читаем: *«Ненадлежащая медицинская помощь как причина ухудшения здоровья или смерти пациента может проявляться в двух видах:*

1) ухудшение здоровья или смерть пациента наступают вследствие заболевания или травмы, которые возникли до оказания медицинской помощи по причинам, не связанным с ее оказанием;

2) заболевание или травма возникают вследствие действий медицинских работников».

То есть, по мнению авторов пособия, заболевание или травма вследствие действий медицинских работников — это ненадлежащая медицинская помощь. А что же произошло с разграничением причин этих неблагоприятных последствий на ошибочные и правильные действия врача? А произошла подмена тезиса (*ignoratio*

elenchi) — логическая ошибка (или осознанная манипуляция?) в доказательстве, вызванная нарушением закона тождества формальной логики: «Каждая мысль, которая приводится в данном умозаключении, при повторении должна иметь одно и то же определённое, устойчивое содержание» [17].

Проверяем на стр. 9 пособия: *«Ятрогения имеет место главным образом при нарушении принципов обоснованности и оптимальности оказания медицинской помощи в момент осуществления медицинского вмешательства. Но не исключено ее возникновение ввиду нарушения других принципов: своевременности, преемственности, профессиональности, права пациента на получение информации и его согласия на медицинскую помощь»*.

Подмена тезиса состоялась успешно — ятрогения в результате правильных действий врача больше в пособии не упоминается.

Пример № 2. Неизвестное через неизвестное

В логике известна ошибка (или сознательный прием демагогии) в определении понятия как «определение неизвестного через неизвестное» (*idem per idem*), при которой понятие определяется через другое понятие, которое само нуждается в определении.

Открыв пособие на стр. 71, можно убедиться, что его авторы тоже знакомы с этим логическим приемом: *«Следователям необходимо также помнить, что привлечение врача к уголовной ответственности возможно лишь за ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей, т.е. неправомерное деяние, нарушающее профессиональные нормы, которые составляют: 1) нормативно-правовую базу медицинской деятельности; 2) общепринятые в медицине правила ненормативного характера (рекомендации)»* [39].

А что же понимать под этими общепринятыми в медицине правилами ненормативного характера и где с ними можно ознакомиться? Видимо, врач сможет это узнать после предъявления ему соответствующего обвинения.

Пример № 3. Причинно-следственные связи. Третьего не дано (*tertium non datur*)

Выводы авторов пособия проиллюстрированы значительным количеством примеров из следственной и судебной практики, многие из которых (что важно!) имели место до ноября 2015 г.

При этом в п. 3.2, посвященном использованию специальных знаний при расследовании ятрогенных преступлений, можно прочесть:

1. На стр. 71: «До 2015 г. у судебно-медицинских экспертов, проводящих экспертизы по врачебным делам, отсутствовала какая-либо единая методика их проведения, в связи с чем и описательно-мотивировочные части заключений различных экспертов, и критерии, которыми они руководствовались при оценке правильности лечения, а также их выводы были абсолютно разными и во многом субъективными... **Лишь в ноябре 2015 г. в ФГБУ «Российский центр судебно-медицинской экспертизы» была разработана** и письмом заместителя министра здравоохранения России направлена в ведомственные экспертные учреждения **единая методика проведения судебно-медицинской экспертизы и установления причинно-следственных связей по делам данной категории**» [39].

2. На стр. 75: «Заключение эксперта не имеет преимуществ перед другими источниками доказательств. Тем не менее **на практике заключение судебно-медицинского эксперта в силу присущей специфики воспринимается как особое доказательство**» [39].

3. На стр. 77–78: «Наиболее спорным в теории и следственно-судебной практике является вопрос о наличии и характере причинной связи между установленными дефектами оказания медицинской помощи (разумеется, в случае наличия таковых) и неблагоприятным исходом. Отсутствие правил (критериев) установления причинной связи и ее видов по делам о врачебных преступлениях привело к распространению в различных регионах и даже среди разных экспертов в одном экспертом учреждении абсолютно разнообразной практики выявления таковой. **До составления упомянутых выше методических рекомендаций каждый эксперт был волен делать соответствующий вывод о наличии (отсутствии) и характере причинной связи по своему личному убеждению.** Данный вывод, как и применительно к установлению дефектов, мог быть опровергнут лишь выводом иного эксперта, а какой из них более верный — должен определить правоприменитель (следователь, а впослед-

ствии суд), руководствуясь иными общими критериями оценки доказательств» [39].

Закон формальной логики «исключенного третьего» гласит: «Из двух противоречащих высказываний в одно и то же время и в одном и том же отношении одно истинно, второе ложно, а третьего не дано».

Применение этого закона к процитированной предложении позволяет утверждать:

- выводы следственных и судебных органов о наличии причинно-следственной связи между дефектами оказания медицинской помощи и неблагоприятным исходом истинны лишь в том случае, когда вывод эксперта по данному вопросу соответствует критериям причинно-следственной связи из методики ФГБУ «РЦСМЭ»;
- выводы экспертов о наличии причинно-следственной связи между дефектами оказания медицинской помощи и неблагоприятным исходом, основанные на личном убеждении экспертов и не соответствующие критериям причинно-следственной связи из методики ФГБУ «РЦСМЭ», не истинны, а ложны, поэтому основанные на них обвинительные приговоры незаконны.

Однако каких-либо пожеланий, рекомендаций, а тем более активных действий авторов, направленных на пересмотр приговоров, вынесенных на основании личных убеждений экспертов, в пособии не содержится.

Резюмируя вышеизложенное, необходимо обратиться к ст. 6 УПК РФ, согласно которой назначением уголовного судопроизводства является не только защита прав и законных интересов потерпевших от преступлений, но и защита личности от незаконного и необоснованного обвинения. А также задаться вопросом — будут ли соблюдать это требование закона будущие юристы, воспитанные на данном учебно-методическом пособии?

Возможно, уважаемые авторы и не ставили такой цели, ведь в некоторых местах по тексту пособия сделаны ссылки на правовую систему Республики Беларусь:

- стр. 7 пособия — «Преступления, совершаемые медицинскими работниками при оказании медицинской помощи,

с учетом специфики субъекта, жертвы, последствий и сферы посягательства получили название “ятрогенные”...»¹;

- стр. 26 пособия — «Анализ преступления рассматриваемой категории специалистами подразделяется на два этапа...»¹;
- стр. 85 пособия — «Важной обязанностью следователя является проверка соблюдения требований, предъявляемых к проведению экспертизы УПК Республики Беларусь».

После ознакомления с вышеприведенными ссылками на правовую систему Республики Беларусь возникает вопрос, а почему в данном методическом пособии нет ссылок на правовую систему, например, Республики Гондурас или любого другого государства планеты Земля Солнечной системы? При таком подходе можно попробовать привлекать врачей к уголовной ответственности по законам Гондураса или, скажем, Буркина-Фасо.

Ну а если согласно данному методическому пособию для студентов вузов, обучающихся по направлению подготовки «Юриспруденция», «привлечение врача к уголовной ответственности возможно уже за нарушение общепринятых в медицине правил ненормативного характера (рекомендации)», то зачем следователю ставить 10–20 вопросов перед экспертами при назначении СМЭ. Ведь можно ограничиться всего одним: лечение пациента ФИО проводилось в соответствии с общепринятыми в медицине правилами ненормативного характера или нет?

И если такое произойдет, то борьба с «врачами-убийцами» обретет второе дыхание, а награды Родины найдут своих новых героев!

¹ См. подробно: Проблемы выявления неосторожных преступлений в медицине: информационное письмо // Информационный бюллетень Следственного комитета Республики Беларусь. — 2015. — № 2(4). — С. 312–321.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Акопов В.И.* К истории судебной ответственности врачей и судебно-медицинской экспертизы при дефектах медицинской помощи // Проблемы экспертизы в медицине. — Ижевск, 2002. — № 1. — С. 3–8.
2. *Акопов В.И.* Проблема обоснованного риска в медицинской практике // Проблемы экспертизы в медицине. — Ижевск, 2001. — № 1. — С. 8–10.
3. *Багмет А.М.* Тактика допроса при расследовании преступлений, совершенных медицинскими работниками // Расследование преступлений: проблемы и пути их решения. — 2017. — № 1. — С. 25–31.
4. *Бобровская О.Н.* К вопросу о дефектах качества медицинской помощи // Медицинское право: теория и практика. — М., 2015. — Т. 1, № 1. — С. 35–40.
5. *Буш Е.* Имеет ли врач право на ошибку? // Медицинская газета. — № 39, 2019 г. (9 октября). — С. 1, 6–7.
6. *Вакуленко И.В.* Экспертная и правовая оценка дефектов оказания медицинской помощи: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.03.05 г. / ФГБОУ ВО Астраханский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения РФ. — Астрахань, 2017. — С. 23.
7. *Веселкина О.В.* Судебно-медицинская экспертиза дефектов медицинской помощи по материалам дела: проблемы нормативно-правового регулирования // Медицинское право: теория и практика. — М., 2016. — Т. 2, № 2 (4). — С. 49–54.
8. *Веселкина О.В.* Экспертные ошибки при квалификации дефектов медицинской помощи, причинивших вред здоровью // Медицинское право: теория и практика. — М., 2016. — Т. 2, № 2 (4). — С. 55–60.
9. *Гнеденко Б.В.* Курс теории вероятностей: Учебник. — Изд. 8-е, испр. и доп. — М.: Едиториал УРСС, 2005. — С. 448.

10. Гражданский процессуальный кодекс Российской Федерации от 14.11.2002 г. № 138-ФЗ (ред. от 02.12.2019 г.).
11. *Грешок М.О.* Социальная защита врачей как профессиональной группы: Автореф. ... канд. дис. / Волгоградский государственный медицинский университет. — М., 2010. — С. 26.
12. *Давыдов Р.А.* Причинение смерти по неосторожности. Врачебная ошибка. Понятия, сравнение, анализ // Молодой ученый. — 2011. — № 6, Т. 2. — С. 45–48.
13. Информационно-методическое письмо «Использование международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (МКБ-10) в практике отечественной медицины» (2002).
14. Использование специальных медицинских знаний при расследовании преступлений: справочно-информационные материалы. Ч. 4 Назначение комплексных судебно-медицинских экспертиз в случаях неблагоприятных исходов в медицинской практике. — Курск: ОБУЗ «Бюро СМЭ», 2013. — С. 28.
15. Кодекс административного судопроизводства Российской Федерации от 08.03.2015 г. № 21-ФЗ (ред. от 27.12.2019 г.).
16. Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях от 30.12.2001 г. № 195-ФЗ (ред. 01.03.2020 г.).
17. *Кондаков Н.И.* Логический словарь-справочник. — М.: Наука, 1975. — С. 719.
18. *Лобан И.Е., Попов В.Л.* Ошибки в судебно-медицинской деятельности // Судебно-медицинская экспертиза. — 2013. — № 3. — С. 46–52.
19. *Лобанов А.М., Теньков А.А., Тучик Е.С.* Судебно-медицинская экспертиза последствий агрессивных действий человека: монография. — Орел: Издатель Александр Воробьев, 2010. — С. 416.
20. *Нетёсин Е.С., Горбачёв В.И.* Некоторые аспекты участия анестезиологов-реаниматологов в судебно-медицинских экспертизах // Медицинское право. — 2019. — № 5. — С. 33–43.
21. *Нетёсин Е.С., Горбачёв В.И.* Участие анестезиологов-реаниматологов в судебно-медицинской экспертизе // Вестник анестезиологии и реаниматологии. — 2019. — № 16 (6). — С. 74–80.
22. Обзор судебной практики Верховного суда Российской Федерации № 3 (2015), утв. Президиумом Верховного суда РФ 25.11.2015 г. // Бюллетень Верховного суда РФ. — № 3. — С. 25–26.
23. Порядок проведения судебно-медицинской экспертизы и установления причинно-следственных связей по факту неоказания или ненадлежащего оказания медицинской помощи. Методические рекомендации (утв. директором ФГБУ «РЦСМЭ» Минздрава России 21.06.2017 г.).
24. Постановление Пленума Верховного суда РФ № 28 от 21 декабря 2010 г. «О судебной экспертизе по уголовным делам».

25. Постановление Правительства РФ от 08.12.2018 г. № 1502 (ред. от 17.07.2019 г.) «О Правительственной комиссии по координации судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации».
26. Постановление Правительства РФ от 30.06.2004 г. № 323 (ред. от 26.11.2019 г.) «Об утверждении Положения о Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения».
27. Приказ Минздрава России от 10.05.2017 г. № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи».
28. Приказ Минздрава России от 12.11.2012 г. № 909н (ред. от 09.07.2013 г.) «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям по профилю “Анестезиология и реаниматология”».
29. Приказ Минздрава России от 15.11.2012 г. № 919н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю “Анестезиология и реаниматология”».
30. Приказ Минздрава РФ от 25.11.2002 г. № 363 «Об утверждении Инструкции по применению компонентов крови».
31. Приказ Минздравсоцразвития России от 24.04.2008 г. № 194н «Об утверждении медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека».
32. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 12.05.2010 г. № 346н «Об утверждении Порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации».
33. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 2 апреля 2013 г. № 183н «Об утверждении правил клинического использования донорской крови и (или) ее компонентов».
34. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 24 декабря 2012 г. № 1429н «Об утверждении стандарта скорой медицинской помощи при асфиксии».
35. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 07.06.2019 г. № 381н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности».
36. Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 1 декабря 2010 г. № 230 «Об утверждении порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию».
37. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23.07.2010 г. № 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел “Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения”» (зарегистрировано в Минюсте РФ 25.08.2010 г. № 18247).

38. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 27 мая 1997 г. № 170 «О переходе органов и учреждений здравоохранения Российской Федерации на Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра».
39. Расследование преступлений, совершенных медицинскими работниками по неосторожности (ятрогенных преступлений): учебно-методическое пособие для студентов вузов, обучающихся по направлению подготовки «Юриспруденция» / Под ред. А.М. Багмета. — М.: ЮНИТИ-ДАТА, 2018. — С. 159.
40. Российская газета, 9 апреля 2019 г. № 7835.
41. *Сергеев Ю.Д., Ерофеев С.В.* Неблагоприятный исход оказания медицинской помощи. — М., 2001. — С. 293.
42. Сообщение пресс-службы Минздрава России 05.09.2017 г. [Электронный ресурс]. Доступно по: <https://www.rosminzdrav.ru/news/2017/09/05/6045-soobschenie-press-sluzhby-minzdrava-rossii>. Ссылка активна на 27.03.2019.
43. *Старченко А.А.* Криминальность медицинской услуги «катетеризация подключичной и других центральных вен»: «приговор» Московского областного суда // Новости анестезиологии и реаниматологии. — М., 2012. — № 2. — С. 49–62.
44. *Старченко А.А.* Профессиональные правонарушения в анестезиологии и реаниматологии // Проблемы юридической ответственности. — М.: БИНОМ, 2016. — С. 944.
45. Судебный департамент при Верховном суде Российской Федерации. Сводные статистические сведения о состоянии судимости в России за 2018 год (<http://www.cdep.ru/index.php?id=79&item=4894>).
46. *Сумин С.А., Горбачев В.И.* Катетеризации центральных вен с позиций нормативно-правовых актов // Вестник интенсивной терапии. — 2017. — № 4. — С. 5–12.
47. *Сумин С.А., Горбачев В.И., Кузьков В.В.* Клинический протокол или стандартная операционная процедура «катетеризация подключичной и других центральных вен» как вариант действия // Анестезиология и реаниматология. — 2018. — № 4. — С. 4–8.
48. *Сумин С.А.* Юридические последствия неблагоприятного исхода лечения // Анестезиология и реаниматология. — 2018. — № 1. — С. 4–8.
49. *Сумин С.А., Ярославкин Р.А.* Участие врача анестезиолога-реаниматолога в комплексных судебных медицинских экспертизах по делам, связанным с неблагоприятными исходами медицинской помощи // Анестезиология и реаниматология. — 2019. — № 1. — С. 27–34.
50. *Сумин С.А., Ярославкин Р.А.* Проблемы правовой оценки действий врача и качества медицинской помощи // В кн.: Актуальные проблемы правового регулирования медицинской деятельности: вопросы теории и практики: сборник научных статей, докладов международной

- научно-практической конференции 18 апреля 2019 г. / Под общ. ред. К.Г. Дедюхина, И.Г. Титова. — Ижевск: Ижевский институт (филиал) ВГУЮ (РПА Минюста России), 2019. — С. 8–15.
51. Трудовой кодекс Российской Федерации от 30.12.2001 г. № 197-ФЗ (ред. от 16.12.2019 г.).
 52. Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации» от 18.12.2001 г. № 174-ФЗ (ред. от 18.02.2020 г.).
 53. Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 г. № 63-ФЗ (ред. от 18.02.2020 г.).
 54. Федеральный закон от 25.12.2018 г. № 489-ФЗ «О внесении изменений в статью 40 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» по вопросам клинических рекомендаций» (последняя редакция).
 55. Федеральный закон от 31.05.2001 г. № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» (ред. от 26.07.2019 г.).
 56. Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ (ред. от 27.12.2019 г., с изм. от 13.01.2020 г.) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 08.01.2020 г.).
 57. Философский словарь / Под ред. И.Т. Фролова. — 7-е изд., перераб. и доп. — М.: Республика, 2001. — С. 719.
 58. *Шмаров Л.А.* Актуальные вопросы экспертных ошибок и оценки качества выполнения судебно-медицинских экспертиз по материалам публикаций в журнале «Судебно-медицинская экспертиза» за период с 1958 по 2015 гг. // Судебно-медицинская экспертиза. — 2017. — № 1. — С. 51–55.

Научное издание

Сумин Сергей Александрович
Горбачев Владимир Ильич
Ярославкин Роман Александрович
Шаповалов Константин Геннадиевич
Нетёсин Евгений Станиславович

ЮРИДИЧЕСКОЕ ПРЕСЛЕДОВАНИЕ ВРАЧА: ЭТАПЫ И ЗАЩИТА

Главный редактор *А.С. Петров*

Санитарно-эпидемиологическое заключение
№ 77.99.60.953.Д.008014.07.09 от 08.07.2009 г.

Подписано в печать 12.08.2020. Формат 60×90/16.
Бумага офсетная. Печать офсетная.
Объем 7,5 печ. л. Тираж 1500 экз. Заказ №

ООО «Медицинское информационное агентство»
108811, Москва, п. Мосрентген, Киевское ш., 21-й км, д. 3, стр. 1
Тел./факс: (499) 245-45-55, E-mail: miapubl@mail.ru,
<http://www.MedBook.ru>
Интернет-магазин: www.medkniga.ru

Книга почтой на Украине: а/я 4539, г. Винница, 21037.
E-mail: maxbooks@svitonline.com
Телефоны: +380688347389, 8 (0432) 660510

Отпечатано в типографии «АльфаСтайлС»
107023, г. Москва, ул. Электrozаводская, д. 21

ISBN 978-5-907098-46-6

